

**ANÁLISIS PSICOPEDAGÓGICO DE LOS ALUMNOS
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA CON
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN EL
CONTEXTO ESCOLAR**

Francesc Xavier Moreno i Oliver

**ANÁLISIS PSICOPEDAGÓGICO DE LOS ALUMNOS
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA CON
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN EL
CONTEXTO ESCOLAR**

Memoria de Tesis Doctoral

Francesc Xavier Moreno i Oliver

**Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social
Universitat Autònoma de Barcelona**

Barcelona, Marzo del 2001

UNIVERSITAT AUTONÒMA DE BARCELONA
FACULTAT DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENT DE PSICOLOGÍA DE LA SALUT I
PSICOLOGÍA SOCIAL

**ANÁLISIS PSICOPEDAGÓGICO DE LOS ALUMNOS
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA CON
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN EL
CONTEXTO ESCOLAR**

Tesis Doctoral presentada por

Francesc Xavier Moreno i Oliver

Dirigida por

Doctora Edelmira Domènech i Llaberia
Catedrática de psicopatología infantil

Doctora María Jesús Comellas i Carbó
Profesora Titular de orientación educativa

Barcelona, Marzo del 2001

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SÍNTOMAS, FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1. SÍNTOMAS DEL PROBLEMA....

1.1. Delimitación del problema

1.2. Formulación del problema

II. MARCO TEÓRICO

CONOCIMIENTOS Y TEORÍAS SOBRE EL TEMA

1.- EL PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO EN EL CONTEXTO ESCOLAR

1.1. Qué entendemos por problemas de comportamiento

1.2. Los problemas de comportamiento en el ámbito educativo

1.2.1. Tipos de comportamientos considerados problemáticos en el contexto escolar

2. FACTORES DE RIESGO DETERMINANTES DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

2.1. Delimitación del concepto factor de riesgo

2.1.1. La transición de primaria a secundaria y la adolescencia como factores de riesgo específicos

2.1.2. Otros factores de riesgo determinantes de los problemas de comportamiento

2.1.2.1. Factores biológicos

2.1.2.2. Factores psicológicos

2.1.2.3. Factores sociales

2.1.2.4. Factores pedagógicos

2.2. Los factores de protección

2.2.1. El concepto de resistencia

2.2.2. La protección como proceso

3. PSICOPATOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

3.1. Variables que determinan los problemas de comportamiento patológicos

3.2. La clasificación en psicopatología de los problemas de comportamiento infantojuveniles

3.2.1. Evolución histórica respecto al concepto y denominación de los problemas de comportamiento

3.2.2. Aspectos epidemiológicos

3.3. Aproximación nosológica de los problemas de comportamiento a través de la taxonomía del DSM-IV: aportaciones recientes

3.3.1. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

3.3.1.1. Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

3.3.1.2. Trastorno negativista desafiante

3.3.1.3. Trastorno Disocial

3.3.1.4. Trastorno del comportamiento perturbador no especificado

3.4. Diagnóstico diferencial de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y otras patologías que cursan con alteraciones conductuales

4. DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

4.1. Concepto de diagnóstico psicopedagógico

4.1.1. Diagnóstico de factores de riesgo predisponentes de los problemas de comportamiento

4.2. Fundamentación del modelo tetradimensional de diagnóstico

4.2.1. Dimensión Bioneuropsicológica

4.2.2. Dimensión Psicológica

4.2.2.1. Factores cognitivos

4.2.2.2. Factores emocionales

4.2.2.3. Factores de personalidad

4.2.2.4. Factores psicoevolutivos

4.2.3. Dimensión Socioambiental

4.2.3.1. Factores de clima social

4.2.3.2. Inadaptación social

4.2.4. Dimensión Pedagógica

4.2.4.1. Factores relacionados con los hábitos y las estrategias de aprendizaje

4.2.4.2. Factores relacionados con el nivel de competencias escolares

4.3 Batería diagnóstica

4.3.1. Instrumentos

4.3.1.1. Introducción al tema

4.3.1.2. Instrumentos de que disponemos

4.3.1.2. Premisas generales

4.4 El diagnóstico como primera estrategia de intervención ante los problemas de comportamiento

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

1.1.2. Objetivos específicos

1.1.3. Objetivo final

2. HIPÓTESIS LA INVESTIGACIÓN

2.1. Formulación de hipótesis

III.METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA Y DISEÑO

1. MODALIDAD DE ESTUDIO

1.1. Perspectiva cuantitativa

1.2. Investigación empírico analítica descriptiva

1. DISEÑO “EX POST FACTO” RETROSPECTIVO

2.1. Población y muestra

2.2. Variables seleccionadas

2.3. Instrumentos y técnicas de recogida de información

IV ANÁLISIS DE DATOS

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

1.1. Estudio de fiabilidad del instrumento

1.2. Estudio descriptivo de la recogida de información

1.3. Estudio de la especificidad y sensibilidad

1.4. Frecuencias de los factores de riesgo

1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1. Fiabilidad y validez del instrumento diagnóstico

2.1.1. Fiabilidad

2.1.2. Validez

2.1. Diferencias cuantitativas entre las muestras estudiadas

2.1. Tipología de los factores de riesgo según las muestras

V.CONCLUSIONES

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Sugerencias para la solución del problema

1.1. Nuevas líneas de investigación

V. RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN LA INVESTIGACIÓN

1. BIBLIOGRAFÍA CITADA

VII. ANEXO

1. PRESENTACIÓN ILUSTRATIVA DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Al afrontar una investigación centrada en cualquier parcela concreta de la vida individual y colectiva del individuo, hemos de exigirnos un esfuerzo previo de delimitación y definición de objetivos, y establecer unas líneas fundamentales que sustenten y concreten los conceptos a partir de los cuales vamos a trabajar.

Con la presente investigación, pretendemos crear un instrumento diagnóstico capaz de detectar aquellos factores de riesgo más significativos que la literatura científica define como específicos de los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

Como criterio al hablar de factor de riesgo tomaremos la siguiente definición: *“Aquellos procesos o acontecimientos que incrementan la posibilidad de aparición de una disfunción”* (Bemjumea, P y Mojarro, M.D. 2000: 245-246).

Dada la imposibilidad de poder numerar la totalidad de los factores de riesgo, por su extensión, la literatura científica tiende en general y de manera coincidente a numerar los más significativos y específicos del tema, siendo éstos en los que hemos centrado nuestra atención.

Queremos dejar claro, que en ningún momento, en el presente trabajo, intentamos encontrar nuevos factores de riesgo ni comprobar la incidencia de los mismo frente a los problemas de comportamiento en el contexto escolar. Tomamos como punto de partida aquellos factores de riesgo que la bibliografía actualizada destaca como significativos ante la citada temática.

Es a partir de esta relación de factores de riesgo, a la que hemos hecho mención anteriormente, cuando nos planteamos la manera de poder diagnosticarlos mediante la creación de una batería específica para este fin.

La complejidad de esta tarea se ha centrado principalmente en encontrar las pruebas adecuadas para diagnosticar los factores de riesgo específicos de cada dimensión : bioneuropsicológica, social, psicológica y pedagógica, así como la adaptabilidad de estas pruebas a un perfil de alumno que presenta serias resistencias a cualquier intervención diagnóstica.

Por otra parte, la elección de las pruebas, todas ellas ya estandarizadas y por tanto previamente fiabilizadas y validadas, para ser incluidas en una batería diagnóstica ha requerido una nueva fiabilización y validación de la propia batería y muy especialmente el poder determinar si este conjunto de pruebas que constituyen la citada batería son capaces de discriminar los factores de riesgo que deseamos diagnosticar.

Este objetivo nos ha llevado a confeccionar un diseño experimental en la que hemos utilizado un grupo de alumnos “control” que no presentaban problemas de comportamiento en el

contexto escolar y otro experimental al que le hemos llamado “clave” que en su totalidad presentaban problemas de comportamiento en el citado contexto. El conocimiento de los factores de riesgo específicos de nuestro problema a partir de la literatura científica, el diseño experimental utilizado, junto con el estudio estadístico de las propiedades del instrumento de medida, nuestra batería, es lo que nos ha permitido llegar a las conclusiones del presente trabajo de investigación.

Mediante la experiencia profesional y vistos los resultados del presente estudio, estamos convencidos que los problemas de comportamiento que presentan los alumnos del primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) pueden ser prevenidos o corregidos mediante un diagnóstico preciso de los factores de riesgo que nos indiquen el tipo de intervención multidisciplinar que requiere su tratamiento.

Este intento es una aportación novedosa a la literatura educativa que hace referencia a nuestro contexto educativo, puesto que hasta ahora sólo disponemos de investigaciones realizadas allende nuestras fronteras, sobre todo en el ámbito anglosajón y estadounidense, por estudiosos que han investigado adolescentes y sistemas educativos cuyas características, estimamos, no facilitan una extrapolación absoluta con la realidad y condicionantes de nuestros alumnos y las especificidades de nuestro sistema educativo.

Esta carencia de una literatura propia y específica de nuestro ámbito nos ha obligado a un esfuerzo bibliográfico encaminado a sistematizar lo hasta ahora producido por nuestros colegas educadores, psicólogos y pedagogos que han iniciado el tratamiento del tema.

También hemos recurrido a nuestra experiencia personal, que las circunstancias han hecho extensa en el tiempo y profunda en las vivencias, para que nuestras reflexiones se ajustasen lo máximo posible a la realidad que todos nosotros podemos encontrar cuando realizamos nuestra tarea educativa con los alumnos de ESO.

Hemos acotado nuestra investigación al ámbito definido como “contexto escolar” entendido éste de un modo amplio. Como “contexto escolar” no consideramos exclusivamente el aula o los espacios donde se desarrolla la docencia. Extendemos nuestra preocupación a espacios de índole en principio “no docente-lectiva” (pasillos, vestíbulos, salas de recreo, patios) y a momentos en que el alumno no está inmerso en la actividad docente. Puesto que el tema que nos ocupa –los problemas de comportamiento y la etiología de la conducta que subyace en ellos- toma cuerpo en cualquier momento o lugar en que se encuentre el adolescente, por más que, como educadores, estemos en mejor disposición para detectar e intervenir en el ámbito estrictamente escolar.

Sabemos que los momentos de transición a los que aludiremos, de la Educación Primaria Obligatoria (EPO) a la ESO - de la niñez a la adolescencia- se caracterizan por la presencia de desajustes, con influencia en el comportamiento, que pueden ser percibidos de modo diverso en función de las expectativas existentes acerca del individuo concreto, de la información disponible sobre su posible aparición, o de la actitud específica del observador que los percibe.

El comportamiento, consideramos, es el conjunto de acciones con que el individuo se manifiesta en sus relaciones con los demás. Etimológicamente, “comportarse” es “portar-se con”, es decir, actuar con respecto a algo exterior.

Cuando el comportamiento presenta aspectos o situaciones insistentemente problemáticos o desajustados, nos encontraremos, posiblemente, ante una conducta problemática. Sin embargo, no todo episodio conductual concreto considerado como problema es expresión o síntoma de una conducta que debe ser tenida, en su globalidad, como “conducta problemática”.

El diagnóstico de cuya necesidad pretendemos convencer a quienes, por su atención a estas líneas, están dispuestos a seguir el camino que ahora emprendemos, ha de ser previo a cualquier otra intervención, y sus características y metodología nos permitirán analizar los elementos que componen la situación psicopedagógica del alumno.

Con este diagnóstico, efectuado en el modo y tiempo adecuados, dispondremos de una herramienta de evaluación con la cual estaremos en disposición de conocer los alumnos de ESO “en situación de riesgo de desarrollar problemas de comportamiento en el contexto escolar”.

Así podremos plantear la prevención de dichos problemas, porque el conocimiento de los factores de riesgo permitirá delimitar una línea de actuación psicopedagógica adecuada para atender los déficits que el alumno presente.

Esto será posible porque la valoración del diagnóstico propiciará nuestro conocimiento de los factores que predisponen el comportamiento del alumno, y específicamente de aquellos que de un modo más determinante condicionan su situación como alumno y su capacidad de aprendizaje de acuerdo con los requerimientos del sistema escolar (con las repercusiones que esa situación introduce en los aspectos no estrictamente escolares del comportamiento que nos preocupa).

Y en este hecho tenemos uno de los grandes objetivos finales de este estudio: ser capaces de establecer métodos de diagnóstico psicopedagógico para poder establecer si los desajustes conductuales de un alumno de ESO corresponden a la existencia de un auténtico problema. Así, en caso de que la cuestión sea respondida de modo afirmativo, con los instrumentos de evaluación que presentaremos trataremos de llegar al posible origen patológico de esa conducta.

Con todo ello, nos será dado intervenir con carácter terapéutico o -lo que consideramos más deseable- preventivo, en favor de los alumnos que presentan y sufren personalmente estas situaciones o están en situación de riesgo de padecerlas, los compañeros que a menudo son sujetos pasivos y receptores de las consecuencias, y los agentes educativos que puedan ver afectada su labor por estas situaciones.

Intentamos, pues, estar en disposición de descubrir elementos individualizados en la enorme complejidad del individuo y su situación, y atender así al modo en que se interrelacionan para dar forma a esa concreta complejidad.

Una de las variables que vamos a atender en este estudio es la confluencia, en los alumnos que nos ocupan, de dos etapas pertenecientes a ámbitos en principio diferenciados, puesto estos alumnos protagonizan un doble momento de transición.

La psicología evolutiva nos enseña que, como personas en evolución, sufren los desequilibrios, las dudas y las incertidumbres propios de la adolescencia.

Y el sistema educativo los sitúa en la transición de la EPO a la ESO, momento en que el contexto escolar tiene diseñadas nuevas estrategias y nuevas exigencias que exigen una capacidad de adaptación que en el caso de los alumnos con déficits puede resultar de difícil asunción.

En el estudio teórico de nuestro trabajo tenemos la intención de ampliar los contenidos y líneas de reflexión aquí esbozados.

Así, inicialmente especificaremos y situaremos cuáles son las actuaciones que es dado considerar como problemas de comportamiento, junto con su incidencia en el ámbito educativo, y determinar cuáles de ellas son constitutivas de “comportamientos problemáticos en el contexto escolar”. Para ello describiremos los rasgos generales de estos comportamientos y los confrontaremos con los parámetros de lo que se define como la “normalidad”.

Los “factores de riesgo determinantes de los problemas de comportamiento”, cuyo conocimiento es de gran ayuda en la tarea de prevención que preconizamos, son tratados en segundo lugar, desarrollando y sistematizando posteriormente la psicopatología de esos problemas. El estudio de los factores de riesgo se efectúa atendiendo a las dimensiones de la personalidad y el comportamiento del individuo: la bioneuropsicológica, la psicológica, la socioambiental, y la pedagógica. Así tenemos los factores sociales, los psicológicos, los biológicos y los pedagógicos (englobados generalmente con los sociales, pero tratados de manera autónoma por nosotros atendiendo a nuestros objetivos). No olvidamos tampoco la existencia de los denominados “factores de protección”, causantes de que, por fortuna, una parte apreciable de los educandos potencialmente afectados por los factores de riesgo desarrollen resistencia a su acción, con lo cual su comportamiento no presenta los aspectos deficitarios cuya existencia ha provocado nuestro interés.

El abordaje psicopatológico lo hemos realizado a través de la taxonomía del DSM-IV, desarrollando nuestra aproximación nosológica a los problemas de comportamiento. Así, tratamos los trastornos por Déficit de atención y comportamiento perturbador, el TDAH (Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad), el Trastorno negativista desafiante, el Trastorno Disocial y el Trastorno del comportamiento perturbador no especificado, que nos permite encuadrar aquellos comportamientos, ciertamente negativos, cuyos rasgos no corresponden a los requisitos sistematizadores de los anteriores. Terminamos este apartado con indicaciones para establecer el diagnóstico diferencial de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y otras patologías causantes de alteraciones conductuales.

Entrando en la pretensión de nuestro trabajo, tras haber expuesto los argumentos teóricos en apartados anteriores, ofrecemos los procedimientos para poder efectuar el diagnóstico psicopedagógico de los problemas de comportamiento en los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. Para ello presentamos el concepto de diagnóstico psicopedagógico, fundamentamos nuestro modelo tetradimensional de diagnóstico, basado en las cuatro dimensiones ya mencionadas y explicamos los instrumentos de la batería diagnóstica que hemos elaborado.

Una vez en condiciones de llevar a cabo la parte empírica de nuestro trabajo, presentamos la misma, sus resultados y conclusiones que nos avalan nuestras finalidades desde la óptica científica.

Todo ello tiene la pretensión de convencer a quienes reciban nuestro trabajo de una afirmación en la que vamos a insistir a lo largo de las páginas que siguen y que ya hemos destacado en los párrafos iniciales de esta introducción: es indispensable la utilización del diagnóstico como primera e imprescindible estrategia de intervención ante los problemas de comportamiento de nuestros alumnos del primer ciclo de la ESO.

La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), en su Capítulo III, señala la creación de un nivel de educación secundaria en el que se establece, entre los doce y los dieciséis años, un tramo obligatorio con cuatro cursos, tras el que aparece la educación postobligatorio para quien deseen ampliar su formación académica.

La obligatoriedad de la permanencia en el sistema educativo que se establece con la ESO corresponde al deseo de que toda la población escolar pueda desarrollar unas capacidades y conocimientos mínimos, desde el punto de vista académico e intelectual, y unos hábitos o capacidades de desarrollo en lo estrictamente personal, deducibles del texto del artículo 21: “con el fin de alcanzar los objetivos de esta etapa, la organización de la docencia atenderá a la pluralidad de necesidades, aptitudes e intereses del alumnado”.

El legislador desea que el alumno sea tratado como “persona individual con características específicas que obliguen a tener en cuenta sus características psíquicas”. Y en esa atención es fundamental disponer de los medios para poder paliar los déficits o anomalías que le afecten perturbando su correcta evolución como persona.

Las páginas que siguen son nuestra aportación a esta empresa y muy especialmente a un fenómeno tan preocupante en la actualidad como son los problemas de comportamiento en el contexto escolar .

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Síntomas del problema

La existencia de alumnos que presentan conductas perturbadoras en el contexto escolar es un fenómeno cada vez más habitual, según nos demuestran las estadísticas actuales sobre el tema y su correspondiente incidencia en los medios de comunicación.

Es frecuente encontrar alumnos que no se integran en las dinámicas educativas por causas diferentes en cada caso, a pesar de que el resultado final sea el mismo: los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

Los esfuerzos de los diferentes agentes educativos consiguen que buena parte de estos alumnos, de manera progresiva, se integren en su proceso de escolarización; pero, desafortunadamente encontramos a un porcentaje importante de alumnos que no llegan a conseguir esta integración.

Éste último colectivo de alumnos al que hemos hecho referencia anteriormente son niños y niñas que, después de estar recibiendo un tratamiento específico por parte de sus tutores, miembros del EAP, maestros del Programa de Educación Compensatoria, y en algunas ocasiones, por parte de recursos externos (Centro de Salud Mental Infantojuvenil –CSMIJ-, educadores de calle, etc.), su estado de inadaptación en la escuela no se soluciona, sino que, al contrario, se suele agravar.

Son alumnos que debido a su problemática conductual de base, van desarrollando progresivamente un retraso escolar al no adaptarse a los ritmos de trabajo de la actividad docente, acompañado de un proceso de distanciamiento hacia los maestros, compañeros de clase y en definitiva de la dinámica general de la escuela.

El incremento progresivo de esta problemática hace que por un lado se deterioren las dinámicas de trabajo de los centros educativos afectando tanto a los profesionales docentes como al resto de alumnos que desean seguir una escolarización adecuada. Por otro lado, este tipo de problemática está generando una bolsa social de jóvenes que no terminan su escolarización obligatoria o que en su defecto no acreditan ningún tipo de formación académica; con las consecuentes repercusiones en su proyección laboral, social y posible deterioro psíquico.

2. Delimitación del problema

La problemática expuesta en el apartado anterior, independientemente de los motivos que la han causado desde el punto de vista del diagnóstico nosológico del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (APA, 1.995) se tiende a situarlos como un **"Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador"**. En este sentido, el CIE-10 (OMS, 1992) presenta otro tipo de códigos al respecto, pero coincide con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Teniendo en cuenta las consideraciones hechas anteriormente y tomando como punto de referencia el sistema de clasificación del DSM-IV, las conductas perturbadoras se ubican dentro de la sección que hace referencia a los **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia**. En esta sección, además de otros trastornos propios de estas etapas se encuentra los que ya hemos citado en el párrafo anterior bajo la denominación de: *Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador*; en el que se incluye:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, tipo combinado.

Trastorno disocial, que se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto.

Trastorno negativista desafiante, que se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas:

Trastorno por déficit de atención no especificado, que incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Trastorno de comportamiento perturbador no especificado, que incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante.

Vistos estos subapartados del DSM-IV, el diagnóstico clínico de una conducta perturbadora sólo debe aplicarse cuando el comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato.

Fuera de este criterio queda un vacío diagnóstico para aquellos alumnos que aún presentando problemas de conducta no pueden ser considerados sus comportamientos como un trastorno clínico. Por otro lado, aquellos sujetos que sí cumplen los criterios de trastorno clínico, si bien le podemos dar la denominación diagnóstica los factores de riesgo que lo han podido determinar no se conocen, situación que nos cuestiona la funcionalidad última del diagnóstico, que es tener una pauta precisa para el tratamiento del problema. A título ilustrativo, nos podemos encontrar con varios sujetos que presenten un trastorno disocial, pero que la causa de uno sea puramente social debido a que su entorno familiar esté muy desestructurado con modelos delincuenciales; y que por el contrario, otro caso, su entorno sea totalmente estructurado pero la causa de sus conductas tenga un origen de carácter biológico por padecer una trisomía XYY. Como es evidente, si bien las conductas que han determinado el diagnóstico de Trastorno Disocial pueden ser las mismas, el tratamiento que requerirán tendrán que ser básicamente diferente.

3. Formulación del problema

Como podemos deducir del apartado anterior, y centrándonos en la literatura científica, ésta nos confirma la existencia de un gran abanico de factores de riesgo que son predisponentes de los problemas de conducta.

Estos factores de riesgo, los paradigmas teóricos los clasifican en cuatro grandes apartados diferenciados pero en muchas ocasiones totalmente interrelacionados, como son: el social, el pedagógico, el psicológico y el neurobiológico.

Cada uno de estos ámbitos puede ser o no, según las circunstancias de cada sujeto, un elemento, circunstancia o influencia de los factores específicos, predisponentes y/o desencadenantes de la etiología de la conducta perturbadora

Los factores específicos, independientemente de su etiología, son los que fundamentaran la conducta, los predisponentes, los que influirán probabilísticamente a que se produzca y los desencadenantes los que la provocaran.

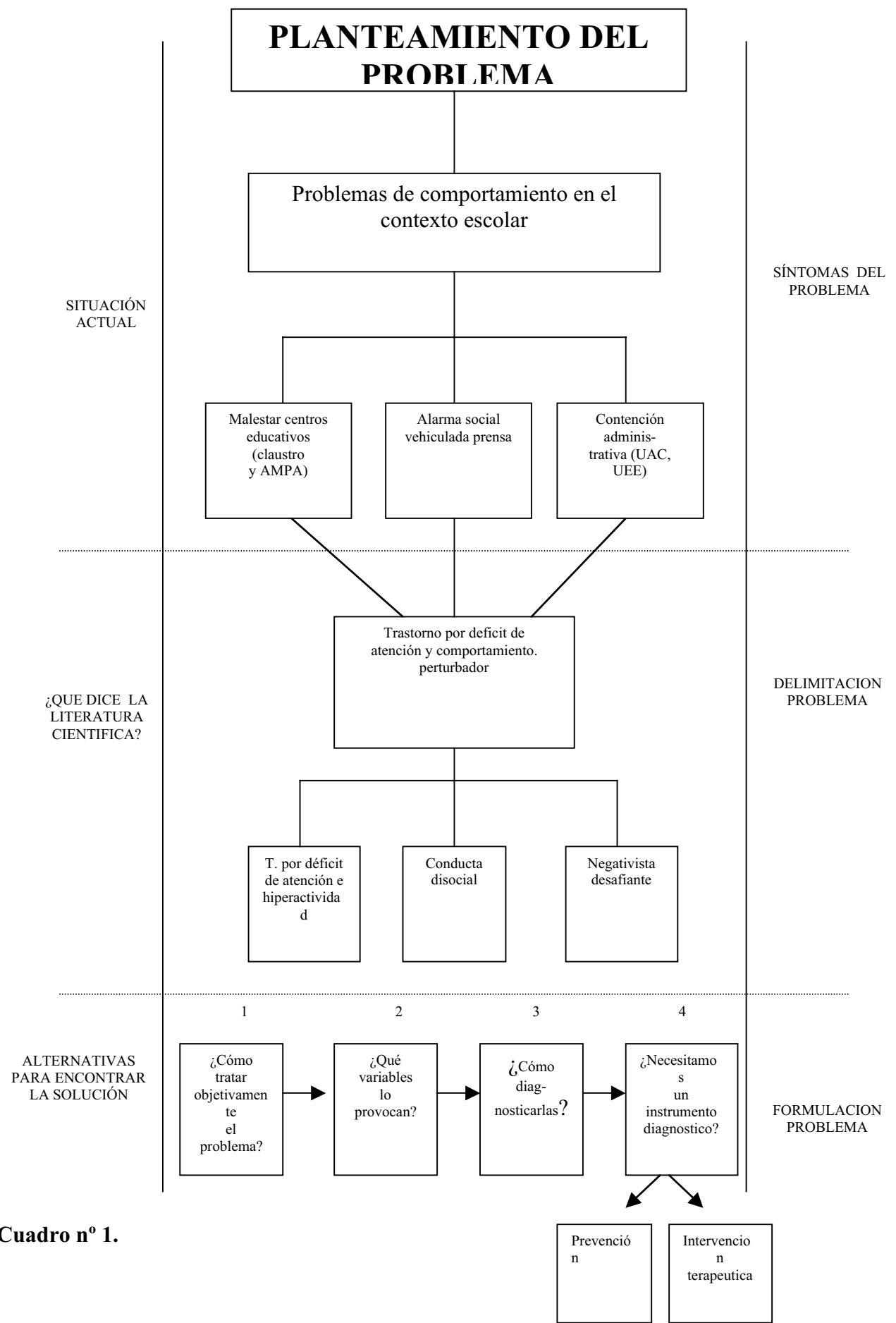
Estos factores pueden ser muy variados, y en ocasiones bastante difíciles de identificar incluso por el propio sujeto que presenta las conductas. La interrelación, el grado y la presencia o ausencia de todos o algunos de dichos factores incidirán de forma única en cada uno de nuestros alumnos.

En este sentido, nos preguntamos: ¿ para poder tratar con objetividad las conductas perturbadoras en el ámbito escolar, será necesario conocer los factores que pueden tener un papel determinante en la etiología de este tipo de comportamiento?

Una vez que hemos enmarcado el concepto de conducta perturbadora, y planteada la necesidad de estudiar las variables (factores de riesgo) que intervienen en la aparición de las mismas, la siguiente pregunta que nos hacemos es: ¿cómo podemos conocer estas variables?

Ante esta incógnita quizás deduzcamos que el ámbito diagnóstico pueda ser la respuesta. Pero teniendo en cuenta las características de estos alumnos, la siguiente cuestión a plantearse es: ¿ qué hay que diagnosticar? ; ¿cómo? ; ¿todas las pruebas estandarizadas se adaptan a este perfil de alumnado?

Algo que inicialmente parece sencillo, se nos complica. Por tanto: ¿se crea la necesidad de encontrar un instrumento diagnóstico adaptado que lo convierta en funcional y preciso?



Cuadro nº 1.

El poder reducir o eliminar los citados factores de riesgo a través de un diagnóstico preciso nos ayudará, por tanto, a mejorar o a terminar con estos comportamientos en aquellos alumnos que ya presentan el problema; pero, ¿podemos prevenirlos?.

Poder determinar con anterioridad a que se desarrollen los problemas de comportamiento en el contexto escolar, los factores de riesgo determinantes de esta conducta, puede ser una posible vía de prevención. El ¿cómo?, ya lo hemos planteado anteriormente. Un diagnóstico preciso y funcional que nos permita detectar los factores de riesgo determinantes de estas conductas.

En otro orden de cosas, poseer la información detallada del proceso diagnóstico que hemos planteado nos permitirá poder decidir de forma fundamentada cual debe ser nuestro segundo nivel de intervención, considerando el propio diagnóstico como el primero.

Acciones de carácter intraprofesional en el propio centro educativo o bien interprofesional con especialistas ajenos al mismo nos permitirá abordar de manera globalizada el problema y de esta forma poder ofrecer una solución específica e individualizada a cada uno de nuestros alumnos que padezcan la problemática que nos ocupa.

Después de desmenuzar el problema en el problema nº 1 de este apartado, iniciaremos la presente investigación con la finalidad de poder aportar respuestas a todas las cuestiones planteadas; a la vez que dejaremos nuevas líneas de investigación abiertas.

II. MARCO TEÓRICO

1. EL PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO EN EL CONTEXTO ESCOLAR

1.1. Qué entendemos por problemas de comportamiento:

Antes de iniciar el desarrollo en extensión de nuestro estudio, intentaremos delimitar el tema cuya problemática tratamos de afrontar y para la cual deseamos ofrecer métodos de prevención. Concretamente nos vamos a ocupar de los denominados “problemas de comportamiento”, de su casuística, su diversidad de patologías, su procedimientos de prevención y de posibles procesos de corrección y mejora

Existen múltiples definiciones, a menudo condicionadas apriorísticamente por la posición metodológica o ideológica de quienes las formulan, aplicables al concepto de “comportamiento”.

En síntesis, y desde una perspectiva “neutral”, se entiende por “comportamiento” el conjunto de conductas -y las características de esas conductas- con las que un individuo o un grupo determinados establecen relaciones consigo mismo, con su entorno o contextos físicos y con su entorno humano, más o menos inmediatos.

En la actualidad, por su amplitud y adaptabilidad, este término tiende a ser más empleado que el de “conducta”, que parece haber perdido la primacía que mantuvo especialmente durante la década de los sesenta, cuando alcanzaron mayor preeminencia los planteamientos conductistas.

Con la intención de acotar un tanto el uso terminológico, acudimos a la etimología, por si es posible hermanar el uso del lenguaje cotidiano con el técnico y hacer así más asequibles nuestras consideraciones, sin que con ello queramos sustraerles la necesaria precisión científica.

“Comportarse”, como ya avanzamos en la introducción, resulta de “portarse con-”; es decir, tener y mostrar actitudes y actividades con cierto sentido dinámico (“portar” es, en alguna de sus acepciones, “llevar”) y en relación con referentes externos a esa dinámica aunque no necesariamente al protagonista-autor del comportamiento. Por su parte, la “conducta” es la expresión del modo en que su protagonista se “gobierna” o “conduce” a sí mismo (del latín “ducere”), como respuesta a una motivación que pone en juego componentes psicológicos, motrices y fisiológicos.

Esta delimitación primaria de los conceptos tiene importancia como punto de partida, ya que la aparición o no de problemas de comportamiento tiene que ver con la motivación real, la calidad con que esa motivación es percibida por el autor de la conducta, y el modo en que -a partir de sus capacidades cognitivas y físicas, su aprendizaje o entrenamiento, e incluso su repertorio de valores morales- reaccione a lo percibido.

Tras aclarar los aspectos definatorios, es obvio que, para que podamos hablar de “personalidad problemática”, habrá que trazar los posibles límites entre lo “no problemático” y lo “problemático”, lo que conlleva el problema de afrontar los parámetros de la “normalidad” y la “ausencia de normalidad”, situaciones difícilmente definibles y que en muchos extremos están sujetas a un alto grado de subjetividad.

En este sentido, la personalidad no problemática, normal y en consecuencia “correcta”, vendría definida en lo cotidiano y a grandes trazos como aquella que se expresa mediante una conducta comprensible, consistente -es decir, con coherencia en sus

componentes y manifestaciones y equilibradamente estructurada- y controlada, es decir, dominada y dominable por el individuo de quien es manifestación externa dinámica.

Volvemos ahora a encontrarnos con los mismos problemas que al principio, porque la comprensibilidad, la consistencia y la controlabilidad pueden adoptar matices diferenciados en los que las variables provocadas por el entorno y por el sujeto activo o pasivo resultan determinantes y los “parámetros rígidos y absolutos” no tienen cabida ni aportan soluciones, lo que nos lleva, como en tantas otras cuestiones, a la necesidad de una atención personalizada por parte del sistema educativo y sus agentes.

Desde una visión positiva y encaminada a la resolución de las cuestiones, lo problemático debe ser definido con referencia a lo que se entiende por normal. Advertiremos, así, la existencia de unas discapacidades, la inexistencia de unas capacidades efectivas, o ciertas dificultades de adaptación ante lo que la realidad demanda del individuo, lo cual nos permitirá establecer procedimientos para paliar los déficits o desviaciones así dictaminados.

Si consideramos que hay una normalidad adecuada a las circunstancias, multiforme y adaptativa, tenemos opción a establecer tratamientos individualizados de aquellos comportamientos no entren dentro de los parámetros definitorios de esa normalidad. Además, tener esa referencia nos va a servir de elemento positivo, puesto que la reparación de la conducta irá dirigida al restablecimiento de esa normalidad, a la búsqueda de un objetivo definido y delimitado.

También hemos de tener en cuenta, porque es fundamental para no caer en excesos, que no todos los problemas de conducta, y específicamente los que se dan en el mundo escolar, corresponden, necesariamente a la existencia de una conducta patológica..

En el proceso de evolución personal con que el individuo se adapta al medio y establece su interrelación dinámica con el mismo, aparecen desajustes, episodios de conducta problemática (susceptibles de llegar a conflictivos) cuya superación contribuye al proceso de maduración personal, por lo que, cuando son esporádicos, puntuales o concretos, únicamente son expresión patente de una conducta adecuadamente orientada y en evolución correcta que en un punto determinado no ha conseguido establecer el equilibrio buscado.

Debemos distinguir, pues, entre los problemas cotidianos y normales y los problemas más serios que tienen un carácter más frecuente o incluso permanente; y esto no resulta sencillo: “no existe una clara distinción entre las características de un niño problema y las de los otros”, y “no hay síntomas absolutos de desajuste”. El mismo autor añade que “necesitamos saber cómo establecer una distinción entre los diferentes problemas (normales y no-tan-normales) que acosan a los niños”. Para ello, añade, no nos queda otro remedio que tener en cuenta que “parece más provechoso preguntarse cómo un niño desarrolla su conducta en general que limitar la cuestión a cómo desarrolla una conducta problemática como tal”.

En este sentido, una aportación interesante es tener en cuenta que un niño calificado como “problema” no lo es en su totalidad, y se trata, más concretamente, de un niño con “determinados problemas que le hacen estar en condiciones de inferioridad”, citas todas ellas extraídas de (Martín, 1992:14-17).

Abundando en las afirmaciones anteriores y teniendo en cuenta la dificultad para encontrar la línea que separe ambas situaciones, la solución, como expone Martin (1992),

consiste en concebir la “normalidad” y la “anormalidad” como los extremos de un continuum, en el que la normalidad se convierte, casi imperceptiblemente, en anormalidad y viceversa. De este modo es posible discernir a partir de la intensidad o de la frecuencia con que aparezcan comportamientos problemáticos, lo que nos proporciona un esquema sistemático muy útil y nos damos cuenta de que no nos encontramos ante fenómenos de ruptura, sino de colocación en una misma coordenada.

Del mismo modo en que no hay ruptura entre un “volumen alto” y uno “bajo”, y podemos circular entre uno y otro hasta obtener el adecuado, no hay ruptura entre lo que se considera “problemático” y “no problemático”, y esto nos puede animar a la posibilidad de variar la ubicación de una conducta o del comportamiento global del individuo en esa línea continuada.

Así, utilizando los constructos de Charlot (1992) y Gimeno (2000), podemos considerar que una conducta problemática sería la “excesiva”, es decir, aquella cuya intensidad o repetición de hechos es muy apreciable (en los niños, por ejemplo, gritar o pegar, pero también un excesivo quietismo o rasgos intensamente adinámicos); la que es apropiada o normal en sí misma pero que se desarrolla en contextos limitados o inapropiados, por lo que no se atiene a la concepción del comportamiento como ajuste del individuo a su entorno (por ejemplo, es conducta que no llama la atención, por su adecuación al contexto, la del niño que corre y persigue al compañero en el patio de recreo; sin embargo, la misma acción efectuada por el mismo niño en el aula, en plena sesión de clase y sin que se advierta en su autor conciencia de su inadecuación, nos indica que estamos ante un problema); o la conducta que está ausente o representada de un modo pobre (en calidad o cantidad) en el comportamiento general del niño (por ejemplo, el dominio de sus esfínteres, o su capacidad de atención o, incluso, su curiosidad y su necesidad de experimentar con lo nuevo).

Es decir, y para sintetizar lo anterior: una conducta problemática plantea problemas por exceso, por defecto, o por inadecuación.

Hoy en día se ha superado la concepción de la “normalidad” como mera “ausencia de problema” propia de una concepción médico-clínica (el que está sano es el que no está enfermo), y se tiende a una interpretación positiva (estar sano es gozar de unas determinadas capacidades físicas y mentales). Por ello, ya no es suficiente la ausencia de patología “para considerar el estado individual como normal”, (Jiménez,L. et al. 1994:20).

Esto en modo alguno contradice lo que hemos apuntado en los apartados anteriores, cuando hablábamos de lo problemático como contraposición con lo no problemático.

Para justificarnos, volvemos a insistir en la dificultad de establecer cuantificaciones o especificaciones que determinen y concreten lo normal y lo anormal y, en gran medida, no tenemos otra opción que basarnos -como partida para posteriores desarrollos- en percepciones intuitivas que en gran parte dependen de nuestra propia experiencia, condicionada por nuestra inclusión o pertenencia a un determinado contexto. Es por ello, que debemos atender los límites extremos de las situaciones y seguir el hilo que los une.

Nuestras percepciones intuitivas de normalidad-anormalidad se producen desde la instalación en un equilibrio complejo y relativo del que hay que tener en cuenta su dinamismo, puesto que somos producto aún no definitivo de un proceso de desarrollo personal en el que han tenido una importante intervención, entre otros agentes, el sistema educativo (lo escolar), la influencia de los entornos próximos primarios y secundarios

(familia, amigos) y nuestra propia capacidad de reflexión sobre los valores y contravalores que paulatinamente hemos sido capaces de asumir o desechar. Por otra parte, y esto forma parte del dinamismo del proceso de desarrollo personal, poseemos una capacidad de curiosidad y cuestionamiento que nos lleva a preguntarnos acerca de las cosas que nos preocupan y que provoca, precisamente, situaciones como la que estamos desarrollando mediante estas páginas en las que intentamos indagar y aportar nuevas vías de comprensión sobre el problema, ya antiguo, del comportamiento humano.

Para definir la “normalidad” podemos recurrir a referencias de tipo normativo, como las que señala Bonals, citado por (Molina,1995:294), al afirmar que los trastornos de comportamiento “son todas las alteraciones o perturbaciones del mismo con respecto a la norma”.

Esa norma puede determinarse partiendo de criterios empíricos y culturales, por lo que en una sociedad con grupos culturales diferenciados pueden existir diferenciadas definiciones del comportamiento normal; o puede determinarse mediante una “distinción diagnóstica” cuyos instrumentos, a menudo, están elaborados a partir de un grupo cultural que no coincide con el del sujeto evaluado y que es posible no tenga en cuenta que algunas de las manifestaciones juzgadas como problemáticas pueden resultar, simplemente, adaptativas en determinados momentos y patológicas en otros.

Estas aportaciones ratifican la necesidad de abordar procedimientos superadores, y a eso vamos.

La “normalidad”, que a partir de ahora debemos entender como una vida humana adecuada, viene definida como una situación en la que están presentes un estilo y una serie de elementos que faciliten un determinado “nivel de calidad”. Con ello se pone de manifiesto que junto a la dimensión individual de la conducta son esenciales los componentes socioambientales, y “consecuentemente la significación que puede tener el carácter preventivo de actuación, como elemento esencial de protección del ambiente y el individuo”, (Jiménez , L. et al. 1994:20).

Para desarrollar esta nueva concepción de la normalidad acudimos a criterios de tipos muy variados:

-criterios estadísticos: que permiten integrar la conducta humana dentro de la cuantificación representada por los límites de la curva gaussiana, teniendo en cuenta que las desviaciones en más o en menos de los índices de frecuencia de un comportamiento infantil - en el caso que nos interesa- representarían inadaptaciones casuísticas por su consideración de “desviación anómala de la conducta”.

-criterios culturales y sociales: lo normal es lo que se ajusta específicamente a las normas sociales.

-criterios utópicos: lo normal tiene en cuenta la valoración de los aspectos fenoménicos en la estructura personal infantil (condiciones y características de la comunicabilidad infantil; nivel de adaptabilidad con implicaciones madurativas en los planos cognitivos, afectivos y sociales; índices de relación o dependencia con respecto al entorno más inmediato; manifestaciones objetivables de la dinámica personal afectiva). La aportación de Millon (citado por (Jiménez, L. 1994:23), “con las matizaciones y ajustes necesarios para su aplicabilidad sobre las desviaciones conductuales y de la personalidad del niño (...) en la medida que aporta una síntesis recapituladora de los diversos componentes (individuales, relacionales, sociales, etc) que integran la conducta normal infantil, puede ser una interesante aportación, dentro de lo que para este autor representaría una ‘Síntesis psicoanalítico-cognitivo-conductual de las funciones psicológicas’, con lo que dicho término implica”.

El conocimiento de las dificultades o problemas de comportamiento del alumnado resulta fundamental para un correcto planteamiento educativo, debido a que, siguiendo a (Molina, 1995:293), existe una “elevada presencia de este tipo de trastornos en el ámbito escolar”, la mayoría de ellas “cuestionan la práctica docente” (íbidem.) y, por último, por la preocupación que el profesor pueda sentir ante el hecho de que “estos problemas puedan hacerse permanentes e impidan una vida satisfactoria del niño” (íbidem.). Esta misma preocupación es señalada por el consejo de redacción de la revista *Suports* en el artículo "Les conductes desafiadors: un problema o un repte?", al afirmar “una de las preocupaciones más significativas ante las conductas desafiantes es el impacto o las consecuencias que comportan”, (*Suports*, 1997:82).

Concluye (Molina, 1995:293) que “si no existe un ambiente adecuado y una intervención precoz”, las dificultades de comportamiento pueden terminar siendo permanentes, con lo que la viabilidad, eficacia y sentido del sistema educativo quedan reducidas a cenizas.

Además, la situación escolar resulta un ámbito fundamental para la manifestación de problemas de comportamiento y de comportamientos problemáticos, ya que sus peculiaridades y exigencias colocan al alumno en una situación continuada de esfuerzo y de interacción con el medio, en la que sólo puede responder desde su comportamiento personal.

(Molina,1995:295) aporta que Bower, al que cita Kauffman, describe a los niños con dificultades emocionales como aquellos que presentan una serie de dificultades sistematizadas en: incapacidad para aprender, o lo que es lo mismo, discrepancia apreciable entre el desempeño académico real y el esperado; incapacidad para mostrar un comportamiento a un nivel que se corresponda con su situación de desarrollo, sobre todo en lo referente a intereses, conducta y relaciones con sus coetáneos; incapacidad para mostrar confianza y seguridad en sí mismo o para superar los sentimientos de tristeza; incapacidad para enfrentarse a situaciones tensas en la escuela sin desarrollar reacciones psicósomáticas, u otros síntomas.

En la mayor parte de los estudios sobre este tema, para la definición y la delimitación de los problemas del comportamiento del niño y para discriminar cuáles de sus comportamientos deben ser considerados como problemáticos y cuáles son simplemente episodios, más o menos desajustados, de adaptación a las circunstancias, se incide en la necesidad de considerar el nivel evolutivo del niño, las consecuencias negativas que esos comportamientos tienen en su educación y desarrollo posterior, la referencia a ciertas normas a las que no se ajusta el niño, la focalización en el síntoma o en el estado general del niño, y, por último, la estabilidad de los comportamientos objeto de observación en el tiempo.

1.2. Los problemas de comportamiento en el ámbito educativo:

A estas alturas, cuestionar que el contexto escolar aparece claramente como un ámbito específico en sí mismo, con características propias que lo diferencian es caer en una visión idílica, utópica o escapista que termina siendo ineficaz, cuando no absurda.

Es cierto que la historia de los movimientos pedagógicos y de los sistemas educativos nos muestra planteamientos, pautas, tendencias y movimientos específicos que debaten sobre

la especificidad del contexto escolar y la cuestionan en grados diversos, afirmando que no puede ni debe haber distinción entre los contextos más próximos y habituales al educando (el familiar, el de su grupo de amistad, el de la sociedad en general) y el contexto escolar.

Es bien cierto también que no podemos negar el éxito de un mayor rendimiento o efectividad en los casos en que el contexto escolar es capaz de efectuar algún tipo de adecuación a la idiosincrasia del resto de contextos en que el alumno se ve inmerso a lo largo de su etapa infantil, adolescente y juvenil, o cierto acercamiento a ellos.

Pero no podemos olvidar que la misión formadora que la sociedad otorga a su sistema educativo, de la que lo responsabiliza, y que de modo específico y principal se desarrolla en el contexto escolar, obliga a éste a unas características muy determinadas, a calidades muy concretas en las pautas internas establecidas y en sus mecanismos de funcionamiento.

Hemos de tener en cuenta que, en definitiva, el contexto escolar es el encargado de poner en marcha los resortes individuales de sus protagonistas, de forma que estos resortes permitan a sus poseedores el descubrimiento de sus potencialidades personales, la máxima capacitación cuantitativa y cualitativa de las mismas, y el descubrimiento y máximo control y superación de sus incapacidades, dentro de las pautas que la sociedad entiende como “normales” por su generalización y habituabilidad.

Estos planteamientos afectan tanto a los aspectos intelectivos, como a las habilidades de tipo manual y a los aspectos más íntimos y a menudo más intangibles de la persona (valores, actitudes, vivencia de la eticidad...). En resumen, el cúmulo de exigencias que la sociedad ha trasladado al contexto escolar lo hacen, de por sí, sumamente complejo.

No podemos olvidar, además, que algunas de estas exigencias vienen dadas por delegación implícita o explícita de otros contextos en los que el individuo se ve inmerso desde su nacimiento; y que éstos, paulatinamente, han ido distanciándose del compromiso educador o generador de conocimientos, de todo tipo de habilidades y de actitudes, con lo que se incrementa la especificidad -y a menudo la soledad- del contexto escolar, Gimeno (2000).

Comprobamos cómo la evolución del mundo laboral y de las costumbres, por ejemplo, ha implicado que la familia haya ido haciendo dejación de algunas de las funciones educadoras que tradicionalmente le correspondían, para adjudicárselas casi en exclusiva a la institución escolar.

No discutimos aquí la idoneidad de esta situación, no es el lugar ni el momento. Simplemente exponemos los hechos, la realidad en que nos encontramos y que deja claro que el contexto escolar está claramente diferenciado del resto de contextos y tiene implícitas una serie de características que hemos de tener en cuenta a la hora de cualquier consideración.

No podemos ponernos una venda sobre los ojos. Nos guste o no, estemos de acuerdo o no, tengamos o no la pretensión de establecer mecanismos correctores de esta situación de la sociedad a la que pertenecemos en la que parece existir una clara estanqueidad estructural entre los distintos contextos, lo cierto es que la realidad social está parcelada de manera casi impermeable, y el individuo se ve obligado a transitar por sus diferentes contextos habituales adoptando en cada uno de ellos lo que podríamos denominar “el disfraz adecuado”, porque

no todas nuestras características y “habilidades” individuales resultan pertinentes en todo lugar y momento.

La especificidad señalada más arriba no implica el aislamiento del contexto escolar, incluso aunque lo consideremos del modo amplio que indicamos en la introducción, puesto que debemos tener en cuenta las intromisiones e interferencias producidas por otros contextos.

La estancia en el centro educativo ocupa una parte considerable del tiempo y el espacio vitales del alumno - considerada por los adultos como “la más importante”- en esa etapa vital, pero no su totalidad. Y a menudo, la percepción o vivencia de su “estancia” en ese contexto está distorsionada en el educando por cuestiones de distinto tipo. Es decir, podemos comprobar cómo el alumno está en la escuela sin “estar totalmente” en ella, porque sus intereses, sus actitudes o los comportamientos con los que se identifica poco tienen que ver o están en clara disintonía con lo que el contexto escolar exige y ofrece.

Existe a menudo una sensación de incomodidad en el alumno, en nuestro caso el alumno que ha terminado la EPO y ahora es introducido en la ESO, Tedesco (1999) un sentimiento de extrañamiento y desarraigo cuando se ve obligado a desempeñar el rol que le es asignado en el contexto escolar.

Las normas, no sentidas como propias y a las que no se encuentra explicación porque nacen de una jerarquía superior -los mayores, o peor aún, los profesores, cuya única misión es entrometerse y desde una posición de poder no reconocido- con la que no existe una identificación clara; los derechos y deberes, no comprendidos en sí mismos ni en su función dentro de un proceso formativo global que el alumno no concibe, y que el alumno llega a sentir como algo externo y que no va con él; la disintonía entre la escuela y la familia; la contradicción entre los valores que el alumno intuye necesarios para ser reconocido en su entorno vivencial no escolar o en su futuro entorno laboral, son una muestra de episodios vitales en los que el contexto escolar, la vivencia que del mismo tiene el alumno, se ve interferido por agentes dinámicos pertenecientes a otros contextos.

En el contexto escolar, desgraciadamente, se produce un choque de exigencias y de comportamientos que se hacen particularmente sensibles en la edad adolescente, cuando el alumno empieza a tener conciencia de sí mismo y está experimentando los cauces de su propia libertad, pero aún carece del necesario dominio sobre cuanto le rodea, acontece en él, o sobre sí mismo.

El adolescente, nuestro alumno de ESO, no entiende lo que ocurre a su alrededor, pero tampoco entiende lo que le ocurre a él. Quiere tomar sus decisiones, el sistema le exige que las tome, y al mismo tiempo parece coartarle para que esas decisiones vayan encauzadas en unos sentidos determinados.

Al mismo tiempo, el contexto sufre la presión de la familia, que le exige o se inhibe (padres que desean que el centro educativo asuma la responsabilidad de “todo” lo que le ocurre a su hijo, padres que se despreocupan absolutamente de lo que a su hijo le ocurre); el contexto extraescolar inmediato al alumno, donde las figuras de prestigio poco tienen que ver con los modelos que el contexto escolar propone en cuanto a comportamientos, valores y actitudes; el contexto constituido por la sociedad en general, que con sus contradicciones

tampoco contribuye a aclarar el panorama (una sociedad que no tiene bien claro si el sistema escolar debe servir para formar íntegramente a la persona; para capacitarla con la finalidad de que el día de mañana pueda ocupar un lugar en el mundo laboral, independientemente de la vocación o el interés profundo del individuo; o para convertirla en un ciudadano acorde con el modelo propugnado por el sistema político imperante en el momento...).

Aunque nos pese, mientras los profesionales de la educación se esfuerzan por conocer mejor el mundo de sus alumnos como colectivo y el mundo personal e intransferibles de cada una de las personas que lo forman, la sociedad que pone en sus manos una de las labores fundamentales para asegurar el presente y guardar el futuro proyecta sus contradicciones sobre su sistema educativo y lo arrastra en un vendaval de tendencias cambiantes que continuamente cuestiona objetivos y procedimientos, como reflexiona Savater (1997) en los distintos capítulos de su obra.

No se trata aquí de abogar por un clima de neutralidad edulcorante y falta de compromiso, ni se trata tampoco de establecer la tajante independencia del contexto educativo de modo que los agentes sociales permanezcan ajenos e imperturbables a él. Se trata, simplemente, de plantear la necesidad de un consenso, ajeno a radicalismos e intervencionismos, en que una cierta estabilidad de base proporcione la tranquilidad necesaria para que la escuela -y aquí venimos empleando el término como sinónimo de “sistema escolar”, o de “centro educativo”, es decir, como lugar y espacio determinado en que una sociedad, a través de unos profesionales debidamente capacitados para ello, proporcione a sus niños, adolescentes y jóvenes el tipo de formación que la propia sociedad considere adecuada- pueda cumplir con las funciones que le sean encomendadas.

De modo general, al sistema escolar (el contexto del que ahora nos ocupamos) se le asignan una serie de objetivos que vamos a sistematizar a continuación.

El principal objetivo es propiciar el aprendizaje del alumno y promover su educación en un sentido amplio, para lograr una correcta evolución de su desarrollo y la exploración y potenciación de sus capacidades personales (lo que denominamos “realización personal”), Perrenoud (1999).

Este objetivo atiende no sólo a la captación de conocimientos sobre las distintas materias, sino al desarrollo de habilidades y establecimiento de estrategias de tipo intelectual (capacidad de razonamiento...), práctico y de aplicación “manual” sobre la materialidad del entorno próximo (y con ello aludimos al desarrollo de capacidades que podríamos describir como “tecnológicas”).

Además, en la actualidad se insiste en que el carácter cambiante del mundo, y la evolución acelerada de los conocimientos y las exigencias que el individuo debe ser capaz de afrontar hacen necesaria, junto a un buen cúmulo de conocimientos, la capacidad de continuar integrando nuevos conocimientos en un futuro; actividad que el individuo, en un determinado momento, debe ser capaz de realizar de modo autónomo: es lo que podemos definir como “aprender a aprender”.

Es decir, a grandes rasgos, tenemos los “contenidos conceptuales” y los “contenidos procedimentales”.

No hemos terminado aún. Más allá de lo relativo a los conocimientos, al sistema educativo le incumbe también gran parte de lo que se engloba bajo la pretensión de la “formación integral”, y ahí encontramos cuestiones referentes a las actitudes, y las pautas de socialización, de adecuación al entorno y de aceptación crítica y constructiva (en el más optimista de los casos) de las normas y leyes que la sociedad establece para conseguir una correcta convivencia.

De hecho, el desarrollo de la vida escolar constituye la experimentación del grado en que los objetivos del sistema van siendo conseguidos o asumidos. El alumno se ve en la necesidad de mostrar que ha integrado o aprendido unos ciertos conocimientos; debe dar cuenta de su creciente capacidad para manejar procedimientos (algunos de ellos de tipo intelectual, como por ejemplo resolver un problema de matemáticas; y otros de tipo “práctico-material-tecnológico”, como construir una maqueta o un pequeño circuito eléctrico); ha de mostrar su capacidad de autoaprendizaje al acometer pequeñas investigaciones sobre temas dados; y tiene que mantener unos determinados comportamientos en el aula y fuera de ella, de acuerdo con las normas de convivencia vigentes en el centro, e incluso puede formar parte de organismos de representación y opinión en los que se discute, entre otras cuestiones, de esas normas, los casos de incumplimiento de las mismas, y su posible modificación o adecuación a nuevas situaciones, Meirieu (1992).

También se le pide participación en actividades “extraescolares” organizadas por el propio centro o estamentos relacionados con el mismo (clubes culturales, equipos deportivos...), y la implicación concreta y puntual en actividades o acontecimientos de cierta relevancia (Día del Libro, Semanas Culturales, efemérides propias del centro o del barrio o localidad donde éste está ubicado...).

En resumen, un complejo entramado de exigencias que requieren una cierta estructuración del grupo social que debe afrontarlas, un clima adecuado de respeto y colaboración, y la salvaguarda y práctica de unas normas de convivencia que propicien el derecho de todos y cada uno de los alumnos a recibir los estímulos de todo necesarios para su correcta y completa educación y el derecho de los educadores a desarrollar su tarea.

Sentadas a grandes rasgos las características de la comunidad escolar, y establecida su complejidad y multiplicidad de facetas, podemos ahora definir sin estridencias ni radicalidades, de un modo general, qué son los problemas de comportamiento en este contexto.

La solución aparece ahora más sencilla. Son problemas de comportamiento las actitudes y hechos contrarios a las normas de convivencia y que impiden en menor o mayor grado la existencia del orden y el clima adecuados para que en el centro escolar se pueda laborar por el alcance de los objetivos que le incumben.

Esta consideración nos permite centrar adecuadamente las actitudes y los hechos que de otra manera aparecerían como situaciones “predelictivas” (o incluso delictivas en algunos casos) y a los que en general nos referimos como “mal comportamiento”.

No se trata, así, de que el comportamiento sea correcto o incorrecto de acuerdo con unos parámetros discutibles por alguno de los factores implicados en la convivencia escolar (no siempre el cuestionamiento de lo correcto o lo incorrecto proviene del estamento de los

alumnos, como pudiera parecer; a modo de ejemplo podríamos tomar las opiniones contrarias que se suscitan en algunos sectores de padres cuando un profesor establece para sus clases algunas pautas innovadoras en cuanto al orden de los pupitres, el tipo de deberes o de pruebas de evaluación).

Se trata, en realidad, de que el comportamiento sea adecuado o inadecuado a lo que se considera necesario para que los miembros de la comunidad escolar puedan ejercer libremente los derechos que en ella tienen. Desde esta perspectiva es más factible dar una consideración y un tratamiento adecuados a múltiples situaciones conflictivas que menudean en nuestras aulas: guardar silencio, respetar el material, no maltratar física o psíquicamente al compañero alumno... no son hechos buenos o malos en sí mismos (aunque sí lo sean), son problemas de comportamiento en el contexto escolar porque están interfiriendo en el derecho de otros alumnos a ser protagonistas de sus posibilidades de mejora, a aprovechar lo que la escuela pone a su alcance.

Aunque nuestro razonamiento puede parecer asumible, la realidad que nos rodea no responde a la lógica aparentemente irreprochable del mismo.

La conflictividad en los centros escolares y el deterioro creciente de la convivencia escolar, que graves sucesos que empiezan a ser excesivamente frecuentes ponen de manifiesto, se están convirtiendo en un fenómeno preocupante y de repercusión internacional. Los EEUU y el Reino Unido son prueba evidente de ello, y a menor nivel podemos señalar episodios concretos y climas evidentes de conflictividad en centros de nuestros entornos próximos.

El modelo escolar es cuestionado desde el interior y el exterior del sistema. Los comportamientos conflictivos por parte de los alumnos están mermando la calidad de la enseñanza y la capacidad educativa de los profesores, entre los que las enfermedades de origen “profesional” causadas por la situación que viven en el aula y que no tiene nada que ver con sus expectativas están alcanzando índices preocupantes, como señala (Vallés,1997:89).

Conceptos como “disciplina”, “orden”, “atención”, “respeto”, “puntualidad” son cuestionados y causa de trasgresión por parte de alumnos que sienten como ajenas las pautas mínimas para una convivencia constructiva en el “territorio escolar”. La agresividad, la incertidumbre, la desmotivación, y la tensión insolidaria que en determinados momentos caracterizan nuestra vida social se han introducido en las aulas, auspiciadas por el desencanto y la falta de confianza en el futuro que parecen ser las perspectivas más percibidas por un porcentaje mayoritario de los alumnos.

No es ajeno a esta conflictividad el “utilitarismo” que las estructuras sociales otorgan al sistema escolar. Ya no se valora lo que el alumno desea llegar a ser en su futura vida profesional, no importa que su vocación -en un momento en que no se fomenta este concepto ilusionante y motivador- se vea frustrada. Lo que importa es el número de profesionales de determinada rama que la prospectiva señala como necesario en un futuro concreto. El desencanto y la desilusión se imponen como la realidad más inmediata para el alumno. Lo que se le enseña en la escuela, los valores que le son inculcados se convierten, a ojos del alumno, en un lastre inservible, porque en su percepción intuitiva son contenidos inútiles cuando los contrasta con los modelos en boga que encarnan el éxito social.

Y el desencanto lleva al cuestionamiento y al enfrentamiento. La búsqueda de la propia supervivencia y de la propia afirmación se hace por negación y rechazo a lo que “el poder inmediato” propone. En crisis el modelo clásico de familia, cada vez más afianzada la inexistencia de un modelo alternativo de familia que sustituya al ahora menos útil, el adolescente se revuelve contra la escuela, única institución cuya solidez ofrece posibilidad de enfrentamiento.

1.2.1. Tipos de comportamientos considerados problemáticos en el contexto escolar:

Ya hemos definido en el apartado anterior que, desde nuestro planteamiento, los denominados “problemas de comportamiento en el contexto escolar” lo son, específicamente, porque constituyen un impedimento -tal vez el mayor- para que alumnos y profesores puedan ejercer libremente su deber y su derecho a la educación, finalidad primordial para la que el contexto escolar, materialización y concreción del sistema educativo, existe (Vallés, 1997:91).

Y hemos razonado hasta establecer que este punto de vista en la concepción de los hechos que ahora nos ocupan -positivo y superador- permite desarrollar un discurso basado en actitudes constructivas que dejan a un lado los planteamientos exclusivamente punitivos aplicados a los comportamientos incorrectos o no admitidos en aquellos sistemas donde prevalece como elemento sustentador de “lo correcto” el mantenimiento de la concepción de la situación de poder por parte del sistema y de los adultos que en él ostentan las posiciones de dominio.

Así, la agresión física a un compañero, o una actitud de enfrentamiento verbal con un profesor, actos repudiados por significar la ruptura de las pautas de disciplina, son problemas de comportamiento no únicamente por ser lo que son, sino porque impiden el clima adecuado para que en las aulas y otros espacios del centro escolar alumnos y profesores puedan, juntos, desarrollar de forma efectiva el deber y el derecho a la educación.

Estamos lejos de una mera pedagogía del castigo como elemento ejemplificador o disuasorio que trate de impedir o mantener en límites mínimos aceptables los actos problemáticos porque lo fundamental es “mantener el orden y el respeto”. La justificación básica es otra: lo importante es tener la capacidad de prevenir las acciones susceptibles de ser calificadas de modo negativo, y, en caso de que esta prevención falle, se pueda afrontar el hecho de un modo objetivo y sereno, indagando en su etiología y tratando de comprender la complejidad y causas de su origen, sin creer que esas acciones, individualmente o en su conjunto, forman parte de un conflicto sistemático entre el alumno y su entorno (pese a que en ocasiones sí estemos ante una situación de este tipo, posibilidad que no podemos excluir del todo).

No se trata, pues, de que los problemas de comportamiento lo sean por constituir un enfrentamiento de los alumnos que los protagonizan contra los estamentos que, simbólica o efectivamente, representan y estructuran el poder o la autoridad en el sistema escolar, de modo que todo quede reducido a un mero problema de indisciplina manifestada en múltiples formas.

Afortunadamente, las concepciones actuales nos señalan la necesidad de una implicación colectiva total en el logro de los objetivos encargados por la sociedad a su sistema educativo -en un clima de colaboración y reparto de funciones de acuerdo con las

características y posibilidades específicas de cada uno de los actores- por parte de cuantos forman parte de la comunidad escolar.

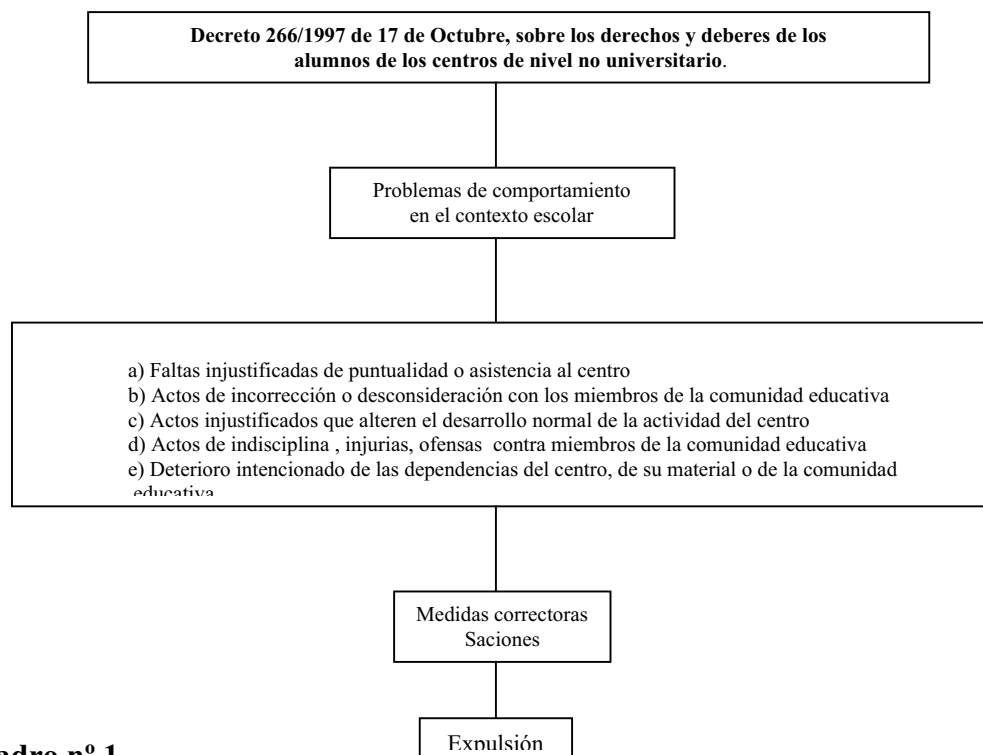
Hablamos de objetivos que alcanzar (los especificados en las normas y leyes que establecen las funciones de los sistemas educativos en general y de cada uno de sus etapas o ciclos en particular), y hemos de tener en cuenta, para ser realistas y prácticos, que junto a los objetivos generales, necesariamente presentes en el quehacer cotidiano de todos los estamentos y personas que protagonizan la vida escolar, existen los objetivos particulares y específicos autoasignados por los centros escolares de acuerdo con su idiosincrasia, su ideario, o los valores específicos de la comunidad próxima en la que se incardinan (no olvidemos que el centro escolar asume un papel fundamental en la socialización inmediata de los educandos, y para ello es necesario tener en cuenta las características -en carencias y posesiones- del entorno inmediato formado por la tipología de las familias, el barrio o la localidad).

Del mismo modo en que hoy en día se contempla y es reto irrenunciable la educación en la diversidad, al tener en cuenta que cada alumno es un ser único, irrepetible, que requiere un camino y un tratamiento específicos, también hemos de tener en cuenta que esas irrepetibilidades o diferencias identificativas se pueden definir entre los distintos centros escolares. Como ejemplo de la contemplación de estos particularismos anotamos lo expuesto en el artículo 4 del Decret 266/1997 del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya: “Los órganos de gobierno y participación y el profesorado de los centros adoptarán las medidas preventivas necesarias, integradas en el marco del proyecto educativo del centro y de su funcionamiento habitual, para garantizar la efectividad de los derechos de los alumnos y para impedir la comisión de hechos contrarios a las normas de convivencia del centro. Con esta finalidad se potenciará la comunicación constante y directa con el alumnado y sus padres o representantes legales”, además, este carácter colectivo y participativo con respecto a las pautas específicas que en cada centro se establezcan se recoge en los artículos 5 (“en los centros docentes sostenidos con fondos públicos, el consejo escolar evaluará los resultados de la aplicación de las normas de convivencia del centro, analizará los problemas detectados en su aplicación efectiva y propondrá la adopción de las medidas el propio centro para solucionar estos problemas”), y 6 (“el reglamento de régimen interior contendrá las normas de convivencia del centro que concretarán lo que dispone este Decreto en relación con los derechos y deberes de los alumnos, así como las otras normas sobre organización y participación en la vida del centro que se consideren necesarias”.

Vienen estas reflexiones al hilo de la posibilidad de entender que los problemas de comportamiento, o los comportamientos problemáticos, además de sus elementos comunes o coincidentes, aquellos que surgen por su carácter de ruptura con el clima necesario para el desarrollo normal de la vida cotidiana, y el respeto a los derechos y deberes de los miembros de la comunidad escolar, pueden tener características o “modalidades” específicas y motivadas por el carácter diferente de los centros escolares, tal y como se contempla en la legislación estatal y de las diferentes comunidades autónomas en las que se desarrollan los deberes y derechos de alumnos y profesores, los procedimientos de corrección y sanción (cuando corresponda aplicarla), y las medidas pertinentes que hay que tener en cuenta para salvaguardar las garantías de las personas.

La mayoría de estos textos insisten, y tomamos como ejemplo el aludido repetidamente en este capítulo Decret 266/1997, en que “el objetivo no es hacer un catálogo

de las conductas incorrectas o faltas y de las correspondientes correcciones o castigos, sino introducir los elementos suficientes para que, dentro del necesario marco de objetivación de la correcta relación entre los miembros de la comunidad educativa, se facilite, en caso de comportamientos incorrectos de los alumnos, la toma de conciencia de la incorrección y se potencie la actitud de responsabilización en las actuaciones futuras”, según nos muestra el cuadro nº 1 de este apartado



Cuadro nº 1

De este modo, nos vemos obligados a establecer una pautas generales, unas características compartidas, en los problemas de comportamiento, y a contemplar una cierta “plasticidad” en esas líneas generalizadoras, según las pautas que los centros escolares se dan a sí mismos.

Repetimos, aun a riesgo de ser reiterativos, el principio básico que nos interesa quede afirmado con claridad: los problemas de comportamiento sobre los que estamos tratando lo son, esencialmente -y podríamos añadir que específicamente-, porque todos ellos “son conductas que van contra los derechos personales de los alumnos a ser respetados por los compañeros y lesionan los derechos a aprender/enseñar en un clima de pacífica y tranquila convivencia escolar”, (Vallés, 1997:91).

No se trata, pues, de atender a valoraciones subjetivas en las que la concepción de lo correcto o admisible clasifique de modo interesado o parcial (interesamos el término en el sentido de “provenir de parte interesada”, no en el sentido de “no atender a la globalidad”) los hechos. Intentamos definir y desarrollar una posición objetiva: los problemas de comportamiento no lo son porque cuestionan o violentan el estatus del profesorado en general o de un profesor en concreto, no son actitudes y comportamientos contra un sector determinado y único de la comunidad escolar. Lo son porque provocan o desarrollan hechos

lesivos que afectan a personas -sin distinción de rango-, bienes materiales e incluso bienes inmateriales.

Y estos hechos lesivos causan disfuncionalidades, discapacidades o impedimentos que alteran o distorsionan en intensidades y grados diversos “las normas de convivencia del centro” (Decreto 266/1997, artículo 4), o violan de forma específica los derechos especificados en el artículo 10: el derecho al respeto a su integridad física y su dignidad personal, el derecho a un ambiente convivencial que fomente el respeto entre los compañeros; en el artículo 11: el derecho a participar en el funcionamiento y la vida del centro...

La sistematización de las conductas problemáticas o de los problemas de comportamiento en el contexto escolar puede afrontarse desde distintas perspectivas, tal como puede apreciarse en la bibliografía existente al respecto.

Uno de los aspectos más repetidos cuando se profundiza en este tema es la incidencia negativa que estos comportamientos tienen sobre la actitud y posibilidades de actuación del profesorado, y la repercusión que en los sistemas educativos de los países occidentales está teniendo el problema, con el deterioro grave detectado en los EEUU y el Reino Unido de Gran Bretaña, como ejemplos más claros cuya proyección sobre otros países va en progresión.

Tampoco es ocioso recordar que, como señala Vallés (1997:89) “los comportamientos disruptivos de los alumnos en el aula son una fuente de preocupación para el profesor comprometido en la tarea difícil y compleja de enseñar (...) Estos problemas de comportamiento de los alumnos como elementos causantes del estrés originan anualmente un elevado índice de incidencias psicológicas entre el profesorado, hasta el punto de llegar a situaciones conocidas como (...) estrés laboral asistencial, que se caracteriza por el tedio, la tensión, la irritación, el conflicto, la presión, ‘los nervios’, el cansancio, las repercusiones psicosomáticas, etc.”, situación también señalada por Ficklin, citado por (Vallés,1997:89).

No es nuestro objetivo elaborar un listado, que en modo alguno puede ser exhaustivo ni completo, y no atendería a nuestro deseo de aportar elementos que permitan prever, atender y resolver los problemas. Vamos a describir, relacionándolos con otros aspectos fundamentales en la vida escolar, los grandes grupos de hechos conflictivos.

Los textos legales que atienden a la comisión de este tipo de hechos y a su posible sanción establecen sus clasificaciones atendiendo a su gravedad o intensidad, y justificando su calificación de hechos problemáticos al relacionarlos con la agresión de los derechos del resto de miembros de la comunidad escolar.

Por ello, se refieren a los comportamientos problemáticos de acuerdo con la relación que mantienen con los derechos o los deberes.

Así, se consideran comportamientos problemáticos todos aquellos que lesionan el derecho al estudio de los alumnos; su dignidad; el respeto a su origen, creencias, valores o situación social; el mantenimiento de su integridad física y espiritual...

No hace falta efectuar grandes razonamientos para advertir que la mayor parte de actitudes y comportamientos que de modo intuitivo se consideran problemáticos pueden encuadrarse en cualquiera de los grupos establecidos en el párrafo anterior.

Por ejemplo, la alteración por procedimientos varios del orden en la clase, el deterioro del material, el retraso o entorpecimiento deliberado en las tareas académicas, la no participación en las actividades de grupo... lesionan el derecho al estudio, puesto que impiden que el profesor actúe como dinamizador del proceso de adquisición de actitudes, habilidades y conocimientos, y que los alumnos puedan recibir y transformar de modo creativo todas las incitaciones positivas que para su afirmación, desarrollo y mejora personal les son ofrecidas. Junto a esto, las agresiones de obra o de palabra, la violencia física o de cualquier otro tipo, cuyos protagonistas pueden incluso pretender justificar con motivos varios, atentan contra la dignidad y la integridad de los miembros de la comunidad escolar que las sufren.

Si nos atenemos al cumplimiento de los deberes, vemos cómo de su olvido o trasgresión se derivan situaciones similares a las que se dan cuando se vulneran los derechos, con lo cual podemos concluir que estamos ante un sistema de derechos-deberes perfectamente compensados, con capacidad para estructurar de modo dinámico y coherente la vida escolar, puesto que su esencia responde fundamentalmente a la necesidad de que el entorno escolar sea capaz de garantizar el libre, adecuado y ordenado desarrollo de las capacidades personales de los educandos.

Entre los deberes cuyo no cumplimiento acarrea la comisión de hechos problemáticos destaca, como eje de partida, el deber de respetar el ejercicio de los derechos y libertades de los miembros de la comunidad educativa. Los mismos hechos que hemos puesto como ejemplo en el párrafo anterior nos sirven ahora como elementos ejemplificadores, lo que corrobora lo anteriormente afirmado sobre la coherencia del entramado deberes-derechos y la necesidad de afrontar el tema de las conductas problemáticas desde la posición que venimos manteniendo.

Existen una serie de comportamientos individuales con respecto al deber de mantener una correcta actitud con respecto al “deber del estudio” que en principio parecen no tener mucho que ver con influencias en la colectividad pero que, sin embargo, distorsionan el clima necesario en el centro. Por ejemplo, la inasistencia a las clases, la no participación en las actividades establecidas en el calendario escolar, el incumplimiento de los horarios establecidos, la no realización de las tareas encomendadas por los profesores en el ejercicio de sus funciones docentes son hechos protagonizados por alumnos a los que se considera como “conflictivos” y que en muchos casos argumentan que se trata de “su” problema. Esta justificación no es aceptable. La inhibición en sus tareas por parte de un miembro de la comunidad escolar, fundamentada en el supuesto derecho a decidir por sí mismo lo que le conviene o no, puesto que al fin y al cabo el perjudicado va a ser él mismo, altera los ritmos del resto de los compañeros, distorsiona los procedimientos pedagógicos que emplear y repercute negativamente en las actitudes y los climas adecuados, pues necesariamente la corrección de esos hechos comporta situaciones convivenciales incómodas al obligar al profesorado a adoptar un papel corrector y punitivo.

Otro tanto cabe decir de las actitudes y comportamientos que no respetan el ejercicio del derecho al estudio de sus compañeros. A menudo asimilamos los problemas de comportamiento o las conductas o comportamientos problemáticos con aquellas que muestran un cierto tono o tipo de violencia. Sin embargo, todos los profesores pueden constatar la presencia en las aulas de alumnos que, aparentemente, no muestran esa violencia pero son contumaces “especialistas” en hacer preguntas o presentar cuestiones extemporáneas, en pedir -sin necesidad- que se le repitan las explicaciones, o que enlentecen

hasta la exasperación el correcto avance de las actividades con triquiñuelas muy variadas. Quede claro que no debemos englobar aquí las situaciones producidas por los alumnos que experimentan alguna dificultad y que realmente necesitan de esas explicaciones suplementarias o de las reiteraciones que llevan a un ritmo distinto y cuya presencia en las aulas viene ya contemplada por los planteamientos básicos de la personalización educativa.

Otro apartado importante en el que se encuadran buena parte de las actuaciones problemáticas corresponde al incumplimiento del deber de respetar las normas de convivencia en el centro. Es éste un punto problemático porque un porcentaje importante de alumnos no sienten como propias esas normas, al asumirlas con dificultad porque consideran que no han participado en su elaboración o que simplemente reflejan la rigidez del poder disciplinario. No es éste el momento ni el lugar para proponer soluciones al respecto, sólo nos compete señalar que, dentro y fuera del aula, el incumplimiento o la transgresión de las normas de convivencia del centro constituye el origen de una apreciable cantidad de comportamientos problemáticos.

Un aspecto interesante sería establecer la correlación que existe entre los problemas de comportamiento detectados en esta “área” y los detectados con respecto a los ítems anteriores. Entendemos que si fuésemos capaces de localizar en cada alumno con conductas problemáticas el porcentaje de “infracciones” contra los deberes-derechos y el correspondiente a “infracciones” de las normas de convivencia del centro podríamos extraer conclusiones importantes acerca de esas conductas.

En algunos momentos hemos mencionado la existencia de conductas conflictivas por actuar contra la integridad o la dignidad de los demás. Muchas de estas conductas son el reflejo de tendencias latentes -y cada vez, por desgracia, más patentes- en nuestra sociedad. Diversas circunstancias que condicionan las relaciones sociales en nuestras comunidades provocan que el respeto “al otro” sea un talante individual y colectivo no asumido de un modo tan mayoritario como debería.

Por ello resulta necesario tener en cuenta que también debemos considerar un problema de comportamiento aquellas conductas contrarias al respeto de la libertad de conciencia y las convicciones religiosas, morales e ideológicas de todos y cada uno de los miembros de la comunidad escolar; contrarias al respeto a la dignidad, la integridad y la intimidad de esos miembros; y las conductas que discriminan por razón de nacimiento, raza, sexo o cualquier otra circunstancia personal o social. No se trata, simplemente, de tener en cuenta las conductas abiertamente racistas y xenófobas que en las circunstancias actuales pueden quedar más de manifiesto. En los centros escolares se producen conductas de rechazo, acoso y violencia física y moral contra “el diferente”. La crueldad o la falta de escrúpulos se materializan contra aquel que presenta alguna peculiaridad no comprendida o admitida. No es ocioso recordar que pequeños incidentes (el aislamiento en determinados grupos hacia el que no viste determinado tipo de prendas, por ejemplo; o la burla hacia algún defecto físico) que a veces parecen sin importancia son denigrantes y dolorosos para quienes los soportan, y a menudo se dan de manera soterrada, sin que los educadores sean capaces de detectarlos hasta que sus consecuencias se hacen evidentes.

Otro grupo de incidentes que ocasionan situaciones conflictivas aparecen cuando acciones de los alumnos no respetan el carácter propio de los centros, en los casos en que este carácter existe y está claramente establecido de acuerdo con la legislación vigente.

De nuevo encontramos aquí elementos de disintonía entre la institución escolar, concebida como comunidad con sus propias señas de identidad, y el alumno. Y de nuevo hemos de recordar que la adolescencia se caracteriza por su vocación de enfrentamiento con lo instituido. La falta de respeto hacia las tradiciones del centro, el mostrar un cierto “pasotismo” hacia los actos o actividades “tradicionales” en el mismo, la burla hacia alguno de los simbolismos que representan a ese centro son situaciones habituales. Entre los alumnos “no queda bien” parecer un sumiso y devoto seguidor de “lo establecido”, cuando los códigos simbólicos de esas tradiciones están alejados de los códigos simbólicos habituales en los adolescentes. A este respecto hay que hilar muy fino, porque no es fácil distinguir entre la aparente “displacencia” formal, que en uno u otro momento aparece en la mayor parte de alumnos, y la abierta rebeldía o disidencia de los que cuestionan o vejan esos elementos de identidad comunitaria como expresión consciente o inconsciente de conductas asociales.

Capítulo importante merecen las conductas de tipo destructivo, que tienen como blanco las bienes muebles y las instalaciones del centro, o los bienes propios de miembros de la comunidad escolar. Existe una “cultura de la algarada” que se manifiesta en la falta de respeto hacia los bienes comunes, identificados como bienes privativos de la institución y por tanto objetivos que dañar o destruir. Esta es otra de las situaciones en las que el contexto escolar no queda al margen de lo que cotidianamente vivimos en la calle. Es curioso ver cómo la expresión de ideas o tendencias radicales acarrea la destrucción de bienes, y cómo los protagonistas de esos hechos destructivos los justifican, en buena medida, con el pretexto de que actúan bajo los condicionantes de la “libertad de expresión” o con el argumento de que están legitimados para destruir aquello que materialmente pertenece o representa la institución o la situación con la que discrepan.

No ha de extrañarnos, pues, que la falta de respeto hacia lo colectivo, o un extraño sentido de la posesión (“si es de todos, también es mío, y si es mío puedo hacer con ello lo que se me antoje”) ocasione agresiones hacia el material, instalaciones y demás medios de que está dotado el centro académico.

También debemos considerar como conductas problemáticas aquellas que impiden que un alumno o un grupo participen y colaboren activamente con el resto de miembros de la comunidad educativa, lo que no favorece el mejor ejercicio de la enseñanza, de la tutoría y la orientación, y de la convivencia en el centro. Son conocidos casos de alumnos que, no satisfechos con su decisión personal de “no participar”, amedrentan a sus compañeros para que, contra su voluntad, les secunden, utilizando todo tipo de medios para conseguir sus fines, incluso la coacción física.

En el “muestrario” que hemos desarrollado se encuadran también conductas como las injurias y ofensas de todo tipo, las agresiones o amenazas, la suplantación de personalidad en actos de la vida docente, y la falsificación o sustracción de documentos y material académico.

Autores como Fernández, Pozar, Holins, Pelechano, Peiró y Carpintero, mencionados por (Vallés 1997:90), han ofrecido en sus obras repertorios de hechos problemáticos concretos. Revisándolos, encontramos especificadas situaciones a las que hemos aludido de un modo general en los párrafos anteriores.

Por su parte, Peiró y Carpintero, recordados de nuevo por (Vallés 1997:90), ofrecen, además, otro punto de vista interesante al establecer las categorías que a continuación mencionamos.

-Conductas moralmente inadecuadas, con la dificultad que tiene el definir qué es lo moral o inmoral y lo adecuado o inadecuado. Aunque en principio podamos aplicar los parámetros usualmente admitidos en la sociedad, que pueden ser cambiantes y fluctuantes, y pueden provocar controversia por su indefinición. De hecho, algunas conductas pueden ser consideradas como “moralmente inadecuadas” en algunos centros y, sin embargo, ser contempladas con un mayor grado de permisividad en otros.

-Conductas que reflejan dificultades personales de integración social y de relación con los demás. Éste es un aspecto muy interesante, porque nos hace enfrentarnos con episodios de patología psicosocial que tienen un origen más profundo y permanente que los problemas de conducta más habituales.

-Agresividad. No hay nada que comentar al respecto. Está muy claro qué tipo de conductas hay que encuadrar en este grupo y de ellas hemos ofrecido ya algunos ejemplos y comentarios.

-Enfrentamientos con el profesor. Menudean este tipo de conflictos desde que se ha producido un abandono de las concepciones estrictamente autoritarias y la crítica a la autoridad mantenida únicamente por el hecho de serlo. Este tipo de situaciones son causa, en la actualidad, de desasosiego en los profesionales de la enseñanza y provocan situaciones de abandono; de defensa a ultranza, con lo que se inutiliza la flexibilidad que la actividad docente debe mostrar siempre; o de indiferencia, con lo que el profesor, deseoso de evitarse complicaciones, hace dejación de parte de sus obligaciones como garante de que en el aula se va a llevar a cabo una acción pedagógica fructífera y adecuada (es el típico “cerrar los ojos”, efectivo a veces, pero que no puede llegar a ser pauta de conducta permanente):

-Alteración de las normas de funcionamiento de la clase.

-Y conductas contra otros compañeros.

Otra manera interesante y productiva de atender al tema que desarrollamos es clasificar los problemas de acuerdo con los déficits o excesos de conducta, según establecen autores como Monjas, citado por (Vallés, 1997: 90-91). Este tipo de acercamiento enlaza con el estudio general de las psicopatologías, ya esbozado en capítulos anteriores y que desarrollaremos en los siguientes.

Así podemos hablar, en primer lugar, de conductas que son expresión de carencias, y que se manifiestan con el situarse al margen del grupo como tal y de sus actividades, la falta de sociabilidad -que puede ser síntoma de problemas de integración en un momento específico o síntoma de un problema general de sociabilidad-, la pasividad -que se puede confundir con la apatía o la falta de interés-, y el aislamiento -que debe ser tenido muy en cuenta, puesto que además de ser un problema en sí mismo, es posible que indique la existencia de otros problemas más graves y profundos. En general, existe un comportamiento-tipo del alumno-medio, en el que es normal la existencia del dinamismo propio de la edad que a veces hay que atemperar, de los instintos grupales alternados con

momentos de cerrazón ensimismadora... Por ello son problemáticas las conductas que muestran un déficit o carencia de dinamismo.

Y en segundo lugar tenemos los comportamientos excesivos, materializados por conductas activas con disrupción o alteración de las normas y los derechos de los demás, hiperactividad, agresiones, burlas, insultos, amenazas, intimidaciones. Se trata de conductas activas que rebasan los límites del respeto y la convivencia, y los alteran cuantitativa o cualitativamente. Es propio de los protagonistas de estas conductas el sostener actitudes vejatorias, provocar o encontrarse en medio de todo tipo de discusiones y peleas, y el desprecio a los demás con comentarios negativos o despectivos.

Junto a estos dos tipos de conducta descritos, que corresponden a conductas “motoras” es necesario añadir las correspondientes a la dimensión cognitiva (ideas, creencias, pensamientos). Por ello, en definitiva: “Hay que tener en cuenta, así, los tres sistemas de respuesta del comportamiento problemático: motor, cognitivo y afectivo, para poder identificarlo en toda su dimensión. Los programas de intervención educativa que se diseñen habrán de tener en cuenta estos tres sistemas”, (Vallés, 1997:91).

1. FACTORES DE RIESGO DETERMINANTES DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

2.1. Delimitación del concepto “Factor de Riesgo”

Las actuales tendencias preventivas con respecto a los desajustes individuales y sociales de todo tipo han hecho imprescindible el estudio de aquellos factores o variables que pudieran constituir un riesgo o catalizador para las conductas susceptibles de alejarse o desviarse de los parámetros comúnmente considerados dentro de la “normalidad”.

Una simple mirada a nuestro alrededor nos hace comprender la imposibilidad de acometer este tipo de estudios si no somos capaces de tener en cuenta la compleja diversidad del individuo y sus componentes más íntimos. Como podemos deducir, se crea la necesidad de conocer profundamente el funcionamiento del psiquismo humano y los mecanismos que lo originan y condicionan. Y por otra parte, la obligación de establecer con la máxima precisión las pautas y las vías donde se crean la interacción de este psiquismo con el entorno, sus niveles y las circunstancias en que este se manifiesta. Al mismo tiempo es preciso, también, un conocimiento actualizado del propio entorno.

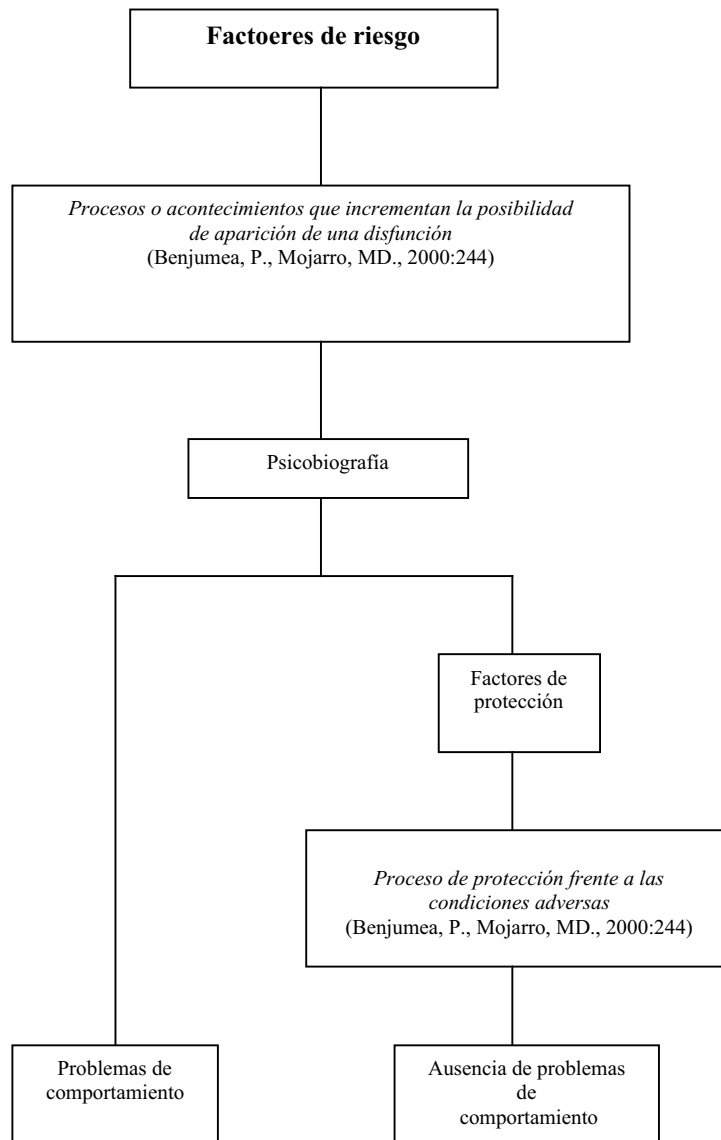
Esto nos lleva a una realidad ineludible: la exigencia de acometer los estudios de los factores de riesgo de forma sistemática, rigurosa e imaginativa, sabiendo que, como afirma (Kazdin, 1998:53): “el conocimiento esencial para la identificación y utilización de los factores de riesgo para la prevención sigue incompleta”; sin embargo, debemos tener en cuenta que los esfuerzos realizados no son baldíos, y en los últimos años las visiones inter y multidisciplinarias y los esfuerzos por comprender la posibilidad de recuperar a los individuos que presentan problemas de comportamiento han reafirmado caminos de

investigación en los que, y citamos de nuevo a (Kazdin 1998:41): “los esfuerzos de prevención se basan en una variedad de factores del niño, los padres y la familia asociados con el riesgo”. Como veremos más adelante, ya hay establecidas líneas de investigación fructíferas que han conseguido clarificar y detectar algunos de los factores de riesgo porcentualmente más activos, y en ese proceso se ha alcanzado la delimitación de algunos de los factores que actúan como protección, aunque sobre estos últimos sepamos, en la actualidad, bastante menos que de los primeros.

Para explicar qué es un factor de riesgo, partimos de la hipótesis - no catastrofista- de que en todo individuo puede existir una cierta probabilidad - en una escala porcentualmente muy amplia que podríamos representar desde un porcentaje nulo hasta un porcentaje potencialmente casi infinito o incluso infinito- para que se dé un problema de comportamiento. Esta posibilidad de base, que de por sí no tiene que implicar en un futuro más o menos inmediato la aparición del tipo de comportamientos que ahora nos ocupan, se modifica positiva o negativamente de acuerdo con la concurrencia de determinados factores (causas necesarias y/o contribuyentes) que determinan la probabilidad real de que esa posibilidad se concrete en uno o varios problemas de comportamiento. Estos factores son de naturaleza biopsicosocial y actúan de forma fenotípica o genotípica.

Siguiendo a (Martí 1987:166), citando los planteamientos de Plaut , esta “expectancia” o probabilidad está también en relación directa con el tiempo de exposición a los factores de riesgo o factor de exposición.

Así, factor de riesgo es la “posibilidad de que un proceso patológico (o su complicación) ocurra o exista” (Martí, 1987:166), entendiendo como “proceso patológico” la materialización de problemas de comportamiento o de comportamientos problemáticos. Además, añadimos para dar mayor amplitud a este ámbito definitorio, los factores de riesgo que muestran mayor especificidad pueden dar lugar a dificultades de conducta distintas y diferenciadas según los distintos contextos y los distintos momentos del proceso de evolución personal, de acuerdo con lo expuesto en el nº 2 de este apartado



Cuadro nº 2

Lemos, en (Buendia 1996:25), quien señala, a su vez, que “existen ciertas situaciones que, de manera consciente, facilitan la aparición de diversos trastornos psicopatológicos en los niños adolescentes”- define el riesgo como “la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado”, (idem., 27).

No queremos pasar por alto la primera de las afirmaciones que hemos transcrito. Por su rotundidad al incluir en ella el concepto “trastornos psicopatológicos” debe ser matizada en estos párrafos definitorios.

Es necesario que seamos capaces de establecer una distinción clara y firme entre las “conductas problemáticas”, en las cuales podemos percibir algunos rasgos de trastorno psicopatológico, y los propios trastornos, de naturaleza más profunda y permanente. Desde el punto de vista de la prevención -sobre todo en la escuela- y de la toma de conciencia que al respecto deben efectuar los educadores, el matiz diferenciador es fundamental, puesto que nos induce a no caer en radicalismos estériles y desesperanzadores.

No tratamos aquí de problemas de “salud mental”, de trastornos con un carácter casi permanente y destructivo; nos referimos, simplemente, a la detección de conductas problemáticas que, como ya hemos visto, deterioran las posibilidades de desarrollo y aplicación de una política educativa, entendiendo ésta no como los grandes planteamientos con que los legisladores establecen los parámetros de sistema educativo sino como el conjunto de reflexiones y acciones concretas y puntuales que el educador o el equipo educador aplica para que los educandos tengan la posibilidad de ir asumiendo los objetivos para ellos propuestos en función de los objetivos generales del sistema y de las posibilidades individuales de cada uno de ellos.

No está de más tener en cuenta que “se comprueba con frecuencia que existen opiniones discrepantes respecto a si un determinado adolescente está o no bien adaptado; sobre todo cuando existe más de un informador o se comparan las opiniones de los padres con las de los propios adolescentes”, según palabras de Lemos, en (Buendía, 1996:25). Hemos de recordar que se entiende por “adaptación” el hecho de que las respuestas del comportamiento individual se sitúen dentro del abanico difícilmente definible de la “normalidad”. Y hemos de añadir, a estos dos puntos de vista mencionados, al menos dos más: el de la sociedad -que actúa como referente- y el de los profesionales de la salud.

Los factores de riesgo son, en buena medida, los responsables de producir una mayor o menor vulnerabilidad del individuo, y aquí podríamos caer en un pequeño círculo vicioso por lo que respecta a la prevención, ya que si algunos de esos factores de riesgo son internos e inherentes al propio individuo, ese individuo ya es de por sí vulnerable, con lo que ésta es una de las características que lo definen, por lo que puede resultar difícil “desmembrar” la individualidad al tratar de “extraerle” algunos de sus elementos constitutivos, precisamente aquellos que constituyan o hayan sido clasificados dentro de los “factores de riesgo”.

Junto a las dificultades derivadas de la complejidad del individuo y del entorno, hemos de apuntar otra variable importante y que no siempre ha sido tenida en cuenta en este tipo de estudios. Nos referimos al hecho de que el cambio y la evolución social modifican los parámetros de lo “admisible” o lo percibido como “conducta normal”, de modo que comportamientos que en determinadas épocas o situaciones han sido juzgados como problemáticos, pasan a no serlo cuando la sociedad modifica sus valores básicos.

A este respecto recordemos que las actitudes de enfrentamiento con las normas preestablecidas han sido, bajo determinados regímenes políticos o sociales, consideradas como expresión de comportamientos problemáticos o incluso antisociales, en tanto que en situaciones de mayor libertad se ha tildado de problemática la inexistencia de una cierta rebeldía, de una cierta capacidad de resistencia personal frente a las normas.

Lo mismo ocurre con factores relacionados con el desarrollo de la creatividad personal. Todos conocemos casos en los que tras conductas problemáticas se han descubierto

personalidades enormemente creativas, que encauzaban en esas conductas la incapacidad del sistema educativo para responder al reto y las necesidades de desarrollo de las capacidades latentes en esos individuos que, sin una atención especial, pueden quedar abocados a la marginalidad y a la creación permanente de conflictos.

Posiblemente, en épocas de transición social, la indefinición sobre “lo que está bien y lo que está mal” sea un nuevo factor de riesgo que añadir, ya que -especialmente en la adolescencia- la falta de coherencia o de definición de los referentes provoca inseguridad, y esa inseguridad se traduce en comportamientos desajustados o discontinuos que, además, se estrellan ante el hecho de que no reciban una misma catalogación o consideración en función de quién la efectúa o del entorno en que el individuo se encuentra.

Es cierto que uno de los objetivos del proceso de maduración es que el ser humano sea capaz de amoldar sus respuestas -sin necesidad de transigir en lo que para él sea esencial o fundamental- a los entornos cambiantes y pueda, incluso, mantener comportamientos “ficticios” en función de su capacidad para darse cuenta de qué pautas son las que corresponde tener en cuenta ante cada situación, pero esta necesidad de “empatía aparente con el entorno” puede convertirse en peligrosa cuando esa maduración aún no se ha alcanzado, y lo que existe es la inseguridad de percibir como ausencia de pautas básicas lo que no es más que variación de pautas de acuerdo con las características del entorno.

La complejidad de este proceso la admite Lemos en (Buendia, 1996:26): “Los modelos transaccionales conciben el desarrollo del adolescente como un proceso dinámico de interacción del individuo con las características del ambiente. Desde esta perspectiva, se concibe el desarrollo problemático como un desajuste entre las necesidades del adolescente y las oportunidades que le proporciona su ambiente social. El desajuste puede tener lugar cuando las expectativas o demandas del ambiente superan las capacidades evolutivas del individuo...”

Y, ¿qué ocurre cuando es el ambiente el que se muestra voluble o incoherente y el adolescente aún no tiene capacidad para darse cuenta de que no existe un único ambiente, de que el mundo que se le enfrenta y que debe afrontar no es unidimensional?

Es obvia la necesidad de un cambio a la hora de evaluar los factores de riesgo y sus consecuencias con respecto a modelos de conducta predeterminados, si queremos tener éxito en su delimitación y la búsqueda de soluciones preventivas o correctivas a su existencia.

En palabras de Lemos, (Buendia, 1996:26): “tradicionalmente, los modelos explicativos de las conductas problemáticas se centran en explicaciones directas, a partir de factores de naturaleza biológica, intrapsíquica o ambiental”, sin embargo -continuamos con la cita-, “esta tendencia está cambiando de manera evidente en la actualidad hacia modelos más interdisciplinarios, interactivos y transaccionales (...) Así, los modelos bio-psico-sociales son un ejemplo de interdisciplinareidad, al considerar que los cambios físicos y hormonales conllevan modificaciones cognitivas que van acompañadas de cambios en la naturaleza de los ambientes en los que actúa el adolescente, así como en los roles que la sociedad define en cada contexto”.

Vemos recogidos en la cita buena parte de los principios que esbozamos en las líneas del apartado anterior, que el autor ratifica en sus siguientes afirmaciones: “Los modelos

interactivos consideran un elemento fundamental la interrelación de factores para el estudio de la adolescencia, del mismo modo que el reconocimiento de que el impacto de diversos contextos sociales (la familia, la escuela, los compañeros o el trabajo) dependen (sic) en parte de los efectos mutuos”, (Buendía, 1996:26).

Aun subrayando de manera rotunda el riesgo de caer en el determinismo, y advirtiendo el mismo, hemos de comentar uno de los valores importantes que nos proporciona el conocimiento de los valores de riesgo y su funcionamiento: su valor de predicción.

Los estudios emprendidos acerca de estos valores y la identificación de los mismos no deben tener simplemente un carácter sistematizador y clasificador. Es muy correcto tener en cuenta que cuanto más aumente nuestro conocimiento de los mismos y nuestra capacidad para descubrir el sistema que pueda existir entre ellos, a través de su clasificación de acuerdo con criterios diversificados, mayor será nuestra capacidad para descubrir y discernir nuevos factores de riesgo o para modular la sutil diferencia que pueda existir entre algunos de los ya conocidos.

Este conocimiento no puede reducirse a un papel estático, a un repertorio con el que confrontar los problemas de conducta o las conductas problemáticas cuando ya se manifiesten. El conocimiento profundo de los factores de riesgo y de la manera en que afectan al individuo nos puede ayudar a prevenir la aparición de esos problemas y esas conductas. Es obvio tener en cuenta que si conocemos la existencia de factores capaces de provocar algún tipo de anomalía podemos actuar tratando de eliminar esos factores o, si ello no es posible, creando o reforzando estrategias que permitan resistir su acometida.

La prevención no puede tener una actividad meramente pasiva al señalar las posibilidades de deterioro. Es posible plantear una prevención activa que actúe de modo que en el momento en que el factor de riesgo pase de ser un elemento potencial a un elemento activo se reduzca su porcentaje de “posibilidad de éxito”.

Con ello, además, evitaremos la tentación del determinismo con la que abríamos este apartado. Hubo épocas en que estar “sometido” a la influencia de los factores de riesgo era concebido como una necesaria e irremediable caída en esas influencias. Eran épocas en que prevalecía una fuerte y rígida estructuración social, una moralidad de carácter notoriamente prohibitivo y punitivo y un cierto componente elitista en quienes tenían en sus manos el poder social fáctico. Era más sencillo, entonces, condenar de antemano a quien estaba en situación de riesgo y, si era posible y en evitación de complicaciones posteriores, aislarlo. Se creía que los descendientes de progenitores con problemas de conducta, irremediablemente, repetían los mismos comportamientos que los padres, y que nada o muy poco podía hacerse al respecto. Lo mismo sucedía con respecto a los factores de riesgo de tipo social. Quien nacía en un entorno negativo arrastraba ese estigma durante toda la vida y difícilmente podía desprenderse de él. También, aquellos que manifestaban desde los primeros años de su vida algún tipo de “anormalidad en el comportamiento” recibían una etiqueta que los clasificaba para el resto de sus días.

No estamos hablando de situaciones que a todos nos recuerdan a las novelas de la Inglaterra victoriana, donde por ejemplo las obras de Dickens nos revelan mucho acerca de la

mentalidad que ahora exponemos. A nuestro alrededor este determinismo negativo sigue demasiado presente y su desarraigo no está siendo tarea fácil.

Estas concepciones que denunciarnos, tal vez por comodidad, por el deseo de mantener el “status quo” social, o incluso por convicciones ideológicas, entendían que sólo un “milagro” o la concatenación afortunada de muchos factores positivos podían romper y vencer el destino fatalmente negativo de los sometidos a los factores negativos, y a veces sus partidarios, llevados por la buena fe, o por el voluntarismo al que les obligaban sus creencias religiosas o de otro tipo, trataban de “colaborar” para romper el círculo vicioso. El éxito era porcentualmente bajo, y creemos que radica en la situación de “exterioridad” desde la que se producían estos intentos benefactores.

Sólo entendiendo que los factores de riesgo no son absolutamente determinantes, que en mayor o menor grado y tipo pueden afectar a todos (es decir, en principio nadie se salva, ni por origen, ni por situación económica, ni por nivel de conocimientos, ni por su personalidad básica, de estar expuesto a los mismos), y que una adecuada labor de prevención y de educación puede modificar y llegar a minimizar su incidencia, tiene justificación profundizar en su estudio.

2.1.1. La transición de primaria a secundaria y la adolescencia como factores de riesgo específicos:

El paso ahora universal y obligatorio de la Educación Primaria (EPO) a la ESO es, por sus características y condicionamientos, un momento de transición que coincide, además, con el paso a la adolescencia en que están inmersos sus protagonistas. De hecho, (Funes, 1998-2:113) “con la nueva situación escolar, coinciden al mismo tiempo dos procesos de transición: comienzan la adolescencia y comienzan la ESO. Con lo cual se sumarán dos inestabilidades, dos fuentes de estímulo y de inestabilidad, dos panoramas atractivos y contradictorios, dos procesos de adaptación.” Y, como señala (Gimeno, J. 1998:16): “existe un amplio consenso acerca del hecho de que los alumnos tienen problemas en el momento de la transición, pero se debate sobre la extensión de dicho problema.”

Un sistema educativo coherente debe tener en cuenta el paralelismo entre la evolución personal de los individuos y el itinerario escolar que se establece para ellos. Así, conviene que la evolución personal y el itinerario escolar respondan a ese paralelismo y establezcan pautas de interdependencia, pues ello permitirá a los educadores una mejor atención a los factores de riesgo que actúan en los momentos de transición.

El cambio de la EPO a la ESO, como ya hemos apuntado en otros capítulos, es un momento de transición acusado en el sistema escolar, que coincide con un momento decisivo en la evolución del individuo: el paso de la niñez a la adolescencia. Funes (1998-2) llama la atención acerca de que las dificultades y conflictos específicos de esos dos momentos de transición pueden superponerse y crear el estereotipo de conflictividad específico del alumno que ingresa en la ESO.

Al respecto son fundamentales las consideraciones que sobre los momentos de transición como ritos de paso con poder selectivo efectúa, a partir de las afirmaciones de otros autores, (Gimeno, J. 1998:14-19), algunas de las cuales utilizaremos más adelante.

Para centrar el tema, presentaremos de modo sintético algunas de las consideraciones básicas generalmente admitidas por la literatura específica sobre la adolescencia.

Nadie duda que “se trata de una etapa ingrata marcada por las transformaciones físicas y psicológicas, que se inicia hacia los doce o trece años y finaliza entre los dieciocho y los veinte. Sus límites son imprecisos, pues la aparición y la duración de la adolescencia varían según el sexo, la raza, las condiciones geográficas y el medio socioeconómico”, (Sillami, 1996:13). Según (Funes 1998-2:110), en ella los individuos “se construyen por oposición y por imitación”, de ahí que, pese a que pueda parecer paradójico desde el punto de vista de los adultos, “se oponen, se niegan, en la necesidad de afirmarse”, (íbidem.110).

Es importante no perder de vista esta característica a la hora de tratar los problemas de comportamiento que se presentan, ya que a menudo “no solemos percibir que contestar, transgredir las normas, fumar o beber en la acera, forma parte del ejercicio de la provocación, forma parte de su afirmación de la diferencia”, (Funes, 1998-2:110).

Esta afirmación de la diferencia es un elemento fundamental en unos individuos que están formando su personalidad y, posiblemente por primera vez, son conscientes de ello, de que se individualizan con respecto a su entorno, con respecto a pautas, normas, convenciones hasta ahora emanadas desde estructuras exteriores y dotadas de una autoridad jerárquica hasta ahora no cuestionada, y de que pueden encontrar un punto de apoyo en quienes se encuentran en su misma situación, de ahí la importancia del grupo en la adolescencia.

Los adolescentes están en una etapa convulsa, de descubrimiento y de afirmación, en muchos casos, por abandono de elementos que les configuraban anteriormente.

De ahí que sean “personajes que buscan y practican su identidad a empujones, que viven en la inestabilidad de quien por un lado siente que no es nada, y por otro hace uso de la autoafirmación dura de quien considera que tiene todo el mundo por delante”, (Funes, 1998-2:109), por lo que viven en “momentos de crisis y contradicciones, con demandas opuestas sobre las maneras en que desean ser tratados”, (ídem 113).

No se trata de una etapa cómoda, pues en ella sus protagonistas son conscientes del desalojo sufrido con respecto a la estabilidad de que disfrutaban en la etapa anterior y de la precariedad excesiva y a menudo ilusoria de los acomodos que dificultosamente van consiguiendo, en un proceso doloroso en el que, necesariamente, para “ser” hay que “dejar de ser lo que se era”, con pocas posibilidades de que lo anterior pueda ser adaptado a lo siguiente, tal es a menudo la fractura que se produce en estos momentos de transición.

Por ser la adolescencia una parte del largo proceso de transición desde la infancia a la vida adulta, “una parte clave de este itinerario está constituida por lo que se denomina el proceso de adquisición e integración en su persona de las lógicas de funcionamiento de la sociedad en que viven. Este proceso es habitualmente difícil para la mayoría de ellos y se produce en lo que solemos denominar un contexto de dominancia múltiple. Es decir, no se produce básicamente ni en la familia ni en la escuela, sino bajo la múltiple influencia de las relaciones informales, de la calle, de los espacios de ocio, de los medios de comunicación, etc. Es en este contexto múltiple donde se encuentran los estímulos para vivir” continuando con la cita de Funes.

No es de extrañar que en este panorama aparezcan conflictos del individuo consigo mismo y del individuo con el entorno. Estos conflictos, por lo general, se materializan en formas de comportamiento caracterizadas como problemáticas.

Sin embargo, como también señala (Funes, 1998-1:33), a partir de la consideración unitaria básica de la adolescencia, es preciso tener en cuenta que existen momentos y secuencias temporales diferenciados en la adolescencia de un mismo individuo, y que ese momento vital, por otra parte, es vivido de manera distinta por cada uno quienes transitan por él, de modo que los “personajes adolescentes son diversos. Hay muchas adolescencias y no una sola. Algunas, incluso, enfrentadas, opuestas. La diversidad adolescente, además, se ha construido sobre diferencias acumuladas.” continuando con la cita del mismo autor.

Pese a que nos enfrentamos con un momento de cambio en que casi todo es radicalmente nuevo, el individuo no puede desprenderse de lo que hasta ese momento ha sido, de ahí que la vivencia de todo lo anterior, y la conciencia de esa vivencia, a menudo deformada por la subjetividad del propio individuo son un lastre o un trampolín cara a la nueva etapa.

Por si fuera poco lo señalado anteriormente, tanto la entrada en la adolescencia como el paso de la EPO a la ESO reúnen las características de los denominados “ritos de paso”, que Van Genet citado por (Gimeno 1998:14) categoriza como la forma peculiar que determinados momentos en la vida de los individuos adoptan en el seno de la cultura a la que pertenecen; en ellos tienen que abordar la necesidad de adaptarse a normas de conducta diferenciadas que implican reacomodaciones en las formas del vida personal, en la relaciones sociales y también en sus identidades personales. Quizá lo más negativamente determinante en ellos es que el precio del fracaso, de la no superación, “será la exclusión o el señalamiento social”, Gimeno (1998:14).

El autor mencionado especifica que el sistema escolar, tal como está concebido y establecido mediante sus sucesivos ciclos y etapas, no es ajeno a esos fenómenos de progresión y exclusión, puesto que también en él se producen “transiciones, con sus correspondientes ritos de paso, en torno a los cuales se podrían analizar cambios de importancia para los individuos, al tener éstos que realizar esfuerzos de adaptación”, con el añadido de que “el carácter problemático de un cambio para los alumnos no sólo está en los desniveles a superar, sino también en el tipo y número de alteraciones que acumula”.

Este momento de transición nos queda ahora universalizado con la creación de un nivel de Enseñanza Secundaria Obligatoria, mediante el cual, como dicen Hargreaves y Tickle, citados por (Gimeno, 1998:16), se trata de proveer un lugar intermedio, que no lo es sólo en el sentido cronológico, sino pedagógico y social, puesto que aparece como punto de encuentro de las presiones e influencias procedentes de los extremos superiores e inferiores del sistema educativo.

Las características intrínsecas de los “momentos transición como ritos de paso”, que señalaremos en su momento, también constituyen factores específicos de riesgo en los problemas de comportamiento que nos ocupan.

La personalidad se construye mediante la adquisición de elementos identificativos. Estos elementos son en la mayoría de las ocasiones “respecto a”. De ahí que en la adolescencia, momento en que la persona se siente consciente de su diferenciación específica, necesite intensificar en mayor o menor grado sus características individualizadoras, lo que hará mediante el contraste con el “fondo” proporcionado por el

uniformismo convencional creado por quienes, para él, ya han adquirido su propia individualidad y se creen en el derecho de establecer la de los demás.

Este proceso establece que la confrontación que lleva al conflicto -a menudo contemplado como problema de comportamiento- es utilizada por el adolescente como un instrumento de afirmación personal, independientemente de que en este proceso puedan intervenir otros procedimientos y mecanismos de desarrollo personal en que no sean necesarios ni la confrontación ni el conflicto. (Por otra parte -lo que aportamos como nota al margen- uno de los objetivos del sistema educativo sería poner a disposición del adolescente los medios para que pudiese disponer de estos últimos cauces de desarrollo).

Es ahora, tras haber establecido de modo resumido el marco de referencia de nuestra reflexión, cuando estamos en disposición de señalar sucintamente aquellos factores de riesgo que debemos tener en cuenta como potenciales creadores de problemas de comportamiento en el momento de la transición entre la EPO y la ESO en confluencia con la transición a la etapa vital de la adolescencia.

En primer lugar aparecen aquellos que son propios y específicos de los momentos de transición, especialmente concebidos como un “rito de paso” (Gimeno, 1998:14-19):

- La trascendencia objetiva que el momento tenga para el futuro del sujeto y la percepción subjetiva que de ello tenga el propio sujeto, a mayor trascendencia o mayor percepción de trascendencia, mayor inseguridad o dificultad.

- La posibilidad latente y percibida por el protagonista de quedar excluido por el fracaso en el “rito de paso”.

- Los posibles traumas o deterioros personales experimentados por el protagonista tanto antes como durante el momento de transición (es lo que en otro lugar mencionamos como “historia personal” del adolescente afectado).

- Las disparidades existentes entre los ambientes, el de partida y el de llegada, por los que se transita.

- La vivencia del temor por el desconocimiento del porvenir y los retos que depara el paso “que se traduce en desconcierto y en incremento de la ansiedad”, (Gimeno, 1998:19), al citar a Murdoch.

En segundo lugar aparecen las condiciones individuales de los alumnos (Gimeno, 1998:16), exponiendo las palabras de Youngman analiza el tema en alumnos del sistema británico y obtiene datos que, por su obviedad -y pese a lo que afirmábamos en la introducción-, son extrapolables a los alumnos del nuestro). Existen alumnos con unas determinadas características que les convierten en más proclives al fracaso porque se mueven en el filo de la zona de más riesgo, estos alumnos son (Gimeno, 1998:16):

- Los más jóvenes.

- Los menos maduros.

- Los de clase trabajadora.

- Los tímidos.

- Los ansiosos.

- Los que se enfrentan al paso con pobres resultados académicos previos.

- Los que tienen un pobre concepto de sí mismos como alumnos.

Un tercer grupo de factores viene dado por la conjunción de las características específicas del momento (confluencia del paso académico y el paso evolutivo personal):

-La propia condición adolescente, que como ya hemos anotado debe ser contemplada desde su gran diversidad y teniendo en cuenta que las diferencias que la configuran, acumuladas en las etapas infantiles son “a menudo, transformadas en dificultad y conflicto” (Funes, 1998-1:33).

-La modificación de las exigencias curriculares, y la estructura del propio currículo.

-La capacidad de acomodación frente a los cambios.

-La autovaloración, que es en alto grado dependiente de la “historia personal previa”.

-El nivel académico y la capacidad de hábitos de trabajo intelectual previos.

-La falta de conexión, teórica o real, entre la Educación Primaria Obligatoria y la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO).

-El cambio del entorno (factor más decisivo para aquellos alumnos que han de cambiar de centro), y que ha de ser analizado como un “cambio de cultura grupal” con todo lo que ello comporta.

-La brusca modificación de la metodología empleada en las aulas.

-La actitud del profesorado hacia el individuo (este factor de riesgo puede, sin embargo, constituirse en factor de éxito en los casos en los que el adolescente puede “desprenderse” de una valoración negativa anterior).

-El papel primordial del grupo (de ahí que la intervención educadora en esta edad deba efectuarse, en la mayor parte de las veces, a través del grupo). Según (Funes, 1998-2:112), “es el grupo el que construye las argumentaciones vitales para interesarse o no por las actividades de la escuela. Es la necesidad de mantener o no una pertenencia la que condiciona convertirse o no en aceptable escolar”.

-El cambio en las relaciones sociales.

-La alteración en la percepción de lo que se espera de él.

-La adquisición, generalmente, de más independencia personal, coincidiendo con una etapa llena de confusiones y con continuos cambios de criterios y valores.

-El cambio de “estatus” en los distintos ámbitos sociales en los que el adolescente es ubicado (en la familia, en el centro escolar -si ha habido cambio del mismo es posible que haya pasado “del grupo de los mayores” en la EPO a ser de “los pequeños” en el nuevo centro de ESO...).

-La poca tolerancia de los adultos, que tienen el prejuicio de “adolescente como ser en esencia conflictivo”, por un incorrecto entendimiento de lo que el enfrentamiento supone como elemento en el procedimiento de búsqueda y maduración.

-Posible pervivencia en la ESO de la actitud selectiva propia del BUP, que no encaja con la “obligatoriedad y universalidad” con que está planteada esta etapa y con que los alumnos se ven, *volis nolis*, encuadrados en ella (este es un problema derivado de la prolongación de la escolaridad obligatoria con la extensión de un tramo de la Secundaria a todo el sistema).

-El cambio del profesorado, de los profesores concretos como de su titulación y actitud y capacidad pedagógica y metodológica, y de su “organización” como equipo.

-La posible falta de coordinación entre los profesores del Centro, coordinación que a menudo será subsanada con el rodaje que en los próximos cursos vaya adquiriendo la ESO.

-La falta de contacto y comunicación entre los profesores de EPO y los de ESO.

-La relajación de la tutela -que provoca la afloración de las realidades personales latentes producto de la historia personal- pues se espera del alumno una mayor autonomía, al mismo tiempo que él la reclama como “libertad personal”.

En síntesis y en general, el riesgo es la percepción de que se está en un momento de ruptura con lo anterior (tanto en lo escolar como en lo personal), y la oposición entre la inseguridad que provoca el perder las referencias y el estatus previo y la necesidad de lograr una temprana afirmación que proporcione la seguridad y el “estatus” perdidos. Por ello, la historia previa, la autovaloración, la capacidad de acomodación, las habilidades personales, el encuentro de medios de desarrollo constructivos, una correcta y progresiva asunción de responsabilidades es importante para que el riesgo de la conflictividad pueda ser asumido y atendido de manera adecuada. No hay que olvidar que “el alumno en conflicto es prioritariamente alguien que ha traspasado al proceso de escolarización todas las tensiones de su adolescencia sin que la escuela haya tenido habilidad o capacidad para derivarlas o canalizarlas”, (Funes, 1998-2:108).

Como indica especialmente el mencionado autor, tengamos en cuenta que “en general, un conflicto siempre hace referencia a una incompatibilidad. En la ESO será a menudo una incompatibilidad entre la condición adolescente y las formas, las circunstancias de la acción educativa o entre el proyecto educativo necesario y el formato institucional que adopta” (Funes, 1998-2:109).

2.1.2. Otros factores de riesgo determinantes de los problemas de comportamiento:

Es posible determinar, de modo individual y específico, una gran cantidad de factores de riesgo, los cuales pueden ser sistematizados y agrupados de acuerdo con diversos criterios atendiendo a puntos de vista específicos. Esta determinación de los factores, que no debe considerarse completa ni cerrada, se incrementa a medida que las líneas de investigación profundizan en ellos y en el conocimiento de los distintos ámbitos que los originan.

Sin embargo, pese a ese conocimiento, que en estos momentos podemos considerar bastante exhaustivo, hemos de tener en cuenta que una de las complejidades que el tema presenta radica en las interrelaciones susceptibles de producirse entre diversos factores. Generalmente, al analizar los orígenes de una conducta problemática y determinar aquellos factores de riesgo que pudieran estar en su origen, descubrimos que no se da un único factor, sino que ese análisis nos descubre y pone de manifiesto que, pese al posible dominio cuantitativo o cualitativo de un factor que parece claramente preponderante, aparecen agrupados junto a él otros factores, del mismo “grupo u origen” o de los descritos en otros ámbitos diversificados. Así, junto a la existencia de una estructura familiar incorrecta -claro factor de riesgo en un alto porcentaje de problemas de conducta, es posible que aparezcan un bajo nivel de renta, un contexto social inmediato inadecuado y una escolarización insuficiente o poco acorde con lo que en su momento fueron las necesidades personales del individuo, por ejemplo. Y nos hallamos ante una tesitura en la que nos vemos obligados a convenir que “la coincidencia hace difícil identificar la contribución individual de cada factor”, (Kazdin, 1998:49).

Esta agrupación de factores puede ser simultánea -es decir, aparecen todos al mismo tiempo, como si el individuo se viese sometido a recibir y soportar una lluvia difícilmente controlable de factores de riesgo en un proceso inevitable de inmersión-, o puede darse por acumulación sucesiva, que crea interrelaciones generadoras de situaciones y secuencias causales nuevas. Y ello complica aun más el proceso, puesto que implica, en palabras de

(Kazdin,1999:50) : “la acumulación de factores de riesgo significa que el papel específico de un factor dado en la secuencia causal que lleva al trastorno puede ser difícil de discernir”.

El hecho de la agrupación y la interacción de los factores de riesgo puede provocar la modificación de su trascendencia, ya que la concatenación de algunos de ellos en determinados casos ocasiona que se mitigue u oriente en sentido distinto el previsible resultado final. Como ejemplo tenemos el hecho de que una familia numerosa (factor considerado de riesgo en gran parte de la literatura al respecto) que goce de un adecuado nivel de renta -aunque este nivel económico no alcance una cantidad enteramente satisfactoria en la que sea claramente manifiesta una correcta actitud de los padres puede dejar de ser factor de riesgo y reconvertirse, incluso, en factor de protección. Sintetizamos, anotando que no podemos olvidar que la complejidad generada por la interacción entre potenciales factores de riesgo modifica la condición de los mismos, por lo que en muchos casos, en el paso de la elaboración teórica a la comprobación práctica, no se produce ni se puede comprobar el estatismo unívoco de las definiciones.

Por otra parte, el sexo y la edad, tanto en la vivencia personal que de los suyos propios tiene el individuo como en la consideración social de los mismos o la localización específica y objetiva del individuo desde el punto de vista psicobiológico, interactúan con los factores de riesgo.

Hacemos estas distinciones porque una es la realidad sexual y objetiva de la edad del individuo, otra las consideraciones y las asignaciones de adecuabilidad de conducta que la sociedad establece en función de estos ítems, y en ocasiones discordante con las dos anteriores es la vivencia que sobre su edad o su configuración sexual tiene el individuo. No es extraño, sobre todo con respecto a la edad, que el concepto de madurez-responsabilización que de sí mismo tiene el individuo difiera del que con respecto a él tiene la sociedad. En general, en las primeras etapas evolutivas tendemos a sentirnos más maduros o de mayor edad con respecto a la reclamación de derechos o posibilidades (es típica la queja de los adolescentes en el sentido de que “ya no son unos niños” cuando los padres o educadores aducen que “no tienen aún edad” para según qué cosas), en tanto que huimos o tratamos de minimizar nuestra responsabilidad en aquellos aspectos o tareas que nos disgustan aduciendo que “aún es pronto para ello”.

Existen en la sociedad una serie de prejuicios o de presunciones con respecto a las expectativas y la adecuabilidad de los comportamientos según el sexo o la edad de los individuos. En consecuencia, estos parámetros tienen mucho que ver con la incidencia de los factores de riesgo en los individuos o con el modo en que esa incidencia es prevenida, pese a la situación actual en la que la igualdad social de los dos sexos es un objetivo generalmente asumido.

En ocasiones, un factor de riesgo lo es con mayor intensidad -de modo genérico- para los individuos de un sexo que de otro, como han señalado para casos específicos. Y lo mismo ocurre con respecto a la edad, de modo que incluso no sería erróneo llegar a considerar determinadas franjas de edad como potenciales factores de riesgo. Recordemos al respecto todo lo que sobre la adolescencia y los momentos de transición en la evolución del individuo hemos señalado en otros capítulos sobre este análisis. Así, recuerda (Kazdin 1998:50-51): “la especificación de la edad en la que se evalúan los resultados influye en los factores específicos que se emplean en una identificación precoz” y “a cada edad los factores

empleados para identificar a los niños con alto riesgo o la importancia conferida a un conjunto de factores puede variar”. Esto viene determinado por diferencias de vulnerabilidad.

Existen múltiples modelos de clasificación de los factores de riesgo, aunque la mayor parte de ellos comparten una estructura muy similar. Tsiantis y Macri en (Rodríguez, 1998:1194) dividen estos factores en tres grandes grupos:

-Las características propias del niño, aunque matizan que “no podemos estar seguros si las características del comportamiento infantil son el resultado del comportamiento aprendido, que acentuase la importancia de factores genéticos (biológicos), o de la interacción entre factores biológicos y ambientales”, (ibidem).

-Los factores parentales y familiares. En este sentido se destaca lo positivo de la existencia de un vínculo precoz y seguro entre el niño y la madre, por lo que su ausencia o deterioro debe ser considerado como factor de riesgo.

-Los factores ambientales y sociales, entre los que se pueden incluir los efectos de la escolarización y el grupo de vecindario, la pérdida de lazos con la red social, la pérdida de posibilidades de comunicación con los sistemas de apoyo de la comunidad, disfunciones de las instituciones sociales, desbalances entre los valores adoptados por los sistemas económicos y aquellos que sustentan la familia y la vida comunitaria Tsiantis y Macri en (Rodríguez, 1998:1196).

Los mismos autores anteriormente mencionados (Tsiantis y Macri) aportan otro punto de vista al señalar los factores que “contribuyen al desarrollo psicosocial y al comportamiento normal del niño”, por lo que es legítimo deducir que su carencia o su incorrecto funcionamiento pueden constituir claros factores de riesgo en (Rodríguez, 1995:1197):

-Factores predisponentes individuales (hereditarios, físicos, medio familiar y educación...)

-Factores predisponentes ambientales (clima escolar, clima cultural del grupo de referencia, factores comunitarios...)

-Condiciones de la vida diaria (estrés y crisis, factores protectores, redes de apoyo social...)

-Factores circunstanciales (acceso a narcóticos, alcohol...)

Para poder analizar con mayor objetividad estas clasificaciones de los factores de riesgo, citaremos con mayor detalle los que consideramos más significativos y habituales, ya que su magnitud no nos permite poder realizar un tratamiento exhaustivo de los mismos.

Cada uno de los aspectos que citaremos a continuación puede ser o no, según las circunstancias de cada sujeto, un elemento, circunstancia o influencia de los factores específicos, predisponentes y/o desencadenantes de la etiología de los problemas de comportamiento en el contexto escolar

Los factores específicos, independientemente de su etiología, son los que fundamentan la conducta, los predisponentes, los que influyen de forma probable para que se produzca y los desencadenantes los que la provocan.

Estos factores pueden ser muy variados, y en ocasiones bastante difíciles de identificar incluso por el propio sujeto que presenta las conductas.

La interrelación, el grado y la presencia o ausencia de todos o algunos de dichos factores incidirán de forma única en cada uno de los alumnos.

El contenido de los mismos lo distribuiremos en cuatro apartados diferenciados: biológico, psicológico, social y pedagógico.

2.1.2.1. Factores biológicos:

Inicialmente empezaremos hablando del aspecto nutricional de nuestros alumnos, en muchas ocasiones poco cuidado por sus responsables.

A título de ejemplo: un consumo abusivo de ciertos alimentos ricos en metilxantinas, como el chocolate, cuyo alcaloide es la teobromina o algunos refrescos ricos en cafeína entre otros, puede provocar estados de excitación nerviosa. Por el contrario, una alimentación deficitaria puede ser también el origen de ciertas alteraciones del estado del ánimo, como en el caso de una ligera hipovitaminosis de tiamina, o la falta de minerales y nutrientes que descompensen el proceso bioquímico del sistema nervioso central, Cervera et al. (1999).

Otro aspecto que destacar son las reacciones adversas alimenticias, como la alergia a las proteínas de la leche de vaca, u otras inmunoalergias o intolerancias nutricionales que pueden dar lugar a síndromes como el de tensión-fatiga o a estados de hipercinesia, . Malet, et al.. (1995).

Siguiendo dentro de este apartado, haremos referencia a los tratamientos farmacológicos prescritos a muchos de nuestros alumnos.

En ocasiones, las reacciones adversas de ciertos tratamientos farmacológicos debido a sus efectos de excitación o por el contrario de bloqueo de la inhibición del S.N.C., son otro de los motivos desencadenantes de los trastornos conductuales, Goodman, et al. (1996).

La administración terapéutica de sustancias como teofilina, nikitamida, doxopran, etc. para el tratamiento de neumopatías obstructivas crónicas como el asma, o la utilización de metilfedinato en pacientes afectos de un trastorno por déficit de atención, pueden desencadenar, dentro del propio margen de seguridad del principio activo, reacciones adversas que alteren el estado conductual de los alumnos a los que se les administra el fármaco. El desconocimiento de dichos tratamientos, entre otros, por parte del profesorado, puede dar lugar a valoraciones conductuales equívocas de sus alumnos, sobre todo cuando son tratamientos de larga duración.

En este sentido, la farmacodinamia del consumo habitual o esporádico por parte de algunos alumnos de sustancias tóxicas, bien sean psicodislépticas, depresoras o estimulantes del sistema nervioso central, alterará notablemente su conducta.

Los aspectos inherentes a la drogodependencia, como la dependencia física y psíquica, el síndrome de abstinencia, y la propia problemática económica y social que esta práctica conlleva, también influirán en el comportamiento del alumno consumidor, Velasco, et. al.(1988).

La sintomatología patognomónica y asociada de la mayoría de las enfermedades orgánicas es otro de los factores determinantes de la alteración conductual. La ausencia de bienestar físico por un lado, y el estado de preocupación que esto conlleva, se convierte en un elemento ansiógeno que influirá en el comportamiento, Hart (1994).

Existen también un conjunto de síntomas que pueden confundirse con patologías orgánicas, y cuyo origen es de carácter psicossomático, como el asma, la cefalea, la migraña, el dolor abdominal, etc. Este último bloque, muy habitual en el contexto escolar, tiene un valor altamente significativo, ya que se trata de una señal de alarma sobre el estado psicológico del alumno afectado, Díaz, (1991).

Para terminar, trataremos dos temas poco conocidos en su relación con las conductas perturbadoras.

El primero de ellos hace referencia a los ritmos biológicos, cuya alteración desencadena estados cronopatológicos del organismo.

Una de las cronopatologías activas más habituales de nuestros alumnos es la alteración del ritmo circadiano, provocado por una disincronía en el binomio sueño-vigilia.

Cada vez es más habitual que los niños de temprana edad se queden jugando o viendo la televisión con el beneplácito de sus padres hasta avanzadas horas de la noche, aun teniendo que madrugar al día siguiente para ir a la escuela.

Esta alteración cronofisiológica del reposo genera un estado de fatiga psíquica caracterizada entre otros trastornos por la irritabilidad, circunstancia emocional que luego aflorará en la actividad escolar, Testu (1992).

Finalmente, hablaremos de los factores bioclimáticos con incidencia sobre la conducta.

Los efectos biometereológicos de la temperatura, humedad o de la presión atmosférica pueden determinar metereopatías conductuales, Battestini, (2000).

Una descompensación iónica del aire existente en el aula, con predominio de cargas positivas, actuará aumentando los niveles de serotonina en sangre y, en consecuencia, el nivel de irritabilidad de los alumnos.

El aire caliente y seco se convierte en un agente estresante, que provoca una reacción suprarrenal. Esta situación bioclimática en el aula puede provocar un estado inicial de euforia en el alumnado, que posteriormente remitirá en un sentimiento de cansancio, astenia, apatía, etc.

Existen otros factores ambientales, como la iluminación inadecuada, la contaminación acústica, la incidencia cromática, etc., que también pueden influir en la conducta de nuestros alumnos.

2.1.2.2. Factores psicológicos:

Desde la óptica nosológica del DSM-IV de APA (1.995) los síntomas y signos a los que estamos haciendo referencia quedan mayoritariamente definidos como "*trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador*". En este sentido, la CIE-10 de OMS (1992) presenta otro tipo de códigos al respecto, pero coincide con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

No obstante, existen factores colaterales. como por ejemplo un coeficiente de inteligencia (CI) por encima o por debajo de la norma, que también pueden convertirse en un factor determinante de las conductas perturbadoras en el aula. Rayo (1997).

Ambas situaciones desencadenan normalmente en la actividad escolar una pérdida de la atención sostenida. En el primero de los casos, por parecerle al alumno excesivamente sencillo el contenido que se esté trabajando en clase, y en el segundo, por la dificultad que le representa poder seguir el nivel del tema expuesto. Esta pérdida de atención suele desencadenar en los alumnos afectados un estado de baja motivación y por tanto una búsqueda alternativa de distracción que normalmente se traduce en la ejecución de conductas jocosas en el aula.

El siguiente aspecto psicológico que vamos a comentar se refiere al factor temperamental.

Según T. Ollendick (1.993), el temperamento define la tendencia constitucional del individuo a reaccionar de cierto modo ante su ambiente. Algunas personas son más plácidas que otras, algunas más fuertes, algunas más tensas; probablemente estas diferencias son innatas y reconocibles desde el momento del nacimiento.

En este sentido, un niño con temperamento innato colérico, irritable, independientemente de los factores adquiridos mostrará una conducta en el aula diferente a la del compañero cuyo temperamento es pacífico, accesible y adaptado. Por ello, tendremos que pensar que detrás de toda conducta disruptiva puede existir un factor temperamental que condicione parte de esa conducta.

En otro sentido, los síntomas que describimos a continuación no son patognomónicos de un síndrome o trastorno, pero sí determinan una serie de comportamientos y/o modelos cognitivos, que pueden desencadenar una psicopatología concreta Moreno. et al., (1998). No obstante, se ha de tener en cuenta que la aparición y naturaleza de estos síntomas están subordinados, a la vez, a la cualidad y poder de factores, tanto externos (medio ambiente en el que se desarrolla) como internos (características psicológicas, temperamento...) que influyen en el alumno. Dicha sintomatología es la siguiente:

-Baja resistencia a la frustración. Este hecho pone de manifiesto en el alumno perturbador su falta de seguridad personal tanto a nivel cognitivo como conductual, que lo induce a reacciones poco elaboradas, normalmente de tipo agresivo. La falta de un pensamiento estructurado que dé paso a una racionalización del problema y a la búsqueda alternativa de reacciones cognitivas conlleva una situación de frustración.

-Ansiedad. Es una sensación que genera en el alumno un malestar profundo y constante. La consecuencia inmediata es la inhibición en el ámbito afectivo, que suele manifestarse de diferentes maneras: represión de la agresividad, reactivación de antiguos sentimientos provocados por experiencias dolorosas, situaciones cotidianas estresantes, etc., que se convierten en factores desencadenantes de angustia. Las preocupaciones que generan la ansiedad y la inseguridad coartan e inhiben el desarrollo del individuo, siendo responsables de la inadaptación personal, escolar y/o social.

-Bajo autocontrol. Hay condiciones básicas necesarias para que exista una estructura o un equilibrio a nivel personal, y una de ellas es el control de las acciones, pensamientos y deseos. La falta de unos límites claros, precisos y razonados dificulta tanto la comprensión del concepto como la realización del mismo para este tipo de alumnos, en los que no existe un mecanismo de autocontrol interiorizado que les permita reconducir sus impulsos en las situaciones estresantes.

-*Impulsividad*. La falta de autocontrol que determina generalmente el comportamiento hostil suele quedar reforzado negativamente por el alto grado de impulsividad que presentan estos alumnos. La necesidad de una respuesta contingente a sus instintos, pensamientos y deseos provoca un comportamiento irreflexivo con tendencia al "acting out". El mecanismo que rige esta inmediatez es el principio del placer-displacer cuyo último o único objetivo de su acción es la búsqueda del placer, gratificación personal y la evitación del displacer, sin tener en cuenta las realidades y consecuencias exteriores.

-*Creencias, pensamientos y/o racionalizaciones distorsionadas*. La evaluación irracional y poco funcional que realizan estos alumnos sobre su realidad y entorno social, genera emociones y conductas que les bloquean o dificultan su pensamiento no absolutista y racional. Las continuas exigencias egocéntricas, sobre los demás y sobre el entorno que les rodea, les provocan una perturbación del yo.

Esta perturbación les desencadena una línea de pensamiento del *todo o nada* ("todos me odian"), de sobregeneralización ("no hago nada bien"), de adivinación del futuro ("si hago esto se reirán de mí"), entre otros constructos distorsionados.

-*Dureza emocional*. La emoción no sólo depende de la naturaleza del agente emocional, sino del estado psíquico del individuo, de su personalidad, de su entorno y de sus experiencias anteriores. La mayoría de estos alumnos tienen una vida emocional desequilibrada, con puntas que pueden llegar a ser muy dolorosas. La carencia afectiva a la que se ven sometidos es determinante a lo largo de todo su desarrollo, ya que repercutirá en sus relaciones humanas y en su entorno. La existencia de forma generalizada de un referente afectivo ambivalente en su contexto más íntimo determina ciertas dificultades de relación, hasta el punto de no querer establecer ningún tipo de nexo afectivo por miedo al fracaso.

-*Baja autoestima*. La imagen que tienen estos alumnos de sí mismos es negativa. Pero no siempre depende de sus propias acciones, sino de las reacciones y opiniones de los demás. Los alumnos terminan siendo lo que creen que son, debido a lo que los demás piensan o esperan de ellos. Esta carencia queda compensada con conductas desadaptadas, negativistas, hostiles y agresivas, por las cuales destacan y son el centro de atención. Dichas conductas son lo que mejor saben hacer y el feedback que reciben de su medio refuerza estas acciones. La infravaloración de su persona los induce a estar insatisfechos, no sólo con ellos mismos sino también con su entorno.

-*Disnomia escolar*. Se manifiesta a través de una serie de aspectos como son las conductas disruptivas en el aula, actitudes desfavorables hacia el aprendizaje, los profesores la institución, y el incumplimiento de la normativa escolar. Todos estos factores están íntimamente relacionados con la inadaptación personal y/o social que sufren estos alumnos. No obstante, existen otros factores que no dependen de ningún tipo de desajuste o inadaptación. Un ejemplo claro lo tenemos en la comorbilidad existente entre cualquiera de los aspectos citados anteriormente y la didactogenia provocada por algunos profesores.

En este sentido, la poca flexibilidad curricular, los continuos comentarios de acusación e infravaloración de las acciones o comportamientos de estos alumnos, los castigos reiterados, e incluso la provocación deliberada por parte de ciertos docentes, son algunas de las dispedagogías que generan la disnomia escolar.

2.1.2.3. Factores sociales:

Iniciaremos el primero de los apartados hablando de un antagonismo social que tiene un papel importante en el ámbito conductual de la población escolar.

Concretamente estamos haciendo referencia a la contraposición bastante generalizada que existe entre los valores sociales actuales y los específicos del contexto escolar. En el transcurso de las últimas décadas, nuestra sociedad ha protagonizado un cambio importante de valores. De forma mayoritaria y más específicamente, la población joven ha desencadenado el abandono de los valores de la modernidad para acogerse a los de la posmodernidad. Como bien indica Lozano (1997), la sociedad actual ha sustituido la moral de la “brújula” por la moral del “radar”. No se orientan con relación a un norte, sino que su punto de referencia es la posición de los demás.

Los nuevos valores, muchos de ellos implementados por los medios de comunicación han ocasionado enfrentamientos generacionales e incomprensiones entre los diferentes sectores sociales. En este sentido, la escuela tiene un componente altamente institucional, es cronológicamente graduada, y jerárquica, sus valores son los propios de la modernidad. Por el contrario sus usuarios, los alumnos, fuera del ámbito escolar reciben un bombardeo continuo de valores postmodernistas, sobre todo a través de los mass media, que según E. Gervilla (1993) los conduce a un relativismo y subjetivismo que afecta a todos los ámbitos del ser, del conocer y del vivir, y, en consecuencia, a un pluralismo o politeísmo de valores. Nada es absoluto. Todo vale, o es posible que valga, ya que el valor ahora siempre es circunstancial: “depende de”. Como define Hughes (1994) nuestra sociedad finisecular ha hecho del victimismo y de la “cultura de la queja” su razón de ser. Este antagonismo entre los valores de la modernidad que mayoritariamente proyecta la escuela actual y los valores de la posmodernidad cada vez más arraigada en su alumnado son la fuente de un enfrentamiento de procederes que en algunos casos puede traducirse en un desajuste entre las conductas exigidas por la escuela y las presentadas por algunos de sus alumnos.

Siguiendo en el ámbito social, otro de los factores que tienen un peso específico sobre la conducta de nuestros alumnos es la incorporación en su vida diaria de un medio de comunicación social como es la televisión. En este sentido, como defiende Callabet, et al. (1994) hay tres aspectos que considerar: la fuente, es decir, los medios de comunicación; el sujeto afectado, que es el niño; y la familia, que tienen la llave del problema y puede modular todo este intrincado problema.

Dentro de los patrones televisivos tiene un papel predominante la violencia, muy constante en todo tipo de programas. Si tenemos en cuenta que nuestros niños y adolescentes escolares son vulnerables a los mensajes de la televisión y que a su vez se encuentran en un estado evolutivo permanente de búsqueda de su identidad a través de la imitación del mundo de los adultos, este medio de comunicación se convierte en un factor de riesgo conductual.

Un consumo abusivo y no controlado de la televisión por parte de nuestros alumnos también puede convertirse en un desencadenante de conductas perturbadoras del contexto escolar.

Las circunstancias socioeconómicas y de estructura familiar también tienen una incidencia directa sobre su conducta.

El funcionamiento psicológico de nuestros alumnos guarda una íntima relación con aquellos acontecimientos vitales de carácter familiar que supongan cambios y/o sucesos especialmente significativos frente a sus circunstancias biográficas negativas.

En definitiva, tanto los factores de desestructura familiar, como de privación económica grave tendrán una incidencia directa sobre el estado afectivo del niño y por tanto en su estado conductual.

Para finalizar este bloque de contenido social, realizaremos una aproximación a un tema de carácter cultural en ocasiones poco considerado, que desempeña un papel importante en la interpretación del comportamiento de los alumnos pertenecientes a las diferentes minorías étnicas.

Existen costumbres y tradiciones étnicas que llevadas a cabo en un contexto cultural diferente pueden ser interpretadas de forma equívoca Jordán, (1994). Un ejemplo lo podemos encontrar en la etnia gitana, en la que los niños son estimulados hacia la hipermovilidad entendiéndola como un signo de salud y vitalidad. Por el contrario, la hiperactividad en nuestro contexto escolar, y más concretamente en el aula, se convierte en un tipo de conducta considerada como perturbadora.

En este sentido, podríamos citar numerosas costumbres y tradiciones que tienen su incidencia sobre el comportamiento de estos alumnos pertenecientes a minorías étnicas y que, como en el caso anterior, pueden transformarse en conductas disruptivas en un contexto escolar enmarcado por una cultura distinta.

Finalmente la aparición de situaciones xenófobas y/o racistas también puede desencadenar climas conductuales capaces de alterar el ambiente escolar.

2.1.2.4. Factores pedagógicos:

El estilo educativo que el niño recibe en el contexto familiar también influirá notablemente en su perfil comportamental en la escuela.

Un modelo educativo familiar hipernómico, punitivo con excesivos refuerzos aversivos, o por el contrario una actitud por parte de los padres permisiva, despreocupada, exenta de límites, provocará en el niño una mayor predisposición hacia la ejecución de conductas perturbadoras. La vivencia continuada de discrepancias o estilos educativos diferentes entre el padre y la madre, así como de conductas sociales inadecuadas de sus padres, desarrollará un proceso de aprendizaje vicario cuyo modelamiento conductual determinará la replicación del mismo en la escuela Castro (1996).

Este tipo de dispedagogías no sólo son específicas del ámbito educativo familiar. Los efectos didactogénicos de los distintos agentes educativos dentro de los ámbitos tanto formal como informal también incidirán en la conducta de los discentes.

Por ejemplo, en el contexto escolar, una interrelación inadecuada, las propuestas de actividades poco motivadoras, un nivel de trabajo y de contenido que no corresponda con el de los alumnos, son indicadores inherentes a la conducta escolar perturbadora.

2.2. Factores de protección

Ya hemos avanzado, al hablar de los factores de riesgo, que no podemos tener una actitud negativamente determinista al percibir la cantidad de esos factores que podemos descubrir en el origen de los problemas de conducta del individuo, puesto que no existe una relación fatal e irreversible entre la existencia de dichos factores y su negativa materialización conductual.

Una observación objetiva de la realidad nos permite percibir que individuos teóricamente sometidos a los mismos factores de riesgo elaboran conductas cualitativamente distintas y positivas, de lo que se deduce la existencia de mecanismos y procesos que anulan, minimizan o actúan como atenuantes de los factores de riesgo.

Entre esos factores, cuya investigación no ha adquirido el desarrollo y la extensión que la de los factores de riesgo, son descritos los “factores de protección”, que “se refieren a las influencias que pueden cancelar o atenuar el efecto de factores de riesgo conocidos e incrementar de algún modo la resistencia”, (Kazdin, 1998:51).

La interpretación de estos factores de protección y la manera en que actúan son aún una incógnita. Algunas opiniones aventuran que tal vez el desarrollo de la competencia general del individuo y de un proceso de maduración equilibrado pueda actuar como un instrumento preventivo, pero esta tesis no explica por qué en ese desarrollo y en ese proceso de maduración no se produce la intromisión perturbadora de alguno de los factores de riesgo que están al acecho.

También se aduce que la complejidad interactiva de los factores de riesgo se repite en lo referente a los factores de protección, y que algunos de éstos pueden actuar de contrapeso de los factores de riesgo, que, por otra parte y como ya hemos visto, varían en función de la edad, el sexo y la influencia de un abanico de variables.

Lo que en estos momentos está muy claro es que “la evaluación de los factores de protección precisa más trabajos ya que favorecer estos factores representa un enfoque viable de la prevención de los problemas de comportamiento”, (Kazdin, 1998:53).

2.2.1. El concepto de "resistencia":

Pese a que disponemos de pocas respuestas ante las cuestiones planteadas frente la existencia de los factores de protección, la invulnerabilidad que ejemplificada en su conducta muestran algunos individuos frente a los factores de riesgo, se han definido algunos conceptos, entre los que adquiere primacía el de “resistencia”, definido como “el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes”, según Masten, Best ,Garmezy, Masten, Morison, Pellingrini y Tellegen , citados por (Buendía 1996:37).

Así, hay autores que atribuyen a características individuales la “resistencia”, puesto que el individuo que la manifiesta se presenta dotado de “recursos generales para encontrar

más soluciones cuando se enfrenta a una barrera, para mantener un funcionamiento integrado ante el estrés, para procesar simultáneamente dos o más estímulos competidores, para ponerse tanto 'al servicio del yo' cuando las exigencias de la tarea requieren esa forma de adaptación", (Buendía, 1996:53).

Otros investigadores, como Rutter, et al (1996) y (Buendía 1996:38), opinan que los factores de protección están presentes tanto en el individuo como en el contexto ambiental, y que se ponen de manifiesto en las situaciones más críticas, no actuando ni interactuando cuando las condiciones son de "bajo estrés". Esto implicaría la posibilidad de contar con factores de protección activos en situaciones de alto potencial negativo, en tanto que esos factores inhibirían su actuación en situaciones de menor conflictividad, con lo cual se explicaría un gran número de conductas problemáticas o con ligeros desajustes, pero no conflictivas, ya que la presión mínima o media del riesgo no catalizaría la activación de los factores de protección.

Este principio se aplicaría al proceso dialéctico en que consiste el proceso de maduración y desarrollo, pues en él, el niño afronta y resuelve unos problemas para encontrarse con otros nuevos, con lo que la resistencia, en síntesis de (Buendía 1996:38): "designa la capacidad del niño para hacer frente a un problema y utilizarlo para el crecimiento psicológico, sea cual sea la adversidad ambiental que tenga que superar".

Se nos transmite, en estos razonamientos y planteamientos, la sensación de que las situaciones de alto riesgo ponen en acción los mecanismos restrictivos del mismo: "Cuando el ambiente presenta múltiples riesgos, el efecto de la restricción es el proteger al niño del peligro; en cambio, en ambientes de bajo riesgo, la misma restricción actúa limitando la experiencia del niño", (Buendía, 1996:38) recogiendo las investigaciones de Baldwin y otros.

2.3.2. La protección como proceso:

Frente al carácter más o menos estático de la delimitación de la mayoría de los factores de riesgo -lo que no implica que ellos se manifiesten con ese estatismo-, se conciben los factores de protección como mecanismos integrados en un proceso, el proceso de interacción entre el individuo y el ambiente y de adaptación de aquél a éste.

En consecuencia, y al tener en cuenta que "vulnerabilidad" y "protección" aluden a mecanismos específicos de respuesta individual con respecto a situaciones de riesgo, y de nuevo nos vemos obligados a citar a (Buendía,1996:39): "son los polos negativo y positivo del mismo constructo", no perdiendo de vista que "cuando se habla de protección el proceso que da lugar al incremento o disminución del riesgo puede no significar que la variable o experiencia sea, en sí misma, positiva o negativa".

Los factores de riesgo operan conduciendo al trastorno y operan directamente, en tanto que los factores o mecanismos de protección sólo se activan al entrar en interacción con los primeros.

Así, no encontramos la protección en las características presentes en un determinado momento, sino en el modo en que cada individuo se conduce en los cambios vitales o en las experiencias que le someten a presión y le hacen vulnerable a la influencia de los factores de riesgo.

Con referencia a la delimitación de grupos de factores protectores, siguiendo a Garnezy, que a su vez sintetiza las investigaciones de Sameroff , Seifer, Pianta , Schulberg , Watt , Soukou , Downey y Walker, citados todos ellos por Rodríguez (1998), es posible diferenciar entre tres grandes grupos de factores de protección: las características personales del propio niño; la relación con un adulto acogedor y empático, y una ambiente social que refuerce y apoye los esfuerzos del niño por hacer frente a la situación.

Advirtamos cómo, en el tercer grupo de factores, se recoge la concepción de los factores de protección como elementos que aparecen en el transcurso del proceso de adaptación del niño.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

3.1. Variables que determinan los problemas de comportamiento patológicos

Gran parte de la gravedad de los problemas y trastornos psíquicos sufridos en la infancia radica en el hecho de su pervivencia en el resto de la vida del individuo, con sus consecuentes repercusiones de toda índole; de hecho, “el enfermar psíquico infantil es un vivo ejemplo de suceso antropológico de primera magnitud que pone en peligro la individualidad y la dimensión social de la persona”, (Rodríguez, 1998:29).

Hemos de tener en cuenta, siguiendo las concepciones de la psicopatología evolutiva, que la adolescencia es un estadio en la evolución psicopatológica del individuo. La situación del sujeto en esta edad concreta consiste en la actualización de gran parte de las características ya aparecidas y posiblemente reflejadas en la etapa anterior, que los mecanismos de adaptación-inadaptación y los condicionantes cronodependientes han podido modificar en parte, sin que haya desaparecido su estructura primigenia.

La personalidad es, en definitiva, un “constructo” mental, caracterizado por el mantenimiento de estructuras en el tiempo. En ellas el núcleo experiencial será tejido y llave dinamizadora de las estructuras normales y patológicas, constituido por vivencias múltiples unidas entre sí y que están en “todo lo que el aparato mental tiene de direccionalidad, de actividad dirigida hacia objetivos”, la “adaptación” así resultante no puede ser entendida sin lo emocional y lo cognitivo, esencia de lo experiencial y raíz de toda experiencia, (Rodríguez, 1998:30).

Por ello es importante tener en cuenta cuáles son los ámbitos básicos “que intervienen en la constitución dinámica del hecho psicopatológico infantil”, (Rodríguez, 1998:31), autor al que seguimos en esta síntesis.

Las situaciones producidas en estos ámbitos son las que condicionarán los cuadros psicopatológicos que más adelante podamos encontrar en el individuo. No olvidemos que la confluencia de las características y la etiología que aparezcan en ellos forman un conjunto complejo presente en “un organismo autotransformante, adaptador y autoregulador (sic)”, cuyo desarrollo normal está formado por “potencialidades y predisposiciones que están

semicodificadas en el organismo a la espera de que al ir viviendo, las experiencias, en un devenir imparabable e imprevisible vayan terminando de configurarse y constituir los patrones psicológicos y psicopatológicos”, (Rodríguez, 1998:32).

En síntesis, los ámbitos a que nos referíamos son el propio organismo, concebido como eje genético-genésico propio, único e irrepitable, en el que encontramos “patrones de desarrollo semicodificados, potencialidades y predisposiciones”; los contextos, con fuerte poder dinamizador por la permanente relación de intercambio que con el organismo establecen, la cual va a ser “clave de todo el proceso experiencial y la esencia de lo contextual y lo social”; y el DEVENIR EXISTENCIAL, tiempo fugente que preside y da sentido a los otros dos ámbitos.

A la hora de enfrentarnos con los trastornos psicopatológicos, no deberíamos olvidar que “el cerebro infantil (es) órgano sensible, vulnerable, cambiante, capaz de contener, mantener, dirigir y aprender, y que puede ser el ‘mejor medicamento’ de que dispone el niño para resolver sus problemas, si le damos tiempo, libertad y sabemos esperar y confiar en él y no lo interferimos”, (Rodríguez, 1998:31).

Está claro que la aparición de estímulos o modelos inadecuados, o la carencia de los adecuados con respecto a estas grandes funciones provocarán la aparición de desajustes que deberemos incluir en el ámbito de lo psicopatológico, tales como la angustia y la depresión; los sentimientos de inferioridad; déficits de autonomía o aprendizaje social; dificultades de expresión y trastornos del lenguaje; tics, ritmias, distonías; trastornos en la ingestión y anorexia, enuresis y encopresis, hiperkinasia; aislamientos en forma de psicosis, autismo o esquizofrenia; comportamientos inaceptables; sexualidad conflictiva con direccionalidad o problemas no deseados social o personalmente...

Llega el momento en que debemos enfrentarnos a los síntomas y los problemas de conducta de los que son aviso.

Los síntomas son las señales que el individuo emite para comunicar que algo no funciona. Estos síntomas son expresión de enfermedad o su tarjeta de presentación. Sin embargo, el problema radica en el hecho de que no existe una correspondencia y específica clara entre síntoma y síndrome, o entre el síntoma que se percibe y el auténtico síntoma que subyace al aparente.

Puede darse el caso de que “un mismo síntoma puede ser un signo aislado sin mayor significación o bien puede estar ocultándonos patologías muy serias, lo que puede inducir a error en su valoración clínica”, (Rodríguez, 1998:36).

Los síntomas tienen componentes conductuales, de hechos empíricos, fenómenos que ocurren, y eso es lo primero que debemos tener en cuenta. Por ello hay que observarlos y descubrirlos tal como se presentan. Posteriormente hay que atender a su interés diagnóstico, clasificatorio, epidemiológico..., pero sin perder de vista su valor intrínseco.

No sólo es la frecuencia lo que determina la importancia de un síntoma, sino que además hemos de tener en cuenta criterios cualitativos como su capacidad dinámogena o contaminante, su especificidad o patognomonia, sus repercusiones y el peso que tenga en el conjunto de la personalidad.

Existen determinamos síntomas con especificidad propia y presencia casi constante, como la angustia, la tristeza, lo autístico, las conductas violentas o hiperactivas y las conductas psicomotoras. Mas todos ellos son ambivalentes y poligénicos y no es correcto profundizar determinadamente en cada uno de ellos, pues deben ser considerados de acuerdo con el conjunto que forman, atendiendo a su afinidad o pertenencia a un mismo campo o ámbito.

Al respecto es importante tener en cuenta la propuesta de Senn y Solnitt, recogida por (Rodríguez, 1998:39) en la que agrupan los síntomas atendiendo a su mayor o menor valor psicopatológico.

-Psicopatología menor: sensibilidad excesiva ante las nuevas experiencias, con manifestaciones de ansiedad; dificultades de aprendizaje y falta de interés por aprender; conductas regresivas; trastornos psicomotores; quejas somáticas; mentiras sobre enfermedades del cuerpo; agresividad que expresa las dificultades y rivalidades con los iguales y los adultos; tendencias destructivas (en el niño, pataletas); inhabilidad o mala disposición para hacer las cosas por sí mismo.

-Psicopatología mayor: retraimiento extremo, apatía, depresión, duelo, tendencias autodestructivas; fallos importantes en el aprendizaje con dificultades en lenguaje (el tartamudeo es un síntoma importante); conducta antisocial e incontrolable (crueldad, hurto, mentira crónica, destrucción, agresión...); conductas obsesivo-compulsivas severas, fobias, rituales, fantasías; hipersexualidad, asaltos sexuales a otros, exhibicionismo sexual; fallos en el desarrollo somático.

Esta clasificación nos proporciona un buen punto de partida para distinguir entre lo que son problemas de conducta debidos a estados psicológicos no patológicos y los debidos a estados patológicos, pues entre los síntomas que hemos relacionado con la psicopatología menor aparecen la mayor parte de conductas pasajeras y coyunturales

Advertimos un problema de conducta cuando el individuo no se comporta de acuerdo con las pautas concebidas como “normales”, y presenta síntomas que nos avisan de la existencia de algún conflicto, desarreglo o disfunción. “La mayoría de las personas tienen una idea sobre cuales son los límites que no deben ser sobrepasados. Existe una indudable sanción social que a veces acierta de manera sorprendente y otras veces se equivoca con estrépito”, (Rodríguez, 1998:74). El problema teórico surge en el momento en que, dejando a un lado lo intuitivo, debemos definir qué es esa normalidad que utilizamos como referente, ya que es un concepto complejo que necesita de consenso y con respecto al cual pueden producirse desviaciones en sus ámbitos extremos.

Tradicionalmente se han empleado tres criterios para valorar la normalidad: el estadístico, el de funcionalidad, el de idealidad.

-El *criterio estadístico* se muestra válido para el grupo, pero no tanto para el individuo, por lo que en la actualidad se da primacía a lo cualitativo sobre el dato estadístico psicométrico.

-Es útil para la psicopatología clínica el *criterio de normalidad funcional*, centrado en las *funciones de adaptación* con su contenido evolutivo y autotransformante.

-El *criterio de idealidad* o de normalidad como utopía es “un juicio global, valorador sobre el acercamiento o alejamiento de una meta que sirve de comparación, o según el cumplimiento de lo exigido para que pueda ser incluido en una categoría que previamente hemos establecido. Se trata de un criterio cualitativo que dependerá de la posición o situación del evaluador, del que enjuicia, y por tanto de sus valores y de los prejuicios del entorno (...) El criterio de normalidad ideal tiene interés en casos que necesitan tratamiento psicoterápico rehabilitador continuado o reeducativo que tiene como objetivo conseguir unos resultados específicos programados, con metas claras”, (Rodríguez, 1998:75).

En definitiva, y como punto de partida, “las diferencias entre una u otra situación -la llamada normalidad y la de anormalidad- radicaría en la inhabilidad o la incapacidad para realizar funciones psíquicas complejas y la dificultad para poder resolver las demandas externas o internas del niño ante las que el menor reaccionará de manera más o menos duradera adaptándose, hiperadaptándose Beauchesne, (1999), regresando, inhibiéndose, o con patrones de agresión, huida, inmadurez Quay, (1998), rompiéndose o con respuestas que implican gravedad”, (Rodríguez, 1998:76).

O sea, que existe un problema de conducta cuando se detecta desviación con las pautas concebidas como expresión de la normalidad.

Es ahora el momento de presentar la necesidad de no confundir lo que son simplemente problemas de conducta propios de la interacción a menudo problemática entre el individuo y su entorno, con las alteraciones conductuales propias de un estado patológico.

Ya sabemos que la adolescencia es un momento de especial fragilidad en la evolución de la persona, fragilidad que en estos momentos se suma a la conflictividad provocada por su coincidencia con un cambio de etapa escolar.

La necesidad de autoafirmación del adolescente, los comportamientos de reacción en la interacción o adaptación con el entorno, la inadaptación, la insatisfacción, la disconformidad pueden provocar problemas de comportamiento en los que la búsqueda de un espacio propio -a menudo basada en la oposición a lo normativo entendido como imposición exterior no asumida- deviene conflictiva.

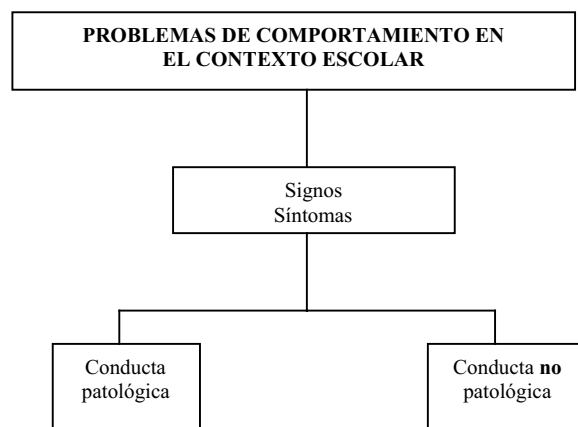
Es posible detectar en el adolescente síntomas semejantes a los que presentan los estados patológicos sin que correspondan a ellos.

No todo problema de comportamiento ni toda conducta conflictiva debe ser considerado como comportamiento psicopatológico. Por ello hay que tener en cuenta, de acuerdo con los principios esbozados más arriba, que en comportamientos situados fuera de la normalidad influyen factores como: las conductas propias de la adolescencia, las propiciadas por la transición de la EPO a la ESO, ciertas dispedagogías y didactogenias, el peso de los modelos educativos familiares y los referentes inmediatos, el conflicto entre los valores generacionales con la pugna entre las pautas de modernidad y postmodernidad, el fracaso escolar, la inadaptación escolar, el ambiente social y las relaciones personales.

Y debemos admitir que, en muchas ocasiones, no existe discontinuidad ni límite específicamente marcado que se salte entre la conducta normal-la conducta problemática-la conducta psicopatológica. “Recogiendo el sentir del pensamiento preponderante podemos

afirmar que lo normal sería la gran proveedora y que no habría un salto cuantitativo sino una transformación cualitativa en una franja amplia con cambios sutiles en la mayoría de las ocasiones en los que la dinámica: progreso-desorganización, estabilidad-regresión, organización-desorganización-desestructuración se dan en el marco global del desarrollo...” (Rodríguez, 1998:75).

Así, para evitar la confusión entre la conducta conflictiva patológica y la no patológica, atendemos a los criterios de Lang (1999), y de (Rodríguez, 1998:77), con respecto a los síntomas: brutalidad de aparición; multiplicidad de signos; aparatosidad de los síntomas; índice de gravedad ya acordada de algunos de los síntomas de los del total; la gravedad en la estructura, según el tipo de desorganización; la evidencia de descompensación; la no integración de algunos síntomas de organización inferiores en otros superiores; una evidente disarmonía, quedando estructurado según la clasificación del cuadro nº 3 de este apartado



Cuadro nº 3

Existen diversas clasificaciones que se refieren a las causas generales de las situaciones psicopatológicas; aunque actualmente la tendencia es no realizar divisiones dualistas, y sistematizar las causas de manera amplia y no excluyente. Así, los factores de causalidad e influencia etiológica complementan las causas de naturaleza preponderantemente biológicas o experienciales en su acepción más amplia y genérica.

Sistematizando el cuadro que ofrece (Rodríguez, 1998:47):

-Causas predominantemente biológicas:

-Genéticas, (localizadas en un solo gen en el que la penetración es total; en un solo gen con penetración parcial; alteraciones cromosómicas).

-Con participación del Sistema Nervioso Central (interferencias sobre un cerebro bien constituido hasta el momento de la afectación, anomalías congénitas, consecuencias del daño cerebral y las enfermedades cerebrales)

-Causas con especial presencia de lo experiencial:

-Experiencias de índole individual (experiencias diádicas inadecuadas, traumas, duelos, separaciones),

-Contextuales (ausencias, distorsiones, agresiones familiares, insituacionales y ecológicas, la escuela, el grupo cultural)

-Causas de naturaleza mixta: el temperamento, la constitución y las disposiciones individuales semicodificadas. La dismaduración cerebral. La comorbilidad como etiología. Los factores “orgánicos” y “físicos” conocidos y desconocidos. Circunstancias habituales de estrés, crisis o riesgo.

En conclusión a cuanto antecede, queda claro que debemos atender a los problemas de conducta que presentan los alumnos y tratar de delimitar y evaluar los síntomas con que se manifiestan.

No debemos, además, perder de vista que algunos de esos problemas y los síntomas perceptibles pueden corresponder a la expresión de conductas psicopatológicas que requieren la intervención del especialista.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta, pese a la dificultad que ello comporta en ocasiones, que debemos esforzarnos para distinguir entre las conductas conflictivas tras las cuales existe un estado psicopatológico, y aquellos hechos que se presentan como problemas puntuales de conducta y no son más que expresión muy específica de la situación de la persona en una determinada etapa evolutiva.

Es indudable que un correcto diagnóstico podrá proporcionarnos los datos precisos para centrar y delimitar las situaciones conflictivas con que debemos enfrentarnos.

3.2. La clasificación en psicopatología de los problemas de comportamiento infantojuveniles

A la hora de tratar de los intentos por lograr una clasificación efectiva de los problemas de comportamiento infantojuveniles que pueden ser de interés para la psicopatología, nos situamos frente a factores que debemos tener en cuenta y cuya entidad señalan algunas de las dificultades que hay que vencer en el proceso.

Es obvio, en primer lugar, recordar la influencia muy favorable que en el terreno de la investigación de las diversas etiologías, e incluso para el establecimiento de los tratamientos más adecuados y eficaces, tiene la posibilidad de encontrar sistematizados y clasificados comportamientos materializados y visibles, y síntomas tras los que es posible anticipar la materialización de otros comportamientos que en el momento del estudio o del diagnóstico están latentes o en situación de potencial estallido.

Por otra parte, disponer de lo que Doménech y Ezpeleta (1998-1) denominan “artefactos que los hombres introducimos en la naturaleza para entenderla y comunicarnos entre nosotros”, (Rodríguez, 1998:121) propicia un mejor intercambio de experiencias, ya que nos dota de un marco referente con respecto al cual podemos situar los distintos aspectos comportamentales de los individuos que requieren la ayuda del profesional, y ello permite contrastar procedimientos, evoluciones y otros factores cuya dispersividad impide, si no contamos de alguna sistematización, el oportuno aprovechamiento.

Además, debemos tener en cuenta que en cualquier campo del conocimiento humano que tienda a la consideración de “ciencia”, y éste en el que nos encontramos ahora no sólo

tiene esa aspiración sino que, de manera definitiva, ha llegado al estatuto de “ciencia”, la capacidad y la posibilidad de estructurar sistematizaciones susceptibles de evolución, mejora y adaptación, y con capacidad para integrar tanto los nuevos conocimientos como la revisión de los anteriores son uno de los ejes fundamentales para que se pueda producir la mejora tanto en los aspectos teóricos como en los prácticos.

Junto a estos aspectos, es indudable que la posesión de marcos teóricos claros, sistemáticos, con cierta estabilidad que no excluya la discusión interna, proporciona mayor seguridad a los profesionales, ya que la existencia de certezas previas permite tanto la búsqueda de las nuevas como el contraste cotidiano de las ya existentes. La innovación se traduce, así, en un continuo movimiento de evolución y adecuación del cuadro teórico sistemático, en un equilibrio al borde del desequilibrio que le mantiene en un movimiento permanente de mejora.

Todo ello, sin prejuicio de considerar que la práctica clínica, inmersa en el día a día y en la especificidad de cada uno de los casos a los que atiende, puede no sentir como necesaria la existencia de ese marco sistemático común, ya que quien se las ve día a día con los pacientes siente como individual y diferenciada la “anomalía” que presenta ese ser humano que está bajo su cargo.

Esta sensación se acrecienta en aquellos que se dedican a la paidopsiquiatría, puesto que el comportamiento infantil y juvenil, por corresponder a seres cuyo desarrollo está aún en sus primeros estadios y se muestra claramente inestable e incompleto, aparece como difícilmente comparable con el de otros individuos, en tanto que el comportamiento adulto, al haberse agotado muchas de las posibilidades de evolución y adaptabilidad, sobre todo en el caso de existir anomalías o deficiencias, aparece como algo más rígido o encorsetado en unas categorías preestablecidas.

Es evidente que la realidad del psiquismo humano y del comportamiento en que se materializa, a través de múltiples y variadas manifestaciones, obliga a una reflexión y un análisis serenos cuando tratamos de establecer elementos que se repiten o algún tipo de líneas maestras que pudieran ser entendidas como parámetros capaces de una clasificación sistemática.

En un período de tiempo relativamente reducido, cuyo inicio podemos situar a mitad del siglo XX, ha sido posible establecer unos sistemas de clasificación de los problemas de comportamiento infantojuveniles que, mediante procedimientos de mejora interna han ido ofreciendo paulatinamente cuadros más y más pormenorizados que en la actualidad se nos revelan como enormemente potentes al ser aplicados a la realidad.

Cuando las clasificaciones para los problemas de comportamiento de los adultos eran ya un hecho, y se estaban incluso produciendo controversias muy productivas entre quienes las estaban estableciendo, aún nos encontrábamos lejos de que se aplicasen los mismos criterios y procedimientos con respecto a las casuísticas presentadas en el comportamiento infantojuvenil.

Según Doménech y Ezpeleta (1998-1), el nacimiento de la psiquiatría científica moderna, se debe al descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina en 1952 y a la publicación de los criterios diagnósticos de Feighner en 1972, ya que fueron estos criterios la base del DSM-III en 1980, fundamental para que la “utilización de las

clasificaciones en psiquiatría del adulto”, pudiera convertirse en realidad habitual y consolidada, según cita de (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:22)

Sólo en el momento en que empieza a clarificarse el método clasificatorio en la psiquiatría del adulto empieza a tomar cuerpo y a aumentar el interés por clasificar los trastornos psiquiátricos de los niños. Estas clasificaciones, aun en la actualidad son “muy dependientes de la nosografía pensada para el adulto”, aunque sea muy importante “la mayor participación de paidopsiquiatras en la elaboración del DSM-IV” y “esperanzador el hecho de que muchos psiquiatras franceses de tendencia dinámica y antinosográfica hasta hace poco tiempo, hayan participado en la redacción de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfance* de Misès y otros en 1988, que tiene el mérito de centrarse muy específicamente en los niños y adolescentes” párrafo citado por (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:122).

Estos sistemas de clasificación que hemos mencionado “son fundamentalmente el DSM y la CIE”, (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:124), que corresponden al tipo clínico, categorial -porque “la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico” (op. cit. 124)- y descriptivo o ateorético -es decir, que los trastornos “figuran en forma de características clínicas observables” (op. cit. 124)- de los síndromes clínicos.

En estos sistemas se ha producido una evolución evidente, ya que desde los primeros modelos de tipo lineal (los trastornos se clasificaban siguiendo un criterio único), se ha pasado a una estructuración multiaxial que permite la aplicación de criterios diversos, lo cual es mucho más ajustado a la multiplicidad que se da en la realidad. CIE-9, CIE-10, DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV corresponden a esta descripción.

Llega ahora el momento de concretar, puesto que hemos mencionado, aunque sea de manera introductoria, la existencia de sistemas eficaces en la psiquiatría del adulto, y su influencia sobre las clasificaciones esbozadas en paidopsiquiatría.

Ya no se discute la utilidad de disponer de estas clasificaciones para poder actuar con relación a los problemas de comportamiento infantojuveniles, sin embargo, no podemos dejar a un lado de que incluso los sistemas clasificatorios más avanzados de los que disponemos en la actualidad “tienen poco en cuenta el factor evolutivo así como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad”, (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:122). Además, en los sistemas aludidos, no se trata específicamente el psiquismo infantojuvenil salvo en espacios proporcionalmente muy reducidos, situación, ésta, que es, simplemente, herencia histórica del modo y los criterios con que estas clasificaciones se han ido sucediendo. Según Doménech y Ezpeleta, (1998-2), ni siquiera DSM-III-R del 1987 ni DSM-IV de 1995 mejoran excesivamente esta situación con respecto a CIE-9 del 1978, que supuso una mejora cuantitativa con respecto a CIE-8 de 1967 o el DSM-II de 1968, que “solamente consideraba dos categorías infantiles: la reacción de adaptación y la esquizofrenia infantil”, (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:123).

Es de destacar, también, la falta de concordancia entre las categorías diagnósticas de las tres clasificaciones más empleadas en Europa (CIE-10, DSM-IV y la también mencionada anteriormente *Classification française des maladies mentales*). Esta falta de concordancia que señala importantes dificultades para definir síntomas y criterios y sistematizarlos pone da manifiesto, además, otro de los factores que ya hemos apuntado en otros lugares: la dificultad de delimitar los trastornos en la infancia, sobre todo por debajo de los seis años, al ser muy importante la comorbilidad en los niños y adolescentes, y no estar muy claro cuáles de los

síntomas que aparecen en estas edades corresponden realmente a trastornos del comportamiento o son, en algunas ocasiones o momentos, muestra de una cierta intensidad, por exceso o defecto, de actuaciones o situaciones lógicas en un determinado momento evolutivo del individuo (ya veremos más adelante, por ejemplo, que no toda actividad que pueda ser calificada de “hiperactiva” es síntoma del trastorno que a ella puede ir asociado).

Parte de estos problemas, como indican (Doménech y Ezpeleta, 1998-2:123), se pueden resolver, aunque entonces surgen otros, “si en vez de utilizar una clasificación categorial uno opta por una clasificación cuantitativo-matemática”. El problema es, entonces -y seguimos citando a las mismas autoras-, que los “síndromes con escasa prevalencia como es el autismo infantil no quedan reflejados en la clasificación”, (ibidem.).

3.2.1. Evolución histórica con respecto al concepto y denominación de los problemas de comportamiento

Podemos afirmar que desde que existió conciencia de la presencia de anomalías comportamentales que pudieran tener su origen en alteraciones psíquicas del individuo, se inició el camino de la determinación categorizadora de esas anomalías y sus orígenes.

Este intento clasificador, si bien en algunos casos no es absolutamente necesario para que el profesional sea capaz de aportar algún tipo de ayuda al individuo que presenta trastornos conductuales, es sumamente útil a la hora de poder poner en común experiencias, delimitar pautas de actuación, orientar las observaciones y realizar inventarios sistematizados de las casuísticas observadas y sus especificidades.

Sin embargo, la complejidad, variedad y variabilidad de la conducta humana, ya apuntadas y comentadas en otros apartados, junto con los distintos puntos de vista desde los que se puede pretender su estudio, hacen difícil encontrar consensos amplios que pudieran dar cabida a tanta multiplicidad. Esta dificultad se hace más evidente y aumenta cuando el objeto de esa pretendida sistematización se centra en los fenómenos que aparecen en la edad infanto-juvenil, pues el estado evolutivo de sus protagonistas multiplica los valores de variabilidad, mutabilidad y falta de fijeza y concreción en los ítems observables.

Con todo, los esfuerzos nacidos desde la convicción de la necesidad de esta sistematización han logrado, con el tiempo, sucesivos sistemas de clasificación al tiempo que han ido variando tanto los conceptos como las denominaciones de los problemas de comportamiento.

La consideración básica de la esencia de esas anomalías ha variado a lo largo de la historia, dependiendo, en cada momento, de la confluencia de los conocimientos científicos al respecto y de los valores éticos y morales propios de la época, pues han sido estos, en gran medida, los que han indicado en determinados momentos los parámetros enjuiciadores y valorativos que debían ser aplicados a las conductas anómalas, juzgadas, muchas veces, no como alteración del psiquismo individual o colectivo, sino como enfrentamiento o ruptura con las normas morales.

Es conocido que durante siglos se creyó que quienes presentaban conductas trastornadas sufrían una cierta “posesión” por parte de las “fuerzas del mal”. Esta creencia “medieval”, que arranca una sonrisa por partes de quienes poseen una formación científica “moderna”, estuvo, más o menos atenuada pero presente, incluso en el siglo XIX, pues todavía en sus comienzos, Piñel habla de "*MANIE SANS DELIRE*" (manía sin delirio), en 1819 Grohmann trata de los trastornos de conducta empleando el término "*DEGENERACIÓN ÉTICA*", y en 1837 Prichard emplea la denominación "*MORAL INSANITY*" para “describir pacientes que no eran psicóticos y presentaban conductas antisociales de forma recurrente”, como afirman (Mojarro y Benjumea, 1998:767) de “Los trastornos de conducta en la infancia”; es decir, que en el siglo XIX los trastornos de conducta era considerados como una una desviación con respecto a la norma ético-moral, con tintes de perversión. Según Mojarro y Benjumea (íbidem.), se suponía que estos trastornos consistían en “un defecto ético selectivo, una pérdida del poder de la conciencia, desarrollándose con normalidad el resto de las facultades”.

Cuando en 1891 Koch introduce el término "*PSICOPATÍA*" (Psychopathic inferiority) nos introducimos en una visión del problema más científica y contemporánea.

Es el siglo XX el que asiste a aproximaciones aun más diversificadas al respecto. Por ejemplo, en 1915 Kraepelin “considera las conductas antisociales recurrentes como manifestaciones de formas de psicosis frustradas” (íbidem.); mientras que W. Healy, en 1926, establece la consideración de la naturaleza hereditaria de las deficiencias físicas y mentales de los delincuentes, manifestadas mediante alteraciones conductuales. Esta afirmación abre una de las líneas de pensamiento más controvertidas sobre el tema, y entra en discusión con la afirmación de Burt, 1925, en el sentido de que en la delincuencia se encuentran implicadas múltiples causas, tanto de tipo biológico como de tipo social. (íbidem)

Una aportación clarificadora es la de Cleckley (*The mask of sanity*, 1941), que en su obra, al analizar tanto la teoría constitucional como la psicodinámica y afirmar que ambiente y herencia son a un tiempo influencias en ella, señala como rasgos principales de la psicopatía la carencia de sentido de la responsabilidad; la negativa a aceptar culpas por equivocación; la ausencia de sentido de la vergüenza, la humillación o el remordimiento; las mentiras o los fraudes; la incapacidad para aprender de las experiencias; necesidad de ser el centro interfiriendo con la capacidad afectiva hacia los demás; la pobreza de afectos; la ausencia de “insight”; la tendencia al consumo de alcohol; ciertas peculiaridades sexuales; y la imposibilidad para seguir un camino adecuado, de todo lo cual se deduce, inevitablemente, un estilo de vida caótico.

Es Partridge, en 1930, quien introduce el término "*SOCIOPATÍA*" en la terminología diagnóstica, al que en 1931 se une "*NEUROTIC CHARACTER*" (Kahn) o "*PSYCHOPATHIC STATE*" de Henderson, en 1939.

Un paso muy importante lo dan Jenkins y Hewitt, al realizar en 1944 un primer trabajo sobre trastornos de conducta de la infancia, en el que identifican tres tipos, según (Mojarro y Benjumea, 1998:768-769):

-Reacción infrasocializada agresiva, definida en los niños que “experimentan constantemente rechazo materno, no son deseados, se abusa de ellos y se les mueve de un lugar a otro, no teniendo oportunidades para incorporar valores prescritos”, (Jenkins y Hewitt, 1944, recogido por (Mojarro y Benjumea, 1998:768-769), por ello expresan sin

discriminar sus impulsos primitivos, se conducen de acuerdo con el principio del placer, muestran insolencia, agresividad y falta de respeto a las normas y son asociales.

-Reacción delincuente asociada, definida en los niños que experimentan “abandono materno, el padre está tempranamente ausente o es inefectivo”, Jenkins y Hewitt, recogido por (Mojarro y Benjumea, 1998:769), y cuya socialización ocurre principalmente en la calle, por lo que se encuentran bien con otros niños del mismo tipo y participan en grupo; sus conductas van contra las reglas formales, la propiedad y las pautas y códigos de conducta, en tanto que se muestran menos agresivas hacia las personas que en el primer tipo.

-Reacción sobreansiosa, definida en los niños que crecen “en un ambiente en el cual uno de los padres, más probablemente la madre, es rígida, demandante y dura para agradar. Tempranamente el niño aprende que las expresiones de deseo invocan disgusto a los padres y cólera”, Jenkins y Hewitt, recogido por (Mojarro y Benjumea, 1998:769) por ello aprenden a reprimir los sentimientos egosintónicos y llegan a ser tímidos, aislados, ansiosos y por ello desarrollan síntomas de ansiedad y pesadilla.

La primera clasificación categorial de las enfermedades mentales de la APA aparece en 1952, que codifica en el DSM-I el “Diagnóstico de trastorno de personalidad sociopática” en cuatro subtipos (Mojarro y Benjumea, 1998:768):

-Reacción antisocial: “individuos que están siempre con problemas, no sacan provecho de las experiencias ni castigos y no mantienen lealtad a las personas, grupos o normas” (íbidem.), frecuentemente crueles y hedonistas, con marcada inmadurez emocional y ausencia del sentido de la responsabilidad, de juicio y con inhabilidad para racionalizar su conducta, por lo que para ellos aparece como “razonable y justificada”.

-Reacción disocial: adultos que “no hacen caso de las reglas sociales y frecuentemente entran en conflicto con ellas, con el resultado de vivir en un ambiente moral anormal. Son capaces de ser leales y no muestran desviaciones de personalidad significativas” (íbidem.).

-Desviación sexual.

-Alcoholismo y adicción a drogas.

Por lo que respecta a la infancia, no se contempla el diagnóstico de trastorno de conducta.

Mediante el diagnóstico de “Trastorno de Personalidad Sociopático: reacción antisocial y disocial”, Freedman y Kaplan en 1967, mencionado por (Mojarro y Benjumea , 1998:769), describen niños “que están siempre con problemas y no sacan provecho de experiencias o castigos” (íbidem), cuadros que podían ser causados por variadas condiciones, entre las que es factible incluir el daño cerebral y la psicosis. Y en 1969 Rutter aporta una clasificación en la que incluye una categoría para trastornos de conducta con formas de acciones ilegales.

En 1966 el “Sistema de Clasificación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría” aporta una clasificación apoyada en una perspectiva psicodinámica. Sus características principales son las siguientes (Mojarro y Benjumea , 1998:769):

-No se describen trastornos antisociales.

-Se usa el término de Trastorno de Tensión-descarga para referirse a niños con conductas desordenadas.

-Se divide esta categoría en dos subcategorías: la primera, “personalidad impulsiva” describe al niño socializado que muestra relaciones superficiales y baja tolerancia a la frustración; la segunda, “trastorno de personalidad neurótica” describe al niño socializado, con relaciones más cálidas, cuyas conductas antisociales son debidas a una “reacción inconsciente para la intensificación de conflictos” (íbidem.).

La clasificación de Quay en 1964, mencionada por (Mojarro y Benjumea, 1998:770), es de gran interés porque mediante el análisis factorial analiza factores socioculturales, de lo que se obtiene la identificación de tres tipos de delinquentes:

-Delincuente Socializado Subcultural, que vive en un ambiente que apoya su conducta, caracterizado por “pobreza, familias numerosas, modelos de conducta criminal y padres inadecuados” (íbidem.), también son frecuentes en él un bajo cociente intelectual y pobre desarrollo académico.

-Delincuente No Socializado Psicopático, que es incapaz de desarrollar y mantener relaciones estrechas con otras personas y tiende a oponerse de forma activa contra la autoridad.

-Delincuente Con Trastorno Neurótico, generalmente acompaña a otros problemas de conducta (retraso mental, neurosis, psicosis, daño cerebral...).

En los cuadros que adjuntamos se puede apreciar la aparición-desaparición de algunas denominaciones, o el cambio de las mismas, como por ejemplo el “Trastorno de conducta socializado”, no contemplado en el DSM-II de 1968 y presente en la mayoría de clasificaciones, o el cambio del término “Trastorno del Comportamiento” por el de “Trastorno de Conducta” que se da en el DSM-III, con la introducción de 4 categorías diagnósticas.

Los estudios dimensionales son más enriquecedores, pues aportan la identificación de mayor número de factores. Quay, recogido en (Mojarro y Benjumea,1998:771), señala 6 factores en la población infantil, de los cuales dos son “trastornos de conducta”: “Trastorno De Conducta” y “Socializado Agresivo”.

Atendiendo a los enfoques en la categorización, señalaremos como más importantes tres de ellos:

1.- Identificación de los síntomas prominentes y determinación de si los rasgos familiares, características asociadas, respuestas al tratamiento y pronóstico varían entre los individuos que presentan esos síntomas.

En esta línea, Patterson, mencionado por (Mojarro y Benjumea,1998:771), distingue entre los niños antisociales aquellos cuyo síntoma primario es “agredir” de aquellos en el que lo es “hurtar”, aglutinando en torno a cada uno de estos dos síntomas primarios un haz de

síntomas secundarios (historias de peleas y conductas agresivas, más aversivas y coercitivas, con mayor desobediencia -en el primer caso-, hurtos repetitivos, contacto con la justicia, menor contacto emocional de los padres -en el segundo).

2.- Consideración de una dimensión bipolar de conductas antisociales manifiestas y encubiertas.

Las “manifiestas” serían del tipo peleas, discusiones, hiperactividad, rabietas... y se equipararían al grupo de Quay de “trastorno de conducta”. Las “encubiertas” serían del tipo hurtos, absentismo escolar, mentiras, incendios, uso de alcohol y/o drogas y serían equiparables a los “socializados agresivos” de Quay.

3.- Consideración de la edad de aparición del cuadro. Lo que daría “inicio temprano/tardío”.

NOMENCLATURAS UTILIZADAS EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN		
Clasificaciones dimensionales Nomenclatura y clasificaciones en trastornos de conducta	1944- Jenkins y Hewitt	TRASTORNO DE CONDUCTA: 1. Reacción Infrasocializada Agresiva 2. Reacción Delincuente Socializada 3. Reacción Sobreansiosa
	1964- Quay	1. Delincuente Socializado Subcultural 2. Delincuente No Socializado Psicopático 3. Delincuente Con Trastorno Neurótico
	1967- Freedman y Kaplan	TRASTORNO PERSONALIDAD SOCIOPÁTICO: Reacción Antisocial y Disocial
	1982- Patterson	Trastorno de Conducta (Agresividad) Trastorno de Conducta (Hurtos)
	1985- Loeber y Schamaling	Trastorno Conducta Tipo Manifiesta Trastorno Conducta Tipo Encubierta
	1986- Quay	TRASTORNO DE CONDUCTA. Socializado Agresivo
Clasificación nosológica D.S.M.	DSM-I (1952)	TRASTORNO PERSONALIDAD SOCIOPÁTICO 1. Reacción Antisocial 2. Reacción Disocial 3. Desviación Sexual 4. Alcohol y Adicción a Drogas
	DSM-II (1968)	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA -Reacción infrasocializada Agresiva de la Infancia
	DSM-III (1980)	TRASTORNO DE CONDUCTA

		1. Infrasocializado Agresivo 2. Infrasocializado No Agresivo 3. Socializado Agresivo 4. Socializado No Agresivo
	DSM-III-R (1988)	TRASTORNO DE CONDUCTA 1. Grupal 2. Agresivo Solitario 3. Indiferenciado
	DSM-IV (1994)	TRASTORNO DISOCIAL 1. Presentación En La Infancia 2. Presentación En La Adolescencia
Clasificación nosológica C.I.E.	CIE-9 (1978)	-Trastorno De Conducta Infrasocializado -Trastorno De Conducta Socializado -Trastorno De Conducta Compulsivo -Trastorno Mixto Conduca Y Emoción
	CIE-10 (1992)	TRASTORNOS DISOCIALES -Trastorno Disocial Limitado al Contexto Familiar -Trastorno Disocial En Niños No Socializados -Trastorno Disocial En Niños Socializados -Trastorno Disocial Desafiante y Oposición

Cuadro nº 4 :(Realizado a partir de los Cuadros I, II y III de (Mojarro y Benjumea,1998:772-773).

3.2.2. Aspectos epidemiológicos

En estos momentos es prácticamente imposible, al consultar la literatura de referencia, encontrar datos numéricos claramente homologables o compartidos por los distintos autores en lo que respecta a los aspectos epidemiológicos de los trastornos. Así, vemos que las tasas de prevalencia de los distintos trastornos que se indican en los trabajos consultados abarcan un arco relativamente amplio y no es fácil extraer conclusiones numéricas que por su coincidencia puedan ser tomadas como referencias generales y más aún aplicables a nuestro contexto. Stahl (1999)

En principio, puede parecer extraño o ajeno al rigor de la investigación científica el hecho comentado y fácilmente constatable; sin embargo, al atender las causas que sin duda están en el origen de esa diversidad tal vez sea posible entender mejor las enormes dificultades con las que aún se encuentran todos los intentos de cuantificación al uso:

- La diferente conceptualización y delimitación sintomatológica: es decir, la coexistencia de diversos sistemas y modelos de delimitación-definición de los síntomas hace que los autores no se estén refiriendo a la misma realidad clínica en sus investigaciones, puesto que los sujetos o los síntomas estudiados ocuparían distintos “lugares” en los epígrafes de los cuadros estadísticos de las investigaciones en función de la diferente conceptualización

inicial. Serían necesarios un tratamiento y una presentación analíticos caso por caso -lo cual resulta ajeno al objetivo de síntesis que tiene el tratamiento estadístico, e imposible al tener en cuenta el número de elementos que deben existir para que cada estudio estadístico adquiera la necesaria fiabilidad y representatividad-, para que al efectuar la comparación de los resultados numéricos de los diversos estudios pudieran extrapolarse unos en otros.

- Los distintos instrumentos y criterios diagnósticos empleados para la detección de casos (categoriales-dimensionales): esta variable es concurrente con la anterior. Síntomas y criterios diagnósticos están en íntima relación, por lo que si arriba apuntábamos que la distinta posición con respecto a aquéllos hacía casi inviable la comparación de los distintos estudios, otro tanto debemos afirmar con respecto a éstos. Es decir, la diferencia entre los criterios diagnósticos empleados implicará, necesariamente, que no pueda establecerse homologación entre los resultados numéricos obtenidos al cuantificar los casos.

- Las características de las poblaciones estudiadas (clínica-general, urbana-rural, rangos de edad incluidos...): los estudios no se realizan sobre la misma población, poblaciones iguales o poblaciones de características similares; y habrá que esperar a que estos estudios se realicen sobre muestras de población estadística y universalmente relevantes -acudiendo a los procedimientos más avanzados de la sociología estadística- para que se puedan establecer conclusiones generales. Hasta ahora, las investigaciones se realizan sobre colectivos muy determinados y de características propias muy acentuadas, y difícilmente comparables entre sí.

La categorización necesaria para poder sustentar muestras estadísticas depende unívocamente del enfoque con que se realice; y sus resultados, por tanto puede variar en función de estos planteamientos apriorísticos:

-La edad de aparición de los cuadros sintomatológicos o de su detección influye en la clasificación, tanto diagnóstica como de los segmentos de población afectados. Hemos de recordar que hay trastornos que pueden tener inicio temprano o inicio tardío, que hay síntomas de algunos trastornos que permanecen latentes por lo que la existencia del trastorno puede ser, en realidad, anterior a su diagnóstico, y que hay síntomas de trastornos que pueden estar en complementariedad con los de otros, por lo que si el análisis se realiza en un determinado estrato de edad no es extraño que el diagnóstico no sea tan específico como debiera.

-El hecho de que en algunos trastornos puedan existir conductas manifiestas y encubiertas (señalado especialmente en las conductas antisociales), por lo que es razonable tener en cuenta que no siempre los investigadores disponen de todos los datos, pues el reconocimiento de las conductas encubiertas puede ser posterior a la determinación de síntomas y trastornos a partir de las conductas manifiestas.

-La identificación de los síntomas prominentes, junto con la determinación de las variaciones de los rasgos familiares, las características asociadas, las respuestas al tratamiento y los pronósticos, que en definitiva constituyen, en cada individuo afectado, un cuadro específico que es reflejo de un mundo personal, tal vez comparable o tangente con el de otros individuos afectados, pero nunca compartido, puesto que el trastorno es individual e intransferible. Demos un repaso a la manera en que aparecen las tasas de prevalencia.

Tenemos estudios en los que se valoran exclusivamente síntomas aislados, como el de Lapouse y Monk (1998), que señala que el 31% de chicos y 21% de chicas entre 6 y 12 años tenían problemas en el control de la conducta. Estas cifras tan altas pueden provocar

cierto alarmismo si olvidamos que la aparición de los síntomas aislados no significa la existencia de trastornos y que, en realidad, es obvio que en algún momento del proceso de ajuste que se produce en la adolescencia es normal encontrar algún problema de conducta, que en la mayor parte de los casos no tiene trascendencias posteriores o no se asocia con otros problemas en una secuencia determinante de la existencia de un trastorno claro.

La misma conclusión cabe al analizar los datos que proporciona Quay (1998). En su estudio aseñala que, según la valoración de profesores de primer y segundo grado, el 31% y 26% de los chicos se pelean y desobedecen, mientras que para las chicas las cifras son del 6% y 11%, respectivamente. No es arriesgado aventurar que estas cifras, proporcionadas por quienes sin desearlo se ven claramente afectados en su más directa actividad profesional por los hechos de los alumnos, están sujetas a un subjetivismo explicable y excusable, y que no existe en las cifras, lo que sería necesaria discriminación entre actos graves y actos muy concretos y de baja intensidad. Por otra parte, no contamos con el elemento discriminatorio de los parámetros de observación, necesarios para certificar la pertinencia de los datos.

Por razones similares hay que tener cautela al manejar las cifras que presentan Quay y Werry (1999), resultantes de la autoevaluación de los adolescentes de 13 a 18 años que presentan conductas específicas pertenecientes al trastorno. De los encuestados, más del 50% admiten robar, el 35% asaltar, el 45% destruir propiedades y el 60% admiten tener más de un tipo de conducta antisocial (agresividad, abuso de drogas, vandalismo...). Es indudable que las cifras son elevadas, pero hay que tener en cuenta que se dan sobre un universo muy concreto, formado por individuos ya señalados como problemáticos, que posiblemente tienen conciencia de ello, y que en un porcentaje no determinado de casos pueden entender como una señal de “prestigio” el hacer gala de alguna conducta problemática, como refuerzo de su propia conducta.

En poblaciones psiquiátricas las tasas son también, como no podía ser menos, altas. Los citados autores, señalan que los trastornos de conducta representan el diagnóstico más frecuente entre adolescentes, de forma que de 1/3 a 1/2 de todos los niños y adolescentes referidos a consulta externa psiquiátrica son diagnosticados de tener el trastorno.

Hasta ahora nos hemos referido a cifras obtenidas de estudios que se centran en segmentos de población marcados por características que los hacen proclives a dar cifras de prevalencia anormalmente altas.

Por tanto no puede extrañar que estudios realizados en “población general” reflejan que las tasas disminuyen al utilizar criterios diagnósticos más estrictos.

Rutter et al. (1996) cuantifican que, entre niños de 10-11 años, el 4,2% presentaban trastornos de conducta en áreas rurales (6,2% varones, 1,6% mujeres) siendo el trastorno psiquiátrico más común en el sexo masculino. Estos mismos estudios, realizados en áreas pobres urbanas (Londres) con métodos similares, dan que la proporción de trastornos de conducta se doblaba. Sin embargo, las tasas son algo superiores en áreas urbanas (8%), con lo cual es imposible extraer conclusiones estadísticas de valor universal.

No son únicamente los criterios utilizados responsables de las diferencias en tasas. Está claro que otras muchas variables repercuten en la diversidad de cifras, la edad, por ejemplo, parece ser un factor claramente influyente. Según este último autor, en estudios con niños de 4 a 6 años y donde utilizan como criterios diagnósticos el DSM-III donde se recoge

información de padres y profesores mediante escalas (niños de 4 a 11 años) y de padres autoevaluadas (de 12 a 16 años), se observa que la frecuencia de síntomas de menor gravedad disminuyen con la edad; en cambio, los síntomas de mayor gravedad aumentan con ella.

Por lo que respecta a las diferencias según el sexo, y otros factores del citado estudio, existe práctica unanimidad en afirmar que existen tasas superiores en los varones con respecto a las que aparecen en las mujeres, con variaciones de las proporciones. Siendo la proporción de 3 chicos por cada chica.

Las diferencias entre sexos no son las únicas que aparecen al valorar la presencia o no del trastorno. La edad de presentación del mismo parece también relevante, y parece que en los varones la presencia se anticipa.

Estas diferencias parecen corroborarse al compararlas con las autoevaluaciones realizadas en adolescentes. En ellas, al autoevaluarse retrospectivamente, más de la mitad de los chicos (57%) referían comenzar el cuadro antes de los 10 años, mientras que en las chicas el rango de edad iba de 14-16 años (íbid).

Además de las diferencias respecto al sexo, de tasas y edad de presentación, también son distintos los síntomas por los que se requiere asistencia médica: los varones más por conductas como robo y agresión y las chicas más por alteraciones en la conducta sexual.

3.3. Aproximación nosológica de los problemas de comportamiento a través de la taxonomía DSM-IV

El DSM-IV es la versión más actualizada (1994) del sistema de clasificación de los trastornos mentales elaborado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA), que ha tenido versiones anteriores como DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987). Como vemos en otros apartados de este trabajo, este sistema de clasificación coexiste con clasificaciones como la conocida como CIE-10, que ha sido tenida en cuenta para dotar a la DSM-IV de la flexibilidad operativa con la que rebasa las rigideces en que pudieran encorsetarla sus rasgos definitorios.

Al DSM-IV se ha llegado tras la revisión crítica de las versiones anteriores del DSM, con cambios evidentes, por ejemplo, en la modificaciones de DSM-III-R a DSM-IV de la subclasificación de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, en la modificación de criterios con respecto al *retraso mental* para hacerlos más compatibles con lo definido por la American Association of Mental Retardation, la reducción a 12 del número de criterios para el autismo, junto con algunas reorganizaciones internas del tipo aparición del “trastorno de la alimentación en la infancia”, o la inclusión en “trastornos de la ingesta” de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Un análisis pormenorizado de estas modificaciones se nos ofrecen en (Doménech y Ezpeleta 1998-2:130-133).

Las características específicas del sistema DSM, y especialmente de la versión que conocemos como DSM-IV lo hacen muy adecuada a nuestras finalidades, puesto que nos proporciona la sistematización y la claridad de contenidos que necesitamos. Su objetivo fundamental es “ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los

clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales”, (APA, 1994)

El DSM-IV (1994) es, en primer lugar, un sistema “categorial” (establece clasificaciones a partir de series de criterios con rasgos definitorios); es decir, utiliza un método de organización de los contenidos general en muchos sistemas de información de los que nos son habituales en la vida diaria y que es enfoque fundamental en el mundo del diagnóstico médico, al tiempo que resulta muy adecuado cuando pretendemos establecer clasificaciones en grupos homogéneos, con límites claros entre esos grupos, y con delimitación de las exclusiones mutuas entre cada uno de esos mismos grupos. Aunque en el DSM-IV, a partir de las categorizaciones básicas encontramos la posibilidad de flexibilidad que proporciona el hecho de que no “asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales” APA (1994), ya que reconoce la heterogeneidad de los casos clínicos al incluir criterios politéticos mediante los cuales basta con que se den un número determinado de entre todos los que forman la lista general definitoria de cada trastorno, lo que permite que a partir de los “casos límites” se pueda recoger “mayor afirmación clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico” APA (1994).

Otra característica del DSM-IV es su “carácter jerárquico”, mediante el cual obtenemos una estructura de organización en forma de árbol expandido de izquierda a derecha, de forma que a partir de una primera definición del trastorno se va procediendo a subdivisiones progresivas en las cuales se aumenta la especificidad de la definición. Igual que comentábamos con respecto a la categorización, existe en el DSM-IV una flexibilidad que ha suavizado la aplicación de las “reglas jerárquicas” que hace más posible la realización de diagnósticos múltiples.

Por último debemos mencionar la “multiaxialidad”, es decir, el hecho de que cada caso se evalúe en varios aspectos relevantes para planificar el tratamiento.

En definitiva, nuestra elección del DSM-IV se debe a la claridad de su categorización, que ayuda de manera evidente a concretar los rasgos específicos de cada caso, al carácter jerárquico del modo en que en él llegamos a los rasgos más específicos, y la multiaxialidad que permite la utilización de varios ejes para plantear el diagnóstico y las acciones que de él deban derivarse.

3.3.1. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Encontramos en el DSM-IV una sección -“Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia”- que engloba distintos apartados con trastornos cuyo diagnóstico primero es más frecuente o casi específico de los primeros años o etapas de vida del individuo, hasta la adolescencia. Esta especificación diferenciadora se establece por criterios de practicidad y viene determinada, exclusivamente por la referida aparición temprana de los síntomas.

Como señala la documentación básica que se maneja al respecto (APA, 1995:39) “no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos ‘infantiles’ y ‘adultos’”. También hay que tener en cuenta que el diagnóstico de los mismos es posible que se realice

en la edad adulta, pese a que su inicio esté arraigado en etapas infanto-adolescentes. Sin embargo, lo normal es que en edad temprana los individuos afectados hayan requerido asistencia clínica, a causa de la manifestación de algunos de los síntomas, ya en los primeros momentos del o de los trastornos, Pierce (1999).

Lo anterior no quiere decir que los trastornos incluidos en el grupo del que ahora nos ocupamos sean específicos de las primeras edades de la vida del individuo, ni que en esas primeras edades esos trastornos sean los exclusivos.

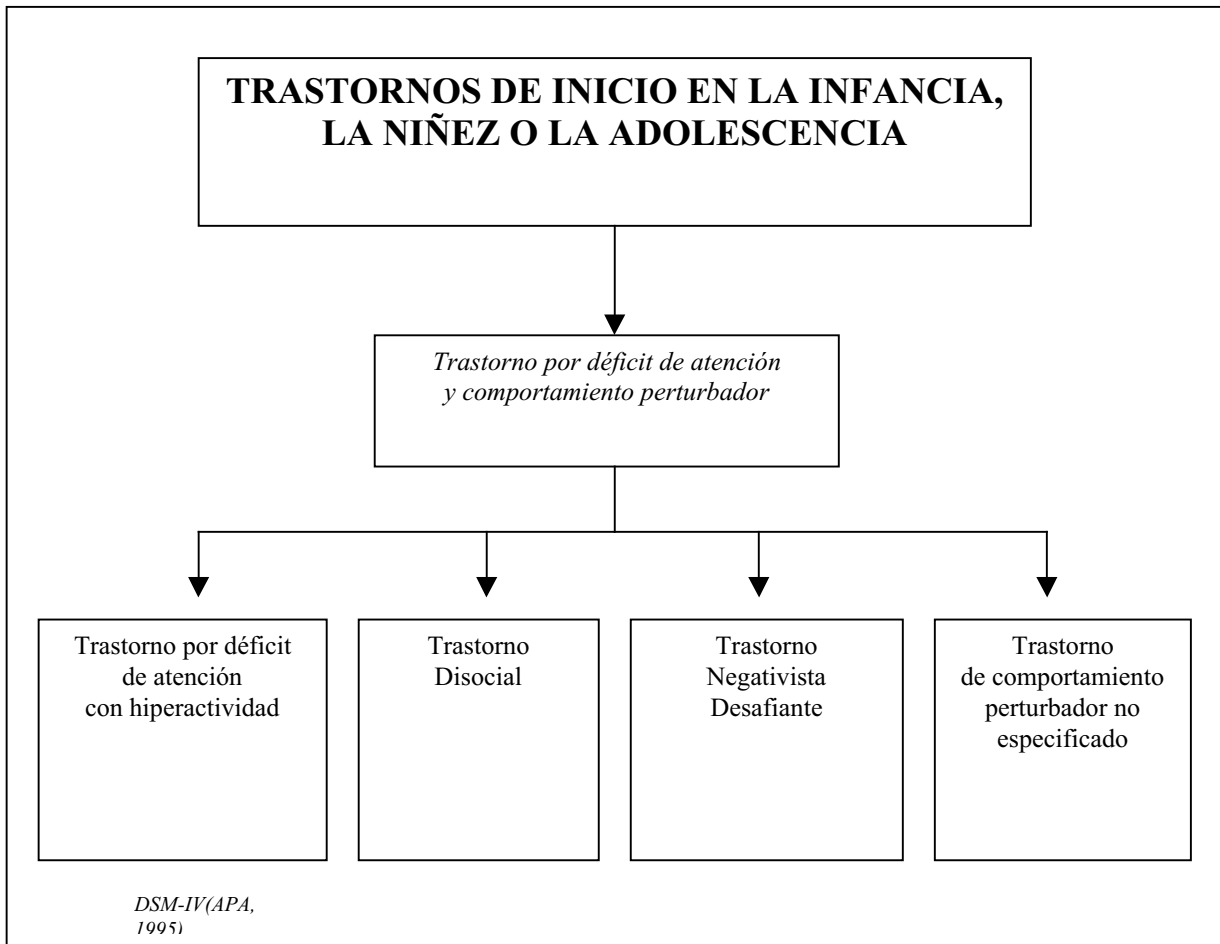
De hecho, el niño y el adolescente puede sufrir la perturbación de otros trastornos no incluidos aquí.

Por otra parte, como ya se especifica en el desarrollo pormenorizado que hacemos de los trastornos que tratamos en el conjunto de estas páginas, se indica con la expresión “en remisión parcial” el diagnóstico que se efectúa, en edad madura, de la persistencia en forma atenuada o residual de un trastorno de diagnóstico general en edad temprana.

Los datos de APA (1997) indican que: “Se estima que entre el 12 y el 15% de los niños presentan un trastorno mental. Las tasas de prevalencia del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad oscila (sic) entre el 2,2 y el 9,9% en contextos no clínicos. La tasa de prevalencia del Trastorno disocial se encuentra entre el 1,5 y el 5,5% con tasas considerablemente más elevadas en los niños que en las niñas”.

El nombre general dado a los trastornos que parecen más específicos de las primeras edades es el de “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”.

La generalidad de la etiqueta indica el amplio abanico de síntomas contemplados y abarca los rasgos definitorios de los trastornos concretos que se agrupan bajo ella. Es interesante advertir los dos grandes ejes establecidos: el déficit de atención con las dificultades para el control de la sensorialidad y los estímulos, y la amplitud de comportamientos que, de una u otra manera, pueden ser considerados “perturbadores”.



Cuadro nº 5

Como podemos observar en el cuadro nº 5, los trastornos recogidos en este apartado son los siguientes:

- El *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, caracterizado por la manifestación de síntomas de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad, con subtipos que especifican la presentación del síntoma predominante (tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado).
- El *Trastorno disocial*, con sus comportamientos violadores de los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto.
- El *Trastorno negativista desafiante*, manifestado por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.
- Hay que incluir, así mismo, otras “dos categorías no especificadas: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado* y *trastorno de comportamiento perturbador no especificado*”, (APA, 1995:40).

3.3.1.1. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En la actualidad, se engloba bajo esta denominación un grupo heterogéneo de manifestaciones clínicas cuyas materializaciones conductuales más visibles, a grandes rasgos, son la hiperactividad, la impulsividad y la dificultad para mantener la atención.

Los estudios realizados en distintos países y culturas, entre los que podemos señalar Laposue, Monk, Rutter y Luk, citados por (Benjumea y Mojarro, 1998:737), coinciden en señalar las características conductuales de actividad motora, inquietud, inatención y distraibilidad, pese a lo que existe un cierto nivel de discrepancia, ya que autores como Taylor en 1986, dejan a un lado la “impulsividad”, por la ambigüedad generalizadora del concepto, en tanto que, por ejemplo Barkley en 1982, recoge el trastorno como “significativa deficiencia respecto a la edad de atención, control de impulsos y gobierno de la conducta”, según cita de (Rodríguez,1998:737).

Estas manifestaciones aparecen unidas a una etiología todavía no excesivamente definida, cuyo progresivo conocimiento ha ido ocasionando cambios en la denominación y en los criterios diagnósticos. Esta evolución señala el interés y la mejora de la información y la comprensión que en este ámbito han conseguido los estudios multidisciplinarios acometidos por psiquiatras, psicólogos y pedagogos.

Es preciso, antes de continuar nuestro análisis, que nos detengamos en los significados de algunos de los términos (*hiperactividad, déficit atencional, e impulsividad*) que se han utilizado como referencias para denominar el Trastorno que ahora nos ocupa.

En primer lugar nos ocupamos del término “*hiperactividad*”, que etimológicamente significa “gran actividad”, sin tipo alguno de connotación negativa, y que sin embargo ha adquirido sentidos claramente peyorativos al ser aplicado a conductas o temperamentos en los que se ha observado alguna desviación, algún déficit, o algún síndrome o enfermedad. Como señala Taylor en 1986 ha sido esta inadecuada utilización la que provoca las confusiones terminológicas que podemos detectar, y lo que hace necesario que distingamos entre “sobreactividad” e “hiperactividad” e “hipercinesia”, como recogen (Benjumea y Mojarro 1998:737-738).

Por “sobreactividad” entenderíamos una cantidad excesiva de movimiento, es decir, un grado de actividad que supera lo entendido dentro de los parámetros que definen la normalidad teniendo en cuenta otras variables como la edad o la situación del individuo.

La “hiperactividad” califica más un estilo de conducta, un conjunto, que un acto individual. La actuación hiperactiva es confusa, caótica, falta de proporción y lógica en la aplicación de esfuerzos e intensidades, y en el niño es provocada por la combinación desproporcionada de “inquietud” e “inatención”.

Aplicaríamos el término “hipercinesia” al síndrome psiquiátrico caracterizado, esencialmente, por inquietud e inatención; este síndrome englobaría variables clínicas dependientes e interdependientes de la hiperactividad y la inatención, por lo que la “hiperactividad” resultaría un integrante del síndrome hipercinésico. Ello lleva a la necesidad de contemplar la cualidad y cantidad con que se presenta esa hiperactividad como recogen

(Benjumea y Mojarro, 1998:738), según nos cita el autor para Firestone , Martin y Zental, sólo es relevante la cantidad, y su variabilidad dependiente de las situaciones (íbide) Scheleifer, Weiss, Cohen, distinguen “hipercinéticos situacionales” -hiperactivos sólo en algunas situaciones-, y los “hiperactivos profundos” -hiperactivos en la mayor parte de situaciones; estos últimos se caracterizan por tener más acentuados -según Sachar en 1981, Samberg en 1978, y Campbell en 1977- los aspectos negativos de déficit cognitivo, anomalías en exámenes de neurodesarrollo, déficit atencional, trastornos psiquiátricos en el comienzo del estudio y en su seguimiento posterior, erraticidad del estilo cognitivo... citas todas ellas de (Benjumea y Mojarro, 1998:738)

Por lo que respecta al “*déficit atencional*”, como sintetizan (Benjumea y Mojarro, 1998:739-740) y citamos textualmente- es dable establecer que puede corresponder a un problema aislado sin mayor significado, una condición específica del individuo o, lo cual sería más problemático, componente de un trastorno psiquiátrico general. También en la aplicación de este término encontramos diferencias según los distintos autores que lo mencionan. Así, tenemos sentidos aparentemente tan dispares como “fallo de orientación” -Cohen y Douglas-, “déficit en el control de impulso” -Douglas -, “diferencia en estrategia de procesamiento” -Messer -, “diferencia en vigilancia” -Kupiez y Richardson -, “fallo de atención sostenida” -Sykes-, o “disfunción de atención sostenida” -Dykman-.

Lo que sí es evidente a todas luces es que en los individuos hipercinéticos es constatable la existencia de un déficit cierto de atención mantenida, debido a deficiencias en algunos de los tres mecanismos sobre los que esta atención debe sostenerse: mantenimiento en el tiempo, organización y autodirección y cantidad de esfuerzo invertido. Pero también con respecto a estas variables hay opiniones diferenciadas. Al utilizar diferentes tipos de mención tales como: “déficit de atención mantenida”, en oposición al “déficit de atención selectiva”; al realizar diferenciaciones con relación a estímulos en tiempo prolongado, en tanto queda minimizado en tareas atencionales “de breve duración

Por último nos encontramos con la “*impulsividad*”, (Benjumea y Mojarro,1998:739-740) citan textualmente que en los niños afectados por este cuadro, la referida a la cognición (ser rápido e incorrecto al resolver problemas por no detenerse a pensar antes de actuar en pro de la resolución, lo que Kagan, denominó “impulsivo versus reflexivo”) y la referida a la conducta (falta de control en la conducta buscando gratificaciones inmediatas y sin tener en cuenta consecuencias posteriores). Así, visto lo anterior, en ningún caso hay que confundir la impulsividad con la facilidad para mostrar rapidez en las respuestas.

Atendiendo a los criterios diagnósticos, en general, y pese a que en gran cantidad de casos, con la realización de la anamnesis, es posible recoger síntomas desde los primeros meses de vida, la detección del cuadro clínico suele concretarse durante “los primeros años preescolares” (Benjumea y Mojarro, 1998:736).

Como síntoma básico se establece la denominada “dicotomía hiperactividad-déficit atencional”, (íbide), sin que exista acuerdo sobre cuál de los dos elementos de la misma es la causa u origen primario que provocaría la existencia del otro.

Es necesario señalar que no ha sido posible establecer pruebas de laboratorio diagnósticas en la evaluación clínica del Trastorno, si bien es cierto que en algunos grupos de afectados ha sido dado observar rendimientos anómalos con respecto a los individuos del

grupo de control en pruebas que requieren procesamiento mental persistente, aunque no se ha definido cuál es el déficit cognoscitivo responsable de este fenómeno.

Tampoco hay características físicas evidentes asociadas al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pese a que se pueden dar algunas de las denominadas “anomalías menores” (hipertelorismo, implantación baja de los pabellones auditivos, paladar ojival) y una mayor frecuencia de lesiones físicas producidas por accidentes.

En las sistematizaciones al uso, concretamente la del DSM-IV (APA, 1995:82-89), se ha establecido que los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son los siguientes:

-Criterio A: persistencia de un mínimo de 6 síntomas de desatención, y un mínimo de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad, durante un periodo mínimo de 6 meses, con un nivel de intensidad que los hace desadaptativos e incoherentes con respecto al nivel de desarrollo general del individuo.

-Criterio B: generalmente, la detección tiene lugar antes de los 7 años de edad, “sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años”, (APA, 1995:82).

-Criterio C: que los problemas generados o relacionados con los síntomas se den en al menos dos de las situaciones o los ambientes cotidianos frecuentados por el niño. No es normal que un individuo presente un mismo nivel de disfunción en todo tipo de situaciones o de modo permanente en la misma. De modo general, existe empeoramiento en aquellas situaciones con exigencia de atención o esfuerzo mental sostenido, o carentes de atractivo o novedad en sí mismas. La observación de estos comportamientos es difícil, pues pueden quedar latentes o simplemente no darse, si el individuo se encuentra bajo un control estricto, que no le permita desarrollar una conducta propia, o recibe una apreciable y frecuente gratificación al observar el comportamiento adecuado. También hemos de tener en cuenta que son más frecuentes los síntomas en situaciones de grupo, por la dificultad de ajustar la conducta a unos parámetros colectivos, que en situaciones de soledad.

-Criterio D: existencia de claras muestras de interferencia en la actividad propia del nivel de desarrollo en los ámbitos sociales, laborales o académicos.

-Criterio E: por último, es necesario que los síntomas para el diagnóstico aparezcan aislados, no asociados a otras alteraciones mayores de la personalidad, es decir, que su presencia “no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicológico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental”, (APA, 1995:89).

En APA (1995) encontramos perfectamente sistematizadas las características diagnósticas a las que se refiere el establecido Criterio A.

Por lo que respecta a la *Desatención* tenemos (APA, 1995:88):

-A menudo no existe la suficiente atención a los detalles, con el subsiguiente error por descuido en las tareas (escolares o laborales), o en otras actividades.

-Con frecuencia el individuo tiene dificultades para el mantenimiento de la atención en actividades o tareas lúdicas.

-En la mayor parte de ocasiones no parece escuchar cuando se le habla directamente.

-Es usual que no siga instrucciones ni finalice las tareas escolares, los encargos, o las obligaciones laborales (atención: este comportamiento no debe estar motivado por un comportamiento “negativista” o por la dificultad del individuo para entender las instrucciones, pues en este caso nos encontraríamos ante otro tipo de trastorno).

-La renuencia, la evitación o el disgusto con respecto a las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido son frecuentes.

-También aparece una continuada “facilidad” para extraviar los objetos y en general el material que se requiere para la realización de tareas o actividades.

-Estímulos irrelevantes para otros individuos son, a menudo, causa de distracción.

-También a menudo, y podríamos señalar que en general, es descuidado en las actividades diarias.

Por lo que respecta a la *Hiperactividad* (recordemos que la cuantificación o más de seis o más de estas características diagnósticas se realiza conjuntamente con las referidas a la Impulsividad) tenemos:

-El individuo se remueve en su asiento a menudo, y mueve excesivamente las manos y los pies.

-En clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado abandona con frecuencia su asiento o su lugar.

-Presenta tendencia, que materializa, a correr o saltar excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo; esta conducta, en individuos adolescentes o adultos, que pueden tener una mayor capacidad de control de su hiperactividad, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.

-Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

-A menudo “está en marcha”, o actúa como si tuviera un motor.

-Es notoria su tendencia a hablar en exceso.

Por lo que respecta a la IMPULSIVIDAD (recordemos que la cuantificación de seis o más de estas características diagnósticas se realiza conjuntamente con las referidas a la Hiperactividad) tenemos:

-Tiene tendencia manifiesta a precipitar respuestas antes de que hayan sido completadas las preguntas.

-Le es prácticamente imposible aguardar a que le llegue el turno.

-A menudo interrumpe o interfiere en las actividades de otros.

En el momento en que persisten los síntomas detectados anteriormente, pero sin el cumplimiento de la totalidad de criterios, el diagnóstico debe ser de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *en remisión parcial*”.

Si en el momento del diagnóstico, desconociendo la existencia o no anterior de síntomas, apreciamos la presencia de síntomas sin el cumplimiento total de los criterios, el diagnóstico debe ser de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad *no especificado*”.

Por lo que respecta a la sintomatología asociada, hay que señalar lo siguiente (APA, 1997): En términos estadísticos, se ha establecido que entre el 50-70% de los niños con este trastorno presentan otros trastornos mentales, entre los que se encuentran el Trastorno Negativista desafiante y el Trastorno disocial (40-50%), Trastornos del estado de ánimo (15-20%), Trastornos de ansiedad (25%) y Trastornos del aprendizaje (20%).

Existe, también, un buen cúmulo de síntomas secundarios y asociados correspondientes a las áreas de la conducta social, lo académico, lo emocional, y lo físico (Benjumea y Mojarro, 1998:741-744):

-La agresividad por la explosividad de la conducta, sin los rasgos de planificación, sadismo y acompañamiento de problemas como el oposicionismo o el robo con que esta agresividad se muestra en los niños con Trastorno de Conducta.

-Desobediencia, que tiene carácter patológico y en gran parte se debe a la incapacidad para la comprensión de las órdenes o instrucciones recibidas y del porqué del castigo que la desobediencia implique.

-Escaso autocontrol, acompañado por mentiras, robos, lenguaje irrespetuoso, inhabilidad para la resolución de problemas sociales, actitud agresiva y beligerante.

-Pobreza de relaciones con los demás, puesto que la impulsividad y los problemas de atención no permiten un correcto contacto con los demás. Los padres y los adultos que rodean al niño pueden tener una buena capacidad de percepción de este síntoma.

-También hay dificultades evidentes de aprendizaje, causadas posiblemente por la escasez en la concentración, la imposibilidad para culminar tareas y procesos, inmadurez en la estructuración y sostenimiento de estrategias de aprendizaje, almacenaje y puesta en disponibilidad de la información. Son muy significativos los porcentajes que presentan las investigaciones llevadas a cabo: Connors quien afirma que sólo un 19% de hiperactivos NO presenta problemas de aprendizaje; Saffer y Allen que llegan a resultados similares, pues para ellos el 78% de niños hiperactivos SÍ tiene problemas de aprendizaje, y el 39% de niños con

este tipo de problemas son, además, hiperactivos; Lambert y Sandoval que nos indican que en el grupo de hiperactivos que estaban controlando el 53% estaba por debajo del nivel académico esperado citas todas ellas de (Benjumea y Mojarro, 1998:742).

-No es raro encontrar en estos niños depresión, bajo nivel de autoestima, excitabilidad, inmadurez afectiva, escaso control emocional, tendencia a la frustración, cambios constantes de humor y conductas imprevisibles.

-Paralelamente, algunos trastornos de tipo físico o fisiológico, como los del sueño, la incoordinación muscular e inmadurez motora, el incremento de signos neurológicos menores, enuresis y encopresis, incremento de infecciones respiratorias superiores, otitis medias, alergias, anomalías físicas menores, alta tolerancia al dolor, están presentes también en los niños afectados por el Trastorno que estudiamos.

En el diagnóstico diferencial y la comorbilidad, no debemos olvidar que la multiplicidad de los síntomas establecidos para el diagnóstico, y el hecho de que en muchos casos son, simplemente, comportamientos no anormales cuya inadecuación, descontrol o intensidad son la señal del desajuste, obliga a tener en cuenta procedimientos de diagnóstico diferencial para no tomar como síntoma del trastorno que estamos tratando lo que no son más que actitudes intensas de individuos normales, o síntomas de otros trastornos. O para poder diagnosticar aquellos casos en que realmente nos encontramos ante situaciones de comorbilidad en las que el Trastorno Hiperactivo se encuentra claramente asociado con otro de los trastornos definidos.

Al respecto, hay que tener mucho cuidado para no confundir los comportamientos propios de la edad en niños activos (la creación constante de ruidos o el afán por corretear sin descanso) con los síntomas de Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad.

El mismo cuidado hay que tener con los posibles síntomas de desatención, ya que niños con bajo CI escolarizados en centros inadecuados a su capacidad intelectual los presentan, al quedar “descolgados o rezagados en la actividad académica normal”. Sólo el exceso en la presencia de síntomas de hiperactividad o desatención aconseja un diagnóstico adicional.

Curiosamente, la misma situación se puede producir en los niños con elevada capacidad de inteligencia y que están situados en centros inadecuados para la misma. La falta de estímulo y de incitación en ese ambiente académico produce en el niño una evidente falta de interés y la consiguiente desatención, que no es extraño lleve a confusión a los profanos.

Tampoco hay que confundir con los síntomas del Trastorno las dificultades que niños procedentes de ambientes inadecuados (caóticos, desorganizados, con deficiente estructura familiar, con deterioro en las pautas de comportamiento interpersonales, con falta de jerarquización en los medios o los fines, con incorrecto nivel de discernimiento entre lo correcto o adecuado y lo incorrecto o inadecuado) tienen para comportarse dentro de determinadas pautas encaminadas a un objetivo preestablecido. Está claro que estos niños pueden presentar síntomas aparentes de déficit de atención o de hiperactividad, con conductas que, simplemente, indican la carencia de un nivel mínimo de autocontrol sobre las propias acciones o carencia de discernimiento claro sobre ellas.

El rechazo a la realización de tareas o al seguimiento de pautas predeterminadas puede así mismo provocar confusión de diagnóstico, ya que se da también en sujetos con *comportamiento negativista*.

Por último, hay que tener muy en cuenta que este Trastorno no se diagnostica si la presencia de *otro trastorno mental* (estados de ánimo, ansiedad, frustración, cambio o perturbación de la personalidad por causas diversas...) explica mejor los síntomas observados. Generalmente, estos otros trastornos presentan los síntomas de desatención con posterioridad a los siete años de edad, y el análisis de la historia escolar del individuo no presenta episodios relevantes de comportamientos desatentos, hiperactivos o impulsivos, por lo que es deducible que la aparición de estos síntomas corresponde, por el momento en que se produce a Trastornos diferenciados del que ahora estamos analizando.

Además, la existencia de un *Trastorno generalizado del desarrollo* impide el diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad si sus síntomas se perciben en el transcurso de la presencia de los dos primeros mencionados en este párrafo.

Del mismo modo, en niños menores de 7 años, hablaremos de *Trastorno relacionado con otras sustancias no especificado* si los síntomas son detectados en periodo de ingesta de medicación cuyos efectos provocan síntomas de déficit de atención o hiperactividad

En cuanto a los estudios sobre comorbilidad, destacamos las siguientes conclusiones (Benjumea y Mojarro, 1998:745-749):

-Trastorno hiperactivo-Trastorno emocional: los datos de comorbilidad oscilan en una escala amplia que va entre el 15 y el 75%, con un solapamiento no muy amplio que, sin embargo, cuando existe, tiene peor pronóstico. Al parecer hay un alto componente de vulnerabilidad familiar en estos casos, sobre todo en quienes comparten trastornos hiperactivos y trastornos depresivos mayores.

-Trastorno hiperactivo-Trastorno de aprendizaje: el solapamiento oscila entre el 10 y el 92%. Esta divergencia de los índices se debe a la distinta metodología empleada en los estudios y en los rasgos comunes compartidos por ambos cuadros, por lo que existe confusión entre ambos. Por otra parte, la aplicación de criterios como el C.I. puede modificar los índices. En ocasiones se plantea que el trastorno provoca el fracaso académico, en tanto que puede darse la situación contraria: que el fracaso pueda dar lugar a inatención e hiperactividad.

-Trastorno hiperactivo-Trastorno de ansiedad: al parecer, la asociación ronda niveles del 25% y parece existir una interrelación familiar entre ambos cuadros. Se ha comprobado que el riesgo de trastorno de ansiedad aumenta en los familiares de pacientes con trastorno hiperactivo, y que el riesgo de trastorno de ansiedad es significativamente más alto en parientes de niños con síndrome hiperactivo y trastorno de ansiedad en comparación con los parientes de los niños con el primero y sin el segundo de los mencionados síndromes.

-Trastorno hiperactivo-Trastorno de conducta disocial: la problemática al respecto es muy amplia. El hecho de que muchos de los síntomas secundarios del trastorno

hipercinético correspondan al área de la conducta, y que síntomas del trastorno de conducta tengan síntomas nucleares de hipercinesia complica la situación.

Para abordar este hecho, se intenta el establecimiento de dos grandes áreas: las funciones cognitivas y las características sociales. A partir de ellas, los distintos autores señalan diferencias o no entre la población clínica y la general y se van estableciendo relaciones y correlaciones, aunque los resultados no tienen la homogeneidad suficiente en todos los autores, y el hecho de que los niños que presentan uno de los dos cuadros tienen síntomas claros del otro complica aun más la situación.

Por ello se tiende a delimitar subgrupos dentro de ambos cuadros, con lo que se establecen los distintos grados de cada Trastorno y los síntomas que aparecen claramente asociados (por ejemplo: hipercinéticos con agresividad asociada), para así establecer diferencias cognitivas, psicopatológicas o sociales.

Los primeros indicios del trastorno se muestran a través de una actividad motora excesiva en los niños pequeños, coincidentes con el “desarrollo de la locomoción independiente”, (APA, 1995:86).

Pero no todos los niños sobreactivos desarrollan el trastorno, que suele diagnosticarse en los primeros años de escolaridad, al verse afectada la adaptación escolar.

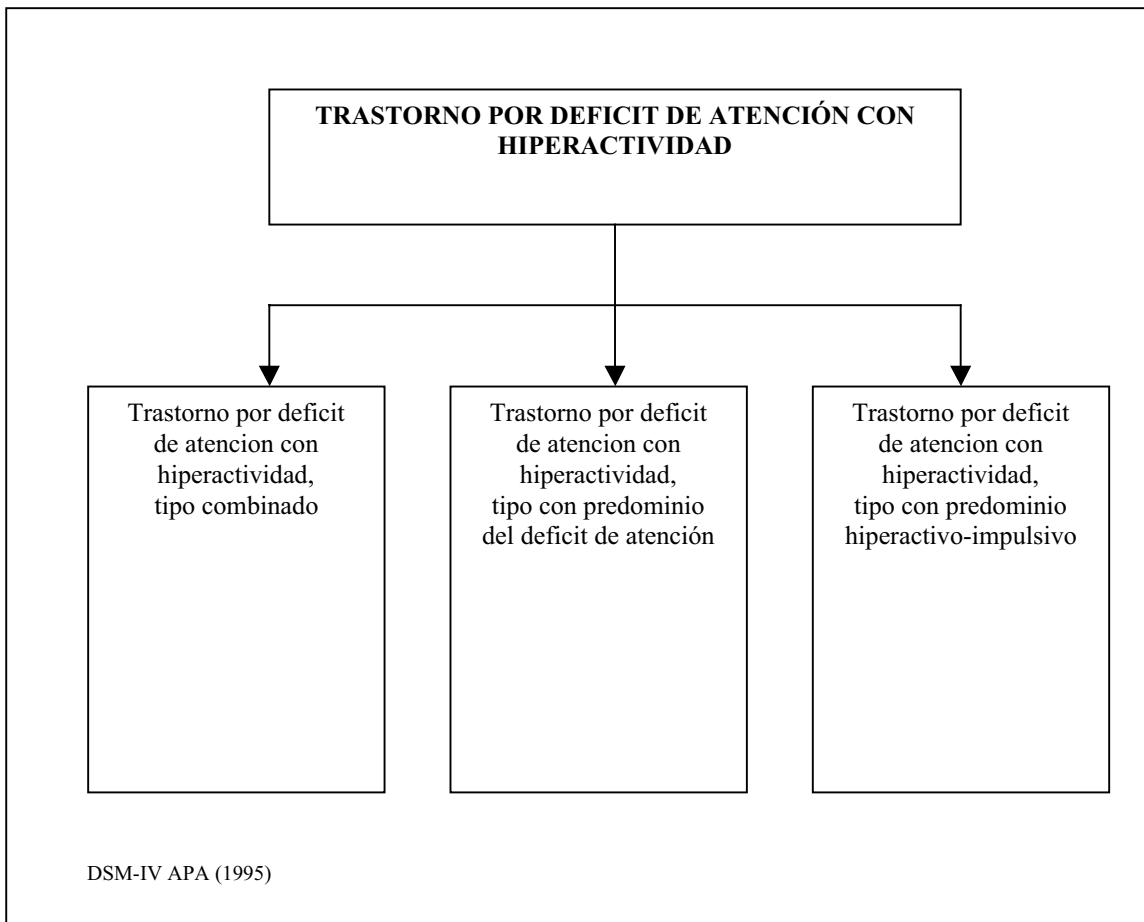
Se detecta estabilidad en los primeros años de la adolescencia, dándose en mucho individuos cierta atenuación a medida que esta etapa de la vida avanza y se alcanza la vida adulta. Generalmente, en esa evolución está más presente la desatención, en tanto que la hiperactividad y la impulsividad parecen atenuarse o ser mejor controladas por los individuos afectados. Una minoría de los afectados presenta el cuadro completo en edad adulta. Como ya señalamos en otro apartado, se utiliza la especificación “en remisión parcial” para aquellos adultos en los que sólo se mantienen algunos de los síntomas.

La tasa de prevalencia estimada en la actualidad se sitúa en el 3 y el 5%, en los niños en edad escolar. En tanto que son muy imprecisos los datos con respecto a la adolescencia y la vida adulta (APA, 1995:86).

Se estima, también, que los niños tienen una probabilidad aproximadamente triple que la de las niñas, y en algunos autores encontramos proporciones que oscilan entre 4:1 y 9:1, en función de si la medida se efectúa en población general o población clínica (APA, 1995:86).

Atendamos ahora a los aspectos complementarios que hemos de tener en cuenta en el trastorno que estamos desarrollando planteados en el cuadro nº 6 según los siguientes criterios:

SUBTIPOS: La mayor parte de sujetos que sufren el trastorno que estamos tratando presentan síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, sin que sea imposible que pueda predominar alguno de los dos patrones. Por ello se han establecido tres subtipos de acuerdo con el patrón sintomático predominante en los seis últimos meses. Estos tres subtipos, junto con su codificación, son lo que a continuación se relacionan (APA, 1995:84):



Cuadro nº 6

-F90.0. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: Persistencia durante un periodo mínimo de 6 meses de 6 o más síntomas de desatención y 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad. En este subtipo se incluyen la mayor parte de niños y adolescentes con este trastorno, sin que se tengan datos significativos sobre si lo mismo ocurre con los adultos.

-F98.8. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: Persistencia durante un periodo mínimo de 6 meses de 6 o más síntomas de desatención y menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad.

-F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: Persistencia durante un periodo mínimo de 6 meses de menos de 6 síntomas de desatención y 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.

No es extraño que los individuos con este trastorno puedan pasar de uno a otro subtipo, por ello es necesario recalcar la necesidad de tener en cuenta el patrón sintomático durante los seis últimos meses de observación.

Esta trastorno “ocurre en distintas culturas”, (APA, 1995:85), y los distintos índices de prevalencia del trastorno que se manejan en los distintos países occidentales se deben más a los procedimientos de diagnóstico que a la diferencias objetivas en la presentación del cuadro.

A lo largo de estas páginas estamos hablando de la edad de 7 años como un término para poder discernir acerca de los síntomas detectados, pero al mismo tiempo hay que tener en cuenta que las características evolutivas de la infancia, con su dinamismo y su volubilidad intrínsecos o por las situaciones cotidianas en las que se ven inmersos, hace sumamente complejo y aun inexacto el establecimiento diagnóstico en menores de 4 ó 5 años.

Al respecto hay que tener en cuenta que la exigencia del mantenimiento de la atención, por ejemplo, se va aumentando con la edad, en tanto que los niños en situación preescolar o anterior raramente se ven sometidos a ese tipo de requisito.

La controlabilidad cinética es otro de los factores de difícil discernimiento, ya que también la movilidad con cierto descontrol es una característica propia de esas edades tempranas. Sin embargo, el entrecruzado de datos obtenidos por observadores diversos en ámbitos y situaciones diversas puede aportar suficientes elementos para impulsar la necesidad de un primer diagnóstico.

A medida que se avanza en el proceso de crecimiento (APA, 1995:86), los síntomas tienden a ser menos visibles o llamativos, es decir, que los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a “inquietud motora” o “sentimiento interno de desazón”, en tanto que la desatención afecta a la vida académica y más tarde a la laboral, y la impulsividad distorsiona, sobre todo en la adolescencia, el cumplimiento, con la consiguiente alteración, de las normas que rigen, sobre todo, la vida colectiva.

Estadísticamente, se ha observado la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los familiares biológicos en primer grado de los niños que lo presentan. Los mismos análisis sugieren la existencia, en las familias de esos niños, de una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y del trastorno antisocial de la personalidad (APA, 1995:86).

Por ello, no es obvio señalar, como posibles orígenes del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad las causas de tipo físico-biológico, las ambientales, y las ambientales -relacionadas con el entorno o los antecedentes familiares-, junto a las sensoriales visuales o auditivas y las neuropsicomotrices -intrínsecas al individuo.

En algunos casos estudiados se han puesto de manifiesto situaciones del tipo “historia infantil de maltrato o abandono”, “diferentes situaciones de adopción o acogida”, “exposición a neurotóxicos (p.ej., envenenamiento por plomo)”, “infecciones”, “exposición *in utero* a fármacos”, “escaso peso en el nacimiento” y “retraso mental” (APA, 1997).

3.3.1.2. Trastorno negativista desafiante

Contrariamente a lo que ocurre con otros de los trastornos que estamos tratando, “en esta categoría conductual han sido especificados escasos criterios de definición” (Jiménez, L. et al 1994: 165); es decir, resulta difícil señalar rasgos definitorios generales de aplicación a los sujetos supuestamente afectados por el trastorno, sin que nos veamos obligados a llegar a las concreciones diagnósticas.

Pese a ello, es posible exponer un conjunto de notas que nos permiten establecer una serie de generalizaciones. Por ejemplo, los individuos afectados por este trastorno expresan una terquedad persistente, resistencia a las órdenes, y reticencia y escasa o nula inclinación a adquirir compromisos y ceder o a negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones usualmente manifestadas pueden incluir entre sus objetivos básicos, junto al hecho esencial del desafío, la comprobación deliberada o persistente de los límites comportamentales socialmente establecidos, usualmente mediante la ignorancia de órdenes e indicaciones, la discusión, o la no aceptación de las acusaciones provocadas por los actos propios.

La hostilidad manifestada puede dirigirse contra los adultos o los compañeros, y se materializa molestando con deliberación a los otros o agrediéndolos verbalmente. En general, estas agresiones en forma verbal o de molestias se presentan sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial.

Este trastorno se manifiesta, casi invariablemente, en el ambiente familiar, y es posible que no se ponga de manifiesto en la escuela ni en la comunidad en la que se encuentre el individuo. Por otra parte, los síntomas del trastorno se muestran de forma más evidente en las interacciones y relaciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica.

Es corriente que los sujetos afectados por este trastorno no se consideren a sí mismos negativistas ni desafiantes, y que justifiquen su comportamiento como una respuesta necesaria e ineludible ante las exigencias o circunstancias que para ellos aparecen como no razonables. Esta limitada conciencia de los actos y actitudes propias es un aspecto exteriormente destacable de los individuos aquí aludidos.

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento *negativista, desafiante, desobediente y hostil*, dirigido a las figuras de autoridad, con una persistencia de al menos seis meses (Criterio A), y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos de APA, 1995, recogido por (Larroy et al., 1997:25):

- Accesos de cólera (criterio A1).
- Discusiones con adultos (criterio A2).
- Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (criterio A3).

- Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (criterio A4).
- Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (criterio A5).
- Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros (criterio A6).
- Mostrarse iracundo y resentido (criterio A7).
- Ser rencoroso o vengativo (A8).

Es necesario que estos comportamientos aparezcan con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y además deben producir un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B).

Es importante que tengamos en cuenta que no se establece este diagnóstico cuando el trastorno de comportamiento aparece *exclusivamente* en el transcurso de un *trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo* (Criterio C), o si se cumplen criterios de *trastorno disocial o de trastorno antisocial de la personalidad* (en este caso, en un sujeto mayor de 18 años).

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad del sujeto y de la gravedad con que el trastorno se manifiesta (APA, 1995:97).

Ha podido ser observado que en los varones el trastorno es más prevalente entre quienes, a lo largo de sus años escolares, tienen temperamentos problemáticos o una gran actividad motora; así lo consideran Loeber y Patterson, al afirmar que “cuando los comportamientos desobedientes son extremadamente frecuentes y no desaparecen con la edad pueden acabar dando paso a problemas más serios de conducta (conducta oposicionista, trastorno de conducta, conducta antisocial, etc.)”, recogido en (Larroy et al. 1997:26).

Durante los años escolares puede haber bajo nivel de autoestima, perceptible labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumismo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales. Son también frecuentes los conflictos con los padres, profesores y compañeros. En la materialización de estos conflictos paterno-filiales, puede concretarse un círculo vicioso en que la confrontación entre el padre y el niño provoque que ambos pongan de manifiesto lo peor que existe en cada uno de ellos.

El trastorno negativista desafiante aparece con más frecuencia en individuos pertenecientes a familias en las que los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores, o en familias en que las prácticas educativas son totalmente inapropiadas por su dureza, su incoherencia o la negligencia con que se desarrollan.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se presenta con una frecuencia apreciable en niños con trastorno negativista desafiante. También los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación tienden a presentarse asociados a este trastorno. Así lo señalan Doke y Flippo y lo recoge textualmente (Larroy et al. 1997:26),

cuando, al referirse a los niños con el trastorno que ahora nos ocupa, afirma: “Con frecuencia, estos niños presentan otros problemas asociados, entre los que destaca la hiperactividad y los problemas de aprendizaje”.

Hemos de tener en cuenta (APA, 1995:98) que los comportamientos perturbadores de los sujetos con trastorno negativista desafiante son de una naturaleza menos grave, y sin objeto de causar agresión o daño físico (aunque sí hay agresión verbal e intencionada, es decir, con objetivo), que las de sujetos con trastorno disocial, y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades, ni un patrón de robos o fraudes Gross, recogido en (Larroy et al., 1997:26).

Puesto que todas las características del trastorno negativista desafiante suelen mostrarse presentes en el trastorno disocial, *el trastorno negativista desafiante no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno disocial.*

El trastorno negativista es una característica comúnmente asociada a trastornos del estado de ánimo y a trastornos psicóticos de niños y adolescentes y *no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.*

Es posible distinguir los comportamientos negativistas del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Cuando coexisten ambos trastornos (el negativista y el de déficit de atención con hiperactividad) es preciso que sean diagnosticados los dos.*

En sujetos afectados por retraso mental, sólo hay que establecer un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando la materialización de actitudes y comportamientos propios del comportamiento negativista es notablemente mayor que la que se observa con frecuencia habitual en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables. En estos casos, cuantificación y cualidad de las conductas son los índices que determinan el establecimiento o no del diagnóstico.

“El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse de la incapacidad para seguir normas” (APA, 1995:98), presente en algunos individuos, resultante de una alteración de la comprensión del lenguaje, pese a que algunas de las conductas presentadas puedan, a simple vista, hacer creer lo contrario. Es preciso, por tanto, profundizar más allá de la materialización conductual superficial, pues su mera percepción puede llevar a equívocos y confusión.

El comportamiento negativista -o los comportamientos o conductas que lo caracterizan, con sus componentes de oposición o cuestionamiento- es una manifestación típica de ciertos estadios del desarrollo de la persona, especialmente de aquellos en los que la búsqueda de la autoafirmación lleva a la confrontación con parámetros normativos o pautas exteriores no interiorizadas o asumidas, o simplemente puestas en duda. Sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los comportamientos en cuestión aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, y, por lo tanto, conducen a un deterioro significativo de la actividad social académica o laboral. Este deterioro, entonces, se convierte en significativo. La aparición en la adolescencia de comportamientos que por sus

características pudieran ser calificados de negativistas puede deberse, de modo natural, al normal proceso de individualización que debe desarrollarse en toda persona y que en algunos adolescentes se manifiesta y desarrolla de un modo más traumático, problemático o conflictivo.

Este trastorno suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y no es normal que lo haga más tarde del inicio de la adolescencia (APA, 1995:97).

Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, aunque con el paso del tiempo puedan producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. “En una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente cuya evolución desembocará en el trastorno disocial”, (APA, 1995:97).

Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16%, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación (APA, 1995:97). (Larroy et al. 1997:26) señala estos mismos porcentajes en relación a “niños y adolescentes”, y reitera que es más frecuente en niños que en niñas, aunque pasada la adolescencia “no existen diferencias entre ambos sexos”.

Este hecho de que el trastorno sea más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero con probable igualación de las más tarde aparece mencionado en la mayor parte de la bibliografía al respecto. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y presentan los síntomas con mayor persistencia.

Con respecto a los factores de edad y sexo, teniendo en cuenta las tasas de prevalencia actualmente admitidas, y los comportamientos de enfrentamiento que -como ya hemos señalado- caracterizan determinadas etapas de la evolución del individuo en las que debemos incluir también a los niños preescolares, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos periodos del desarrollo. No debemos olvidar, por supuesto, que el número de síntomas negativistas presenta una cierta tendencia de incremento con la edad.

Ya hemos aludido en estas páginas a la presencia de determinados factores familiares en la aparición y desarrollo de este trastorno negativista desafiante: éste tiene posibilidades de ser más frecuente en las familias en las que por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias.

Además, algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista; si bien, y al respecto, no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado del comportamiento negativista de los niños o se convierte, precisamente, en su causa.

Además, conviene añadir que el trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves.

Es posible establecer varios subtipos en este trastorno: entre ellos hay que destacar, siguiendo a (Larroy et al. 1997:25), un subgrupo de comportamientos desobedientes que exceden los límites de la “normalidad”, tanto por el exceso de su frecuencia como por la gravedad cualitativa de las conductas exhibidas. Es decir, tendríamos un subtipo del trastorno en el que lo determinante, por encima de otros síntomas que no se presentarían con un nivel de gravedad alarmante, sería la presencia de un componente conductual de desobediencia quasi patológica.

Es también interesante, para completar nuestra información, efectuar una síntesis comparativa del modo en que DSM-IV y CIE-10 definen y delimitan el trastorno negativista desafiante: los sistemas comparten idénticos criterios diagnósticos, pero *difieren en sus condiciones diagnósticas*.

La definición de trastorno negativista desafiante de CIE-10, *al señalar que hasta 2 de sus síntomas pueden extraerse de los criterios diagnósticos del trastorno disocial*, puede incluir casos mucho más graves. Y en el mismo sistema clasificatorio, el trastorno negativista desafiante se considera un subtipo más de trastorno disocial.

3.3.1.3. Trastorno disocial

Pese a las similitudes que aparentemente pueden presentar las conductas que como generalidad manifiestan determinado nivel de ruptura con las pautas generales de comportamiento social, no hay que caer en el error de confundir o considerar que son una misma situación el “Trastorno disocial”, las conductas delincuentes, o las conductas antisociales, pese a que entre ellas existe relación y en todas hay elementos de transgresión de las pautas sociales.

De hecho, y para sistematizar, la conducta disocial engloba los comportamientos que “se desvían de los patrones sociales en curso en la sociedad en que se desarrollan, sin entrar en conflicto jurídico con la misma” (Jiménez, et al. 1994:239), y los que sí establecen ese conflicto, considerados habitualmente como “Conducta Delincuente”, englobadora, a su vez, de los comportamientos tipificados como “Conducta Antisocial”.

Así, dentro del concepto que incluye la Conducta Disocial, debemos considerar los actos que -sin entrañar responsabilidades jurídicas- transgreden los hábitos o pautas socialmente admitidos; aquellos actos (de omisión) de los que -por la pasividad que entrañan- “se derivarían serias repercusiones para otro u otros miembros de la sociedad” (Jiménez, et al. 1994:239), es decir, aquellos actos no realizados en situaciones en las que lo normal, lógico y ético sería realizarlos, y las actuaciones que contravienen las regulaciones/prohibiciones de las normas establecidas por la sociedad, por lo que podrían ser potencialmente punibles desde un punto de vista jurídico/penal.

Estas consideraciones obligan a que atendamos tanto las conductas cuya actividad genera problemas sociales como las que los propician por su pasividad u omisión en el cumplimiento de los deberes sociales. Esta complejidad y concurrencia de situaciones variadas conduce a dificultades de clasificación, al ser distintos los parámetros de la

“legalidad” y “lo socialmente admitido o repudiado” en los distintos países y aun en los distintos grupos sociales.

También nos obligan a precisar algunos de los conceptos habitualmente utilizados en las referencias a la conducta social y las anomalías que en ella se plantean. En 1815 se acuñó en Inglaterra el término “conducta Delincuente”, para referirse a “conductas desviadas socialmente que infringen claramente las normas legales del país donde se producen y que por tanto incurrir en responsabilidades penales”, (Jiménez, et al. 1994:241). Otra categoría sería la de “Conducta Asocial”, para denominar los comportamientos ajenos a las normas vigentes, pero que generalmente se dan en individuos pertenecientes a colectivos “que establecen sus propios patrones y reglas, regidos por criterios muy rígidos, presumiblemente estrictamente jerarquizados y que solamente entrarían en clara confrontación con el entorno social en el que se desenvuelven cuando se les pretende imponer la normativa vigente”, (Jiménez, et al. 1994:241). Por su parte, la “Conducta Antisocial” representa una actitud clara de enfrentamiento contra el medio social y sus reglas Kazdin y Buela-Casal, mencionados en (Jiménez, et al.1994:240). Más general, al menos en su utilización cotidiana, es la “Conducta Inadaptada”, que engloba los comportamientos que muestran la incapacidad del individuo para “ajustarse” a lo socialmente admitido, permitido, o esperado; la rigidez y la permanencia de esta inadaptación llega a provocar situaciones de marginación social; es importante, además, advertir si este comportamiento expresa “un proceso de posibles raíces psicopatológicas más profundas a las estrictamente coyunturales de una moda...” (Jiménez, et al.1994:240), pues en este caso nos hallaríamos ante la posibilidad de un trastorno que llevaría a una “Conducta Antisocial”.

También hemos de tener en cuenta, antes de atender a los criterios diagnósticos que tratan de sistematizar los síntomas pertinentes al caso, que el carácter evolutivo de la etapa infantojuvenil puede motivar, al respecto, una percepción equívoca de las conductas, por lo que es importante tener en cuenta las indicaciones de Robins, que cita (Jiménez 1994:242).

Este autor mantiene que existe una serie de conductas infantiles de las cuales se puede inferir la existencia de “anomalías estables futuras” (Jiménez, et al. 1994:242): repetición de robos y agresiones que conlleven reclusiones institucionales; actos ofensivos hacia padres, profesores o incluso extraños; anomalías de comportamiento del tipo “violaciones”, “homosexualidad” (sic)...; escaso sentimiento de culpabilidad; falta de sentido de la realidad e irresponsabilidad; y/o facilidad para mentir.

En 1991, Robins presenta una mayor concreción en su exposición, ya que, determina como factores de predictibilidad tanto el número de manifestaciones negativas del niño como el momento en que éstas aparecen. A saber en (Jiménez, et al. 1994:242):

-Número pequeño de desviaciones (tres o cuatro):

Si se dan antes de los 6 años, existe un 3,2% de posibilidad de desviación comportamental en el adulto.

Si se dan entre los 6 y los 12 años, el porcentaje se reduce al 1,9%.

Este porcentaje queda establecido en el 0,9% cuando los síntomas (en la cantidad indicada) son posteriores a los 12 años.

-Número moderado de desviaciones (de cinco a siete):

La probabilidad de desarrollo de conducta antisocial es del 24% si se producen antes de los 6 años.

La probabilidad disminuye al 16% si las conductas aparecen entre los 6 y los 12 años.

Con un inicio datado después de los 12 años la mencionada probabilidad queda reducida al 10%.

-Número elevado de síntomas (8 o más):

Siguiendo los mismos grupos de edad, las probabilidades tienen porcentajes del 71%, 53% y 48%.

Es decir, un mayor número de síntomas y una mayor precocidad proporcionan mayores porcentajes de probabilidad de aparición, en la vida adulta, de conductas desviadas.

Otra aportación casuística la encontramos en los estudios de Achenbach y Edelbroch , que al analizar las informaciones de las madres de 2.600 niños entre los 4 y los 16 años encontraron que las primeras conductas desviadas dominantes son la testarudez, el oposicionismo, la argumentación... que dan paso más tarde al robo, la piromanía... y concluyen en conductas violentas, vandalismo, abuso en el consumo de drogas... (Jiménez, et al.1994:243).

Siguiendo la sistematización del DSM-IV, se diagnosticará el Trastorno Disocial atendiendo a la concurrencia de los siguientes síntomas:

A. Existencia en el individuo de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violen los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, con manifestación de la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

-Agresión a personas y animales:

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) A menudo inicia peleas físicas.
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) Ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) Ha robado enfrentándose a la víctima.
- (7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

-Destrucción de la propiedad:

(8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.

(9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

-Fraudulencia o robo:

(10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

(11) A menudo miente para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones.

(12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

-Violaciones graves de normas:

(13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

(14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

(15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. Además, hay que constatar que el trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

El trastorno disocial puede presentar, asociadas, características descriptivas y trastornos mentales asociados.

En los sujetos que sufren este trastorno disocial es posible apreciar escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los demás. Especialmente en las situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectados de este trastorno reciben mal las intenciones de los otros, al interpretarlas como más hostiles y amenazadoras de lo que son en realidad, por lo que responden con agresiones que desde su punto de vista son razonables y justificadas.

Al mismo tiempo es probable en estos individuos una clara insensibilidad, con carencia de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. A veces es difícil evaluar si el remordimiento experimentado es genuino, puesto que estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar el castigo. Esto lleva a que los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros y no es extraño que intenten acusar a otros de sus propias fechorías.

En ellos, la autoestima es usualmente baja, pese a que el sujeto pueda proyectar una imagen de "dureza". También son características asociadas a este trastorno la escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia.

Además, las tasas de accidentes parecen ser superiores en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no lo padecen.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, la bebida, el consumo de tabaco y de sustancias ilegales y el incurrir en actos caracterizados por su peligrosidad y su naturaleza temeraria. En un círculo vicioso en el que consecuencias, factores de riesgo y factores de origen interdependen, el consumo de sustancias ilegales ya apuntado puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. No es extraño que los comportamientos propios del trastorno disocial acarreen suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias, la vida con los padres, o en un hogar adoptivo. Otros aspectos que tener en cuenta son la presencia de ideación suicida, y la constatación de que las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan, en el colectivo afectado por este trastorno, con una frecuencia superior a la esperable.

En otro orden de cosas, el trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual que pueda ser considerado inferior al promedio. El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional de trastorno del aprendizaje o de la comunicación.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuente en niños con trastorno disocial.

El trastorno disocial también puede asociarse a uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias.

Se ha podido identificar una serie de factores que predisponen al desarrollo de un trastorno disocial: el rechazo y abandono por parte de los padres; un temperamento infantil difícil; tener que soportar prácticas educativas incoherentes estructuradas sobre una disciplina dura y la existencia de abusos físicos o sexuales; carencia de supervisión en el proceso evolutivo y de desarrollo; vivir los primeros años de vida en instituciones; frecuentes cambios de cuidadores; pertenencia a una familia numerosa; la asociación a un grupo de compañeros delincuentes, y ciertos tipos de psicopatología familiar.

Una breve anotación sobre los hallazgos de laboratorio. Algunos de los estudios realizados han observado una frecuencia cardíaca y una conducta dérmica más bajas en sujetos con trastorno disocial que en otros sin este trastorno. Pese a este dato, los niveles de activación (arousal) fisiológica no son diagnósticos de este trastorno.

Pese a que el trastorno negativista desafiante incluye algunas de las características observadas en el trastorno disocial, no está entre ellas el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, precisamente aquellas que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto.

Cuando el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios del trastorno disocial y del trastorno negativista desafiante, el diagnóstico de trastorno disocial debe ocupar el lugar preferente y el trastorno negativista desafiante no debe diagnosticarse.

Pese a que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, este comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad y, por tanto, no es habitual que cumpla los criterios de trastorno disocial. Si se cumplen simultáneamente los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno disocial, *ambos diagnósticos han de ser establecidos*.

Normalmente, la irritabilidad y los problemas comportamentales que suelen ocurrir en niños o adolescentes con un episodio maniaco se distinguen del patrón de problemas comportamentales propio del trastorno disocial mediante el curso episódico y las características sintomáticas acompañantes de ese tipo de episodios. Si los criterios de ambos trastornos se cumplen, *deben registrarse tanto el diagnóstico de trastorno disocial como el de trastorno bipolar I*.

Por otra parte, el diagnóstico de trastorno adaptativo (con alteración del comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento) ha de ser tenido en cuenta únicamente en el caso de que los problemas comportamentales clínicamente significativos que no satisfacen los criterios de otro trastorno específico se desarrollen en clara asociación con el inicio de un estrés psicosocial. Algunos problemas de comportamiento aislados que no cumplen criterios de trastorno disocial ni de trastorno adaptativo pueden codificarse como comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia. *Sólo se diagnostica el trastorno disocial en el caso de que los problemas comportamentales representen un patrón repetitivo y persistente que se asocie a alteraciones de la actividad social, académica o laboral*.

En los sujetos con más de 18 años de edad *sólo se aplicará un diagnóstico de trastorno disocial cuando el trastorno no cumple también criterios de trastorno antisocial de la personalidad*. No hay que olvidar que el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad que estamos tratando ahora no puede atribuirse a sujetos menores de 18 años.

El inicio de este trastorno puede producirse hacia los 5 ó 6 años de edad, más usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es extraño que aparezca más allá de los 16 años. Su curso es variable.

En una mayoría de sujetos este trastorno remite en la vida adulta, pero una proporción apreciable de los individuos afectados por el mismo continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad. Existe una alta proporción de sujetos con este trastorno -especialmente los de tipo de inicio adolescente o quienes presentan síntomas leves y escasos- que alcanzan en la vida adulta una adecuada adaptación social y laboral.

Como ya se indicó en la introducción, un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias.

Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

Parece haberse incrementado durante las últimas décadas la prevalencia de este trastorno, que puede ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales.

Las tasas de prevalencia varían ampliamente según la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis: en los varones de edad inferior a 18 años las tasas oscilan entre el 6 y el 16%; en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9%.

El trastorno disocial es uno de los más frecuentemente diagnosticados en los centros de salud mental para niños tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

Existen opiniones que señalan las dificultades que entraña la aplicación correcta del diagnóstico de trastorno disocial a sujetos procedentes de ambientes donde -a causa de las características específicas y las exigencias “para la supervivencia” que en ellos se presentan- los patrones de comportamiento “indeseable” son considerados a veces como elementos protectores para el individuo, ya que son esos comportamientos los que le homogeneizan con los habitual y necesariamente admitidos.

Esta posibilidad de aplicación inadecuada del diagnóstico se resuelve de manera clara al atender la definición DSM-IV de trastorno mental, ya que atendiendo a sus pautas el diagnóstico de trastorno disocial sólo debe aplicarse cuando el comportamiento cuestionado sea *sintomático de una disfunción subyacente del individuo, y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato*, es decir, sólo se puede diagnosticar el trastorno si existe como algo inherente, propio de la especificidad del individuo, no como una estructura de comportamiento adherida al individuo desde el exterior o como respuesta adaptativa (en positivo o en negativo) a los estímulos exteriores. Como ejemplo de la no necesaria relación entre trastorno disocial y exigencias del entorno tenemos el hecho comprobado de que los jóvenes inmigrantes procedentes de países arrasados por una guerra, que han vivido una historia de comportamientos agresivos quizá necesarios para su supervivencia en aquel contexto, no justifican necesariamente un diagnóstico de trastorno disocial. La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables es útil al clínico para poder discernir al efecto.

Los síntomas de este trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognoscitivas y madurez sexual y se observa una clara gradación en su manifestación. Los comportamientos menos graves tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros lo hacen con posterioridad, los más graves se dan en última instancia. Pero al respecto no se puede establecer un único esquema, ya que se han apreciado diferencias entre los individuos.

Nos encontramos ante un trastorno que aparece con más frecuencia en los varones (especialmente el de tipo infantil).

Esta *diferencia entre sexos* también es constatable en tipos específicos de problemas comportamentales, de modo que las pautas transgresivas parecen establecer unos patrones específicos según el sexo del individuo afectado. Los varones incurren frecuentemente en robos, peleas, vandalismos y problemas de disciplina escolar, con un comportamiento agresivo que propende al enfrentamiento pasional; mientras que las mujeres con diagnóstico

de este trastorno suelen incurrir en mentiras, absentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución, en comportamientos que no entrañan confrontación.

Con respecto a los *patrones familiares*, hay que señalar que los estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial cuentan con componentes tanto genéticos como ambientales. El riesgo de trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial. El trastorno también parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia, o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial.

Tipologías y subtipos: en función de la edad del inicio del trastorno han sido establecidos dos subtipos de trastorno disocial. Estos subtipos divergen por lo que respecta a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento presentados, su curso evolutivo y pronóstico, y la proporción por sexos.

Ambos subtipos pueden presentarse de manera o intensidad leve, moderada o grave.

Al evaluar la edad de inicio, la información debe obtenerse preferentemente del interesado y de sus cuidadores, comparando con cuidando todos los datos, puesto que al permanecer a veces ocultos muchos de los comportamientos, es posible que los cuidadores expongan menos síntomas de los reales y sobreestimar la edad de inicio.

-Tipo de inicio infantil: este subtipo se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los afectados suelen ser varones, que frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad. Estos sujetos tienden propensión a experimentar un trastorno disocial persistente, y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la época adulta más a menudo que los sujetos con un tipo de inicio adolescente.

-Tipo de inicio adolescente: este subtipo es definido por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden a desplegar menos comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de varones a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

-Trastorno disocial no especificado: se establece este subtipo cuando no es posible determinar el inicio del mismo.

Especificaciones de gravedad. Ya hemos avanzado la existencia de tres niveles:

-Leve: son muy pocos o ninguno los problemas comportamentales que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y estos problemas causan a otros individuos daños relativamente pequeños.

-Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios, entre “leve” y “grave”.

-Grave: hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas.

3.3.1.4. Trastorno del comportamiento perturbador no especificado

Este trastorno podría ser considerado como un *comportamiento negativista desafiante*. Pero, sin embargo -tal como se observa al estudiar los cuadros clínicos que en él se incluyen-, el hecho de que no se cumplan en su totalidad ni los rasgos definidores y determinantes de este tipo de comportamiento, ni los criterios que corresponden al denominado trastorno disocial, pese a lo cual existe deterioro comportamental clínicamente significativo y constatable, hace que se considere este trastorno como una especificidad diferenciada APA, (1995).

3.4. El diagnóstico diferencial de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y otras patologías que cursan con alteraciones conductuales

El diagnóstico diferencial desempeña un papel importante y constituye el inicio de todo plan de tratamiento. El profesional ha de determinar qué enfermedades deben considerarse, y elegir posteriormente cuál es la que probablemente explique mejor los síntomas.

El problema del diagnóstico diferencial es la tendencia a llegar a un diagnóstico final con demasiada rapidez. Formarse impresiones iniciales puede ser importante a la hora de ayudar a sugerir qué preguntas deben efectuarse y que hipótesis deben comprobarse. En el caso del período de la adolescencia, este aspecto puede agravarse debido, no solo a la gran variabilidad de signos y síntomas que esta etapa evolutiva presenta, sino a la ambivalencia con que los adolescentes los presentan, ya que en ese momento pueden no ser un reflejo claro del curso en el tiempo. El diagnóstico exacto requiere una condición metodológica de todas las posibles enfermedades en el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial tiende a centrarse en síntomas de corte transversal, ya que son los más difíciles de definir. Pero aspectos como el anamnesis personal, antecedentes familiares, escolares, resultados de pruebas biológicas, las respuestas de los tratamientos terapéuticos individuales o al abordaje desde la perspectiva social son los que pueden determinar o esclarecer las posibles dudas entre un diagnóstico u otro.

A continuación se presentan dos tablas de diagnóstico diferencial. La primera tabla muestra los matices significativos entre los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y los diferentes trastornos que cursan con alteraciones conductuales.

La segunda de ellas muestra matices significativos que presentan los diferentes trastornos (TDHA, TND, TD) y que se les denomina bajo el nombre de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Es importante conocer qué especificidad existe entre estos trastornos debido a la gran proximidad que presentan dentro de un continuum.

	TDHA	TND	TD
T.COMPORTAM . ANTISOCIAL EN LA NIÑEZ	No forma un patrón de comportamiento en el tiempo y evolución. Actos antisociales aislados		
T. ADAPTATIVO CON T. DE COMPORTAMIENTO	Es una respuesta de mala adaptación a un acontecimiento vital estresante identificable		Se encuentra por debajo del umbral de gravedad y aparece claramente en respuesta a un estresante psicosocial
T. DEL CONTROL DE IMPULSOS EXPLOSIVO INTERMITENTE	Típicamente aparece desde la adolescencia tardía hasta la tercera década de la vida	No se caracteriza por un patrón de conductas antisociales. La forma de presentación es brusca sin período prodromático. No busca incentivos y ganancias con el acto agresivo	
T. DE MOVIMIENTOS ESTEROTIPIADOS	Se caracteriza por un movimiento motor repetitivo y no funcional Da lugar a lesiones corporales autoinfligidas		
ESQUIZOFRENIA	Típicamente aparece en la adolescencia, aunque pueden darse casos prepuberales. Inicio raro en la primera infancia	Caracterizada por la presencia de delirios, alucinaciones auditivas y trastornos formales del pensamiento (incoherencia, gramática distorsionada, ecolalia...) Las alteraciones conductuales se manifiestan de forma asociada y dentro del período activo de la enfermedad.	
T. ESQUIZOFRENIA FOR.		Duración máxima 6 meses	
T. ESQUIZOAFECTIVO		Es necesario durante la enfermedad un episodio de depresión mayor, maníaco o mixto simultáneamente con la sintomatología de la esquizofrenia No se requiere un deterioro de la actividad social, escolar o laboral.	
T. DELIRANTE	La actividad social empobrecida acostumbra a ser una consecuencia directa de las mismas creencias delirantes		
T. PSICÓTICO BREVE	Aparece solo en respuestas a ideas delirantes o alucinaciones. Duración máxima 1 mes		
T. CICLOTÍMICO	Presencia de al menos 1 año de síntomas hipomaníacos y síntomas depresivos sin dejar de estar presente más de 2 meses. Las alteraciones conductuales se presentarían durante la fase hipomaníaca. No se requiere un deterioro de la actividad social, escolar o laboral.		

T. HIPOMANÍACO	Típicamente se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida. Es raro el inicio en la adolescencia. Su curso es episódico.	Típicamente comienzan y acaban de forma brusca. Se caracteriza por un estado de ánimo expansivo: autoestima exagerada, verborrea, fuga de ideas, aumento de la actividad escolar, social o personal
EPISODIO MANÍACO		Típicamente comienzan y acaban de forma brusca. Se caracteriza por un estado de ánimo expansivo: autoestima exagerada, verborrea, fuga de ideas, aumento de la actividad escolar, social o personal
DEPRESIÓN MAYOR	La hiperactividad e irritabilidad aparecen como un intento de desechar la tristeza. Curso episódico	Típicamente la sintomatología depresiva no busca el placer inmediato o la búsqueda de sensaciones mediante al transgresión de las normas o violar los derechos de los demás. Existen períodos de estados caracterizados por anhedonia, abulia, astenia. Típicamente los factores ambientales, como las variables socioeconómicas no determinan y/o desempeñan un papel importante a la hora de realizar el diagnóstico
T. DISTÍMICO		No se requiere un deterioro de la actividad social, escolar o laboral.
T, GENERALIZAD O DEL DESARROLLO	Posee una presentación clínica característica con deficiencias marcadas en las relaciones sociales, retraso grave del lenguaje, y un abanico restringido de intereses comportamientos y respuestas perceptivas anómalas a estímulos sensoriales.	
RETRASO MENTAL	Hay necesariamente afectación general del desarrollo intelectual y la capacidad adaptativa. No busca incentivos y ganancias con los comportamientos desaditivos, ni estan encaminados a transgredir la norma. El curso de la enfermedad está influido por la evolución de las enfermedades médicas subyacentes.	
INTOXICACIÓN ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS	El deterioro típicamente se asocia a traumatismos relacionados con la falta de coordinación motora	
DELIRIUM	Tienen en común la alteración de la consciencia y de las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación, percepción o alteración del lenguaje)	

Cuadro nº 7

El objetivo de realizar un Diagnóstico Diferencial es determinar un diagnóstico único entre un grupo de diagnósticos que se excluyen entre si, con el fin de explicar de la mejor manera la sintomatología que aparece en un individuo. Sin embargo, este objetivo no es tan

fácil de conseguir, ante la gran variabilidad de sintomatología que puede presentar un individuo y sus múltiples combinaciones, tal como mostramos en el cuadro nº 7

En la práctica clínica, los casos más abundantes no son los cuadros que podríamos llamar “puros”, sino que existen mayoritariamente individuos con sintomatología comórbida.

El uso de múltiples diagnósticos como consecuencia de esta falta de “pureza” de sintomatología no tiene más ventajas que inconvenientes o viceversa, si se tiene en cuenta las implicaciones que ello supone. Es decir, tener más de un diagnóstico no significa que exista más de un proceso fisiopatológico subyacente. Eso no significa que los diagnósticos no deban considerarse bloques descriptivos útiles para comunicar información diagnóstica.

No obstante, el cuadro nº 7 es un intento de reflejar aquellos matices más relevantes y a la vez excluyentes de un tema tan complejo como es el de las patologías que cursan con problemas de comportamiento, con el objetivo de minimizar los posibles diagnósticos que presente un adolescente que tenga problemas de conducta.

	TDHA	TND	TD
TDHA		<p>El núcleo de la sobreactividad no se limita al aspecto motriz: dormir, comer, accidentes</p> <p>La inatención y la impulsividad es el núcleo del trastorno.</p>	<p>Típicamente se presenta antes de los 7 años.</p> <p>El objetivo no es transgredir las normas o violar los derechos ajenos.</p> <p>Factores socioambientales e historia familiar tienen una influencia relevante y determinante</p>
TND	<p>Típicamente la frustración no viene determinada por la impulsividad o hiperactividad sino por la no consecución del objeto</p>		<p>El mecanismo de defensa nuclear es la negación.</p> <p>La sintomatología difiere significativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gravedad (+) Tipos de conductas (delictivas). <p>Típicamente constituye la fase prodrómica.</p> <p>Paralelismo entre sexos:</p> <p>Prevalencia</p> <p>Sintomatología</p>

TD	<p>La inatención puede ser debida al aburrimiento</p> <p>Con el tratamiento farmacológico sólo se atenúan el impacto de algunos síntomas externalizantes (agresividad)</p>	<p>Coste elevado para la familia y la sociedad.</p> <p>Típicamente diferencias de sexos:</p> <p>Prevalencia</p> <p>Sintomatología</p>	

Cuadro nº 8

El diagnóstico diferencial entre los trastornos que componen el bloque de los “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” presentado en el cuadro nº 8 es muy complicado. No sólo porque hay comorbilidad de síntomas, sino por el hecho enmascarado aunque presente en todo momento de la continuidad –discontinuidad de este grupo de trastornos.

En la práctica clínica se ha evidenciado numerosas veces la continuidad entre estos trastornos atendiendo a su curso a dos niveles; uno de ellos la evolución de la sintomatología. El otro, y de forma totalmente paralela al primero, el desarrollo evolutivo del adolescente.

El Diagnóstico Diferencial necesita de otras variables (además de las puramente sintomatológicas), no sólo para realizar un diagnóstico lo más preciso posible sino, y no por ello menos importante, para realizar estrategias de prevención.

Delante del posible “continuum” que se establece entre los trastornos, la descripción y el “control” de variables como los factores predisponentes, precipitantes o específicos de cada adolescente son el primer paso para romper esta continuidad.

La recogida de información mediante un modelo diagnóstico tetradimensional (biológico, psicológico, social y pedagógico) de los factores de riesgo intervinientes en la conducta nos permitiría realizar un análisis más preciso de la misma.

4. EL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO

4.1. Concepto de diagnóstico psicopedagógico

En la literatura científica sobre el tema, existe perceptible confusión y aun disparidad de criterios en el uso de los términos “diagnóstico” y “evaluación” -ver especialmente Martínez , (1994) que trata de hacer una síntesis sistemática del problema-, de modo que en principio resulta dificultoso, al analizar las definiciones que diferentes autores dan de los mismos, encontrar elementos comunes o sintetizadores que nos permitan extraer conclusiones generalizadoras, ya que es dado observar como los criterios de aplicación de estos términos los convierten en sinónimos, complementarios, miembros de una sucesión o incluso en intercambiables.

En síntesis, se puede observar que la aplicación que las distintas escuelas teóricas hacen de los términos que nos ocupan muestra posturas metodológicas, científicas e incluso ideológicas sobre el modo de afrontar las cuestiones teóricas y prácticas comprendidas o relacionadas con los mismos. Las diferencias se centran, fundamentalmente, en los siguientes aspectos:

-Orden de la aplicación de las actividades y objetivos comprendidos por el “diagnóstico”, la “evaluación” y la “valoración” (término, como veremos, emparentado con el anterior) en el proceso educativo. Por ejemplo: “El proceso diagnóstico forma parte del diseño curricular y se complementa con el proceso de evaluación.” Es decir, “diagnóstico y evaluación suponen el principio y el fin de todo proceso didáctico: uno lo abre y otra lo cierra”, (Castillo,1994:641).

-Primacía o interdependencia entre los conceptos. (García y González 1998:162), por ejemplo, mantienen “que el *DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO* resulta incluido en la *EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA*, constituyendo un momento, no el único, y a veces ni tan siquiera el principal de esta última”, en tanto que otros autores señalan tanto su individualidad como su complementariedad o su sucesividad.

-Las propias definiciones, la descripción de finalidades, objetivos y métodos. Es evidente, en este tema, que autores distintos denominan de forma distinta o aun contradictoria realidades similares, y viceversa: “la literatura sobre el tema no se caracteriza, justamente, por su claridad y precisión en el terreno conceptual y terminológico”, (García y González, 1998:162). Sin duda, este fenómeno nace del hecho de que nos encontramos, sobre todo en lo que se refiere al término diagnóstico, ante una terminología originada en otras ciencias y que ha sido adoptada y asimilada, sin unos criterios previos de consenso terminológico, al campo de la psicopedagogía.

Independientemente de que el uso especializado de los términos haya podido modular, matizar y finalmente desfigurar la definición originaria, es evidente que cualquier enfoque sobre este problema intentando aclarar la confusión terminológica nos exige regresar al origen, es decir, acudir a la definición de partida.

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) señala para la voz “diagnosis” el étimo griego que significa “*conocimiento*”, y el significado médico de “conocimiento diferencial de los signos de las enfermedades” y, en biología, “descripción característica y diferencial abreviada de una especie, género, etc.” El mismo diccionario adjudica a “diagnóstico” el étimo griego “*diagnostikós*”, derivado del anterior y que traducimos por “distintivo, que permite distinguir”, Corominas, (1991), manteniendo la misma relación para las acepciones del significado: “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.” Por otra parte, cabe señalar que “*diagnosis*”, indudablemente, tiene en sus orígenes el prefijo *dia-* que significa “a través de”, y el lexema *gnôsis*, “conocimiento”. Con lo que parece claro que el término, en cualquier campo o materia, hace referencia a la determinación de un estado o situación mediante la correcta interpretación de los “signos” o “síntomas” que se presentan, en tanto que, para obtenerlos, claro está, podrá hacerse uso de la metodología oportuna, adecuada y correspondiente. De ahí puede deducirse que el diagnóstico es un paso previo a cualquier

acción destinada a modificar -en nuestro caso la actuación psicopedagógica- la realidad diagnosticada previamente.

En este sentido se manifiesta el profesor (Castillo, 1994:640), que justifica su posición mencionando, específicamente, el diagnóstico que el médico o el mecánico realizan previo a cualquier intervención, lo que se extiende a otros campos: “un responsable social realiza un diagnóstico de necesidades en una determinada área social ANTES DE diseñar el programa que de (sic) respuesta a sus necesidades- Luego vendrá el proceso evaluador que, sobre la información producida, de principio o fin, en un programa, intervención o actuación de cualquier tipo social o laboral, valorará críticamente el acierto o adecuación, tanto en su planificación previa, como en el desarrollo seguido y en los resultados conseguidos.” La longitud de la cita se justifica por la claridad con que ciñe e ilumina la cuestión.

Postura diferente muestran (García y González 1998:162): “Por diagnóstico se entiende aquella fase de la evaluación psicopedagógica en que los agentes educativos, a partir de una información recogida, elaboran modelos funcionales, explicativos de la situación actual de un alumno o un grupo de alumnos, con el fin de orientar un programa de intervención educativa.” Para estos autores la evaluación es un procedimiento global del que el momento diagnóstico es únicamente un componente.

En tanto que el artículo “La evaluación psicopedagógica”, de Aguilar López, García García, López Gil y Muñoz Beltrán, en (Bisquerra 1998:303) señala: “Las primeras (pruebas normativas de Evaluación Psicopedagógica), persiguen el propósito de establecer comparaciones entre los distintos alumnos y de relacionar los datos obtenidos con los de un grupo de sujetos considerados como norma. Es decir, sitúan al alumno en relación al grupo al (sic) grupo normativo y su valor diagnóstico hace referencia a conocer las definiciones, dificultades o necesidades educativas especiales (...) Las segundas (pruebas criterios de Evaluación Psicopedagógica), se orientan a conocer las consecuencias, logros o habilidades de los alumnos en relación a (sic) un determinado criterio. Quieren reflejar el nivel alcanzado por un alumno en un objetivo concreto. Su finalidad diagnóstica debe permitir el establecimiento del tipo de acción-intervención que se precisa realizar.” Encontramos aquí de nuevo un talante subsidiario del diagnóstico con respecto a la concepción global de la evaluación.

A continuación, los autores recogen “la clasificación de las técnicas de diagnóstico que nos ofrece Maganto ” y que se agrupan en “técnicas objetivas”, “técnicas subjetivas”, “técnicas proyectivas” y “técnicas psicométricas”. Parece claro que estas técnicas permiten recoger una información variada y ampliada destinada a especificar el conocimiento que podemos poseer acerca de la situación psicopedagógica de un sujeto en un momento determinado, conocimiento que es indispensable antes de emprender cualquier acción educativa que quiera ser correcta y efectiva: “Recordamos que el propósito de la evaluación psicopedagógica no es obtener información para clasificar y profundizar en las limitaciones, sino estar en condiciones de facilitar desde el propio contexto escolar la respuesta educativa adecuada a sus necesidades que permita alcanzar, en la medida de lo posible, los objetivos establecidos en el currículo”, (Bisquerra, 1998:306).

(Martínez 1994:626) aporta buena dosis de claridad, admitiendo que la “situación de confusión terminológica que venimos comentando ha sido denunciada por diversos estudiosos de nuestra disciplina Pérez, Lázaro etc. , porque da lugar a una problemática no

sólo de tipo conceptual, sino también práctico. Al dificultarse la definición de lo que es el Diagnóstico Pedagógico, se dificulta también la especificación de sus objetivos, la clarificación de sus funciones y la delimitación de sus ámbitos de actuación; así, por lo que respecta a estos dos términos, -diagnóstico y evaluación-, se pasa del empleo de uno a otro como si de sinónimos se tratara.”

A continuación expone con claridad que los significados de los términos *evaluación* y *valoración* “se encuentran implicados en la realización de un diagnóstico”, puesto que el Diagnóstico Pedagógico “contempla actividades de assessment, relacionadas con la valoración de alumnos en un contexto de enseñanza-aprendizaje”, (Martínez , 1994:626), lo que apoya Gil Fernández (1991) al escribir que se entiende el Diagnóstico Pedagógico como “un proceso que, mediante la aplicación de unas técnicas específicas, permite llegar a un conocimiento más preciso del educando y orientar mejor las actividades de enseñanza-aprendizaje...”, (Martínez, 1994:626).

Similares consideraciones aparecen en el resto de opiniones recogidas por la autora, lo que le permite concluir que “podríamos considerar que el Diagnóstico Pedagógico engloba tanto al “assessment” como a la “evaluation”, y que tiene como *ámbitos de actuación* todos los que sean propios de la educación: sujetos, programas, instituciones docentes, familia, etc.” (Martínez, 1994:626).

Por lo que hace al término “evaluación”, como en el caso anterior, acudimos en primer lugar al DRAE, que nos señala que *evaluación* es “acción y efecto de evaluar”, lo que nos obliga a acudir a esa voz y confirmar que procede del francés *évaluer* “señalar el valor de una cosa; estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa; estimar los conocimientos, aptitudes y conocimientos de los alumnos.” (ibide)

Parece claro que, de acuerdo con las definiciones académicas de *diagnóstico* y *evaluación*, para poder efectuar la valoración, el cálculo de valor, que la evaluación comporta es preciso el conocimiento de aquello que se valora, es decir, es preciso un diagnóstico previo, efectuado mediante los procedimientos que se estimen apropiados, a partir del cual se pueda evaluar.

Por otra parte, en lo que se refiere concretamente a la definición académica, hemos de atender que se menciona la “estimación” (DRAE: aprecio y valor que se da y en que se tasa y considera una cosa”), operación que no se puede realizar sin la posesión previa del conocimiento de la cosa que se ha de estimar; por lo que el diagnóstico como momento previo, al menos atendiendo a la literalidad y la primera intención de las definiciones académicas fundamentales, se hace ineludible.

El resto de definiciones y usos del término *evaluación* que aparecen en la bibliografía al uso, algunos de las cuales ya hemos mencionado en el apartado anterior, reitera los extremos de amplitud conceptual y diversidad de opiniones y aplicaciones ya comentados en el apartado anterior dedicado a *diagnóstico*, en el que han aparecido referencias específicas y comparativas con respecto a *diagnóstico*.

En general, nos encontramos ante un abanico amplio de definiciones, mediatizadas por posturas epistemológicas, aunque parece un elemento común que “la evaluación, por su parte, va acumulando todo tipo de información; también la que le proporciona el diagnóstico,

tal como se va produciendo en todos los momentos de una actividad educativa, de principio a fin.” (Castillo, 1994:642).

En (Bisquerra 1998:302) encontramos una definición muy generalizadora, entendiendo como evaluación: “El estudio de todos aquellos elementos que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que está inmerso el alumno con el fin de dar respuesta a sus necesidades educativas.” Es lógico advertir que esta posición permite múltiples inferencias metodológicas y deja campo abierto a opiniones incluso contradictorias sobre el tema que nos ocupa.

Por su parte, (Bassedas 1998:49) y Bisquerra (1998:303)- introduce un nuevo elemento, el del alumnado en dificultades, al exponer que “entendemos por evaluación psicopedagógica un proceso en el que se analiza la situación del alumnado con dificultades en el marco de la escuela, del aula y de la familia, a fin de proporcionar a los maestros y a los padres orientaciones e instrumentos que permitan modificar el conflicto manifestado”.

Para de la Orden y García , citado en (Martínez 1994:624), la evaluación “es el proceso o conjunto de procesos sistemáticos de recogida, análisis e interpretación de información relevante para medir o describir cualquier faceta de la realidad educativa, y sobre esta descripción formular un juicio de valor por su comparación con un criterio o patrón, todo ello como base para tomar decisiones”. Con ello parece recoger las tendencias en que la necesaria cooperación y complementariedad de los dos procesos (diagnóstico y evaluación) lleva a la aproximación de sus campos conceptuales por compartir aspectos comunes, sobre todo en lo que respecta a su tarea informativa y a la participación de técnicas e instrumentos comunes.

(Castillo 1994:642) nos parece esclarecedor, pues admite la situación de confusión terminológica y trata de discernir sistemáticamente: “En términos generales la evaluación se dirige fundamentalmente a la mejora de la calidad educativa, evaluando los distintos aspectos del contexto educativo para tomar decisiones que posibiliten dicha mejora (...) El diagnóstico proporciona una información ‘anticipadora y previsor’ (lo que a algunos les induce a confundir con la ‘evaluación diagnóstica’ y de ahí, por extensión, sumir al diagnóstico dentro de la evaluación, en una concepción simplificadora), en el momento previo (= antes de) como ‘punto de partida’ precedente a toda actuación.”

Lo que aparece admitido por todos los autores es la importancia que tiene el conocimiento del alumno y sus circunstancias alcanzado por sus educadores, conocimiento sin el cual no es posible plantear objetivos ni proyectos que atiendan especial y específicamente al alumno concreto, por ello “la evaluación recibe un tratamiento de excepción en el nuevo sistema educativo (...) La mejora de la calidad de la educación, la optimización de cuanto acontece en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y, en definitiva, el perfeccionamiento de todo el sistema educativo, es la preocupación constante de la reforma educativa y de sus responsables. No hay mejora si no hay un conocimiento real de la situación educativa; y ello no es posible si no se cuenta con evaluación eficaz que posibilite la oportuna toma de decisiones”, (Castillo, 1994:641).

Quizá haya que advertir que un mal uso del término, o una aplicación apresurada o simplista del mismo ha podido simplificarlo o reducirlo a un mero aspecto numérico (quede

claro, “evaluar” no es “poner notas o calificar”). Por ello hay que tener presente que existe una palabra específica para ello: *valoración*.

Valoración es el término con que se ha traducido el inglés “assessment” que, siguiendo a Wolf implica, según cita (Martínez 1994:625), “una valoración, comprobación o apreciación de características con fines diagnósticos, de clasificación o de gradación”, y que según Choppin, en íbidem., “debe ser reservado para ser aplicado a personas, y está implícito en actividades relacionadas con exámenes, certificaciones, etc., que pueden ser realizadas con procedimientos formales o informales, y que se traducen en una calificación o gradación del sujeto para ubicarle o posicionarle dentro de una escala”.

Para (García y González 1998:162): “Valorar es ‘sopesar’ algo, o lo que es lo mismo ‘medir comparativamente’”. Es decir, tratar de representar en alguna escala convencional con parámetros predefinidos, el lugar ocupado por un individuo con referencia a un ítem determinado.

A la vista de la bibliografía existente, y atendiendo a las razones de quienes defienden las diversas posturas terminológicas que hemos resumido, parece claro que el DIAGNÓSTICO, y específicamente el DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO tiene entre sus objetos la determinación de la tipología y las causas de los problemas de comportamiento en el contexto escolar, como situación que dificulta el proceso de aprendizaje de los alumnos protagonistas de la citada problemática, y que por ello ES UN MOMENTO PREVIO AL DE LA ELABORACIÓN Y CONCRECIÓN DE CUALQUIER INTERVENCIÓN y a la posterior EVALUACIÓN y posible VALORACIÓN de las consecuencias de la misma.

Ello, como sistematiza Castillo (1994), establecería una secuencia lógica en el proceso educativo consistente en un primer diagnóstico a través de la información recopilada, la determinación de una estrategia o plan de actuación teniendo en cuenta ese diagnóstico y el resto de variables, la aplicación o ejecución del proyecto de actuación, su evaluación, y un nuevo diagnóstico, que puede modificar el anterior y, en su caso, llevar a una nueva planificación y a nuevas formas de intervención, con repetición cíclica de todo el esquema.

Con ello queda claro que ambos procesos interactúan constantemente, utilizan elementos comunes, difieren en sus fines “ya que, así como la evaluación sirve para determinar en qué grado se lograron los objetivos propuestos, mediante el diagnóstico se descubren y exploran dificultades que pueden interferir en el proceso enseñanza-aprendizaje,” (íbidem), y son fundamentales en el proceso educativo por toda la información que proporcionan.

4.1.1.- Diagnóstico de factores de riesgo predisponentes de los problemas de comportamiento

La constatación de la existencia de una conducta problemática o de un hecho conductual concreto que puede ser considerado dentro de los parámetros que definen este tipo de conductas (inaceptabilidad, conflictividad, incorrección o simplemente inadecuación) obliga a que los profesionales concernidos por esas conductas o con algún tipo de responsabilidad al respecto, deban afrontar la correspondiente toma de decisiones.

El problema, ya de por sí difícil por afectar a una de las manifestaciones y actividades más complejas del ser humano (la conducta), se intensifica cuando es protagonizado por niños o adolescentes, es decir, por personas cuyas características y estado de evolución o desarrollo personal, como se apunta en estas páginas, propician inestabilidad, máxima influenciabilidad y cierto nivel de carencia de recursos conscientes o inconscientes para responder de un modo enteramente personal y autónomo tanto a los impulsos internos como a las tensiones propiciadas por el entorno.

En la mayor parte de los casos, el impulso primero de los adultos con responsabilidad educadora o de tutela sobre esos niños o adolescentes y sus conductas responde al objetivo de su “catalogación negativa” (no olvidemos que el hecho de poder “dar nombre” a una situación proporciona una falsa sensación de seguridad) y a impedir, por el modo más directo y aparentemente efectivo posible, la continuidad de las conductas consideradas problemáticas, puesto que lo molesto y distorsionador es, precisamente, su existencia y la perturbación consiguiente hacia el entorno. Es decir, se coloca una etiqueta negativa al sujeto, una marca que pone sobre aviso a los demás y a partir de la cual parecen implícitas unas primeras y predeterminadas “pautas de actuación” (con lo que implícitamente ya se asigna un rol determinante y negativo al sujeto); y se concreta una intervención -generalmente, por lo que acabamos de comentar, de tipo punitivo y/o represor, destinada a poner coto o límites y a conseguir “reconducir” la conducta dentro de los parámetros socialmente admitidos o considerados como “correctos”. Con esto último, en la mayor parte de los casos, y por un fenómeno de reacción, se logra el efecto contrario del pretendido.

Éste ha sido el comportamiento típico/tópico más extendido en los ámbitos familiares y escolares, y debemos comprender que ha sido provocado por la necesidad de actuación inmediata y la falta de medios o de conocimientos especializados para acometer otras vías de intervención.

Debemos reconocerlo: “guardar el orden”, “mantener la disciplina”, “poner en acción los elementos normativos necesarios para la observancia del clima que propicie la correcta convivencia y el ambiente adecuado para el aprendizaje”, con ésta o parecida terminología, han sido, entre otras, funciones asignadas a los educadores y a los tutores o responsables familiares. A título ilustrativo: no es extraño que a un profesor primerizo se le exija, antes que nada, “que sea capaz de garantizar el orden y la disciplina en el aula”, previa e independientemente a su capacidad didáctica.

La falta de formación especializada al respecto, y la urgencia inmediata con la que se requiere la respuesta por parte del profesor o educador y que lleva, por mor de una sistematización práctica, a la “clasificación generalizadora” de los conflictos y de quienes los ocasionan, provocan que, en definitiva, la mayor parte de los esfuerzos vayan destinados al control de la conducta distorsionada y distorsionadora, sin más profundización ni planteamiento de objetivos ulteriores, y por ello las causas que la motivan quedan sin atender. Jiménez Díaz (1994:65) constata así estas tendencias generales: “se tiende fácilmente, y nuestra experiencia en esta problemática así lo corrobora, a atribuir, peyorativamente, actitudes o conductas, en el sentido de 'es un vago', 'es un anormal', 'es un inadaptado', etc. o sea, atribuciones externas de carácter estrictamente especulativas y sin objetivación real, cuando, en el fondo, nos podemos estar encontrando ante un niño/adolescente que por tener dificultades instrumentales o de los procesos del aprendizaje ignoradas (memoria, atención,

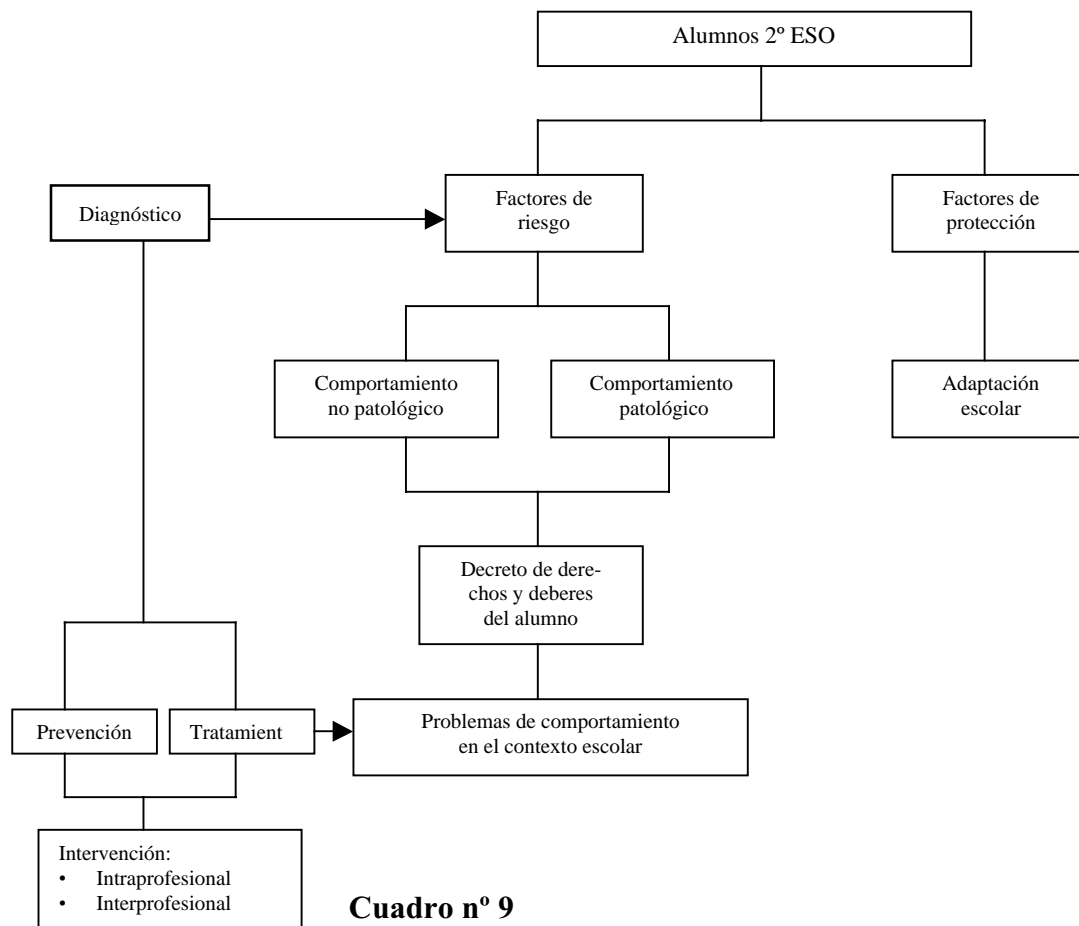
razonamiento, conceptualización, etc.) la imagen atribuida al mismo por el entorno va a condicionar su comportamiento”.

No puede por tanto sorprendernos que los individuos que muestran esas conductas, lejos de corregirse, persistan en ellas, e incluso muestren un deterioro progresivo de sus características conductuales, puesto que al no disponer de ayuda para reconocer o asumir su deterioro o problema, o para su corrección desde la raíz de su origen, la reacción es la persistencia e intensificación de la misma, como mecanismo lógico de asentamiento de lo ya existente, teniendo en cuenta, además, que el único refuerzo que reciben es, como ya señalamos más arriba, de tipo negativo: la catalogación en la marginalidad.

Es obvia la conflictividad que estas situaciones provocan. Se trata del enfrentamiento entre unas normas y pautas exteriores y no enteramente asumidas por el individuo, y las tendencias internas y las influencias externas sobre las que el propio individuo es incapaz de discernir ya que o no es consciente de su existencia o no dispone de los mecanismos que el proceso de maduración proporciona para ello.

El niño y el adolescente problemáticos actúan como lo hacen -entre otras causas que analizamos en el lugar correspondiente- porque la conformación inacabada de su personalidad los convierten en enormemente vulnerables, y por ello necesitan ayuda.

Estos razonamientos nos llevan a una primera conclusión básica. Toda intervención que desee ser efectiva desde el punto de vista educativo, es decir, que quiera dar ayuda y apoyo para que el individuo pueda desarrollar sus potencialidades y subsanar sus déficits o minusvalías de algún tipo, debe basarse, antes que nada, en el conocimiento de lo que existe como anterioridad básica al comportamiento materializado; así, la función del educador “nunca deberá ser la de mero receptor de criterios prejuzgados respecto al problema de consulta sino, con el conjunto de conocimientos e instrumentos a su alcance, deberá por todos los medios, intentar objetivar la realidad última de la situación problema”, (Jiménez Díaz, 1994:65). Dicha estructura de procedimiento nos queda delimitada en el cuadro nº 7 de este apartado.



Aparece así la necesidad del diagnóstico -puesto que sin él nos será imposible llegar a las raíces primeras, las causas efectivas y reales-, y la necesidad de utilizar “conocimientos e instrumentos”. Reprimir o tratar de corregir los efectos (el comportamiento incorrecto) sin descubrir las causas que los originan puede proporcionar la falsa ilusión de un posible remedio, que será en realidad sólo temporal. La persistencia en los mecanismos represivos o controladores no hará más que retrasar una nueva concreción de los auténticos problemas de base en nuevos episodios de comportamiento indecudo, posiblemente más intensos como respuesta a la represión a que el individuo ha sido sometido.

Así, son inevitables las preguntas: ¿por qué surge el comportamiento incorrecto?, ¿cómo explicar que ante los mismos condicionantes aparentes se produzcan, en individuos distintos, comportamientos dispares o incluso claramente divergentes y hasta opuestos?

Es razonable pensar en lo lógico de admitir la existencia de factores de base que propician o aminoran la posibilidad de los comportamientos que nos ocupan, o sea, surgen, junto con la catalogación de los elementos constitutivos del individuo, los conceptos “factor de riesgo” y “factor de protección”, que incrementan o aminoran, respectivamente, las posibilidades de que se produzca un determinado tipo de conducta.

A ello, conviene insistir, debemos unir la indiscutible individualidad y exclusividad de los componentes conductuales de cada uno de los seres humanos, teniendo siempre presente que “no debemos perseguir homogeneizar la población ni dar sólo asistencia a aquellos que presentan algún trastorno sino que la orientación e intervención educativas han de ir encaminadas a desvelar toda la globalidad de cada individuo a partir de sus posibilidades (innatas, ambientales...) para que alcance el máximo nivel posible”, (Comellas, 1990:15), recogiendo planteamientos de Rapsodie.

Lejos de nuestra intención que estas reflexiones constituyan reproche alguno a los educadores y profesionales de la conducta humana que a lo largo de la historia han dado, en conjunto, cumplido ejemplo de dedicación y preocupación por su “educando” (utilizamos el término en el sentido más amplio que admite). Es más, sin sus aportaciones, sin su inconformismo y su compromiso de búsqueda frente a las situaciones a las que continuamente han tenido que dar respuesta, no estaríamos en disposición de aportar un camino nuevo.

Partiendo de la sensación de carencia de recursos que, ante alumnos con problemas de comportamiento, los profesionales de la educación han padecido y que en la mayor parte de los casos ha servido de estímulo o acicate, nos situamos en la línea de quienes, al ritmo del progreso del conocimiento de lo que es el hombre en cuanto a ser complejo en todos sus componentes y de los instrumentos ideados para profundizar en ese conocimiento, pretenden aprovechar los conocimientos que dan respuestas acerca de los mecanismos generadores del comportamiento humano, para tratar de aportar soluciones. No vamos a perder de vista en nuestra aportación que “la elaboración de la conducta humana es un complejo en el que no existen, salvo en situaciones psicopatológicas específicas, elementos dominantes y factores dominados, sino que la interactividad de factores será lo que determine la fórmula definitiva de la conducta humana”, (Jiménez, L. et al 1994:41-42), y coincidimos con las aportaciones basadas en los estudios de Vygotski sobre la zona de desarrollo potencial y su aplicación a la evaluación por Feuerstein, lo que posibilitara “el conocimiento de las competencias del sujeto (...) para construir estrategias cognitivas y de conducta”, (Marín y Buisan, 1994:20), con lo cual adelantamos la necesidad de establecer mecanismos que propicien la colaboración del individuo afectado.

Y añadimos para establecer las bases de la pluridimensionalidad de nuestra propuesta: incluso en el caso de la existencia de situaciones psicopatológicas muy concretas está comprobado, como desarrollamos en otro lugar de este trabajo, que la interactividad no queda excluida como componente fundamental del comportamiento humano.

Cabe hacer otra advertencia para completar por el momento nuestros planteamientos: alumnos distintos pueden plantear problemas de conducta en apariencia similares, pero motivados por causas diferentes. Utilizando un símil médico: la fiebre que distintos pacientes presentan no implica que todos ellos padezcan la misma patología. Podemos limitarnos a tratar esa fiebre hasta que desaparezca, pero no con ello resolvemos el problema de salud; más bien nuestra intervención sería negativa, puesto que si conseguimos que la fiebre desaparezca lo único que en realidad habremos logrado es que la enfermedad siga su curso y perder un posible indicador de su avance. En realidad, la fiebre nos alerta de la existencia de un problema, una disfunción orgánica cuya gravedad puede ser insignificante o fatal. Sólo un proceso diagnóstico adecuado nos indicará qué es lo que realmente ocurre en el organismo enfermo, a partir de lo cual podremos establecer la terapia consecuente.

Por ello, ante las conductas problemáticas es necesario disponer de instrumentos que nos permitan establecer un diagnóstico efectivo. Y en nuestro caso, llevados del convencimiento de que la mejor terapia es la adecuada prevención -ya que “la prevención de trastornos conductuales y afectivos mostrados precozmente en el proceso evolutivo se presenta como uno de los objetivos claves de los sistemas enfocados a la salud mental infanto-juvenil”, (Sánchez y López, 1994:285)-, es muy importante que seamos capaces de diagnosticar los factores de riesgo que pueden ser predisponentes de estas conductas, ya que si sólo tratamos las conductas (mediante la sanción, las técnicas de modificación de conducta, etc.) siempre tendremos latentes las causas de origen.

Pretendemos, precisamente, la solución de los problemas desde su origen y, a ser posible, anticiparnos a esos problemas a través de la prevención basada, sobre todo, en el diagnóstico de los factores de riesgo.

La existencia del sistema educativo se justifica, esencialmente, por su capacidad para aportar ayuda específica al individuo. No se trata únicamente de la transmisión de conocimientos y valores. Una concepción dinámica y progresista de la educación señala el compromiso con la persona y sus avatares, con sus necesidades individualizadas y su capacidad de proyección individual y colectiva y por ello son fundamentales la capacidad de prevención y la capacidad de apoyo para la corrección o modificación.

Pese a la distorsión que las conductas problemáticas pueden proyectar sobre el entorno, el sistema educativo no cumplirá su función si no consigue ayudar, a partir del apoyo para resolver los problemas personales, familiares o patológicos generadores de esas conductas, a quienes las materializan, y se conforma con el papel sancionador y represivo. Continuando con el símil ya empleado en estas páginas, sería como castigar a los enfermos de gripe por tener fiebre o no ir a trabajar, en lugar de tratar la enfermedad de la que la fiebre es sólo un síntoma perceptible.

(Comellas, 1990:14-15) sintetiza con claridad al respecto: “el diagnóstico no constituye, pues, finalidad por sí mismo, sino que tiene razón de ser en cuanto, a partir de los datos, se pueda establecer una función orientadora que potencie el desarrollo de las posibilidades del individuo, centrándose en las causas que pueden dificultar dicho desarrollo, a la vez que estimule y facilite el aprendizaje de los procesos que el niño no ha adquirido, con lo que será preventiva de posibles problemas futuros”.

El diagnóstico que propugnamos, y que ya desde su vertiente preventiva “la prevención en la escuela se localiza en atender a los chicos 'en riesgo' de cometer delitos, ofertando programas específicos para ellos”, (Garrido,1995:34) concebimos como el primer paso en la intervención educativa con respecto a los problemas de conducta, nos permite: conocer la dirección en que la mencionada intervención debe establecerse; discriminar los elementos que se han de incorporar en la intervención; propiciar -si el diagnóstico se hace de modo correcto- que el sujeto atendido se sienta valorado, advierta la preocupación que suscita y perciba las expectativas de solución, con lo cual es posible que se consiga algo que es fundamental para conseguir el éxito, su complicidad.

Para ello, y en la confección de la batería instrumental necesaria, hay que tener en cuenta que “la recogida de información a partir de distintas fuentes da mayor garantía a la fiabilidad del proceso y permite obtener una óptica más completa de la naturaleza de los trastornos”, (Sánchez y López, 1994:288); ya que “la realización del diagnóstico viene condicionada por diferentes eventos: circunstancias ambientales, el marco teórico del diagnosticador, los objetivos que persiga, etc. Los modelos elegidos le marcan la pauta del proceso, y de alguna de las técnicas a emplear”, (Marín y Buisan, 1994:21), y que debemos tener presente “toda la globalidad del individuo, ya que sólo interviniendo en esta globalidad podremos lograr que el proceso de desarrollo se lleve a cabo óptimamente, con armonía, y que por tanto se logre un equilibrio y una madurez a lo largo de la vida escolar y en un futuro en la vida adulta”, (Comellas 1990:13).

Ello indica ya algunas de las líneas de nuestro empeño: pretendemos presentar una batería diagnóstica no determinista, inicial y orientadora de futuras intervenciones, desde una concepción del diagnóstico que puede ser considerada como creativa puesto que en su realización no partiremos de concepciones apriorísticas sobre el individuo concreto. Con nuestra batería de instrumentos intentamos disponer de un medio para detectar aquellos

factores de riesgo que puedan estar interviniendo con mayor o menor intensidad en el origen de los problemas de comportamiento del alumno al que se le aplica, teniendo en cuenta la pluridimensionalidad del individuo. Estamos, por tanto, de acuerdo con quienes, como Witkin, defienden que “lo que da la unidad a la persona es su manera propia de tratar la información o dicho de otro modo su estilo cognitivo. Los representantes de esta corriente tratan de romper el esquema clásico de lo cognitivo y la personalidad como dos entidades separadas o independientes”, (Marín y Buisan, 1994:20).

Esto plantea unos presupuestos determinados en el enfoque del diagnóstico que presentan Meyers y otros y sistematizan textualmente (Marín y Buisan, 1994:21):

- “a) La consideración del funcionamiento cognitivo como una función de desarrollo que acontece en la interacción continua sujeto-ambiente.
- b) La necesidad de que el diagnóstico sea considerado en relación al ambiente: evaluación en diversas situaciones.
- c) El diagnóstico ha de proporcionar información sobre las potencialidades y no sólo sobre las deficiencias.
- d) El diagnóstico debe implicar una participación activa del examinador y examinado.
- e) La necesidad de establecer el nexo de diagnóstico y tratamiento”.

Un diagnóstico bien realizado, para lo cual, como hemos visto, ha de tener en cuenta que la escuela es sólo un factor más, por lo que hay que atender las circunstancias familiares, las relaciones con los amigos y en la comunidad, en la línea de combinar *la teoría del control social de Hirachi* (que enfatiza el valor de los vínculos sociales en inhibir la delincuencia), y los supuestos del *aprendizaje social* (que establece la necesidad de poseer las habilidades de ejecución necesarias para realizar una conducta y recibir el refuerzo posterior), tal como señala (Garrido 1989: 33), permitirá una intervención a dos bandas:

- a) intervención terapéutica de tipo interprofesional (el equipo docente conjuntamente con los padres, el psicólogo... intervienen para solucionar el problema).
- b) intervención derivativa multidisciplinar a otros profesionales para recabar más datos diagnósticos (neurólogo, otorrino,) e intervenciones específicas de tipo terapéutico no específicas del contexto escolar (fármacos; prótesis de apoyo del tipo gafas, audífonos...)

Tratamos de superar la “evaluación tradicional” o Modelo Tradicional de Diagnóstico, apoyado en la psicología diferencial y explícitamente en las teorías de Rasgos y Factores, tal como la definieron Fernández Ballesteros y Carroble, mencionados textualmente en por (Marín y Buisan 1994:24): “aquella realizada en base a tests psicométricos, proyectivos o

subjetivos (entrevistas, escalas de autoapreciación, etc.) a través de las cuales puede llegarse a describir, clasificar y, en el caso más extremo, a explicar la conducta de un ser humano en base al análisis de su estructura de la personalidad, en la que se articulan características, rasgos, factores (propios del modelo de atributo-rasgos psicométricos), necesidades, defensas, conflictos (modelo psicoanalítico y médico-entidades nosológicas)”.

Creemos que este modelo ha quedado superado, puesto que en él “el comportamiento se 'explica' en función de variables intrapsíquicas u organísmicas (...) Las variables ambientales interesan sólo en la medida que pueden explicar la formación o constitución de estos rasgos”, (Marín y Buisan, 1994:23-24). Según este modelo de evaluación pretendemos rebasar, la conducta del sujeto puede ser explicada en mayor o menor grado (advirtamos la indeterminación) por la existencia de unos constructos internos de la personalidad (rasgos), ha de ser interpretada como signo o manifestación indirecta de esas características de personalidad subyacentes, y -lo que resulta aun más discutible, permanece estable a lo largo del tiempo.

Nuestra crítica superadora tiene referentes en las de autores que plantearon la insuficiencia de las concepciones básicas. Son al respecto fundamentales las que Mischel formuló en su *Personnality and Assessment*, señalando la necesidad de considerar los aspectos ambientales en el desarrollo de la persona. También hay críticas importantes a la consideración de los “rasgos” como predictores efectivos del comportamiento humano (lo que en resumidas cuentas es un determinismo casi unívoco), a las técnicas utilizadas con el cuestionamiento de la validez de las respuestas y la fiabilidad de los instrumentos: “Edwards ha demostrado cómo gran parte de las respuestas a dichos cuestionarios aparecen saturadas de la 'tendencia a dar contestaciones deseables' por parte del sujeto que responde”, (Marín y Buisan, 1994:26). Y, en general y de forma unánime, al hecho de que “no facilita la intervención, en el sentido de proporcionar elementos suficientes para comenzar un tratamiento. Su relación con el tratamiento es siempre indirecta y se limita a unas orientaciones generales”, (Marín y Buisan, 1994:27).

Desde el rechazo al modelo criticado, surgieron nuevas tendencias, como la Evaluación Conductual, desde la cual, sin embargo, se ha efectuado una nueva revisión que ha contribuido a la concepción del diagnóstico que nosotros mantenemos. En síntesis, estas tendencias presentan líneas de trabajo que contribuyen a una mayor efectividad en la aplicación de instrumentos que permitan un diagnóstico mucho más efectivo:

“- Variación en la forma de realizar la aplicación de las pruebas, con inclusión de preguntas al sujeto.

- Valoración cualitativa de los items, correcta o incorrectamente contestados.
- Ampliación de los datos para la interpretación en base a los puntos anteriores y a un mayor contacto con el ambiente presente, utilizando técnicas de observación.
- La combinación de las técnicas psicométricas clásicas con instrumentos construidos con base criterial.

- La complementación del análisis de los procesos psicológicos con el análisis de tareas, en los casos de dificultades de aprendizaje, preferentemente.
- La concesión de un papel más activo al sujeto, que participa también en la interpretación. El modelo de autoexploración que comienza a emplearse en orientación -favorecido por los materiales elaborados para ello- y la exploración efectuada con el ordenador”, (Marín y Buisan, 1994:27-28).

Avanzamos aquí algo que ya hemos mencionado y que condicionará la estructura de nuestra propuesta: concebimos al sujeto como un complejo pluridimensional (dimensión bioneuropsíquica, dimensión psicológica, dimensión pedagógica y dimensión socioambiental), cuyo desarrollo y conducta se ven afectados por múltiples variables de todo tipo, internas-externas, controlables-difícilmente controlables o incontrolables, permanentes-temporales... La constatación de esta evidencia obliga a plantearnos, a partir de ella, la actitud y el procedimiento mediante los que vamos a afrontar la búsqueda y delimitación de los factores influyentes en la conducta inadecuada, y para ello es necesario tener en cuenta que la evaluación, y por extensión el diagnóstico, de niños y adolescentes debe tener en cuenta algunos aspectos específicos que es necesario resaltar como hace Silva (1995):

- Los niños y adolescentes carecen de la conciencia de encontrarse en situación conductual que requiere de apoyo e intervención externa y por tanto de la necesidad de evaluación o diagnóstico como primer paso de esa intervención, por lo que si concluimos “que el problema del niño o adolescente es real y requiere tratamiento, es éste el que tiene que ser convencido acerca de la conveniencia de tal tratamiento. De lo contrario, nos arriesgamos a actuar sin su apoyo”, (Silva Moreno, 1995:24). Esto obliga a que tal colaboración se requiera ya en el momento de la aplicación de los instrumentos que nos facilitarán el diagnóstico.

-”El diagnóstico debe hacerse desde una perspectiva evolutiva (...) durante la infancia y la adolescencia ocurren cambios comportamentales que, por su magnitud, intensidad o velocidad, deben tenerse especialmente en cuenta”, (Silva , 1995:25). Recuérdese al respecto la crítica a la concepción estática del comportamiento propia del Modelo Tradicional de Diagnóstico, frente a la que Sattler , citado por (Silva, 1995:25) es categórico: “En la evaluación clínica y psicoeducativa de los niños, las estrategias de evaluación deben seleccionarse teniendo en cuenta los procesos evolutivos. La evaluación de niños nunca debería llevarse a cabo sin considerar las normas de desarrollo”.

-Las variables ambientales son de suma importancia porque, en palabras de (Silva1995:25-26), “el niño está bajo mayor control de su entorno físico y social que el adulto” y “está menos estructurado como persona”, sin olvidar que “organismo y ambiente interactúan, de tal manera que una etiología orgánica no excluye una intervención psicológica ni anula sus posibilidades de éxito”.

-Es muy importante enfatizar los aspectos instrumentales e intelectuales, porque “son una especie de 'vía regia' a través de la cual se canaliza la integración social de las personas en nuestra cultura”, (Silva, 1995:26).

Como se puede apreciar, las consideraciones que acabamos de exponer se ajustan a la concepción pluridimensional -en concreto tetradimensional- de la persona sobre la que basamos nuestra propuesta y no cabe duda, y con ello acabamos esta argumentación, de que a una realidad multidimensional debe aplicarse un conjunto de instrumentos multidimensional que mediante sus componentes sea capaz de dar razón de tal complejidad.

4.2. Fundamentación del modelo tetradimensional de diagnóstico

Ante la presencia de un problema de conducta, y antes de determinar cómo se va a intervenir al respecto, hay que efectuar el diagnóstico (lo que nosotros consideramos primer momento de la intervención porque supone la implicación del profesional de la educación con el problema y el abandono de una posición pasiva de mera constatación), “con objeto de determinar las causas que lo originaron, los aspectos ambientales que favorecen su permanencia y evolución y las características pedagógicas y psicológicas del mismo”, Álvarez,(1984). El diagnóstico que pretenda ser efectivo ha de atender tanto aspectos específicos y propios de la naturaleza del sujeto como ambientales, pedagógicos y psicológicos, con lo que debe ser “pluridimensional, es decir, dirigido a todos los ámbitos de su personalidad”(Álvarez, 1984: 65), sin que con ello se excluya taxativamente el diagnóstico “específico de un área que aparece como generadora del problema”, Álvarez (1984), circunstancia esta del diagnóstico específico que, pensamos, requiere siempre de un anterior diagnóstico pluridimensional que nos permita discriminar el o los orígenes concretos del problema.

El diagnóstico, indispensable y previo al establecimiento de una correcta estrategia de intervención, no se puede obviar, ya que con él pretendemos “averiguar las causas que se esconden detrás de los síntomas manifestados por los individuos. Un mismo trastorno puede tener manifestaciones diferentes, y una manifestación puede tener como base: distintos trastornos (...) los elementos a observar deben ser lo más amplios posible, profundizando en aquellos que, dé la impresión, son los causantes del problema”, (Marín y Buisan, 1984:16), por ello, especificando, hay que estudiar aspectos tan concretos y complejos como “inteligencia y aptitudes específicas”, “personalidad y adaptación”, “contexto familiar y escolar”, “factores físicos y sensoriales: estado físico, control motor, visión, audición, pronunciación y dicción”.

El ser humano, tanto en su constitución como en su comportamiento, muestra una complejidad pluridimensional de factores interactivos que no siempre ha sido atendida ni entendida debidamente: “La elaboración de la conducta humana es un complejo en el que no existen, salvo en situaciones psicopatológicas específicas, elementos dominantes y factores dominados, sino que la interactividad de factores será la que determine la fórmula definitiva de la conducta humana”, (Jiménez, L. et al. 1994:41-42).

Ha sido un proceso lento y costoso llegar a un consenso general que admita las interrelaciones existentes entre los componentes biológicos, los psicológicos, los sociológicos y, fundamentales en nuestro caso, los pedagógicos. Un repaso apresurado y sin entrar en profundas disquisiciones al respecto nos enseña que, durante un largo periodo, se explicaba la conducta humana mediante factores de tipo “inmaterial” o espiritual (recordemos los conceptos de “alma”, “conciencia” y otros similares que ha menudo se han empleado al tratar de la conducta), prevalentes sobre los posibles avatares de tipo biológico. Es más, se afirmaba

que esta prevalencia era el signo diferenciador entre el ser humano y el resto de seres vivos, incapaces de dominar, por falta de razón o entendimiento, los impulsos puramente biológicos que condicionan sus acciones. No podemos olvidar, en este repaso, las etapas en que la tendencia se ha invertido, y ha sido dominante la idea de que el comportamiento era el modo en que se exteriorizaban y materializaban procesos biológicos especificados en procedimientos neurológicos, como si nuestra conducta fuese un exclusivo producto de complejísimas reacciones bioquímicas. Por otra parte, hemos de señalar también las agrias polémicas acerca de la potencia del entorno social y material como dominante sobre los impulsos de la naturaleza propia.

Hoy en día, la conciencia de la pluridimensionalidad del individuo y por tanto de todo lo que afecta a su comportamiento (entre lo que debemos incluir los elementos que integren el diagnóstico del mismo) está extendida. Y del mismo modo la necesidad de que la metodología con la que se afronte el estudio de ese comportamiento se fundamente en esta pluridimensionalidad. Como señala (Silva,1995:225), “sólo a través de una evaluación 'multimétodo' puede obtenerse una información completa de las variables biológicas, cognitivas, emocionales, interpersonales, ambientales y sociales que contribuyen a comprender el comportamiento actual del niño”. En apoyo a esta tesis, el autor cita los trabajos de Sattler, Weaver, Zarb, o La Greca.

Estamos ya en condiciones de concretar nuestra propuesta. Debemos decidir qué áreas, correspondientes a las dimensiones constitutivas de la persona, van a estructurar nuestra manera de atender el comportamiento y los factores que influyen en él.

Para Portellano (1989), en sus trabajos referentes al fracaso escolar, estas áreas están muy claras, en coincidencia con otros autores: “hemos agrupado en cuatro grandes áreas los agentes causantes de fracaso escolar: factores *biológicos, psicopatológicos, pedagógicos* y *socioculturales*”.

Como ya hemos tenido ocasión de avanzar en nuestros razonamientos previos, con nuestra propuesta diagnóstica pretendemos la superación del modelo tradicional de evaluación, puesto que “los procesos de diagnóstico del modo tradicional y de la Evaluación Conductual (...) cubren áreas importantes de las necesidades o motivos de consulta propios de la educación. Pero ambos quedan incompletos a nuestro parecer si se emplean en su forma pura original”, (Marín y Buisan, 1994: 98), ya que:

“...los elementos a observar deben ser lo más amplios posible, profundizando en aquellos que, dé la impresión, son los causantes del problema.

Se deben estudiar:

- Inteligencia y aptitudes específicas.
- Personalidad y adaptación.
- Contexto familiar y escolar.
- Factores físicos y sensoriales”, (Marín y Buisan, 1984:16).

Vemos aquí que de nuevo la sistematización se efectúa en torno a las dimensiones psicológica, social, pedagógica y biológica, que son las que cubren nuestro objetivo.

Ante una situación de conducta problemática, hemos de disponer de los instrumentos precisos para acometer la “compleja tarea previa de diagnóstico con objeto de determinar las causas que lo originaron, los aspectos ambientales que favorecen su permanencia y evolución y las características pedagógicas y psicológicas del mismo”, (Álvarez, 1984: 98), teniendo en cuenta que se trata de una “tarea de equipo en el que deberán tomar parte, según lo requiera el caso, profesionales como el médico, el asistente social, el pedagogo, el tutor, el psicólogo, etc.”, (Álvarez, 1984: 56).

Para ello, “se considera la existencia de un grupo de ciencias -ciencias de la educación- que tienen a la educación como objeto común de estudio, pero cada una de ellas la contempla desde una perspectiva específica”, (Sarramona, 1997: 84), que cita a Clause “se llamará, entonces, ciencias de la educación al conjunto de disciplinas que consideran los múltiples aspectos de la realidad del individuo (físicos, biológicos, psicológicos, sociales)”, y por ello se puede hablar, según expone el propio Sarramona, adaptando la clasificación de Hubert (Sarramona, 1997: 86), de “biología de la educación”, “psicología de la educación” y “sociología de la educación”, junto a los conocimientos y métodos más específicamente pedagógicos, con lo cual se corrobora la posibilidad de trabajar dentro de nuestra propuesta tetradimensional, al existir los conocimientos y la metodología científica apropiada.

Álvarez (1984) nos proporciona nuevos argumentos. Para él, el proceso educativo debe tener en cuenta el ámbito afectivo, integrado por las actitudes concebidas como “la tendencia a actuar siempre, en presencia de un objeto específico, de una forma determinada”. Las actitudes se adquieren de modo distinto a como se hace con los objetivos cognoscitivos, y así, un sistema educativo que pretenda ser global e integral debe procurar sucintamente, la mejora en la capacidad de adaptación del individuo, que se fundamenta tanto en sus conocimientos como en sus actitudes ante las incitaciones que proporciona el entorno, y por tanto “las funciones del diagnóstico pedagógico en el ámbito de la afectividad deberán dirigirse, por tanto, a la conducta de los alumnos, entendida ésta como una manifestación observable de las actitudes, para determinar *el nivel de adaptación personal y social* de los mismos y para *tratar de corregir los comportamientos inadaptados y conflictivos*”.

Este nivel de adaptación social y personal se miden a través de los conceptos de “madurez”, “normalidad” y “adaptación ambiental”, (Adams, 1995:23). La “madurez” corresponde al nivel de desarrollo del alumno con respecto a lo esperable a su edad, y por tanto tiene que ver con la dimensión biológica. La “normalidad” se define por semejanza o contraste con el comportamiento medio, por lo que corresponde a la dimensión psicológica. Y la “adaptación ambiental”, inequívocamente, corresponde a la dimensión social, pues se refiere a la relación “entre el individuo y el ambiente en que se halla inmerso”.

Es necesario no perder de vista que la determinación de las cuatro dimensiones a partir de las que vamos a trabajar implica, necesariamente, la conciencia de la unidad del individuo, y que “cada una de estas dimensiones tiene fundamento, lenguaje e instrumentos propios y bien diferenciados entre sí, pero cuando cobran sentido es cuando se integran y se comparan las cuatro entre ellas (...) Por ello tendremos que conocer todas las facetas típicamente psicológicas a través de los medios que nos ofrece el llamado psicodiagnóstico (...) pero si queremos complementar el 'abordaje psicológico' tendremos que acompañar la información con los datos ofrecidos desde otras dimensiones”, (Rodríguez, 1998:184). Este autor especifica claramente que las dimensiones a que se refiere son “la dimensión

psicológica, la biológica, la pedagógica y la social”, objeto de diagnósticos específicos, “que tradicionalmente han sido denominados por los profesionales como el diagnóstico psicológico, el biológico, el pedagógico y el social”.

En el mismo sentido se manifiesta Portellano (1989), cuando aborda la problemática del fracaso escolar, por lo que sus palabras nos sirven también al respecto de las conductas problemáticas, las cuales, en cierto sentido, pueden ser consideradas -en sentido amplio- como un fracaso escolar que trasciende el ámbito puramente académico y revela que el sistema educativo no ha dado respuesta a los problemas del individuo: “El fracaso escolar se produce por variados motivos, siendo causado la mayoría de las veces por varios factores. (...) Hemos agrupado en cuatro grandes áreas los agentes causantes de fracaso escolar: factores *biológicos*, *psicopatológicos*, *pedagógicos* y *socioculturales*. Los factores biológicos y psicopatológicos son de tipo personal. Los factores pedagógicos y socioculturales dependen fundamentalmente de factores exógenos que actúan sobre el niño. (...) Es aconsejable que el proceso de evaluación y diagnóstico sea un *proceso interdisciplinario*, ya que la riqueza de datos que aportan los distintos profesionales puede dar un contenido más dinámico no sólo al diagnóstico, sino a la rehabilitación del fracaso escolar”, (Portellano, 1989:78).

Así pues, y confirmado nuestro modelo por el pensamiento y la acción de los autores que dan a poyo a nuestra concepción, establecemos las dimensiones de recogida de información de nuestro modelo diagnóstico son la dimensión bioneuropsicológica, que corresponde a la base biológica del individuo y que presenta la complejidad de enfrentarnos con el modo sutil, a veces casi milagroso, en que la vida va desarrollándose en un organismo vivo; la dimensión psíquica, que corresponde a la base conductual y emocional del individuo, un terreno a menudo oculto, cuyo acceso requiere de una predisposición y un cuidado especiales, pues se muestra enormemente frágil en algunas de sus condiciones. La dimensión pedagógica, que corresponde a la base educativa del individuo como ser que es situado en un determinado sistema educativo para que reciba unas enseñanzas -tanto de conocimientos como de habilidades y hábitos; y la dimensión socioambiental, que corresponde a la base social del individuo, y que tiene la particularidad de aparecer, a menudo, como una especie de entelequia informe cuyos componentes esenciales parecen no materializarse o concretarse en parte alguna. Algunos autores incluyen la dimensión escolar/pedagógica que hemos mencionado en la dimensión social, pero nosotros, dado que nuestro modelo diagnóstico es de aplicación específica para el contexto escolar, le damos un peso específico y le damos entidad específica.

Las características específicas de cada una de estas dimensiones, los problemas que en ellas se pueden plantear, y los instrumentos de evaluación cuyas calidades diagnósticas mejor se acomodan a lo que es necesario en ellas, serán la materia que nos ocupará en los siguientes apartados de este capítulo.

El estudio pormenorizado que vamos a realizar no debe hacernos perder de vista, sin embargo, la realidad unitaria de la persona. Sólo entendiendo a la persona como una totalidad compleja, un sistema de sistemas, el conocimiento de cada uno de los sistemas que la constituyen tendrá sentido.

Entendemos que una vez establecida la pluridimensionalidad del individuo y las cuatro dimensiones que creemos atañen de manera primordial a cuanto se refiere a su conducta, estamos en condiciones de exponer que estamos convencidos de algo que ahora nos

parece evidente: el educador que pretenda dar apoyo y soluciones a los educandos que tengan dificultades ha de tener presente que no hay intervención efectiva si no parte de un buen diagnóstico, y que éste no aportará todos los datos necesarios si no parte de la pluridimensionalidad del individuo, por lo cual debe ser efectuado mediante pruebas que la atiendan y partan de ella en su estructuración. De ahí nuestra propuesta: la presentación y propuesta de un modelo tetradimensional de diagnóstico que tendrá su desarrollo a lo largo de los próximos apartados.

4.2.1. Dimensión bioneuropsicológica

Por el hecho obvio, pero no trivial, de que somos seres vivos, existe en nosotros un componente constitutivo al que podemos y debemos considerar primero y previo a la aparición de los demás: el formado por los elementos que nos confieren, precisamente, nuestra condición de entramado biológico, materializado en los sistemas y aparatos que constituyen nuestra anatomía. Se trata de lo que nosotros, al propósito que guía esta obra, describimos como la dimensión bioneuropsicológica del ser humano.

Esta dimensión bioneuropsicológica atiende los factores internos y externos referentes al substrato anatomofisiológico del individuo y su neurofuncionalidad. Hay que tener en cuenta que a ella afectan, y hacemos extensiva la cita a otros aspectos no estrictamente escolares puesto que consideramos que, en general, la vida del hombre es un continuo proceso de aprendizaje, “todos los trastornos orgánicos que interfieren el normal aprovechamiento escolar”, (Portellano, 1989: 98). Añadimos que, además de mencionar el aprovechamiento escolar, que constituye una circunstancia muy concreta, factores similares se dan en todas las situaciones en que el individuo debe contrastar la percepción del exterior para desarrollar una respuesta conductual concreta, en la que el aprendizaje previo es determinante.

Es decir, la base fisiológica constitutiva del individuo determina o condiciona la manera en que ese individuo exterioriza o materializa su relación con el medio (la conducta), pues, como vienen demostrando las investigaciones más recientes, en esa naturaleza constitutiva -tanto en su estadio primario natal como en los estadios que adopta a medida que evoluciona-, radican los mecanismos originarios de la respuesta conductual. Como afirma (Jiménez, L. et al 1994:49), “la conducta se diferencia, organiza e integra, en la medida y hasta el punto que los sistemas orgánicos de base les permiten”.

Al respecto hay que mencionar que numerosos autores autores Lázarus, Folkman, etc. han puesto de manifiesto que la conducta debe ser entendida como un esquema de interacción entre los factores biológicos y el ambiente, con procesos de integración adaptativa -dentro de unos niveles o parámetros considerados como constitutivos de la normalidad- y posibilidades de desviación, que darían lugar a las conductas inadecuadas cuyo punto extremo serían las conductas problemáticas.

Por su parte, los avances en neuroquímica y neuroendocrinología nos han proporcionado el conocimiento de la manera en que se producen los procesos neurobioquímicos que se materializan en la conducta, aunque no hay que caer en el maximalismo de creer que nuestra conducta y nuestros sentimientos son, exclusivamente,

producto de unas determinadas y complejas reacciones bioquímicas en cuyo conocimiento estamos profundizando.

En torno a estas ideas fundamentales -y con la base de las últimas investigaciones en las que se ha producido la convicción de que tanto el organicismo radical como el ambientalismo excluyente, corrientes que se han alternado en la primacía de las explicaciones conductuales, han de poner en común sus aportaciones, puesto que son complementarias-, se produce, tal como vemos en los trabajos de Lerner y Kauffman, Magnuson Cairns, Susman, Dorn, Susman y Petersen, (ibide) un consenso general en torno a los siguientes principios:

-Existe una influencia recíproca de base entre los factores contextuales (ambiente, medio social, medio escolar, etc) y los factores biológicos (neurotransmisores, organización neurológica...), sobre la que las influencias contextuales modulan y determinan los procesos de desarrollo neurobiológico posterior.

-Por su parte, el propio desarrollo neurobiológico contribuye al entendimiento de la personalidad, las diferencias conductuales, los disturbios de conducta... y, por extensión, al descubrimiento del modo en que lo genético, junto con las experiencias ambientales y los impulsos tempranos sobre el cerebro interactúan para afectar y determinar el desarrollo más tardío.

-Existe la certeza de que en el período pre, peri y postnatal las experiencias infantiles afectan la neurobiología del arousal, de manera que determinan patrones de respuesta neurobiológicos aprendidos y estructurados.

-Así, hay que tener en cuenta tanto el contexto ambiental de estresores psicosociales como la neurobiología de afectos y conducta.

-Y, recogiendo la cita de Quay con la que (Jiménez ,1994:59) sintetiza lo anterior: “los estresores y la bioquímica concomitante de los episodios de desorden afectivo inducen ciertos factores de transcripción (proto-oncogenes) que afectan la expresión de neurotransmisores, receptores sinápticos y neuropéptidos, alterando la capacidad de respuesta a estresores tardíos en el desarrollo, aumentando la vulnerabilidad hacia nuevas experiencias futuras”.

Todo ello nos incita a considerar la importancia que esta dimensión bioneuropsicológica tiene, primero, en la prevención de conductas problemáticas, pues muchas de ellas tiene su origen en el componente genético del individuo y/o en los ajustes evolutivos posteriores del desarrollo fisiológico, y, posteriormente, en la posible corrección de esas conductas cuando aparecen sin existir detección previa.

Los conceptos fundamentales son los siguientes:

-Nuestra constitución biológica genética, especialmente en lo que respecta a los elementos del Sistema Nervioso, condiciona nuestra conducta por establecer unas determinadas pautas de base en nuestra respuesta a los estímulos exteriores, por lo que anomalías congénitas provocarán, indefectiblemente, déficits conductuales.

-Nuestro organismo está, desde el momento de su estructuración primera, en un continuado proceso de evolución y crecimiento, en el que son determinantes tanto los componentes originales como las influencias externas que inciden sobre ellos y determinan aspectos de la evolución neuofisiológica, como recogen Post y Quay en los trabajos en que se ocupan de los cambios que los factores ambientales pueden ejercer sobre el substrato biológico en el que se sustentan.

Por tanto, en la dimensión bioneuropsicológica podemos hablar de dos tipos de factores: los factores internos, en los que encuadraríamos los elementos innatos y/o genéticos, es decir, aquellos con los que “partimos”, y que constituyen la base primera a partir de la cual se desarrolla el individuo; y los factores externos, que son aquellos que intervienen y condicionan las características neuofisiológicas no innatas que van pasando a ser constitutivas del individuo en el proceso de su evolución y maduración, mediante un procedimiento interaccional en el que los procesos adaptativos parten de componentes que gozan de cierta estabilidad, aunque son susceptibles de variación, entre ellos “están los biológicos, sobre los que al sustentarse los psicológicos-cognitivos serán modulados y controlados para poder ser adaptables a las demandas internas y externas”, (Jiménez, 1994:46-47).

El SN y su funcionamiento consecuente no son mecanismos cerrados y definitivamente establecidos desde un principio. A partir de las características y realidades innatas y genéticas, el SN entra en contacto con el entorno y establece con él un proceso de interrelación que influirá en el camino de su evolución hacia la madurez. Por ello hablamos de factores internos y factores externos.

No olvidemos que se ha comprobado que “desde que se esbozan los primeros rudimentos del SN humanos, en las primeras semanas postconcepcionales, en el que la estructura de base es el sistema medular, que con características de sistema cordal básico garantiza unas conductas reflejas elementales, el sistema nervioso humano se va haciendo más complejo estructuralmente a medida que el organismo va adquiriendo características, progresivamente cercanas a las que se corresponderán con las del organismo adulto maduro”, (Jiménez, 1994:48-49), y que en este componente evolutivo se plantean los problemas de desajuste en los que son desencadenantes los factores externos inadecuados que afectan negativamente al proceso de maduración, causándole retrasos o “lesiones”.

Atendamos en primer lugar al denominador: “factores internos”.

“La evidencia de que los factores genéticos y hereditarios son un elemento esencial de la integración o desviación conductual es aceptado por la psicología clínica contemporánea, afirmación sostenida por Rutter, y avalada por investigaciones precedentes de Crowe y Hutchings y Mednick, para quienes los componentes genéticos de la conducta determinan, en la infancia, las diferencias individuales de respuesta y la susceptibilidad hacia la conducta desviada”, (Jiménez, 1994:42-43).

Transcribimos la cita en su totalidad por mostrar claramente que existe en el individuo una base innata, constituida por las características genéticas y la carga hereditaria existente en el organismo desde unos primeros momentos. Las peculiaridades, tanto positivas como negativas, existentes en esta base son determinantes como origen del comportamiento. Buena parte de las alteraciones detectadas en individuos problemáticos tienen su origen ya en su base genética.

Sin embargo, la base genética no es un condicionador cerrado que predetermina irremediable e irreversiblemente nuestra conducta, y es posible, hasta cierto punto, corregir algunos de sus efectos negativos, pese a que en las “situaciones de niños con déficits neurofisiológicos, ya tempranamente, la vulnerabilidad que determinan dichos déficits reflejados en disfunciones cognitivas y ejecutivas, permiten el desarrollo de dificultades en las habilidades académicas y un mayor riesgo de ser condicionado por circunstancias contextuales”, (Jiménez, 1994:90).

Los factores internos operan en el nivel estrictamente físico (con trastornos sensoriales como los auditivos o los visuales), en el nivel somatofisiológico (con enfermedades de nivel clínico -epilepsias, cardiopatías, hepatopatías, entre otras), o en el nivel neurofuncional (por existencia de lesiones o disfunciones menores en el Sistema Nervioso Central), cuya importancia viene determinada por el hecho de que “más de la mitad de los casos de fracaso escolar tienen en mayor o menor medida implicaciones neuropsicológicas”, (Portellano:1989:72).

Es evidente que las disfunciones físicas impiden un correcto desenvolvimiento de la persona. No sólo en aquellas actividades que parecen implicarse de una manera más directa en una base estrictamente orgánica por la carga “física” que conllevan. La actividad de tipo intelectual, y el aprendizaje es de este tipo, el comportamiento como conjunto global de respuestas ante las situaciones, el modo en que se percibe el medio y a través de esta percepción se es capaz de estructurar la respuesta más adecuada... se resienten si alguna deficiencia, discapacidad o anomalía de tipo biológico están constriñendo toda la capacidad del individuo.

Una base orgánica correcta es fundamental para un desarrollo armonioso de la persona. Aunque su repetición reiterativa nos suene hoy a tópico, el ideal renacentista de “mente sana en un cuerpo sano” no es, sino, el reconocimiento de la necesidad de la “higiene del organismo”, entendida ésta en el concepto moderno de “correcto funcionamiento”, para que la actividad intelecto-afectiva se pueda desarrollar sin lastres biológicos que la condicionen.

En cuanto a los conceptuados como “factores externos”, señalamos que existen factores genéticamente determinados de base, pero cuya plasticidad frente a las influencias ambientales, al ser modificados, refleja cambios en las condiciones neuronales: “la organización del SN en desarrollo se estructura en la plasticidad de las

neuronas y sinapsis que permitiría modificaciones bioquímicas y estructurales en función de la diversidad de los estímulos y experiencias del sujeto. Sobre los patrones genéticos de organización epigenética de nuestro SN se irán integrando los influjos ambientales de uno u otro tipo”, (Jiménez, 1994:43).

Por otra parte, se ha detectado vulnerabilidad de origen genético hacia las condiciones desfavorables del ambiente por parte de algunos individuos cuyos componentes genéticos parecen anunciar la desviación de su conducta.

Pero además, debemos mencionar otros factores como pudieran ser la violencia física que daña elementos del Sistema Nervioso, una alimentación deficitaria que produce deterioro en la evolución y crecimiento del organismo del individuo, la falta o incorrección de hábitos higiénicos apropiados a la evolución y el crecimiento mencionados, la falta de estimulación adecuada, enfermedades que dejan secuelas orgánicas, y otros factores ambientales que pueden influir negativamente sobre los neurotransmisores moduladores de la actividad neuronal y endocrina. Se habla, por ejemplo, de los daños que un embarazo o un parto traumáticos pueden producir en el organismo y que tienen como resultado conductas problemáticas cuyo origen sólo se puede encontrar en esas circunstancias de imposible localización por el educador que atiende al alumno en el aula y que requieren la intervención de los especialistas una vez se ha percibido el síntoma, puesto que “los niños que muestran déficits neuropsicológicos no siempre presentan una etiología clara”, (Silva, 1995:64).

La evolución física y fisiológica del alumno está conectada con su maduración psicológica. Esta evolución es condicionante ya desde el embarazo y el parto, “ya que, durante ellos, se pueden dar ciertas condiciones que alteran el desarrollo posterior”, (Marín y Buisan, 1984:31), y se produce porque el cerebro es tremendamente plástico “y por lo tanto capaz de aprender y adaptarse continuamente a demandas nuevas del medio y capaz de establecer nuevos sistemas funcionales cuando los requerimientos del entorno lo exigen”, (Silva, 1995:65).

Como se puede deducir de todo lo expuesto, es preciso y posible, por parte del educador, poner los medios para tener una competencia efectiva por lo que respecta los problemas conductuales que tienen que ver con esta dimensión bioneuropsicológica. Independientemente de la complejidad de esta dimensión, el educador, pedagogo, o profesional de la educación en general, puede realizar pruebas de tipo “screening” con las que realizar una aproximación diagnóstica que pongan de manifiesto la mayor parte de los problemas originarios de los procesos conductuales inadecuados.

A menudo parece claro que en el educando existe un problema que por sus características va más allá de lo que se puede considerar como “habitual”. Ciertas conductas, ciertos retrasos ponen en evidencia que “hay algo que no funciona”, y que ese algo no tiene nada que ver con los “habituales” (estamos generalizando, y tratando de efectuar esta reflexión de la manera más sencilla posible, huyendo de los tecnicismos específicos que ocuparán su lugar en el desarrollo teórico que dedicamos a cada dimensión) problemas de “inadaptación, ambiente familiar deficitario, rechazo al medio escolar...” Para su detección son necesarios instrumentos que más adelante presentaremos.

El diagnóstico y con él las pruebas para efectuarlo es necesario, entre otras cosas, porque queda demostrado que “cuando los déficits psicológicos y conductuales son severos, y por lo tanto muy evidentes, los padres informan adecuadamente. Mientras que cuando los déficits son medios o bajos, los padres no parecen detectarlos con acierto y por lo tanto no informan adecuadamente”, (Silva, 1995:63). Al respecto de esos déficits, debemos anotar que cuando en su aparición no tienen una materialización extrema o escandalosa, a menudo se suele considerar que sus causas se deben a que no todos estamos igualmente dotados para ciertas tareas, o que hay un déficit de interés o de motivación hacia ciertas áreas, es decir, no se cae en la cuenta de que la causa puede ser de tipo neurofuncional. Hay veces que ante la aparición de la sospecha, los profesionales acuden a pruebas como los TAC o similares, sin embargo, en gran porcentaje estas pruebas resultan inútiles, pues no aportan datos sobre las lesiones o deficiencias causa de los problemas, es decir, que “muchos déficits neuropsicológicos que se ponen de manifiesto a través de la evaluación neuropsicológica suelen pasar desapercibidos durante más de dos, tres o cuatro años ante pruebas electrofisiológicas o radiológicas”, (Silva, 1995:64).

4.2.2. Dimensión psicológica

La dimensión psicológica abarca los hechos y circunstancias relativas al psiquismo del individuo, es decir, a las características relativas a su manera de ser, de pensar y de sentir. Esta dimensión es de gran complejidad, y está muy interrelacionada con el resto de dimensiones constitutivas del ser humano, puesto que la manera de ser del individuo tiene origen en sus condiciones innatas (determinadas por sus características genéticas) entre las que no podemos descartar las fisiológicas, la manera en que estas condiciones innatas evolucionan a partir de sus características y de la interrelación modificante con el entorno, y el modo en que el ámbito en que se desarrolla esa evolución puede tener influencia tanto sobre el sustrato conductual de base como sobre la conducta coyuntural que desarrolla el individuo en cada una de sus situaciones vitales (dimensión socioambiental).

No vamos a insistir aquí en la etimología del término “psicología”, hartamente conocida y difundida, pero sí anotamos que la dimensión psicológica abarca más amplitud que las consideraciones y las estructuras puramente fisiológicas sobre las que se producen las reacciones y mecanismos que están en la base de la materialización de nuestra manera de ser y de actuar, el psiquismo no es únicamente cuestión de bioquímica, aunque en la actualidad se hayan descrito muchas de los mecanismos de este tipo que se desarrollan cuando ponemos en marcha procesos cognitivos o reacciones afectivas.

Existe en la persona, claramente determinado, el elemento psíquico, que corresponde a la “vida mental y afectiva”, que va más allá de las reacciones meramente intuitivas que el ser humano tiene por su condición de ser vivo perteneciente al reino animal, y que correspondería a la “racionalidad”, o capacidad de reflexión y a la “emotividad”, o capacidad de percepción del sentimiento.

La dimensión psicológica es enormemente compleja, pues junto a su “inmaterialidad esencial” que percibimos de un modo general e intuitivo está constituida por los aspectos cognitivos, los aspectos emocionales, los factores constitutivos de la personalidad y los factores psicoevolutivos, que tienen especificidades concretas. Terrasi et al (1999)

Como introducción, y a los efectos que nos interesan en este estudio que nos ocupa, y que no pretende ser una obra de aplicación práctica, debemos mencionar que en un amplio porcentaje (Portellano, 1989, señala que entre un 30 y un 50 % de los casos) el fracaso escolar tiene su origen en factores emocionales. Si además tenemos en cuenta que los adolescentes (niños y adolescentes son nuestro objetivo) se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad desde el punto de vista emocional, pues carecen de la experiencia y la madurez necesarias para el control de los fenómenos y situaciones que en ese ámbito se producen, no es extraño que los factores afectivos condicionen tanto su rendimiento académico como su comportamiento en general: “en numerosos casos, la presencia de fracaso escolar es solamente la punta del iceberg de dificultades de personalidad de muchas mayor entidad”, Portellano, (1989).

Como ya veremos al tratar la dimensión pedagógica, con frecuencia los problemas de aprendizaje son la causa de problemas de comportamiento, pues ocasionan sentimientos de autoestima negativa y de rechazo hacia el entorno y sus condicionantes. En la escuela, ante estas situaciones, podemos ratificar, mediante instrumentos de tipo "screening", la existencia de alteraciones de comportamiento cuyo origen viene determinado por alguno/s de los factores de riesgo que definimos en el ámbito estrictamente psicológico, lo que nos permite requerir a un especialista para que nos ayude a concretar el diagnóstico y a especificar el adecuado tratamiento psicoterapéutico.

Los factores de riesgo corresponden a la posibilidad de que los niveles definidos como “normalidad” en cada uno de los factores constitutivos de la dimensión psicológica se encuentren en nivel insuficiente o presenten alteraciones.

4.2.2.1. Factores cognitivos

Los factores cognitivos son los relacionados con la capacidad de aprendizaje del individuo, su potencialidad para asumir nuevas experiencias y conocimientos, y para hacer uso de esa información de un modo reflexivo y creativo, contrastándola tanto con las situaciones pasadas como con las presentes y las futuras. Las limitaciones en el desarrollo cognitivo y neuromadurativo causan que un porcentaje entre el 3 y el 5 % de los niños en edad escolar tengan un rendimiento escolar bajo, según datos aportados por Portellano (1989). El potencial de aprendizaje de estos niños, cuyo desarrollo madurativo está lentificado, es significativamente inferior comparado con el de los niños de su edad, lo que indica la necesidad de que reciban atención especial y específica.

Un caso específico son los denominados “niños límite” o “maduropatía del Sistema Nervioso” (existencia de un trastorno estructural o funcional del sistema nervioso que afecta a su rendimiento de manera global), cuyas características más relevantes son la presencia de trastornos prenatales y perinatales, incidencia de trastornos electroclínicos, adquisiciones neuromotrices lentificadas, incidencia de

trastornos específicos de aprendizaje y del lenguaje, persistencia en un nivel mental por debajo de la normalidad, conflictividad afectiva y desajustes de personalidad, y aprendizaje lento asociado a retraso escolar

Denominamos “inteligencia” al factor cognitivo que consiste en la capacidad intelectual del individuo. Esta capacidad se desarrolla con la edad; es una capacidad mental que implica, sobre todo, la utilización de símbolos; con la ayuda de la memoria, permite utilizar la experiencia pasada aplicándola a nuevas experiencias; y es, al mismo tiempo, la capacidad para aprender rápidamente.

Se definen dos tipos de capacidad de pensamiento: la “capacidad de pensamiento convergente”, que es la capacidad para analizar y relacionar datos, aplicarlos, y extraer de ellos conclusiones (es la que tradicionalmente se ha exigido en los centros escolares, constreñidos por la necesidad de imbuir conocimientos establecidos de antemano), y la “capacidad de pensamiento divergente”, que permite la extrapolación de datos, la fluidez creativa, la capacidad para proyecciones nuevas... (poco valorada, tradicionalmente, en las instituciones escolares).

Hoy en día sabemos que existe una base genética de la inteligencia, que señala, sobre todo, el límite superior al que puede llegar una persona, pero el medio en que se desarrolla el individuo debe permitirle el desarrollo de su potencial innato; por otra parte, no podemos obviar que en el desenvolvimiento de la inteligencia tiene gran importancia la variable afectiva del desarrollo, y que se ha detectado que existe relación entre el estatus socioeconómico y laboral de los padres y la inteligencia de los niños (generalizando, a mayor estatus mayor inteligencia); por último, según los datos aportados por un estudio publicado en *Comentario Sociológico-Estructura Social de España*, julio-diciembre, 1977, núm. 19-20 (Confederación Española de Caja de Ahorros), citado en (Álvarez 1984:133), se aventura la hipótesis de que mientras más numerosa es una familia, más bajo es el nivel medio de inteligencia y éste se hace aún más bajo con cada nacimiento.

A la vista de lo anterior, se justifica que uno de los fines del diagnóstico sea dilucidar si las dificultades apreciadas en el desarrollo de la inteligencia se deben a la herencia o al ambiente y, en lo posible, en qué porcentajes y a través de qué factores.

Para medir o cuantificar la inteligencia disponemos, esencialmente, de dos sistemas:

- El sistema clásico de Binet-Simon-Terman: su principio fundamental es que el desarrollo mental es una simple adición progresiva de resultados adquiridos, es decir, la nuestra es una estructura mental acabada, por ello, este sistema no tiene en cuenta la existencia de mecanismos de adquisición de la inteligencia y la medida que proporcionan los instrumentos basados en él es el denominado CI (cociente intelectual), que resulta de dividir la EM (edad mental) entre la EC (edad cronológica) y multiplicar el resultado por 100.

-Otros sistemas se basan en la concepción de Piaget y su escuela, para quienes el desarrollo mental es la organización progresiva de un mecanismo operatorio, por lo que las pruebas que pretendan su medición atienden a operaciones concretas. Por ello

establecen pruebas que midan la capacidad de observación, clasificaciones que exijan una lógica elemental, o el establecimiento de relaciones entre la capacidad operativa y el simbolismo apoyado en imágenes; y pruebas consistentes en operaciones formales que permiten el análisis de los procesos subyacentes al pensamiento formal, también expuestos por Feuerstein (1998)

Los “estilos cognitivos” también deben ser tenidos en cuenta entre los “factores cognitivos”. Todas las definiciones del estilo cognitivo remiten a la idea básica de que denominamos así el conjunto de rasgos que definen la manera en que el alumno, considerado como un “procesador activo” construye su propio conocimiento. (Kogan 1971:306) afirma que los estilos cognitivos son “la variación individual de los modos de percibir, recordar y pensar, o como formas distintas de aprender, almacenar, transformar y emplear la información”, en definitiva, “las formas estables en que las personas difieren en percepción codificación y almacenamiento de la información”, (Wittrock, 1998:21).

Los estilos cognitivos pueden ser descritos mediante una triple perspectiva:

- Como una estructura, contemplando el estilo cognitivo como “un conjunto de características fijas que poseen los individuos que participan en una actividad de entrenamiento o educacional”, (González,J. et al. 1996:67).
- Como un proceso, el objetivo sería el cambio o modificación.
- Como estructura y proceso al mismo tiempo, así el estilo cognitivo tiene una base estable modificable susceptible de recibir la influencia directa o indirecta de nuevos acontecimientos.

Se puede deducir fácilmente que la complejidad y naturaleza de las operaciones que intervienen en la estructuración del estilo cognitivo individual comporta la posible fragilidad de sus componentes y el alto riesgo que esta fragilidad supone y, al mismo tiempo, lo revelador que puede ser, a través del adecuado diagnóstico, conocer el estilo cognitivo de un determinado individuo, puesto que “los estilos cognitivos representan modelos de variabilidad individual en las formas de percibir, recordar y pensar que tienden a reproducirse de forma consistente en una amplia gama de situaciones sociales y de aprendizaje”, (González, J. et al 1996:67); y el conocimiento de la manera en que somos capaces de captar la información y de, a partir de su “manipulación”, enfrentarnos a la solución de tareas, con los distintos grados de cantidad y cualidad que en ello pueden darse, nos resulta ser de gran utilidad para plantear los procesos de ayuda y resolución de los niños y adolescentes con problemas ubicados en la dimensión psicológica.

4.2.2.2. Factores emocionales

No es sencillo definir qué es una emoción, o qué es el sentimiento; ni lo es poder distinguir entre la emoción y el sentimiento. No obstante, entendemos que una emoción es un estado concreto que se da en nosotros en un momento determinado cuando un agente externo nos “conmueve”, es decir, altera de modo puntual nuestro equilibrio psíquico y provoca reacciones intensas en nuestro organismo. Esas reacciones pueden ser positivas y agradables, si el acontecimiento o situación que provoca la emoción lo es, o por el contrario negativas o desagradables si así lo es la causa.

La emoción no sólo depende del agente externo, sino de la situación psíquica, mental, personalidad, entorno íntimo y experiencias anteriores de quien recibe el agente causal.

Por su parte, el sentimiento es un estado afectivo, caracterizado por su complejidad, ya que se produce por la combinación de elementos emotivos y/o imaginarios, que tiene cierto grado de estabilidad (esta es una de las distinciones con respecto de la emoción), y que puede persistir aun cuando haya desaparecido el estímulo causante. En los sentimientos hay un grado de consciencia que no encontramos en las emociones, y están estrechamente ligados a las tendencias profundas del individuo, Lewinsohn (2000).

Entre los sentimientos, encontramos el miedo, sentimiento de inquietud que experimentamos cuando estamos en presencia de un peligro o cuando nuestra imaginación nos lo presenta. Se trata de una reacción normal ante un peligro real. También debemos mencionar la angustia, confundible con el miedo y que se diferencia de éste en que es la reacción de inquietud ante un miedo sin objeto, es decir, inquietud ante un peligro indefinido. Atendamos ahora a sentimientos de tipo positivo. Entre ellos tenemos la autoestima.

La emotividad es la tendencia a sentirse perturbado, es decir, activado fisiológicamente, ante situaciones de estrés propias de la vida cotidiana, con dificultades para la relajación posterior. La angustia caracteriza esta tendencia, y se convierte en un factor típico de niños conceptuados como “difíciles” por la facilidad con que se angustian o enfadan y la dificultad para reconducirlos a la calma. “En resumen, podríamos decir que la emotividad se relacionaría con la reactividad de las personas a los estímulos ambientales negativos”, (Silva, 1995:407). Hoy en día no tenemos duda de que la percepción y las capacidades cognitivas están influidas por los estados emocionales.

Es importante que el individuo tenga un autoconcepto de sí mismo que medido por los valores sociales de su entorno desenvoque en una autoimagen positiva y por tanto en una autoestima positiva.

“El término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación”, (García,T et al. 1999:5). Los parámetros de lo positivo y lo negativo provienen de la experiencia personal del individuo, y a partir de ellos el individuo puede sentir un determinado grado de satisfacción consigo mismo. Si este grado de satisfacción se justifica mediante un proceso reflexivo llegaremos al autoconcepto: “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto”, Rosenberg, citado por (García,T et al. 1999:5)

El concepto y la evaluación que un individuo realice sobre sí mismo tiene un carácter multidimensional (concepción defendida por Shavelson, Hubner, Stanton, Musitu, García, Gutiérrez y Stevens, entre otros), puesto que afecta a su percepción de la totalidad que le constituye, aunque hay autores que defienden una unidimensionalidad globalizadora.

El autoconcepto puede verse modificado por el proceso de maduración del individuo, ya que varían sus marcos de referencia, su experiencia e incluso la flexibilidad o rigidez hacia sí mismo. Madurar significa tanto ir cambiando y ampliando la capacidad de adaptación del individuo con un mayor dominio de su capacidad de percepción y sus pautas conductuales, como aumentar la capacidad de autoenjuiciamiento. El proceso de maduración ofrece una mayor capacidad de perspectiva y de relativización.

La capacidad del individuo para aceptarse, o su incapacidad para ello son causa de estabilidad emocional o de una inestabilidad que puede derivar en patologías del comportamiento. La adolescencia y la juventud son momentos vitales críticos, pues aumenta la capacidad de autopercepción en tanto que aún están por afirmar las pautas fundamentales de la solidez personal; es decir, no podemos controlar en un grado apreciable nuestra conducta, nuestros sentimientos, nuestra manera de aprehender el mundo y de reaccionar, en tanto que se amplía nuestra capacidad de percepción de esa carencia de control, con lo que la insatisfacción hacia nosotros mismos puede acentuarse y llegar a convertirse en un factor muy negativo para una correcta “higiene conductual”. De ahí a la depresión hay un paso.

Sin embargo, no caigamos en los extremismos. La mayor parte de adolescentes han vivido, viven y seguirán viviendo episodios de frustración, de sentimiento de rechazo, de incomodidad consigo mismos y con su entorno. Recurramos a nuestra experiencia personal. Es posible que en nuestra adolescencia hubiese momentos en que nos sintiésemos rechazados por el mundo, e incluso insatisfechos con nosotros mismos, incapaces de salvar los muros que nos cercaban... Normalmente, esas situaciones ayudan a la maduración si en el individuo no hay algún elemento que le impida la superación de esos momentos “críticos”. El problema que nos debe preocupar es encontrarnos con alumnos carentes de la necesaria autoestima para respetarse a sí mismos o para ser capaces de continuar con su maduración, o encontrarnos con alumnos incapaces de una autovaloración coherente. No olvidemos que “con la edad se observa una progresiva comprensión del autoconcepto en términos cada vez más precisos de tipo intencional, volitivo y reflexivo, así como una tendencia a sistematizar conceptualmente los diversos aspectos del autoconcepto en un sistema unificado”, (García, T. et. al . 1999:7).

4.2.2.3. Factores de personalidad

Debemos considerar que la personalidad es el conjunto de rasgos estables en la conducta de una persona, que la diferencian y distinguen de las demás. Estos rasgos son las particularidades de tipo cognitivo, sentimental y afectivo, que se materializan en la manera en que la persona entra en relación consigo mismo y con el entorno y actúa en él.

La personalidad, pese a su condición de rasgos estables en la conducta, no es permanente ni rígida durante toda la vida del individuo, sino que se “va haciendo” a medida que la riqueza de experiencias de ese individuo se acrecienta y su evolución en todos los terrenos avanza.

Hemos de tener en cuenta que no podemos efectuar paralelismos entre la personalidad adulta, infantil, y juvenil; y que es preciso que conozcamos la manera en que los elementos que fundamentan una personalidad se van estructurando con el tiempo y la experiencia vital en un sistema de coherencia variable según el individuo.

Es fácil discriminar entre las personas activas y las no activas, siendo la actividad no una conducta específica, sino una manera de realizar las distintas conductas. Un exceso de actividad o un déficit de la misma son muestras de una posible patología que debemos atender pues puede producir un deterioro permanente. Los individuos sin patologías al respecto, si bien pueden tener tendencia a un estilo más o menos activo, aprenden, en el proceso de maduración a controlar la intensidad de su actividad y a canalizar positivamente su característica personal al respecto.

“La sociabilidad (...) haría referencia a la tendencia a preferir la presencia de otros a estar solo”, (Silva, 1995:407). No existen parámetros predeterminados sobre qué es lo más indicado en este factor. La interacción con los demás es altamente activadora y beneficiosa para el desarrollo de la persona, tanto el fisiológico como el psicológico, en tanto que el aislamiento revela carencias que debemos atender; sin embargo, gozar de ciertos momentos de soledad puede potenciar la firmeza de la personalidad propia, en tanto que un exceso de extroversión puede ser síntoma de desajustes íntimos. Como en tantas otras cuestiones, la normalidad, la adaptación a los requisitos del momento, cierta moldeabilidad, son lo adecuado, para que en el proceso de singularización personal el individuo pueda dominar su tendencia innata a la sociabilidad-asociabilidad y sea capaz de disfrutar de las incitaciones positivas que tiene el contacto con los demás y de la capacidad regeneradora que el encuentro con uno mismo proporciona.

4.2.2.4. Factores psicoevolutivos

Hemos aludido repetidas veces a la condición del individuo como “ser en progresión”, es decir, como protagonista irrenunciable de un proceso lleno de dificultades y que exige esfuerzos de todo tipo, mucho de ellos realizados de manera inconsciente a través de las tendencias que existen en cada uno de nosotros.

Por fortuna, nuestra personalidad, nuestras neuras, nuestras fobias y nuestras filias no están predeterminadas de un modo inalterable. La capacidad de evolución es inherente a nuestras propias condiciones como personas, y el hecho de no ir cubriendo las distintas etapas evolutivas es síntoma de carencias y de problemas que deben ser diagnosticados.

El dinamismo evolutivo de la personalidad permite la intervención psico-educativa, puesto que proporciona la capacidad para activar mediante los procesos

adecuados aquellos aspectos en que el individuo presenta retrasos o alternaciones, por supuesto siempre tras haber realizado el correspondiente diagnóstico.

Hemos de considerar también que existen determinadas expectativas para cada edad, y que el hecho de que el individuo concreto no las alcance provoca señales de alarma que requieren de un diagnóstico correcto, puesto que hemos de tener en cuenta que -al igual que lo son las personalidades- también son distintos los ritmos de evolución hacia el constructo final. No todos los seres humanos tenemos la misma psicoevolutividad, puesto que distintas son nuestras condiciones innatas, distintos los estímulos que recibimos y distinta nuestra capacidad instintiva de respuesta o reacción ante los estímulos, al tiempo que distintos son los entornos en los que nos encontramos y distinta nuestra percepción de esos entornos.

4.2.3. Dimensión sociambiental

El hombre es un ser social cuya individualidad y su proyección se producen dentro de un contexto exterior del que, en definitiva, el propio individuo debe ser considerado un elemento más. Las capacidades y características individuales pueden verse condicionadas por las características y las pautas que ese contexto presenta y que, dependiendo del grado de madurez y la capacidad de decisión y de autonomía del individuo, puede llegar a imponer de manera que altere las tendencias conductuales innatas. En realidad, no hay que ser maximalistas entendiendo el ambiente como un elemento negativo, puesto que si las características de un determinado ambiente pueden ser consideradas como un factor de riesgo potencial, otros ambientes y otras características distintas constituyen auténticos factores de protección. Un gran porcentaje de nuestro comportamiento corresponde a nuestra interrelación individual y concreta con ese “sociosistema” cuyas características representan un referente y una fuerza.

El ambiente es un factor ineludible, pues el individuo no puede vivir aislado, y el conocimiento de sus características y el conocimiento profundo del ambiente o los ambientes en los que se desarrolla la vida de un individuo nos puede ayudar a entender o incluso a descubrir el porqué de sus reacciones conductuales.

La dimensión socioambiental recoge todos los aspectos y condicionantes existentes en el “ambiente”, que podemos definir como el conjunto de lo que es externo o rodea al individuo, al tiempo que funciona como referente exterior al propio individuo y, al mismo tiempo, es posible que actúe como elemento determinante sobre ese mismo individuo.

Ciñéndonos a los análisis teóricos de que podemos disponer, el ambiente se puede entender, precisamente, como ese conjunto de “lo exterior al individuo” (visión generalista), o como “el conjunto de variaciones ambientales que, junto con las variaciones genéticas, y las resultantes de la interacción entre ambas, contribuye a

describir, explicar y predecir las diferencias de comportamiento -fenotípicas- de los individuos” (visión diferencialista), de Juan Espinosa en (Silva, 1995:114).

Es decir, la visión generalista está centrada en el análisis del propio ambiente, tanto en sus aspectos físicos como en sus características biológicas y sociales (normas, valores, pautas de socialización, percepción y representación de ese ambiente en el individuo, creencias, conductas manifestadas en el ambiente, y los resultados y productos de las acciones de las personas en el ambiente).

También se establecen dos grandes tipos de aproximaciones teóricas a esta visión: de un lado las que se centran en el propio individuo y su interacción específica con el ambiente; de otro, las que se centran en aspectos más propios de los mencionados contextos, siendo menos explícitas con las interacciones, y atendiendo al modo en que los contextos son determinantes del comportamiento, y actúan como antecedentes de la conducta.

Por su parte, la visión diferencialista establece que “el individuo -con sus características- y el ambiente están mutuamente comprometidos. Genes y ambiente entretejen un entramado de interinfluencias cuyo resultado es el desarrollo de un individuo particular, diferente de otro, a través de un proceso de adaptación continua”, (íbidem.), por lo que se considera que el ambiente no es únicamente un factor exterior influyente en el comportamiento del individuo, sino quasi genésico, pues participa en el proceso de evolución madurativa condicionándolo y modificando la estructura de base del individuo.

Sea como sea, lo que se admite sin ningún tipo de discusión es la necesidad de tener en cuenta los factores externos al individuo, cuya fuerza pone en marcha mecanismos conductuales de afirmación o de rechazo en los cuales la condición de base del individuo puede verse sometida a fuertes tensiones. Existe un evidente riesgo de que esa potencialidad del entorno, sea por su fuerza o por su especificidad, esté en condiciones de alterar ocasionalmente realizaciones conductuales del individuo o bien de modificar sus características conductuales de base.

En realidad, la dimensión socioambiental tiene gran importancia en las primeras edades del individuo, por el carácter moldeable de los valores y las características que tiene el ser humano. Es obvio señalar el valor de la influencia “de un buen ambiente” o de “un mal ambiente”, pero la cuestión radica en conocer cuáles son las características ambientales que debemos tener en cuenta como factores de riesgo o como factores de protección, en qué ambientes específicos se concretan esas características, cómo pueden actuar sobre los individuos -sin olvidar que esa actuación no sigue un patrón único- y hasta qué punto un individuo concreto es permeable o impermeable al ambiente.

Los contextos en que los niños y adolescentes se ven generalmente implicados son el contexto familiar, primer entorno que debe actuar como ámbito de socialización; el contexto educativo, en el que encontramos las pautas emanadas de la situación de prestigio y autoridad de los adultos que tienen las responsabilidades, y las pautas emanadas de los educandos, en pocas ocasiones coincidentes con las primeras; y otro contexto que podemos definir como “social o convivencial” en el que consideramos el barrio y otras estructuras sociales similares -de mayor o menor cohesión- en las que el individuo desarrolla su vida cuando no está en el ámbito familiar ni en el ámbito escolar

y encuentra referentes distintos a los propios de los contextos mencionados anteriormente.

En todos estos ámbitos, el individuo recibe una serie de influencias y se ve obligado a responder de un modo activo mediante su conducta. Cada uno de esos ámbitos define una serie de expectativas hacia el individuo, le plantea los caminos de su adaptación o si disensión, y le atrae con modelos de atractivo variable cuyas pautas pueden llegar a modificar los valores de base que el individuo posea. El hecho de la pluralidad de ámbitos en los que el individuo desarrolla su vida ordinaria, con la oposición entre los valores y modelos propugnados o los valores conductuales que en ellos se dan como necesarios, es fuente de conflictividad y desajuste, de desorientación vital y de enfrentamiento.

Como educadores nos veremos sumidos en situaciones en las que los alumnos no responden a las pautas de comportamiento que nosotros, o la sociedad que ha puesto en nuestras manos la responsabilidad educativa, consideramos inadecuadas o desajustadas con respecto a lo que aceptamos como “normal y correcto”. Intentaremos entender el porqué de esos comportamientos y buscaremos sus causas. Llegaremos al convencimiento de que en algunos casos el ambiente, lo que encuadramos dentro de la dimensión socioambiental tendrá un peso específico en esas causas. Analizaremos el ámbito familiar, y descubriremos en sus características factores de riesgo para el desarrollo conductual, junto a factores de protección (normalmente no actuantes en el caso de alumnos problemáticos). Analizaremos también el ámbito escolar y veremos que hay alumnos cuya actitud hacia el modelo escolar resulta negativa o no lo necesariamente positiva, lo que puede generar dificultades de aprendizaje que se traducen necesariamente en conductas problemáticas. Es posible que si tenemos conocimiento de las características de otros ambientes frecuentados por ese alumno con problemas descubramos que entre ellas son claras algunas de las que debemos considerar como factores de riesgo. En definitiva, en el proceso de desarrollo individual, el individuo en plena maduración se ve obligado a mantener sus características personales bajo la presión de su entorno, lo cual puede resultar positivo si esa presión aporta valores de crecimiento, de profundización en el autocontrol, de superación de las incapacidades personales, pautas de mejora en todos los ámbitos (físico, intelectual, moral) y permite una gradual y natural interiorización de esos valores; por el contrario, el ambiente se convierte en negativo, en un obstáculo contra el que hay que luchar, si sus pautas son las de la violencia, la destrucción, la inhibición, el rechazo al compromiso, el conformismo...

En la escuela podemos efectuar diagnósticos de tipo “screening” para detectar el problema y, así, estar en disposición de derivar adecuadamente el caso a un especialista capaz de realizar un diagnóstico más preciso que permita una intervención con respecto al ámbito social.

4.2.3.1. Factores de clima social

Hemos señalado que los entornos fundamentales en los que se incardina el individuo, que lo van a afectar desde los primeros años de su vida y los primeros instantes de su toma de conciencia (aunque esa influencia se pueda producir también de manera que el individuo no sea consciente de ella) son la familia, la escuela, el barrio y

otros ámbitos convivenciales (como pudieran ser clubes, asociaciones u organizaciones culturales, deportivos o de tiempo libre a los que el niño o adolescente pertenezca o en cuyas actividades, simplemente, participe). Todos esos ámbitos tienen unas características y poseen una cultura de comportamiento y una cultura identitaria, con valores, símbolos, modelos de conducta, valores...

El clima social determina las pautas de las relaciones interpersonales entre los individuos que se encuentran en un ámbito determinado.

En principio, los factores de clima social en un ámbito determinado se agrupan en torno a varios ejes que pueden sintetizar las características y valores del ámbito y la interrelación que se establece con el individuo:

- El eje de las relaciones interpersonales, que define el grado y las pautas de la comunicación interna, los mecanismos de interacción interindividual, el nivel e instrumentos de cohesión, la vehiculación de la expresividad y la articulación de las situaciones de conflicto.

- El eje de desarrollo y la autorrealización señala, valga la redundancia, la individualidad del individuo, la actuación dinámica del individuo dentro de la estructura social de su ámbito, el grado de interés en las actividades colectivas y la moralidad absoluta o relativa que caracteriza al ámbito.
- El eje de la estabilidad señala las características necesarias para que el ámbito pueda ser considerado como tal, el tipo de control que ejerce sobre los individuos o los individuos entre sí, el modo formal o informal en que se organiza el ámbito. Está claro que, al respecto, los parámetros cualitativos y cuantitativos son muy variables y distintos en función del ámbito al que nos refiramos.

- El eje del cambio, indica la posibilidad de evolución del individuo, de su proyección y desarrollo personal. Hay ámbitos en los que este eje se considera de importancia por la proyección social global que produce. Otros ámbitos (pensemos por ejemplo en lo que ocurre en ámbitos marginales) contemplan estrictamente la evolución del individuo dentro del propio grupo, la manera en que el individuo evoluciona y progresa para adquirir más prestigio, más seguridad y, concomitante con ello, más poder.

4.2.3.2. Factores de inadaptación social

La inadaptación es la falta de capacidad de la persona para acoplarse y estar a gusto consigo misma o con el ambiente donde tiene que vivir.

Dejaremos a un lado la inadaptación personal, pues corresponde a la falta de acuerdo del individuo con su propia manera de ser. Esta inadaptación, en grado mínimo, puede actuar como estímulo, si el individuo es consciente de sus limitaciones y su necesidad y posibilidad de mejora mediante su superación. Por otra parte, esa inadaptación lleva consigo la necesidad de equilibrarla con otra adaptación a circunstancias “asociales”. Queremos decir con esto que en muchos casos la

inadaptación social no es más que una respuesta basada en la adaptación a lo “no social”, entendiendo como “no social” aquello no admitido por “la normalidad” (ya comentamos en otro apartado de esta obra lo difícil que resulta definir este concepto que, sin embargo, es de amplia aceptación).

Además de la inadaptación personal brevemente comentada hay que tener en cuenta la inadaptación familiar, la escolar y la social, es decir, el conflicto de la persona con los parámetros convivenciales habituales en la familia, la institución escolar y el entorno “ciudadano”.

Por supuesto, para hablar de inadaptación partimos de la existencia de unas pautas “admitidas y admisibles”, referencia de la corrección y la normalidad.

En esa inadaptación son factores importantes la motivación, el nivel cultural del entorno, los valores predominantes del entorno, las expectativas del entorno hacia el individuo, los modelos ofrecidos, el nivel de conflictividad, el nivel económico...

Hemos de hacer una puntualización. La inadaptación con respecto a entornos bien orientados es un problema que requiere la atención del educador, ya que va asociada con episodios o un historial consolidado de problemas de conducta. Sin embargo, la inadaptación con respecto a entornos mal orientados requiere otro tipo de apoyo, ya que manifiesta la capacidad del individuo para resistir los factores de riesgos y salir airoso en su confrontación con ellos.

En ambos casos es fundamental el conocimiento del entorno y lo que ofrece y exige al individuo, tanto para ayudarlo a superar las deficiencias cuando el entorno es problemático (familia conflictiva, entorno escolar inadecuado a las necesidades específicas del sujeto, entorno social degradado que no ofrece más modelos y expectativas que la continuidad en esa degradación), y dándole apoyo y ofreciéndole continuidad si se mantiene “inadaptado” con respecto a él (lo que representa valores de “adaptación” con respecto a lo normal), como para diagnosticar correctamente la inadaptación a entornos positivos.

4.2.4. Dimensión pedagógica

El ámbito escolar podía ser incluido dentro de la dimensión sociológica, pues familia, escuela y entorno convivencial social son los entornos específicos que la conforman. Sin embargo, estimamos que los objetivos de nuestro estudio y nuestra propuesta recomiendan un tratamiento específico y diferenciado del ámbito pedagógico, considerando esta dimensión de un modo separado -sin olvidar las relaciones y referencias con el resto de dimensiones-, puesto que en ella se dan una serie de características y situaciones muy determinantes cuando nos referimos a las conductas problemáticas infanto-adolescentes-juveniles.

Como estructura social, el ámbito escolar sitúa al individuo en plena evolución madurativa frente a una serie de exigencias y necesidades de esfuerzo y adaptación que pueden resultar problemáticas si ese individuo carece de unas facultades y capacidades biológicas mínimas o es incapaz de utilizar y desarrollar técnicas que le permitirán afrontar los retos escalonados que, en forma de pruebas, exámenes, niveles de

conocimiento y habilidad que asumir, informaciones que aprehender se van sucediendo en un entorno en que están muy señalados y predeterminados los perfiles y los roles que corresponden a quienes lo componen, y las pautas de autoridad y dependencia jerárquica.

No es éste el lugar para diseccionar las peculiaridades sociológicas del entorno escolar y, en consecuencia, de la dimensión pedagógica. En otros apartados de esta obra ya hemos efectuado una síntesis básica que nos proporciona una idea de conjunto y nos recuerda cómo, en muchos momentos, la propia estructura del sistema educativo, su concreción en una institución escolar específica, las exigencias que comporta y las características del individuo en él incluido pueden entrar en conflicto. Los problemas de aprendizaje con los que a menudo nos encontramos en las aulas, y que pueden desembocar en conductas problemáticas, deben ser entendidos como un síntoma que anuncia la existencia de un problema o desajuste previo o de la concordancia y confluencia de varios de ellos.

Como señalan (Marín y Buisan, 1984:51), “podemos considerar los problemas de aprendizaje como un síntoma. El no aprender no configura un cuadro permanente, sino que aparece como un signo de descompensación”, que, desde el punto de vista del educador que desea cumplir con su función de aportar el máximo apoyo posible al educando, cumple un papel sintomático de primer orden.

En la dimensión pedagógica podemos definir elementos potencialmente capaces de constituirse en factores de riesgo, y no podemos obviarlos a la hora de efectuar un diagnóstico efectivo: unos nacen de la falta de capacidades básicas del individuo con respecto a las exigencias a que le somete el sistema escolar, otros surgen de la propia idiosincrasia del sistema escolar y el modo en que efectúa las necesarias interrelaciones con el individuo en concreto.

Portellano (1989) sintetiza los aspectos esenciales que hay que tener en cuenta. Para él, la desadaptación escolar, concepto global en el que podemos reunir los problemas conductuales específicos de esta dimensión pedagógica, es “un rechazo a la escuela por factores inherentes al colegio. Factores como la personalidad del profesor, la interacción en el aula, pueden provocar un sentimiento de desadaptación del niño dentro del aula. La inadaptación escolar es la pérdida de la armonía entre los intereses y motivaciones del alumno y la conducta visible que presenta frente a las exigencias escolares. Hay un conflicto entre el comportamiento del niño dentro del aula y las expectativas sociales”. No podemos olvidar, por otra parte, que los trastornos de comportamiento “que aparecen en la situación escolar o familiar pueden ser formas de adaptación a un estado amenazador para el niño, o, también, búsquedas inútiles y torpes de equilibrio”, (Marín y Buisan. 1984:51). Con ello se refuerza, en general, que la consideración del individuo exige la contemplación conjunta de todas las dimensiones que lo forman, y -para el profesional de la educación- que su papel va más allá de encauzar al alumno dentro de los parámetros establecidos por las normas que rigen el sistema educativo vigente en el momento.

La desadaptación y la conflictividad dentro del ámbito escolar no son sólo la expresión de carencias correspondientes de modo exclusivo al mundo escolar, pues pueden estar provocadas por situaciones bioneuropsicológicas inherentes al sujeto o por desajustes en otros ámbitos.

Por ello veremos, al desarrollar nuestras reflexiones sobre esta dimensión, cómo se entrecruzan ideas y conceptos que también tratamos al desarrollar el resto de dimensiones en que hemos estructurado nuestra propuesta.

Hemos de tener en cuenta que, durante un periodo prolongado de su vida, la persona, desde el punto de vista social que comporta exigencias y capacidades de acción, es considerado, fundamentalmente, un “escolar”, un “alumno”, por lo que los condicionantes específicos que tiene como persona (dimensiones bioneuropsicológica y psicológica), y como miembro de la comunidad en que está inserto (dimensión socioambiental) confluyen en las circunstancias específicas de su interrelación con el ámbito escolar.

La desadaptación escolar motiva la necesidad del diagnóstico de un escolar. Esta desadaptación puede manifestarse de maneras muy variadas, que abarcan un arco de situaciones diversificadas y de características no necesariamente concordantes.

Podemos asistir al aburrimiento y el desinterés por la escuela y por lo que en ella se ofrece, concretados en falta de motivación hacia el aprendizaje, inasistencia al centro escolar y/o no establecimiento de relaciones interpersonales correctas o adecuadas con el resto de compañeros y los profesores.

Además, las conductas problemáticas se pueden materializar en enfrentamientos con los profesores y agresividad hacia el resto de componentes de la comunidad escolar o incluso hacia sí mismo por parte de quien los protagoniza, con episodios de autoagresividad.

La inadaptación escolar produce en casi todas las ocasiones la inseguridad personal de quien la sufre, con pérdidas de autoestima que el individuo afectado puede llegar a verbalizar expresando su disconformidad.

En general, se considera que la desadaptación escolar -además de las causas que atañen a las capacidades cognitivas del alumno- tiene su origen en factores estrictamente escolares; pero también la desadaptación familiar por los conflictos acaecidos en el seno de la familia pueden dar por resultado, mediante un proceso de proyección no necesariamente consciente, episodios de desadaptación escolar.

Hemos de tener en cuenta, además, que cuando tratamos la inadaptación escolar podemos encontrar, por la combinación de dificultades emocionales y de interacción escolar, una gradación que va desde la simple inadaptación sin rechazo activo de la escuela hasta las fobias, siendo muy difícil establecer dónde está el límite en el que podemos considerar la consolidación de un estado fóbico.

4.2.4.1. Factores relacionados con los hábitos y estrategias de aprendizaje

Se señala que los procesos cognitivos fundamentales en el procesamiento de la información son la adquisición, la codificación y la recuperación, junto con algunos

procesos de apoyo, de naturaleza metacognitiva, oréctica, social..., que dan soporte a las estrategias mediante las que se producen los procesos mencionados.

El proceso cognitivo es, esencialmente, un proceso de simbolización mediante el cual llegamos a ser capaces de desarrollar una “imagen mental del mundo”, cuya complejidad, extensión, solidez y profundidad dependerá de la cantidad de información adquirida y la capacidad para codificarla y recuperarla de que dispongamos. Para tener éxito en este empeño es preciso que seamos capaces de poner en acción los métodos que permitan un correcto transitar por cada uno de los elementos y las secuencias que forman el entramado del proceso cognitivo, es decir, “procedimientos que permitan optimizar, enseñar, prevenir y/o corregir su adecuado funcionamiento”, (Pérez, 1999: 87), y que son susceptibles de aprendizaje, análisis y valoración de resultados. Es decir, tenemos capacidad para “ayudar a aprender”, de modo que si en el diagnóstico llegamos a discernir que los problemas de aprendizaje de un alumno -y los añadidos o consecuentes de comportamiento- se deben a sus dificultades para desarrollar con coherencia las estrategias necesarias para un correcto funcionamiento del proceso cognitivo, podemos ser capaces de afrontar esas deficiencias. De ahí la necesidad, importancia y utilidad de un correcto diagnóstico al respecto.

Todos los educadores conocemos ejemplos de alumnos cuyo rendimiento escolar y comportamiento en el aula han sido negativos, por lo que eran calificados como alumnos sin capacidad, problemáticos... y que han tenido un cambio radical en el momento en que -normalmente con la ayuda de entendidos o expertos- han sido capaces de utilizar con eficacia y eficiencia las correspondientes técnicas y métodos de “trabajo intelectual”. El rendimiento de un alumno con capacidad intelectual “normal” o “adecuada” puede verse seriamente dificultado por hábitos incorrectos y por desconocimiento de las técnicas adecuadas.

Las capacidades individuales de estudio, conocimiento y utilización de técnicas y estrategias de aprendizaje o estudio difieren de un individuo a otro, por lo que a la hora de diagnosticar los problemas que al respecto se producen se debe tener en cuenta esa constante de diversidad individual, con el objeto de que los medios de diagnóstico que utilicemos sean capaces de adecuarse a ella y de, precisamente a partir de ella, aportarnos los datos que necesitamos.

Se constata cómo, ante los alumnos con este tipo de dificultades, resulta a menudo tardía la indagación acerca de los problemas que se plantean en esta dimensión, por ello es necesario preconizar, como señala Avellaneda “una enseñanza temprana y específica de las técnicas de estudio desde el mismo momento en que se aprende a leer e incluso antes, para establecer los hábitos básicos del trabajo intelectual”, (Pérez, 1999:7).

Las “incomodidades” provocadas por la falta de recursos individuales ante la exigencia escolar son fuente de conflictos y constituyen un factor de riesgo apreciable. Su existencia se materializa en una falta de implicación del alumno con respecto a las condiciones y las pautas existentes en el ámbito escolar.

Existen, además, otros factores que pueden ser causa de problemas de aprendizaje. Marín y Buisan (1984) mencionan los siguientes: situaciones estructurales y materiales desfavorables en el centro escolar (inadecuado número de alumnos, la

iluminación, el estado de las aulas, deficiencias en las instalaciones...); la actitud del profesorado hacia el alumno o hacia su tarea; la inadecuación o desajuste de los programas con respecto a las necesidades del alumno, desequilibrios en los programas o metodología defectuosa. A estos se puede añadir la excesiva movilidad del profesorado, y los cambios de colegio sufridos por el alumno.

4.2.4.2. Factores relacionados con el nivel de competencias escolares

El retraso en los aprendizajes no siempre proviene de factores pedagógicos y el tipo de sistema educativo Portellano, (1989). La inmadurez neurofuncional, los trastornos afectivos personales o familiares y la existencia de lagunas educativas en el contexto familiar pueden estar en el origen de ese retraso, que se materializa en el hecho de que el alumno no alcanza el nivel de competencias escolares que se le exige por la edad que tiene.

El hecho de que el alumno “quede descolgado” de la marcha de la clase genera una cadena progresiva de desajustes y un proceso de deterioro que requiere el diagnóstico de las causas que provocan la deficiencia en el nivel de competencias y la aplicación de programas específicos para paliar, reducir o solventar la situación.

Es evidente que el alumno que por falta de nivel en los “conocimientos” considerados como básicos no puede seguir el ritmo que se le exige entra en una dinámica de despego. Al no poder avanzar al ritmo previsto y exigido, pierde todo tipo de motivación y percibe la incomodidad de su situación. Se produce, así, un círculo vicioso: el fallo en los conocimientos básicos impide la consecución de los nuevos conocimientos, lo que ocurre en el aula se vuelve ininteligible, por lo que esa aula y las horas lectivas se convierten en un medio inhóspito. Si no se detecta el origen de la situación del alumno, y éste recibe simplemente el rechazo e incluso el castigo por su situación, se entra en un conflicto que desemboca, casi inevitablemente, en una conducta problemática.

Hemos aludido, en párrafos anteriores, a los procesos cognitivos, y a la carencia de los métodos, las técnicas y las habilidades para hacerlos efectivos. También hemos de tener en cuenta otras causas que desembocan en la discapacidad del alumno para abordar los aprendizajes escolares de manera similar a como lo hacen la mayoría de sus compañeros.

Las tendencias actuales en el mundo de la educación tienen como objetivo la atención a la diversidad, una diversidad que “lo es desde múltiples puntos de vista: geográfico, social, cultural, económico, pero también por causas familiares, por maneras de ser individuales, ritmos y estilos de aprendizaje, *procedimientos de construcción del propio pensamiento*, y también por las motivaciones o la relación que cada niño y niña tiene hacia el aprendizaje y la escuela en general”, (Departament d’Ensenyament, 1999:7). Por ello se diagnostica a aquellos alumnos que en apariencia presentan necesidades educativas especiales, con el objeto de poder determinar qué tipo de ayuda

pedagógica y de servicios específicos que complementen a los que reciben todos los alumnos son necesarios para procurarles el progreso hacia los niveles previstos para el conjunto del alumnado.

Dentro del grupo de alumnos descritos en el párrafo anterior aquí tenemos en cuenta especialmente a aquellos que muestran algún tipo de retraso en su desarrollo, a causa de déficits y desventajas o por presentar enfermedades graves, transitorias o permanentes que interfieren en su proceso de aprendizaje. Hasta ahora, el método tradicional de tratamiento consistía en el entrenamiento de competencias específicas de tipo académico, “para disminuir el grado de discapacidad”, (Departament d’Ensenyament, 1999:8). Mas ahora se tiene el convencimiento de que si el origen de la inadaptación escolar radica en la pérdida o la limitación de las funciones psicológicas, fisiológicas o anatómicas hay que acudir a la ayuda de otros profesionales cualificados al respecto.

4.3. Batería diagnóstica

En la práctica, los profesionales que, deseando efectuar un diagnóstico que pueda ser considerado primer paso decisivo y fundamental en la intervención educadora-correctora, estudian los problemas presentados por un sujeto-paciente no utilizan un único instrumento o prueba de indagación o búsqueda de datos.

Para asegurar lo máximo posible el diagnóstico, para lo cual hay que contrastar la mayor cantidad posible de resultados sobre aspectos que resulten pertinentes al caso planteado, emplean pruebas diferentes capaces de asegurar ese contraste, la ratificación, y la complementariedad de esos mismos resultados. Lo cual nos lleva a una conclusión inevitable: debemos disponer de una batería de pruebas que se ajuste del modo más dinámico y con la máxima aplicabilidad posible a nuestras necesidades.

Esta batería, como conjunto, debe tener características determinadas, que la diferencien de una simple acumulación de pruebas y muestren un claro criterio conductor en su postulación. Podríamos decir, utilizando un tópico muy al uso pero no por ello menos cierto, que hay que aquilatar la cantidad -mayor cantidad no asegura mayor éxito- y potenciar la calidad de los resultados obtenidos.

Desde estas premisas, pretendemos ofrecer *un conjunto de instrumentos* que nos permita obtener el conocimiento de la situación de un individuo en todos los ámbitos o dimensiones que lo conforman.

Para ello, lo indicado es la utilización de una combinación de pruebas que tenga en cuenta, como tal conjunto y combinación coherente, su función y objetivos globales, al tiempo que los concretos que correspondan a cada uno de los elementos que lo formen. Se trata de crear un instrumento potente de diagnóstico en que las potencialidades propias de cada una de las pruebas constituyentes se multiplique al entrar en funcionamiento unas junto a otras.

Así, hemos de seleccionar cuidadosamente los instrumentos que vamos a utilizar, y la posibilidad e idoneidad de la utilización combinada, puesto que la mencionada selección es factor que incrementa su validez, ya que “la intercorrelación

de los distintos tests se orienta en la batería según la dimensionalidad de la característica a medir (...) Un requisito general de toda batería es que cada uno de los tests posea una correlación lo más elevada posible con el *score* general o con un criterio externo”, (Dorsch, 1998:80-81).

Lo que se ha afirmado en las líneas anteriores acerca de las usuales “baterías de tests” lo consideramos, por extensión y analogía, aplicable a cualquier conjunto de pruebas de naturaleza distinta cuyo objetivo, en las dimensiones a que correspondan, sea el mismo que el de los tests: obtener datos medibles y contrastables con parámetros diferenciados sobre la naturaleza, situación o actuación del individuo.

Es decir, no se trata de someter al sujeto a un conjunto indiscriminado de pruebas, que vayan acumulando resultados sin orden ni concierto, sin que previamente se haya definido su complementariedad.

Hay que aquilatar con precisión el conjunto de pruebas que utilizar, con el objeto de que la totalidad de ese conjunto responda a los interrogantes que se nos plantean: en nuestro caso detectar los factores de riesgo y los déficits que intervienen en los problemas de comportamiento de los alumnos de ESO.

El criterio tetradimensional de la composición del individuo que sostenemos, y que para nosotros sistematiza y representa de manera fácilmente comprensible e incluso manejable la complejidad del ser humano y de su circunstancia es, a un tiempo, guía y exigencia en la confección de la batería.

La tetradimensionalidad nos compromete con todos los componentes, campos y áreas de la naturaleza humana, sin que podamos obviar ninguna, pues el hombre y su comportamiento son siempre una totalidad, por más que, en cada caso o momento, haya una preeminencia o intensificación de algún elemento. Así, no perder de vista este principio nos orienta en la búsqueda de pruebas-instrumentos que cubran, en su conjunto, el abanico amplísimo de posibilidades del comportamiento, las causas que lo originan, y ayuden a la detección del más mínimo detalle al respecto.

Nuestro compromiso educador repudia la superficialidad. No podemos despachar con cuatro trazos generales y generalistas las situaciones problemáticas de los alumnos de ESO a los que atendemos.

Tenemos también una exigencia de sutileza, pues sutil es, a menudo, el proceso de indagación que nos lleva a descubrir el factor de riesgo que anida en el origen de un comportamiento problemático. Esa misma sutileza es la que nos ayuda a huir del diagnóstico fácil, del encuadrar en el mismo grupo comportamientos similares que pueden tener orígenes distintos. Nunca insistiremos lo suficiente en recalcar que, como educadores, el objetivo final de nuestra tarea no es enmascarar, reprimir o atemperar los comportamientos inadecuados (empléese el término en el sentido más amplio que acepte) y así pretender que hemos solucionado el problema. En nuestra “aventura” pasamos a través de ellos para encontrar el camino que nos lleva a la causa-origen. Somos como el explorador que desea encontrar la auténtica fuente de un gran río desde la desembocadura en que varias corrientes parecen confluír. No le interesa esa desembocadura, porque el origen que da al caudal sus características propias es anterior.

Sólo venciendo la tentación de describir y saciarse con la desembocadura se es capaz de remontar las distintas corrientes y llegar a dilucidar el auténtico origen primero, el que explica el comportamiento de ese río, por qué en su desembocadura es capaz de mostrar los fenómenos y las calidades que lo caracterizan. Nosotros aspiramos a más aun.

Queremos conocer porque vamos a intervenir; porque el tramo final de ese río de nuestra metáfora es dañino, y estamos convencidos de que al descubrir la auténtica fuente vamos a ser capaces de intervenir en ella y podremos regular el curso y la violencia del caudal.

Queremos ser capaces de crear un conjunto de pruebas que ponga en nuestras manos la oportunidad de obtener datos relevantes de las cuatro dimensiones a las que nos venimos refiriendo a lo largo de estas páginas.

Es obvio que, previa a cualquier otra consideración, debe estar clara nuestra concepción de aquello que va a ser sometido a las pruebas. En nuestro caso, un ser humano concreto y complejo, cuyas características de concreción son, precisamente, nuestro objetivo. Es decir, pretendemos alcanzar el conocimiento más exacto posible de cómo es ese individuo. Más allá de la conducta aparente, que para nosotros es signo o producto de unas causas anteriores y escondidas o difícilmente accesibles.

La complejidad de estratos y dimensiones interrelacionadas e interdependientes, conformadores de la persona que nos preocupa, nos obliga a un esfuerzo de selección en las pruebas, teniendo en cuenta incluso la posibilidad de que el solapamiento aparentemente contradictorio de algunos resultados ante estímulos distintos (los distintos ítems de las pruebas) pudiera plantear alguna confusión.

Por ello, antes de tomar la decisión final sobre cuáles serán las pruebas con las que vamos a estructurar nuestra batería diagnóstica, y antes de mostrarlas, es preciso exponer una reflexión previa, clarificar realmente qué y cómo, para presentar así los criterios que nos proporcionan marco y apoyo.

En el momento de decidir qué instrumentos han de formar nuestra batería, hemos tenido en cuenta como punto de partida nuestra concepción del diagnóstico como primer momento de la intervención educativa correctora, los criterios conformados a lo largo de nuestra trayectoria profesional, y los aspectos fundamentales de los instrumentos seleccionados.

Todo ello ha sido la base para discriminar cuáles de entre los actualmente disponibles son los más adecuados a nuestra finalidad.

La selección efectuada no implica que los instrumentos no escogidos no sean, individualmente, útiles y válidos en sí, sino que tienen especificidades y cumplen objetivos distintos de los que nosotros afrontamos y deseamos satisfacer, o no se ajustan a la coherencia y complementariedad interna de nuestra batería.

Esta selección ha sido un proceso dinámico de búsqueda y comprobación, desarrollado a lo largo de más de quince años de experiencia y trabajo comprometido con alumnos caracterizados por conductas en general problemáticas y pertenecientes a diferentes ámbitos educativos.

Desde el inicio de nuestra trayectoria profesional, hemos tenido la oportunidad de poder centrarnos casi específicamente en poblaciones infantiles y juveniles con todo tipo de limitaciones y déficits que nos han obligado a un esfuerzo de adaptación y de búsqueda para solucionar sus problemas presentados en forma de carencias o desviaciones. La aventura ha sido intensa y un acicate de primer orden, cuyo resultado son las líneas que trazan los puntos fundamentales de estas páginas.

Centros educativos de la “Direcció General de Justícia Juvenil”; el “Programa de Marginados Sociales del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya”; la docencia en Centros educativos situados en zonas urbanas con alto grado de marginación social, y en Unidades de Adaptación Curricular (UAC) Moreno (1999); y la responsabilidad al frente de un Departamento de Orientación en Educación Secundaria en el que se atienden mayoritariamente problemas de comportamiento, han sido los ámbitos y los hitos que han ido señalando los avatares de una trayectoria llena de experiencias y que ha motivado muchas reflexiones, muchos intentos, muchas pruebas y muchas comprobaciones hasta conseguir aquilatar lo que ahora ofrecemos.

Esta experiencia profesional, junto con los conocimientos a que hemos podido tener acceso en nuestra trayectoria, nos ha facilitado la tarea de fijar los criterios que han dado como resultado el conjunto de pruebas que forman nuestra batería diagnóstica.

El primer condicionante, y al tiempo objetivo, ineludible ha sido tener en cuenta que hemos establecido la necesidad del diagnóstico como el primer paso de la intervención que acometemos, puesto que ello determina enfoques e instrumentos, teniendo en cuenta que no es válido forzar la acomodación de un instrumento a unos objetivos concretos.

Desde la premisa expuesta, que resulta un condicionante tan complejo como lo es la realidad pluridimensional de la persona, es precisa una reflexión ajustada para determinar y concretar el tipo de información que necesitamos, todos los aspectos que nos interesa medir y, lo que es también muy importante, ponderar el valor real o hipotético, absoluto o relativo de los factores que medir.

No podemos olvidar que el proceso que ahora describimos abarca todas y cada una de las características del individuo que queremos diagnosticar, y por lo tanto las pruebas que vayan a formar nuestra batería diagnóstica han de tener en cuenta la globalidad de nuestras exigencias y necesidades y, al tiempo, la especificidad de cada prueba en concreto. Estamos, pues, en un proceso en que la globalidad del diagnóstico y sus exigencias mediatiza de forma positiva y al tiempo ilumina la concreción de cada instrumento, y viceversa: “La intercorrelación de los distintos tests se orienta en la batería según la dimensionalidad de la característica a medir”, (Dorsch, 1985:80), en nuestro caso, los factores de riesgo que intervienen en la problemática del comportamiento desde un planteamiento tetradimensional.

Tras la primera fase de definición de objetivos (en la que hay que tener en cuenta qué es lo que le demandamos a cada instrumento, cuáles son los aspectos específicos que necesitamos cubrir y en consecuencia la información requerida que queremos obtener, y el valor de los factores), hemos de obtener la información técnica al caso, que nos permitirá seleccionar los instrumentos adecuados.

El primer paso en esta nueva fase es consultar e identificar, mediante los oportunos registros bibliográficos y catálogos, los instrumentos y pruebas existentes, teniendo en cuenta que su distribución ha de estar restringida a profesionales. En este momento hemos de fijarnos en su fiabilidad, validez y tipificación, y no fiarnos del nombre de la prueba, ya que no es garantía de utilidad para medir el rasgo a que hace referencia. Sólo un profundo conocimiento de las pruebas a nuestro alcance permitirá la selección de las más adecuadas.

Sabiendo que las propiedades de las pruebas no tienen valor absoluto y deben ser juzgadas en función de las muestras de estudio, hemos de contrastar si el ámbito de aplicación, su nivel de dificultad y el grado de discriminación son apropiados a nuestro caso, puesto que la adecuabilidad es una exigencia insoslayable.

Conviene, además, otra pincelada de realismo en nuestra decisión. Hemos de ponderar las condiciones prácticas. Es absurdo construir una batería de pruebas cuyas condiciones de aplicación sean casi imposibles en los medios en que nos desenvolvemos. En este sentido hay que decidir si el examen será individual o colectivo -teniendo en cuenta la atención a los casos individuales que deberemos afrontar-, la posibilidad de formar pequeños grupos, la facilidad de corrección... El tiempo de que dispongamos o que preveamos tendremos a nuestra disposición es también factor que tener en cuenta: es importante contabilizar los posibles horarios de aplicación, los tiempos de instrucciones y de ejecución, los descansos, la intervención de colaboradores en la aplicación y la corrección de las pruebas, la posibilidad de procedimientos y procesos informatizados...

Tampoco podemos obviar los aspectos de la disponibilidad económica: el material, los “procesos administrativos complementarios”, y que el tiempo propio y el de los posibles colaboradores forma así mismo parte de los condicionantes que nos afectan. Sería absurdo establecer una batería diagnóstica formada por pruebas de difícil aplicación por lo ideal de las condiciones exigidas para ello, o por el alto coste exigido.

Lo que pretendemos es que nuestra batería sea fiable y válida; que los instrumentos que la conformen sean útiles por poseer las propiedades científicas y técnicas fundamentales; y que, en definitiva, todo el proceso de aplicación de la batería se desarrolle eficazmente por haberse planificado con atención y sentido funcional.

Estas reflexiones previas han sido el hilo conductor que en nuestra trayectoria como educadores nos ha permitido ir construyendo, paso a paso, a través del estudio, la aplicación y la reflexión sobre la experiencia, el conjunto de pruebas que presentamos. Ha sido un proceso eminentemente abierto y dinámico, en el que no nos ha importado desandar el camino cuando tras un éxito aparente hemos tenido que afrontar nuevas situaciones que nos han mostrado lo inadecuado de nuestras elecciones.

Algunas de las pruebas que habíamos seleccionado en unos primeros momentos han sido descartadas y sustituidas por otras, a la vista de la posibilidad de mejora de toda la batería que proporcionaba el cambio. La exigencia de funcionalidad y la detección de carencias en la información que pretendíamos han estado siempre presentes en el proceso autocrítico que nos ha conducido al resultado final.

Los instrumentos que configuran nuestra batería, de los que hablaremos detalladamente más adelante, están constituidos por tests, registros de observación y entrevistas. Cada uno de estos tres grupos posee formas variadas en la materialización, aunque podemos definir las líneas fundamentales que los distinguen.

En general, un *test* es una “prueba estandarizada en su administración y su valoración que informa sobre determinadas características afectivas, intelectuales (nivel mental, aptitudes, conocimientos) o sensoriomotrices de un sujeto y permite situarle, en relación con los otros miembros del grupo del que forma parte (contraste)”, (Dorsch, 1998:274-275). Es decir, en el test se presentan al individuo unos ítems consistentes en pruebas (verbales o de actuación) que requieren respuestas que después reciben tratamiento psicométrico.

Los registros de observación son instrumentos que con mayor o menor concreción ayudan a estructurar la información generada por la observación directa sobre el individuo sometido a esa observación. Estos registros pueden ser abiertos o pueden focalizar la observación sobre aspectos determinados en circunstancias concretas.

Por su parte, la entrevista es un instrumento que recaba información por diálogo directo entre quien lo aplica y el sujeto de la observación, o por diálogo entre quien realiza la entrevista y alguna persona que tenga relación y conocimiento estrecho del sujeto observado, con lo que se obtiene información indirecta. “Este procedimiento se utiliza como método de observación para juzgar la personalidad de un sujeto, forma parte de todos los exámenes psicológicos y facilita la síntesis de los resultados obtenidos”, (Dorsch, 1998:107). Como en el caso de los registros, existen modelos de entrevistas muy cerradas, en las que los cuestionarios y sus fórmulas de aplicación están muy estandarizados y cerrados, y otros modelos más abiertos, que permiten al entrevistador para ir conduciendo las preguntas y los temas según lo crea conveniente.

Hemos presentado aquí, de un modo muy general que produce una cierta indeterminación, los tipos de instrumento que conforman nuestra batería. Al presentar concretamente cada uno de ellos profundizaremos y reflexionaremos acerca de los matices. Hemos de tener en cuenta que el avance continuado en los instrumentos ocasiona que, a partir de una idea básica de la metodología de un tipo de instrumento se haya producido una diversificación. A modo de ejemplo: la concepción básica de un test consiste en un conjunto de ítems que requieren una respuesta con elección, para después cuantificar y tabular las respuestas y compararlas con las tablas de control; a partir de esta idea genérica, se establecen nuevos tipos de tests, como que ante elementos materiales que le son presentados el sujeto sobre el que se aplica el test tenga que efectuar elecciones, dar respuestas o reaccionar de algún modo, con lo cual nos alejamos del modelo clásico cuestionario-respuestas (libres o de elección).

En el apartado 4.2. de este capítulo hemos expuesto la síntesis de contenidos referidos a cada una de las dimensiones que desde nuestro punto de vista sistematizan la complejidad de la naturaleza humana y su comportamiento. Presentamos ahora un breve apunte generalizador sobre los instrumentos que se aplican en esas mismas dimensiones, que sistematizamos, con el único ánimo de sentar unas bases

introdutorias que concretaremos al tratar cada uno de los instrumentos que constituyen nuestra batería diagnóstica.

Existe una serie de principios que se repiten en cada una de las dimensiones y los grupos de pruebas que presentamos, y que tienen su origen en la propia naturaleza de lo analizado. El carácter evolutivo presente en todas pero que caracteriza de manera determinante algunas de las dimensiones, el impulso de mejora que lleva a la búsqueda de instrumentos cada vez más contrastados y adecuados a los objetivos propuestos, la interdependencia y la necesidad de tener en cuenta factores externos a la dimensión específica en la que se está trabajando, y el sumo cuidado en huir de valoraciones e interpretaciones precipitadas son a grandes rasgos estos principios compartidos.

Hemos mencionado en todos los casos las dificultades que se presentan, no con la pretensión de desanimar, sino con la pretensión de señalar que, al ser conscientes de las mismas, hemos puesto todo nuestro empeño en superarlas con la batería diagnóstica que hemos confeccionado.

-DIMENSIÓN BIONEUROPSICOLÓGICA:

Los instrumentos que empleemos para la recogida de datos en esta dimensión deben tener en cuenta el contexto madurativo del sistema nervioso, es decir, el hecho de que este sistema aparece en un proceso de evolución no cerrado en el que están definidos los estadios de evolución. En el caso de niños y adolescentes esto es aún más determinante que en el caso de los adultos, “los patrones cognitivos y conductuales, así como los sistemas neurológicos que los sustentan, no están aún consolidados. Por lo tanto, a un niño o adolescente no se le puede evaluar como si de un adulto se tratase”, (Silva, 1995:109), por lo que es necesario adecuar las pruebas a este condicionamiento, y analizar los resultados obtenidos en función de las correlaciones correspondientes a cada una de las fases evolutivas.

Como afirma Narbona García en (Rodríguez,1998:331), los exámenes neuropsicológicos estudian las relaciones entre los procesos cognitivos y la función cerebral, así que a través de ellos podemos tener conciencia de que “una agresión al sistema nervioso inmaduro puede producir déficits”, y que “en caso de patología, los efectos sobre la conducta estarán en relación no sólo con el/los elemento/s dañado/s sino también con las repercusiones a distancia sobre el conjunto del sistema”.

Atendiendo a la señalada evolutividad del sistema nervioso, “la evaluación neuropsicológica de niños y adolescentes es una tarea compleja que requiere un buen adiestramiento tanto en clínica infantil como en técnicas de evaluación psicológica en general y neuropsicológica en particular”, por lo que la acción diagnóstica no puede limitarse a la administración de pruebas, ya que éstas “son sólo una ayuda para el diagnóstico y la rehabilitación”, (Silva, 1995:109).

Queda por tanto claro que las pruebas y su aplicación deben tener muy en cuenta los conocimientos teóricos que se refieren a esta dimensión, dada la complejidad de la materia.

-DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

La complejidad de esta dimensión obliga a disponer de pruebas que atiendan a las distintas vertientes en ella comprendidas, siendo necesario que estas pruebas sean adecuadas al estado actual de nuestros conocimientos en este ámbito, quizá uno en el que se da una mayor productividad al respecto.

A) PRUEBAS COGNITIVAS:

En la evolución de los instrumentos de diagnóstico aplicados en el conocimiento del componente cognitivo de la dimensión psicológica, se ha producido el paso de los análisis de habilidades al “análisis de los procesos cognitivos”, al disponer de “modelos de funcionamiento” que dan cuenta “de las conductas humanas complejas” y que permiten “identificar y definir los procesos que explican las transformación, organización y construcción de las estructuras cognitivas”. En realidad, el objetivo último es, ahora, “averiguar el sentido propositivo de la conducta, expresado en el uso y selección de las estrategias de solución de problemas”, (Silva, 1995:322).

La tendencia general en la actualidad es (Silva, 1995:291) la elección de los denominados “tests de evaluación cognitivos”, que permiten centrar el análisis de la conducta inteligente en los procesos subyacentes, ya que en ellos “la selección de ítems se basa (...) en tareas que tengan un crecimiento rápido con la edad, de modo que el fracaso o el éxito en tales tareas pueda ser identificado como un determinado valor de nivel de desarrollo mental”.

En este campo, “una visión específica de las escalas de edad la constituye la perspectiva operatoria de la inteligencia, que fundamenta el análisis cognitivo en la identificación de la organización jerárquica de los estadios de desarrollo definidos por Piaget”, al tiempo que disponemos de un buen procedimiento para contrastar los resultados en la posibilidad del denominado “retest”, ya que “la diferencia de éxito entre test y retest puede ser considerada como una medida adecuada del avance cognitivo del sujeto”, (Silva, 1995:292).

En la actualidad señalamos cuatro tipos de estos tests:

- los que miden los procesos cognitivos básicos aceptando que en los procesos de atención, codificación (secuenciales y simultáneos) y de planificación hay un sustrato psiconeurológico como fundamento,

- los que se basan en la teoría estructural del procesamiento de información,

- aquellos que analizan los estilos cognitivos al ser capaces de distinguir las “formas de hacer” diversas ante una misma tarea o situación,

- los que describen las estrategias cognitivas por estudiar los procesos finalistas o propositivos de la acción del individuo.

B) PRUEBAS EVOLUTIVAS:

Estas pruebas, según señalan (Doménech y Gómez ,1995:183), pretenden “obtener una medida global del desarrollo del niño, aunque en ocasiones, también interesa conocer el nivel de funcionamiento en las diferentes áreas que estas técnicas pueden evaluar, o la evaluación del progreso o de los cambios apreciados a lo largo de diferentes evaluaciones en el tiempo”.

Además, pretendemos obtener información clínica que permita dar las adecuadas respuestas a cuestiones y situaciones de retraso del desarrollo, para poder generar estrategias que sean apropiadas a la intervención pretendida.

En la elección, planteamiento y evaluación de las pruebas debemos tener en cuenta también que, como afirman las autoras arriba citadas, “las conductas sociales cobran importancia en el conjunto de competencias del niño y la medida de la inteligencia ya no se considera como única capacidad para predecir la evolución del desarrollo infantil”, lo que abre nuevas perspectivas instrumentales y reafirma el ámbito de la pluridimensionalidad que sostenemos, con la interrelación e interdependencia entre las dimensiones constituyentes.

Los tipos de prueba más utilizados al respecto son:

- escalas generales de desarrollo psicomotor,
- escalas de desarrollo cognitivo,
- escalas que valoran especialmente el desarrollo social.

Con ellas, es posible conocer el estado de la evolución del niño y del adolescente en todos aquellos aspectos en los que existe una progresividad de los comportamientos (psicomotricidad, cognitividad, sociabilidad).

El objetivo de estas pruebas es observar de un modo sistemático y con el máximo de detalles posible las distintas conductas que el niño y el adolescente manifiestan durante su desarrollo.

C) PRUEBAS PROYECTIVAS:

Estas pruebas se basan en el hecho de que el individuo establece asociaciones entre el estímulo que se le presenta y sus recuerdos, actitudes, experiencias e incluso la imaginación y los sentimientos, por ello son un instrumento muy útil “para la formulación de hipótesis interpretativas, especialmente cuando la edad y el nivel de maduración del niño no permite la utilización de procedimientos más fácilmente cuantificables o verificables objetivamente”, (Rodríguez, 1998:283); es decir, existe una “proyección” más o menos consciente -no viene al caso ahora discutirlo- de la situación del individuo sobre la tarea propuesta, de modo que un correcto análisis de su respuesta permite dilucidar la situación que la origina.

Mediante estas pruebas podemos, entre otras cosas, obtener información sobre carencias en el desarrollo de la personalidad infantil, ya que ponen de manifiesto la incapacidad del niño para estructurar e interpretar correctamente el material que se presenta. Ello debe ser entendido como una señal para la toma de conciencia ante los posibles problemas y las deficiencias a la hora de afrontar las situaciones conflictivas que se dan en el proceso de integración infantil, o sea, que estas pruebas aportan datos ya incluso antes de que podamos analizar el resultado final, puesto que la manera en que el sujeto reacciona ante la propuesta, sus dificultades o facilidades para esa reacción, ya puede ser significativa.

Las técnicas proyectivas permiten obtener datos cualitativos (recuérdese lo que apuntábamos al principio sobre la búsqueda de una mayor calidad en los datos por encima de una mayor cantidad), y es importante subrayar que “su perspectiva dinámica (...) capta de la mejor manera posible, a partir de una constante actual, la evolución afectiva del niño a lo largo de su proceso madurativo”, (Rodríguez, 1998:286).

La realización de estas pruebas es sencilla y sigue una pauta bastante constante. La mayor parte de ellas requieren que el individuo realice un dibujo a partir de una orden dada. Es obvio señalar que es preciso cerciorarse de que el individuo es capaz de entender lo que se le solicita. Una vez efectuado el dibujo, es posible la formulación de preguntas que ayuden a la interpretación. Hay que tener en cuenta que estas preguntas nunca pueden ser “directas”, es decir, no han de referirse directamente a la situación del sujeto sometido a la prueba, sino que deben centrarse estrictamente en el dibujo producido.

Los criterios de análisis son de tipo formal (ceñidos a la materialización del dibujo y a detalles como la distribución, el tamaño, el aprovechamiento del papel, los colores empleados, el tipo de trazo...) y referidos al contenido, aprovechando que “cuando hay unas tensiones internas, conflictos o bien falta de ellos, se traduce en lo que el niño dibuja ya que no tiene capacidad para abstraerse de dichos problemas”, (Comellas, 1990:125).

La aparente sencillez con que estas pruebas se realizan, la gratificación que supone el componente plástico y dinámico (“el sujeto tiene que hacer algo”) en que se basan, la falsa inmediatez que proporciona el disponer de una representación gráfica... no deben confundir al evaluador. Hay que ser muy cuidadoso en las interpretaciones, puesto que son variados los factores que tergiversan o inciden en estas pruebas. Entre ellos, y no los menos importantes, cabe señalar las prisas por terminar la prueba, la copia o imitación de lo que haga otro compañero o de un modelo que se recuerde, el que el niño se haya centrado de manera obsesiva en una “correcta” realización del dibujo requerido, o incluso la mayor o menor habilidad en el manejo de los “útiles de dibujo” o el displacer que el tener que hacer un dibujo provoca en algunos niños o adolescentes.

D) PRUEBAS DE PERSONALIDAD.

Aun dejando a un lado la discusión acerca de si cabe distinguir entre el temperamento, que abarcaría lo innato y biológico, y la personalidad, que resultaría de la interacción entre el temperamento y otros factores, es necesario y útil disponer de información lo más precisa posible, puesto que la personalidad implica “disposiciones o tendencias de conducta” y “para explicar la conducta debemos conocer tanto la influencia de las características de personalidad como las características de la situación, así como las interacciones entre éstas”, (Silva, 1995:405).

Además, y como ocurre con otras dimensiones de la persona, el componente evolutivo debe ser tenido muy en cuenta para aquilatar de forma conveniente los resultados que obtengamos en las pruebas aplicadas.

Con respecto a la propia idiosincrasia de las pruebas, un análisis de las existentes, y las tendencias actuales en la creación de pruebas nuevas señala varios aspectos importantes y que reseñamos a continuación:

- es necesario incidir en la efectividad de las pruebas y validar por métodos altamente precisos y representativos sus resultados, al tiempo que es preciso refinar los diseños de evaluación del tipo multisituación-multifuentes-multimétodo,
- también hay que evaluar las propiedades psicométricas de las técnicas, los tests y el resto de procedimientos existentes para la evaluación de la personalidad,
- por otro lado, un reto que afrontar es la identificación de ámbitos y características de la personalidad no cubiertos por los tests y los procedimientos de medida actuales, elaborando instrumentos de evaluación psicométricamente adecuados que permitan evaluarlos,
- al mismo tiempo se ha de continuar el estudio y desarrollo de procedimientos de evaluación de la personalidad automatizados, así como de otras aplicaciones de la informática en la investigación de la personalidad de niños y adolescentes e investigar la efectividad de los diferentes procedimientos y técnicas de evaluación de la personalidad en los ámbitos clínicos y escolar.

La complejidad de la personalidad, y la multiplicidad de factores que comporta nos exige gran prudencia en la interpretación de los resultados, “ya que al ser la personalidad una característica de la persona humana mucho más compleja y al haber muchas más tendencias y teorías que se ocupan de su evaluación, el riesgo de establecer hipótesis y hacer interpretaciones y orientaciones inadecuadas aumenta”, (Comellas, 1990:108).

Las pruebas de personalidad que se utilizan con más frecuencia son los cuestionarios y las pruebas proyectivas.

-DIMENSIÓN SOCIOAMBIENTAL:

Parece haber un extendido consenso sobre la dificultad para disponer de instrumentos que se ocupen de esta dimensión, puesto que “no existe actualmente una puntuación de constructo global para la competencia social que pueda integrar las diversas formas de datos de evaluación disponibles sobre la conducta social y a la vez proporcionar una medida general o un indicador del funcionamiento social multidimensional de un alumno desde una variedad de perspectivas de agentes sociales”, (Silva, 1995:444).

La complejidad de la búsqueda de datos procede en su mayor parte del hecho de que esta dimensión es la que más atiende a la interrelación entre el complejo que es el individuo y el complejo que es el exterior en el que el individuo se encuentra, con sus exigencias, sus acicates y sus factores disuasorios, que no siempre alentan una correcta evolución de la sociabilidad del sujeto.

El objetivo que deseamos cubrir con las pruebas que integramos en nuestra batería es tratar de establecer el grado de madurez, la normalidad en el comportamiento y la adaptación a situación o medio determinados. Equilibrio y adaptación son las palabras claves para entender qué se espera del individuo y cuándo se entiende que existe una conducta problemática y en qué sentido debemos analizar los factores de riesgo al respecto.

Por ello, “entenderemos por evaluación socioambiental, no la mera aplicación de instrumentos, sino algo mucho más amplio: El análisis científico de cómo, hasta qué punto y por qué el ambiente influye en el comportamiento humano”, (Silva, 1995:111). Para lograr esa evaluación, empleamos, fundamentalmente los denominados “tests de adaptación”, en los que no se “evalúa ni unas características intrínsecas del individuo ni unas habilidades o potencialidades sino el hecho presente de que (el individuo) esté adaptado a su entorno social, personal, familia y consigo mismo”, (Comellas, 1990:104).

En general, estas pruebas consisten en un cuestionario que plantea al niño o al joven una serie de preguntas relacionadas estrechamente con situaciones propias de la vida cotidiana en ámbitos que conoce, a fin de que él mismo valore esas situaciones. De todas formas, hay que ser extraordinariamente prudente en las interpretaciones, “tanto para evitar alarmas como para ponderar las posibles posturas de los sujetos, especialmente a partir de cierta edad”, (Comellas, 1990:105). Por otra parte, es imprescindible valorar la situación ambiental, familiar y personal del niño, puesto que forman parte del contexto en que se produce la “adaptación del individuo” e incluso son elementos que condicionan su propia percepción de la situación.

De ayuda son las valoraciones y las observaciones que otros hacen de la conducta del niño, pero pese a que indican o prueban la existencia del problema “no indican ni la naturaleza ni las fuentes de los problemas de competencia social del niño”, (Silva, 1995:449).

Si al mismo tiempo admitimos que “sabemos sustancialmente más sobre qué competencias sociales necesitan los niños con retraso que sobre cómo medirlas con sensibilidad al cambio y con exactitud”, (Silva, 1995:442), no es extraño que suscribamos lo que este mismo autor afirma en la página 449 de la obra citada recogiendo las ideas de Dodge : “se necesitan formas de evaluación cualitativamente diferentes con el fin de diseñar intervenciones sensibles y socialmente válidas que traten los problemas concretos del niño en el área de las habilidades sociales y la competencia social”.

-DIMENSIÓN PEDAGÓGICA:

No hay que confundir la evaluación del aprendizaje escolar con la evaluación educativa, ni creer que las *pruebas de rendimiento* cubren lo que a nosotros nos interesa ahora. En Comellas (1990), encontramos una buena síntesis para establecer con claridad el propósito que se persigue, y sus contenidos son los que desarrollamos.

Pese a que las pruebas tengan un necesario e ineludible contenido e incluso formato “escolar” y su dependencia de los contenidos presentes en el currículo escolar, no incluimos en nuestra batería exámenes o pruebas de evaluación de tipo clásico, con la pretensión de “evaluar y poner nota” a la manera en que el alumno ha integrado unos conocimientos concretos, ni tampoco pruebas que nos determinen la capacidad de aprendizaje del individuo.

Lo que vamos a intentar mediante los denominados “tests de conocimientos escolares” es evaluar, “de una manera más sistemática que los exámenes o pruebas escolares, el nivel de conocimiento de los sujetos en unas áreas consideradas básicas en las cuales se deben lograr unos niveles de acuerdo con las edades cronológicas y los cursos realizados (...) No se trata pues de evaluar las capacidades sino los aprendizajes”, (Comellas, 1990:95).

Para ello, nuestras pruebas forman “una batería de rendimiento escolar”, poniendo especial cuidado en evitar las interferencias entre los tests de aptitud y los de conocimientos y planteando sus ítems en los contenidos que se consideran, en cada edad o nivel, básicos e indispensables para que cualquier otro contenido o aprendizaje sea posible.

Así, “la selección de elementos deberá (...) ajustarse a los objetivos concretos de la enseñanza que se desea evaluar y retener un número determinado de ítems, en función del criterio total del test, de manera que este no sea demasiado fácil para los mejores alumnos ni demasiado difícil para los medianos”, (Comellas, 1990:96).

Es obvio que las pruebas que cubren esta dimensión son, como no podría ser menos por la especificidad de la misma, las que más se asemejan a las que continuamente los profesores aplican en sus aulas.

Quizá la diferencia entre los instrumentos que constituyen nuestra batería y la continua labor evaluadora que el profesor lleva a cabo en el aula para tratar de adaptar la metodología, la secuenciación y otros elementos de su trabajo didáctico, es la intención

y el objetivo que se pretende lograr, pues “estos tests deben interpretarse como un control del trabajo escolar a fin de poder servir tanto para orientar a cada sujeto como para establecer, en base a las puntuaciones grupales, investigaciones sobre los métodos de enseñanza, estrategias que faciliten la mejora en los rendimientos...”, (Comellas, 1990:97).

En apariencia los fines son casi semejantes, pero en nuestro caso lo que pretendemos es remontarnos al origen, a las causas que impiden que el individuo o el grupo avancen de la manera esperada para, de este modo, tratar de resolver el problema desde la raíz.

Este tipo de diagnóstico, realizado tal como nosotros lo presentamos, nos va a permitir derivar los casos detectados a profesionales externos al Centro Educativo (derivación interprofesional), como neurólogos, psicólogos..., para que puedan colaborar en el trabajo educativo con el alumno en dificultades; o bien efectuar una derivación intraprofesional, mediante la cual requiramos el apoyo y asistencia de otros profesionales del propio centro.

Sea cual sea la decisión final, el alumno estará recibiendo la atención necesaria, y nosotros, como educadores, estaremos cumpliendo con nuestra misión.

4.3.1.- Instrumentos

4.3.1.1.-Introducción al tema:

Para acometer con éxito un proceso de diagnóstico psicopedagógico, disponemos de una amplia serie de instrumentos diseñados para, con su correcta aplicación, facilitar los datos que a tal efecto necesitamos. Estos instrumentos han surgido de los intentos continuados que la psicología y la pedagogía vienen efectuando, a lo largo del tiempo, para responder a la exigencia del cumplimiento de una vocación práctica, superadora de una intención meramente descriptiva o estrictamente centrada en la constatación del comportamiento y sus manifestaciones.

Afortunadamente -desde nuestro punto de vista-, para los psicólogos y los pedagogos ya no basta saber o conocer qué ocurre y cuáles son los mecanismos desencadenantes de las situaciones, conocimiento, por otra parte, indispensable para acometer nuevos propósitos. Los conceptos modernos de “higiene-salud mental” y de bienestar individual y colectivo comportan la necesidad de superar los objetivos meramente descriptivos y aplicar el conocimiento para intervenir ante la detección de una anomalía o deficiencia o para, aún más importante, prever y plantear, mediante la detección de los elementos que pudieran provocar las disfunciones mencionadas, qué estrategias son capaces de impedir las o de paliar y corregir sus efectos nocivos, hasta conseguir el resultado final de una conducta regulada y/o adecuada.

El conocimiento de las manifestaciones del comportamiento enfocado hacia su utilización práctica al que nos referimos se obtiene de programas de investigación teórica y además, en el caso concreto del comportamiento individual o colectivo sobre el que hay que actuar, de instrumentos de consecución de datos que podemos agrupar en

tres bloques claramente diferenciados: los tests psicológicos, los registros de observación y las entrevistas.

Debe quedar bien claro que cada uno de los bloques de instrumentos que vamos a desarrollar tiene aspectos positivos y valiosos al tiempo que muestra ciertas insuficiencias propias de su estructura, su metodología y sus objetivos. No caben en este caso, al igual que en otros, posiciones maximalistas excluyentes. Es obligación del profesional y de los equipos de profesionales usar de todos los medios a su alcance que hayan sido debidamente contrastados, y disponerlos atendiendo a su complementariedad, a su capacidad de apoyo mutuo; partir de las zonas o datos oscuros o menos definidos que unos pueden poner al descubierto, para tratar de iluminarlos con el empleo de los otros.

No es extraño, en la práctica cotidiana, advertir que datos obtenidos a través de los registros de observación, por ejemplo, adquieren concreción y permiten una intervención eficaz al ser contrastados y estudiados en profundidad mediante la aplicación de un test específico.

Esta necesaria amplitud de miras previa -no otra cosa que facilidad de acomodación, desde una formación teórica clara y coherente- permite atender a la individualidad específica del sujeto, en nuestro caso personalidades en sus primeros estadios de conformación y desarrollo (adolescentes en la ESO) y, por tanto, con potencialidades casi infinitas. La flexibilidad del profesional sólidamente fundamentada, la capacidad para el trabajo en equipo que sea pluridimensional y multifactorial son claves en nuestro empeño.

Los instrumentos a cuya presentación destinamos esta sección de nuestro trabajo han sido seleccionados desde la experiencia personal que poseemos. A lo largo de nuestra vida profesional -dedicada prácticamente por entero y en exclusividad a la población infantil y adolescente y al trabajo con colectivos y miembros de colectivos en situación de dificultad-, hemos tenido la oportunidad de poner en práctica y analizar en todos sus aspectos una amplia gama de instrumentos, lo que nos ha permitido apreciar su idoneidad, su facilidad de aplicación y su rendimiento con referencia al fin que pretendíamos. Ilusionadamente hemos ido cribando, contrastando, acumulando éxitos y fracasos, comprendiendo el qué, el cómo y el cuándo de los instrumentos utilizados y profundizando en el porqué y el para qué; de modo que ahora estamos en disposición de ofrecer un conjunto de instrumentos que atienden la *pluridimensionalidad* que se constituye como elemento fundamental de nuestro punto de vista y de nuestros planteamientos. Hacemos nuestro cuanto afirma de modo claro y clarificador (Comellas, 1990:13):

“Cuando nos planteamos la orientación en el ámbito escolar, a lo largo del proceso educativo, debemos hacerlo teniendo presente no sólo los aprendizajes sino toda la globalidad del individuo, ya que sólo interviniendo en esta globalidad podremos lograr que el proceso de desarrollo se lleve a cabo óptimamente, con armonía, y que por tanto se logre un equilibrio y una madurez a lo largo de la vida escolar y en un futuro en la vida adulta.

Para ello se deben considerar todos los aspectos y factores que configuran dicha globalidad a fin de intervenir en todos ellos (...) Nos referimos no sólo a las aptitudes

sino también a las actitudes, los hábitos, las destrezas, los ideales, los intereses, las expectativas del propio individuo y de los demás, las relaciones con sus iguales y con los adultos, su vida afectiva y su estabilidad emocional...”

Nuestra experiencia nos ha hecho entender que es primordial la adecuación de los instrumentos a la población sobre la que se interviene, premisa que no todos los instrumentos actualmente disponibles “en el mercado” (no se entienda la expresión en sentido peyorativo, sino al contrario, ya que la proliferación de esos instrumentos puede interpretarse como prueba inequívoca del compromiso de la psicología y la pedagogía con la mejora del ser humano) cumplen con respecto al colectivo al que estamos dedicando este trabajo, cuyas características específicas ya hemos tratado. Y de ahí nuestra selección.

Desde el rigor del conocimiento científico sólidamente estructurado, la vocación educativa que nos impele a la intervención como actitud preventiva, y correctora - cuando la prevención ya no sea posible-, concibiendo el diagnóstico como el primer paso, cabe hablar también de la capacidad de acomodación enfocada desde un punto de vista creativo. Es decir, entendemos que no basta con la aplicación mecánica de los instrumentos que hayamos elegido. En cada uno de los estadios del proceso hay que reflexionar sobre la situación presentada y descubierta, variar lo que sea necesario, puesto que el proceso de indagación puede proporcionarnos nuevas perspectivas, y actuar con el convencimiento de que el hecho de recoger datos ya es un paso necesario y decisivo para el alcance del último objetivo: la ayuda específica al individuo que nos preocupa. Esta implicación, sin embargo, no debe privarnos del “distanciamiento técnico” necesario para que no se produzca ningún tipo de influencia por parte del profesional sobre el “educando” (utilizamos la denominación para aludir al individuo que requiere el apoyo) en el momento de la aplicación de los instrumentos que nos van a proporcionar los datos requeridos, y en el de su cuantificación, calificación e interpretación.

Lo que acabamos de argumentar es un principio obvio para cualquier profesional en nuestro campo, pero entendemos que no está de más que recapitemos sobre sus implicaciones tanto metodológicas como éticas.

Nuestra posición y nuestro convencimiento están claramente expuestos: consideramos que el diagnóstico forma parte de la intervención ante situaciones problemáticas, intentamos trasladar el convencimiento de que el carácter pluridimensional del individuo y su comportamiento requiere datos sobre esa realidad pluridimensional conseguidas mediante instrumentos que la atiendan, ofrecemos una batería de instrumentos cuya idoneidad y eficacia hemos podido constatar y contrastar a lo largo de nuestra experiencia profesional y que estimamos pueden ser una ayuda importante y abrir nuevas perspectivas de trabajo a los profesionales.

4.3.1.2.-Instrumentos de que disponemos:

Estos instrumentos que tenemos a nuestra disposición se pueden agrupar en tres grandes bloques esencialmente diferenciados pero complementarios:

A) Los tests psicológicos:

J.M. Cattell, psicólogo norteamericano, empleó el término *test* (en inglés *prueba*) junto al adjetivo *mental* en 1890, al proponer un conjunto de pruebas para determinar la “fisonomía mental del individuo”. A partir de este momento, el concepto *test mental*, y su materialización, se plantea como tema fundamental en la ciencia psicológica, tanto en lo que respecta a la creación de nuevos tests y su aplicación, como a la determinación de su conveniencia, capacidad de adecuación, fiabilidad, interpretación...

P. Pichot, en la introducción a su *Les tests mentaux en psychiatrie* (1949), citado por (Lafon, 1998: 924), define el test mental como “una situación estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Este comportamiento se evalúa por comparación estadística con el de otros individuos que se hallan en la misma situación, permitiendo así clasificar al sujeto examinado ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente”.

A Galton debemos el origen de las bases de los métodos estadísticos imprescindibles para la elaboración y el análisis de los resultados de estas pruebas; y a la colaboración entre Binet y Simon la “escala métrica de la inteligencia” (1905), aplicada al estudio del atraso, y en un estado de permanente revisión y mejora que la convierte en un instrumento cada día más eficaz.

Como requisitos fundamentales para un test se aceptan universalmente los siguientes:

- validez: que el test mida efectivamente aquello para lo que se aplica,
- fiabilidad: que el test proporcione los mismos resultados en distintas aplicaciones sobre un mismo individuo que no haya sufrido modificaciones,
- sensibilidad: capacidad de un test para discriminar entre mínimas diferencias,
- contraste y elaboración estadística: un test no es fiable si no ha sido previamente contrastado con el mayor número posible de individuos, y si no se ha construido el suficiente y preciso aparato estadístico para tratar la información que proporciona.

La ampliación de este tipo de pruebas aprovechando su potencialidad intrínseca se ha producido en los denominados “tests proyectivos”, basados en las respuestas de los individuos ante estímulos vagos o ambiguos. Estas respuestas expresan la estructura misma de la personalidad del individuo.

Pese a la controversia establecida al respecto, la interpretación y el uso correcto de los tests, como señala Comellas (1990), son fuente de información óptima, aunque no única, en el mundo de la educación, pues los resultados individuales o colectivos en áreas muy determinadas que nos ofrecen permiten la mejora del trabajo pedagógico.

Para que esta efectividad pueda concretarse, es primordial tener en cuenta que en las primeras edades hay que hablar más de “rendimiento de la inteligencia o nivel de desarrollo alcanzado” que de “capacidad intelectual o coeficiente de inteligencia”, pues de lo que se trata, sobre todo, es de establecer la “orientación adecuada a cuantos intervienen en la tarea educativa” (Comellas, 1990:18) para tratar de mejorar el rendimiento reflejado. Es decir, hay que partir de la potencialidad específica del individuo y contextualizarla en su propio ámbito teniendo en cuenta “su historia”. No se trata de trabajar con valores absolutos, sino con los valores relativos a la propia idiosincrasia del individuo.

La controversia sobre la validez y aplicabilidad de los datos obtenidos mediante los tests tiene uno de sus orígenes en la discusión sempiterna acerca del peso relativo de los factores ambientales y los genéticos en el desarrollo de la inteligencia y el resto de capacidades del individuo. La polémica no ha sido resuelta en su totalidad, y las conclusiones actuales al respecto no hacen sino confirmar el carácter pluridimensional del comportamiento humano y, por tanto, la exigencia de que el conocimiento del individuo nos venga proporcionado por instrumentos que entiendan y atiendan esa pluridimensionalidad fundamental.

De ahí, lo afirmamos una vez más, nuestra propuesta de un modelo tetradimensional de análisis, en el que la correcta aplicación de los tests y otros instrumentos, adecuados a cada situación, sea capaz de proporcionarnos datos de todos los aspectos de esa pluridimensionalidad.

Se achaca a los tests que, por su carácter rígido y cerrado, no tienen la plasticidad que determinadas situaciones o individuos pueden requerir. También se aduce que un “entrenamiento previo” puede provocar respuestas equívocas que tergiversen la realidad individual que pretendemos conocer. Otra posible limitación es que la pasación del test recuerda excesivamente el ambiente y requerimientos formales del típico examen escolar, con las repercusiones consiguientes sobre el individuo que se somete a la prueba.

Para obviar estos problemas, se aconseja el uso conjunto de distintos tests y otros instrumentos, de modo que el enmascaramiento y las desviaciones que la idiosincrasia de los tests pueda provocar en los resultados queden compensados.

B) Los registros de observación:

Sin duda, por su papel y su situación, el maestro o profesor de aula está en una disposición excepcional en el proceso de orientación de los niños, ya que su contacto diario con ellos le permite detectar gran parte de los problemas que presentan.

La observación intuitiva, que de por sí realiza el profesor para conocer a sus alumnos y así desarrollar su tarea, debe adquirir una cualificación y una estructura que le permitan discriminar con sutileza los síntomas, proporcionar datos al equipo multiprofesional que atienda los problemas, y controlar el desarrollo de los programas de rehabilitación una vez establecidos.

La observación es entendida comúnmente como un “medio de recogida de información” (Molina, S. et al., 1990:15). Desde el ámbito de la Educación Especial

(E.E.), Anguera citado por (Molina.S. et al., 1990:15), estructura una definición que señala la diferencia entre lo que es la observación de un modo intuitivo, y lo que es como instrumento científico. Así, la observación es “método científico con indudable arraigo en el ámbito de la E.E., que pretende articular una percepción de la realidad manifestada de forma espontánea, con su adecuada interpretación, captando su significado, de forma que mediante un registro objetivo de la conducta y/o eventos, y una vez se ha sometido a ésta a una adecuada codificación y análisis, proporciona unos resultados descriptivos e incluso explicativos dentro de un marco genuino de conocimiento.”

Así, para nuestros fines, la observación -en principio mera percepción- lleva implícita la interpretación, lo que supone un grado de participación activa del observador para el que es necesaria la posesión de un marco de referencia teórico.

Se discute si la observación es un método o una técnica, aunque los elementos que la componen van a ser similares en los dos casos.

Como técnica, se trata de una estrategia subordinada que debe ofrecer informaciones que complementen a las de otras fuentes dentro de un método con directrices globales. Como método, se considera que *per se* puede proporcionar suficiente conocimiento con rigor científico.

En nuestro caso, lo importante es que la observación tiene entidad suficiente para aportar datos de mucho valor, lo que resulta fundamental al utilizarlos de modo complementario con los que obtenemos mediante la serie amplia de instrumentos que expondremos más adelante.

No se trata de acotar y restringir posibilidades, sino de entender la necesidad de utilizar las bondades y capacidades de cuanto tengamos a nuestro alcance, con el criterio de complementariedad necesaria para alcanzar nuestro objetivo.

La capacidad intuitiva de observación, que en la práctica encontramos en la gran mayoría de los educadores, puede ser mejorada si paramos atención en un sencillo esquema de reflexión previa que nos permite ser más eficaces.

La eficacia se consigue, sin duda, con la práctica, con la correcta realización y plasmación de la observación, y con la coherente integración de los resultados obtenidos con instrumentos de los tres grupos en que los sistematizamos.

Para ello, siempre, hay que *plantear previamente la observación*, y determinar *qué es lo que se va a observar* (para centrarla y evitar la dispersión), *cómo se va a observar*, y *de qué manera se van a analizar los datos recogidos*.

Pese a que durante mucho tiempo se creía que sólo podía atender “manifestaciones perceptibles al observador externo” (Molina, 1990:16), la observación, mediante su “aspecto interpretativo” se puede aplicar a “conductas internas”, “bien a través de la autoobservación o bien a través de categorías molares, donde se infieren las manifestaciones internas a partir de las externas”, (Molina, 1990:17).

C) La entrevista para padres y alumnos:

Hay que señalar que la entrevista se puede realizar tanto al sujeto que debemos diagnosticar como a quienes están en contacto con él: padres y educadores. En cada uno de los casos el protocolo de la entrevista habrá de ser adecuado tanto al entrevistado como a los aspectos que motivan el acopio de datos.

Un problema que deben resolver los protocolos y cuestionarios es la eliminación de la subjetividad, ya que el entrevistador debe evitar “influir sobre las respuestas del entrevistado a través de su forma de preguntar o de sus reacciones verbales y no verbales”, (Rodríguez, 1998:305). Otro aspecto que superar son las denominadas “fuentes de variabilidad”, causantes de mala fiabilidad en el proceso diagnóstico, que (Rodríguez, 1998:305-306) sistematiza en:

- variabilidad de la información,
- variabilidad del sujeto,
- variabilidad de criterio,
- variabilidad de la situación,
- variabilidad de la observación.

A partir de los años 80 se sistematizaron las “primeras entrevistas diagnósticas estructuradas y semi-estructuradas, con la finalidad de paliar algunas de las deficiencias del diagnóstico psicopatológico, al evaluar de forma más sistemática y objetiva los trastornos”, (Rodríguez , 1998:306); además, se hizo patente la necesidad de “procedimientos de entrevistas estandarizados para evaluar la alteración social, conductual y emocional del niño para estudios epidemiológicos”, (Rodríguez, 1998:306). Tenemos aquí ya presente que el contenido de información que ofrece la entrevista es tetradimensional puesto que las preguntas que la conforman se refieren a aspectos múltiples de la realidad del entrevistado o del sujeto que motiva la entrevista.

- entrevista diagnóstica estructurada: “es una lista de conductas, síntomas y acontecimientos sobre los que se debe obtener información, las pautas para realizar la entrevista y los procedimientos para registrar los datos (...) Con ellas se obtienen datos objetivos y fiables, pero son rígidas y mecánicas y no pueden adaptarse a un respondiente particular”, (ibídem.).
- entrevista diagnóstica semiestructurada: dejan al entrevistador más flexibilidad, y “permiten una entrevista más espontánea que puede adaptarse al respondiente. Esta flexibilidad produce más variabilidad de la información comprometiendo la fiabilidad...” (idem., página 307).

Sin embargo, el equilibrio entre la sistematicidad y la flexibilidad que caracterizan a la entrevista como instrumento debe estar siempre presente: “pensamos que en nuestro caso no podemos aplicar rígidamente ninguna metodología y que en este sentido tenemos que ser suficientemente flexibles para adaptar el contenido y el encuadre de la entrevista a sus objetivos y contexto. Este criterio de flexibilidad ha de entenderse también desde la óptica de profesionales que procuran contribuir en la definición del diagnóstico psicopedagógico teniendo muy claro que no se trata de una

definición ni de un modelo cerrado y acabado, sino de una aproximación que habrá que ir revisando y redefiniendo con la colaboración de otros psicopedagogos o profesionales”, (Bassedas, 1998:84-85). Creemos que la cita es lo suficientemente clara e iluminadora.

(Bassedas ,1998:81 y ss.) plantea de un modo muy claro los principios básicos de la entrevista con el maestro y la entrevista con los padres:

Hace hincapié en la necesidad de que el adulto entrevistado se sienta implicado y capaz en el proceso subsiguiente de influencia correctora sobre el alumno.

También es importante la consideración de la entrevista como un primer momento de la intervención: “la idea más importante que hay que tener presente en la entrevista inicial es intentar transmitir que el diagnóstico inicial tiene como finalidad ayudar al niño dentro del aula ordinaria y que, además, el maestro jugará un papel muy importante en la evolución positiva del alumno”, (Bassedas, 1998:83).

El autor citado también pone de manifiesto el carácter pluridimensional de la entrevista, y hace especial énfasis en ello cuando se refiere a las entrevistas con los padres: “obtener información y datos de la situación familiar, ver el tipo de relaciones que se establecen y el papel del niño dentro de estas instituciones” (ídem, página 85).

4.3.1.3.- Premisas generales:

Establecemos unas premisas generales que deben cumplir las pruebas que vamos a utilizar para que resulten eficaces:

- Los enunciados han de ser cortos y directos y el vocabulario de los mismos asequible para el sujeto que se somete a la prueba, al tiempo que el procedimiento de la misma ha de ser fácil de entender: es obvio que el enunciado no puede ser un obstáculo distanciador; por ello la brevedad, la claridad y la inteligibilidad de los mismos son requisitos fundamentales, ya que su función es propiciar respuestas. Al mismo tiempo, no es positivo que sea la propia prueba en su estructuración y procedimientos la que acapare la atención y el esfuerzo de quien se somete a ella.

- La extensión de la prueba no debe exceder los 45 minutos: por encima de esta duración, el cansancio, la distracción y otras sensaciones afines condicionan negativamente las reacciones y respuestas, por lo que éstas pierden validez por la distorsión sufrida.

- Las pruebas, en su planteamiento y desarrollo, no pueden predecir el resultado: es decir, hay que evitar que el resultado venga predeterminado por la propia prueba, y ésta no puede “dirigir” las respuestas o reacciones.

- No se deben utilizar pruebas con tiempo si el sujeto sometido a ellas es consciente de lo que se está midiendo: hay pruebas en las que el tiempo de resolución forma parte de los datos finales obtenidos, sin embargo, durante la realización de las

mismas el sujeto no debe sentir la presión del cronometraje para que este factor no distorsione la respuesta.

- Son más eficaces las pruebas realizadas de modo individual que las realizadas colectivamente.

- Cuanto más lúdicas y parecidas a un juego puedan parecer las pruebas, más eficaces resultarán. Es importante eliminar los componentes negativos que el “pasar una prueba o un examen” comportan para la mayor parte de individuos.

- Las opciones ofrecidas en las respuestas no han de exceder de tres: en caso contrario debemos entender que la pregunta no es lo suficientemente concreta. Es importante que el sujeto que pasa la prueba, en el caso de preguntas con respuestas predeterminadas a elegir, no deba dispersar en exceso su atención y, por otra parte, encuentre entre las propuestas la adecuada a su situación.

4.4. El diagnóstico como primera estrategia de intervención ante los problemas de comportamiento

Cuando, ante la constatación de las dificultades que presenta un alumno, decidimos que debemos descubrir cuáles son las causas reales de las mismas, pues estamos convencidos de que ello nos permitirá diseñar las estrategias conducentes a su eliminación o al menos a minimizarlas lo máximo posible, estamos, en realidad, iniciando nuestra intervención correctora de una manera clara y decidida.

Esta intervención se estructura y toma una determinada orientación en el momento en que seleccionamos los medios y los instrumentos mediante los cuales vamos a avanzar desde la apariencia de los síntomas (la conducta que nos es dado percibir) hacia la esencia de las causas. Es decir, vamos a recorrer a la inversa el camino que se produce en el alumno que es objeto de nuestra atención y preocupación, puesto que, como ya sabemos, primero existen las causas y los condicionantes y luego, en el mecanismo de ajuste y diálogo del individuo con las situaciones concretas, la conducta.

La intuición personal, la experiencia y los conocimientos adquiridos, entre otras medios -mediante el trabajo continuado con niños y adolescentes- crean en el profesional de la educación lo que podríamos denominar “capacidad de base” para percibir, más allá de la constatación evidente que se da en muchos casos, que alguno de sus alumnos tiene dificultades que no pueden ser solventadas sin una ayuda específica y especial.

Ciertas conductas problemáticas son evidentes: el alumno puede presentar dificultades de aprendizaje que es posible vayan desde un grado mínimo de dificultades muy específicas y localizadas hasta la incapacidad casi absoluta para cualquier aprendizaje; o bien puede mostrar hábitos conductuales inapropiados -tanto en lo individual como en lo social-, caracterizados por la atonía o apartamiento pasivo, o por

una agresividad que puede resultar extrema. Sin embargo, otras conductas problemáticas pueden aparecer más matizadas, emboscadas prácticamente entre las dificultades y desajustes del comportamiento propios de las edades específicas que tienen los alumnos. Descubrir esas conductas y establecer los procedimientos para llegar a su origen requiere disponer de los conocimientos y los procedimientos específicos a los que hemos dedicado estas páginas.

Y así tenemos expuesto nuestro objetivo fundamental, que en definitiva es triple:

- Ofrecer un conjunto de medios e instrumentos de diagnóstico desde la perspectiva de que el ser humano es una complejidad pluridimensional cuyos sistemas mantienen relaciones de interdependencia y deben ser tenidos en cuenta de modo individualizado y específico, y atendiendo a su interrelación.

- Tener conciencia de esa misma pluridimensionalidad y tratar de conocer de un modo sistemático las características de cada una de las dimensiones que forman parte del conjunto, entendiendo el modo en que se manifiestan dentro del esquema de progresión evolutiva que aparece en su mayor intensidad, precisamente, en las edades que son objeto de nuestra preocupación y que en general son consideradas como “las más problemáticas”. Al respecto, no olvidemos que “durante la infancia y la adolescencia ocurren cambios comportamentales que, por su magnitud, intensidad o velocidad, deben tenerse especialmente en cuenta”, (Silva, 1995: 25).

- Inculcar la necesidad del diagnóstico sistemático, con apoyo multidisciplinar, si es necesario, teniendo en cuenta la naturaleza evolutiva del individuo y superando las posturas meramente reparadoras en superficie; es decir, contribuir al convencimiento de que no basta con las medidas represivas o correctoras que se limitan a pretender paliar lo que son únicamente síntomas o signos de la existencia del factor causal, y de que los instrumentos para el diagnóstico, como es el caso de los que conforman la batería que proponemos, tienen en cuenta su adecuación al momento evolutivo específico del sujeto en el que se van a emplear.

No debemos perder de vista, jamás, que nos hemos centrado específicamente en los alumnos de ESO, cuya adolescencia, recién inaugurada, resulta de por sí problemática y condicionadora, como hemos expuesto en los primeros capítulos.

Por ello no es posible extrapolar los métodos y conclusiones que hemos expuesto a alumnos de otros niveles o de otras etapas evolutivas, ni, a la inversa, tratar de aplicar a nuestros alumnos de ESO las incitaciones que al respecto se nos ofrecen en la literatura, abundantemente generada por investigadores de allende nuestras fronteras, que trata de alumnos de otras etapas o pertenecientes a sistemas educativos o sociales de características no correspondientes a los de nuestros alumnos. Insistimos, una vez más, en que nuestra aportación, como ya adelantamos en el capítulo introductorio, supone una iniciativa nueva en nuestra comunidad educativa, y en gran medida pretende ser una incitación para que cuantos por experiencia y conocimientos tienen, sin duda, un buen cúmulo de aportaciones que ofrecemos, dispongan de un punto de inicio desde el cual enriquecer la literatura generada desde las peculiaridades de nuestra sociedad y nuestro sistema educativo.

No debemos olvidar, por otra parte, la obligación de no caer en el alarmismo: no todas las situaciones en las que está presente un problema de conducta son reflejo de alteraciones profundas que requieren diagnóstico y tratamiento especializado. A menudo se trata de reacciones incómodas, pero coherentes con la situación de adolescencia a la que pertenece el alumno (hemos utilizado conscientemente el término “pertenencia”, puesto que en ese período vital el individuo se siente a menudo inerte, llevado y traído por fuerzas internas y externas frente a las que le es difícil reaccionar y que, en cierto modo, le tienen “prisionero”), y su duración e intensidad corresponde a los mecanismos lógicos y habituales constatados. En tales casos, considerar que la situación es más grave de lo que es en realidad sólo puede contribuir a que esa gravedad llegue a ser real: “si terminamos por considerar que el supuesto problema infantil no es tal, o no es de una magnitud significativa, debemos convencer a quienes refieren el niño a consulta de la inconveniencia de una intervención, reestructurando, por así decirlo, su percepción del niño”, (Silva, 1995:24).

El diagnóstico debe tener una clara intención de futuro, pues con él pretendemos descubrir orígenes de comportamientos para que, de ahí en adelante, tras el plan de recuperación establecido, las pautas conductuales hayan variado hacia la normalidad. Por ello el diagnóstico deberá tener en cuenta que el individuo no sólo se encuentra en un ambiente determinado por un “aquí y un ahora”, sino que van a existir otros “aquí y ahora” cuyos condicionamientos también pueden constituirse en factores de riesgo o factores de protección.

Hay, así, un elemento dinámico en el diagnóstico que lo convierte en un proceso, y por tanto en una intervención, ya que quien lo realiza no puede limitarse a la pasividad de plantear una prueba y esperar, debe haber valorado antes los factores medioambientales presentes y posiblemente futuros, y los condicionamientos emanados de la evolución del resto de dimensiones constitutivas del ser humano.

En este sentido, el proceso de diagnóstico es un diálogo atípico, y el diálogo presenta elementos fundados de interrelación, de intervención mutua (en este caso es obvio señalar que quien más intervención desarrolla es el adulto-educador, por el carácter de la relación que se establece entre diagnosticador y diagnosticado).

Consideramos que el diagnóstico ya constituye intervención porque con él nos estamos preparando y nos ocupamos ya, de un modo positivo y constructivo, del problema del alumno y del propio alumno con pautas problemáticas, y pretendemos (es decir, iniciamos la “tendencia”, el “movimiento hacia”) prevenir en la medida de lo posible, mejorar parcialmente o en su defecto evitar que se agrave la conducta problemática y, si es posible, superarla mediante la solución de sus causas.

El objetivo del diagnóstico es “proporcionar información relevante de un sujeto específico, y analizar e interpretar dicha información para facilitar la toma de decisiones sobre el proceso instructivo”, (Marín y Buisan, 1994:8).

Queda claro que se diagnostica para actuar, por lo que el diagnóstico se convierte así en el primer paso del proceso que se estructura en tres momentos: Identificación - Diagnóstico - Toma de decisiones. La diagnosis, se divide en varias fases, teniendo siempre presente que:

“el final del proceso debe conducir a detallar claramente un programa educativo que mejore el aprendizaje del alumno. Las fases son:

1. Determinar si existe la dificultad.
2. Medir los logros o rendimiento del sujeto en cada área específica.
3. Analizar cómo aprende el alumno.
4. Explorar por qué no aprende.
5. Confrontar e interpretar datos y formular hipótesis diagnósticas.
6. Desarrollar un plan de enseñanza específico, sugiriendo los métodos para llevarlo a cabo”, (Marín y Buisan, 1994:8).

No vamos a desarrollar más los contenidos de esta cita porque nos parece que en ella aparecen claramente sintetizadas muchas de las reflexiones que hemos ido hilvanando en estas páginas. Añadiremos que la cuarta fase puede ser considerada con una mayor amplitud, puesto que “explorar por qué no aprende” puede ser similar a “explorar por qué se comporta del modo inadecuado en que lo hace”, es decir, acudir a la raíz -los factores de riesgo y su actuación efectiva- de los problemas. Diagnosticamos porque queremos “conocer para intervenir”, (Rodríguez, 1998:174), y lo que deseamos conocer son “las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema que nos ocupa”, para “identificar cuanto antes la estructura o estructuras psicopatológicas que subyacen por debajo de los problemas que plantea”, al tiempo que tenemos que “informarnos también sobre el desarrollo psicobiológico y social del niño hasta el momento en que lo conocemos”, con la finalidad de “preparar el camino para que sea posible la intervención”, (Rodríguez, 1998: 174 y ss.) de la que todo el proceso diagnóstico forma el primer y fundamental peldaño.

Terminamos reafirmando con rotundidad nuestro convencimiento de que los profesionales de la educación debemos perder el miedo a enfrentarnos con el reto que nuestra condición supone. Las situaciones no deseadas que debemos afrontar en el desarrollo de nuestra tarea y de la que son protagonistas los educandos que nos son encomendados forman parte de nuestra vocación y nuestro compromiso. Por ello debemos estar preparados, desde la convicción de que es posible dar el apoyo que, por sí solos, los educandos no pueden procurarse.

El auténtico educador acompaña, motiva y ayuda, tratando de potenciar las mejores posibilidades y disposiciones del individuo y de aminorar o paliar las inhibiciones, los retrasos o las alteraciones conductuales que se presenten.

Para ello debe conocer y actuar: conocer cómo son los educandos y sus circunstancias, y actuar interviniendo, en primer lugar, mediante el diagnóstico que le facilitará la posibilidad de establecer patrones posteriores de mayor más dirigida y específica.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Siguiendo a Polgar, S., Thomas, S.A. (1993), una vez realizada la revisión bibliográfica del tema que nos ocupa estamos en condiciones de plantear los objetivos e hipótesis de nuestra investigación. Conocer previamente a la redacción de nuestros objetivos e hipótesis las investigaciones que se han realizado y publicado al respecto, evitamos cualquier solapamiento con otras investigaciones y aseguramos la aportación de nuevas conclusiones sobre la problemática planteada.

En este sentido, formularemos en primer lugar los objetivos de la investigación y posteriormente sus hipótesis, ya que la comprobación de estas constituirá uno de los principales objetivos de nuestro trabajo.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez planteadas los objetivos de la investigación, señalaremos las hipótesis que perseguimos a través de la misma. En caso de que nuestros objetivos se cumplan, nos debe permitir la consecución de las hipótesis que posteriormente plantearemos de forma categorizada.

1.1. Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación es elaborar un instrumento diagnóstico que nos permita determinar el número de factores de riesgo que intervienen en la aparición de los problemas de comportamiento en el contexto escolar de los alumnos del primer ciclo de la ESO, con la finalidad de llevar a cabo acciones de prevención y/o intervención desde el marco escolar.

1.2. Objetivos específicos

Una vez definido el objetivo general de la investigación, procederemos a delimitar de manera más concreta el mismo a través de objetivos específicos, siendo estos los siguientes:

1. Confeccionar una batería diagnóstica que nos permita conocer de forma globalizada los factores de riesgo que intervienen en los problemas de comportamiento dentro del contexto escolar de los alumnos de primer ciclo de la ESO.
 - a) Seleccionar las pruebas estandarizadas que se adaptan mejor al perfil conductual de la población a estudiar.
2. Discriminar la tipología de los principales factores de riesgo descritos en la literatura científica que intervienen en los problemas de comportamiento desde una visión multidisciplinar (neurobiológico, social, psicológico y pedagógico) para:

- a) Identificar el punto de corte para determinar cual es el número de factores de riesgo específicos de los alumnos estudiados con problemas de comportamiento.

3. Que la información extraída del instrumento diagnóstico nos permita un segundo nivel de intervención multidisciplinar de carácter interprofesional y/o intraprofesional a partir de los datos extraídos de la batería diagnóstica aportada en la presente investigación, con la finalidad de poder mejorar o evitar la incidencia de los factores de riesgo sobre los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

4. Demostrar empíricamente las hipótesis de la presente investigación.

5. Aportar el punto de partida de nuevas investigaciones en el ámbito de los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

1.3 Objetivo final:

El objetivo final de nuestra investigación es demostrar que los problemas de comportamiento que presentan los alumnos del primer ciclo de la ESO pueden ser prevenidos o corregidos mediante un diagnóstico preciso de los factores de riesgo que nos indicarán el tipo de intervención multidisciplinar que requiere su tratamiento.

2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Después de plantear nuestros objetivos, es necesario formular la hipótesis de la presente investigación con la finalidad de poder encontrar explicación y solución a la problemática planteada para orientar de forma eficaz su tratamiento .

Desde el momento que formulemos nuestra hipótesis convertimos la presente investigación en explicativa siguiendo los criterios expuestos por Arnal, J., del Rincón, D. y Latorre, A. (1992).

Dadas las características de nuestra investigación la hipótesis que plantearemos será de tipo deductivo, ya que deseamos comprobar deducciones extraídas de la literatura consultada y de la propia experiencia sobre el tema. Referente al nivel de concreción nuestra hipótesis será estadística ya que estudiaremos la relación de nuestras variables en términos cuantitativos.

Hechas estas premisas situacionales seguidamente pasamos a formular nuestras hipótesis de trabajo.

2.1. Formulación de hipótesis

Hipótesis nº 1

“ El número de factores de riesgo es superior en los alumnos conductuales que en los no conductuales”

Hipótesis nº 2

“Los alumnos conductuales no presentan siempre los mismos factores de riesgo”

El análisis estadístico de los datos y su posterior interpretación nos permitirá saber si nuestras hipótesis se cumplen.

III. METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

1. MODALIDAD DE ESTUDIO

Nuestra investigación es aplicada, está orientada hacia la construcción de nuevos conocimientos que nos permitan describir, explicar y controlar en la medida de lo posible los problemas de comportamiento en el contexto escolar del primer ciclo de la Educación Obligatoria Secundaria (ESO). Dado el carácter empírico de nuestro trabajo a continuación expondremos algunos aspectos.

1.1. Perspectiva cuantitativa

Seguiremos el modelo hipotético deductivo mediante fenómenos observables y cuantificables para su tratamiento matemático y control experimental.

Existe la pretensión de dejar fuera de la investigación toda aquella interpretación de carácter subjetivo para que esta sea replicable, además de poder llegar a una generalización de carácter probabilístico y operativo con una muestra como la estudiada; ya que se centra en objetivos y una problemática concreta de conducta en un contexto específico como es el escolar.

La realidad que analizaremos es estática y concreta con la finalidad de objetivar al máximo su conocimiento a partir de una intervención independiente y exenta de interferencias por parte de nuestros valores.

En este sentido, utilizaremos instrumentos estandarizados que reduzcan el grado de implicación del investigador en la recogida de información.

1.2. Investigación Empírico analítica descriptiva

En la presente investigación deseamos seguir una perspectiva metodológica empírico analítica, cuyo objetivo básico es contrastar de forma explicativa la conducta perturbadora de los alumnos de 2º de ESO en el aula.

La dimensión cronológica será descriptiva, ya que estudiamos el problema tal como aparece en el momento de realizar la investigación, quedando estructurada la metodología de trabajo según nos muestra el cuadro nº 1 de este apartado:



Cuadro nº 1

Nuestra metodología se fundamenta en la medición de la variable dependiente (VD), en el caso que nos ocupa, los problemas de comportamiento en el aula; Para después buscar hacia atrás posibles explicaciones de la misma midiendo las variables independientes (VI), los factores de riesgo. Según (León y Monteo, 1999: 304) "la presencia de una covariación sistemática entre los dos tipos de variables será la clave que nos permitirá avanzar en nuestro conocimiento".

Es por ello que desecharemos aquellas variables independientes que no covaríen con el fenómeno que estamos estudiando - los problemas de comportamiento en el contexto escolar- y en este sentido mantendremos las que si lo hagan como posibles causas explicativas - factores de riesgo-. No obstante, siempre hay que tener en cuenta que la covariación no implica causación.

2. DISEÑO "EX POST FACTO" RETROSPECTIVO

Siguiendo la modalidad metodológica "ex post facto" retrospectiva, nos decantaremos por el modelo con grupo cuasi control.

Para ello localizaremos un grupo de sujetos que posean el mismo valor en la variable que queremos investigar, la dependiente, a dicho grupo le denominaremos "grupo clave". Es el grupo de sujetos en los que ha ocurrido el fenómeno que nos interesa investigar. Seguidamente localizaremos un segundo grupo de sujetos que no posean este valor en la variable dependiente. Además, procuraremos que el segundo grupo sea lo más parecido posible al "grupo clave" en aquellas variables que nos interesan controlar, es decir, aquellas variables que pudiendo estar relacionadas con el fenómeno bajo estudio, no son objeto de la investigación. A este segundo grupo le llamaremos "grupo cuasi control" León y Montero (1999).

Una vez establecidos los dos grupos mediremos las potenciales variables independientes, para poder determinar las posibles covariaciones entre estas y la variable dependiente.

Finalmente, quisiéramos reflexionar sobre la validez de la presente modalidad metodológica. Somos conscientes que este tipo de modelo presenta riesgos para su validez interna, no obstante, consideramos que es el que se adecua mejor a las circunstancias de nuestro trabajo. Si bien es cierto que con este tipo de diseño no hay antecesión de la VI respecto a la VD y que el sesgo retrospectivo puede darse por posibles enmascaramientos, este queda reducido considerablemente por el grupo cuasi control que además nos permite la covariación de variables como elemento principal de validez.

Referente a la validez externa, queda delimitada y a su vez garantizada por el tamaño de la muestra.

De acuerdo con los criterios planteados por Latorre, et al. (1997) referente a la clasificación de los diseños de investigación, en el presente trabajo, utilizaremos más de

una variable independiente (V.I.) por lo que se nos configura un diseño multifactorial con una variable dependiente (V.D.).

Al utilizar el criterio el diseño "ex post facto" retrospectivo en el que utilizamos un grupo clave y otro cuasi control se convierte en bivalente, según nos muestra el cuadro nº 2 de este apartado

SUJETOS	VD	VC ₁	VC ₂	VC ₃	VI ₁	VI ₂	VI ₃	VI ₄	VI ₅	
1	1	0	1	1	1	1	5	4	1	
2	1	0	1	0	1	2	5	1	1	Grupo clave
3	1	1	1	0	1	3	0	3	0	
4	1	1	1	1	1	4	5	2	0	
5	0	0	1	1	1	3	0	3	0	
6	0	0	1	0	1	1	0	2	0	G.cuasi control
7	0	1	1	0	1	2	0	3	0	
8	0	1	1	1	1	1	0	1	0	

Cuadro nº 2: Esquema de diseño "ex post facto" retrospectivo con grupo cuasi control. (León y Montero, 1999:307)

2.1. Población y muestra

Nuestra investigación se realizará en un Centro público de Educación Secundaria situado en la población de Mollet del Vallès de Barcelona. Se trata de un Instituto de Educación Secundaria (IES) con cerca de mil quinientos alumnos y un claustro de profesores de ciento veinte profesionales.

El Centro se encuentra situado en una zona de nueva creación de la población, donde el nivel socioeconómico es de clase media – baja. La procedencia de los alumnos es generalizada entre los diferentes centros de educación primaria obligatoria (EPO) de Mollet del Vallés.

Centraremos la investigación en los alumnos de segundo de la ESO para eliminar variables extrañas importantes intervinientes en el proceso de adaptación propias de la transición de la EPO a la ESO. También se va a situar el estudio en el segundo trimestre del curso para eliminar otra variable extraña como es el proceso de adaptación (currículum, profesorado, etc.) al nuevo curso escolar.

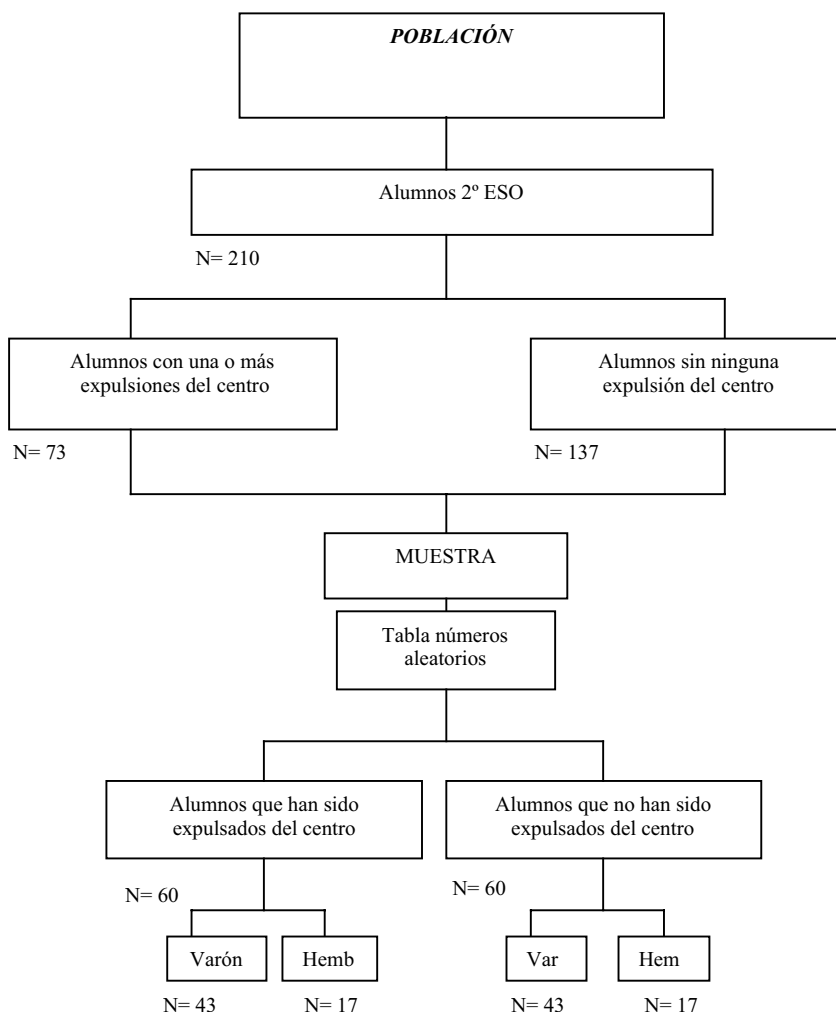
Una vez escogida la población de alumnos de 2º de ESO del IES se procederá a confeccionar dos grandes grupos obedeciendo a los siguientes criterios:

- a) Alumnos que no han tenido ninguna expulsión del centro.
- b) Alumnos que han sido expulsados del centro una vez.

Las causas de expulsión sólo obedecen a la acumulación de partes disciplinarios por presentar reiteradamente problemas de comportamiento en el aula.

Una vez diferenciados los alumnos con expulsiones y sin expulsiones, de cada uno de los dos grupos se elegirá - mediante la utilización de la tabla de números aleatorios-

la muestra de estudio que distribuiremos en un grupo clave y otro cuasi control de 60 sujetos cada uno, y con una distribución proporcional respecto al sexo y edad, según nos muestra el cuadro nº 3 de este apartado



Cuadro nº 3

El presente diseño nos permitirá comparar y estudiar los factores de riesgo en un grupo de alumnos no conductuales y en otro de conductuales con el máximo de características iguales excepto la conportamental. También con este diseño intentaremos neutralizar la influencia de las variables extrañas ya que como hemos indicado anteriormente, en teoría deberían influenciar de la misma manera e intensidad en ambos grupos. Las características de nuestra muestra son las siguientes:

- 2º curso de la ESO
- Media de edad de 13 años (Media: 13,3)
- Finalizado el periodo de adaptación de la EPO a la ESO
- Tienen el mismo equipo docente
- El contexto institucional y organizativo es el mismo
- Desarrollan el mismo curriculum
- No hay ningún repetidor
- Alumnos de ambos sexos

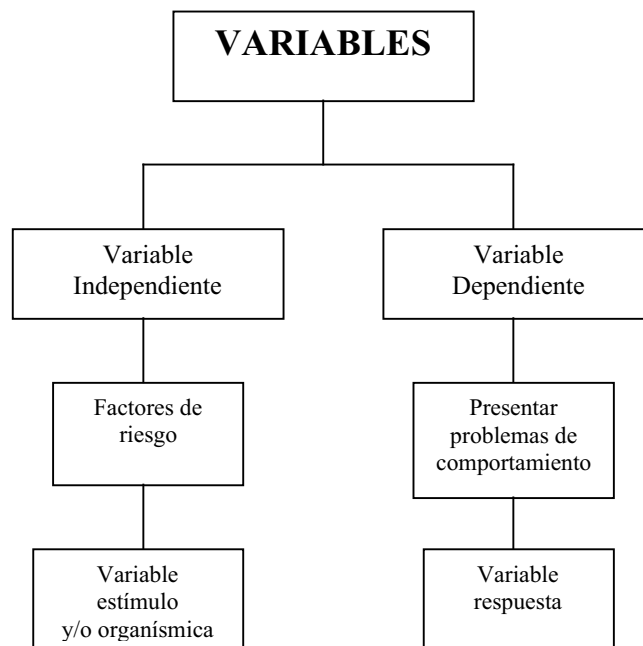
- Pertenecen a la misma zona urbana
- La pasación de la batería se hizo al mismo momento y situación

El estudio de los factores de riesgo que puedan presentar los alumnos de cada grupo de estudio nos permitirá principalmente conocer si existen diferencias significativas entre los dos submuestras, así como cuales son los factores de riesgo específicos de la problemática conductual entre otros datos, para su posterior utilización en tareas de prevención e intervención frente al citado problema.

2.2. Variables seleccionadas

Nuestro diseño presenta más de una variable independiente (V.I.) definidas por el constructo conceptual: “factores de riesgo que pueden intervenir en los problemas de comportamiento en el contexto escolar”, frente a una variable dependiente (V.D.) con el constructo operativo: “presentar problemas de comportamiento en el contexto escolar”.

En este sentido siguiendo a la clasificación de variables presentada por Latorre, et al. (1997), diremos que las V.I. según el punto de vista teórico-explicativo en este caso, serán variables estímulo y/o orgánicas - como características exógenas o endógenas que pueden influenciar a la conducta del individuo- y la V.D. será una variable respuesta - que se manifiesta en la conducta del individuo como efecto de las variables estímulos y/o orgánicas, según nos muestra el cuadro nº 4 de este apartado.



Cuadro nº 4

Referente a la escala de medida utilizaremos la nominal, dada la naturaleza de las propias variables todas ellas de tipo cualitativo tanto dicotómicas como politómicas.

Su relación y clasificación quedará detallada en el anexo de la investigación en el que se especificarán los datos y resultados del análisis estadístico.

3. Instrumentos y técnicas de recogida de datos.

Referente a las técnicas de obtención de información utilizaremos un conjunto de instrumentos estandarizados, y por tanto, con anterioridad validados y fiabilizados ; cuyas características se han analizado previamente bajo el criterio de jueces para que se adapten al máximo al perfil de los sujetos a estudiar. Entre ellos, distinguiremos cuatro tipos de instrumentos: Tests psicométricos, pruebas objetivas, cuestionarios y entrevistas estructuradas; todos ellos clasificados en los cuatro ámbitos diagnósticos de nuestra batería con la finalidad de explorar y detectar los factores de riesgo de tipo neurobiológicos, psicológicos, sociales y pedagógicos.

Aplicaremos las pruebas a la totalidad de los sujetos de la muestra en las mismas condiciones ya expuestas y detalladas en nuestra fundamentación teórica de la investigación que hace referencia a los instrumentos diagnósticos. Las tareas de pasación y de corrección e interpretación de las pruebas se realizarán por el mismo investigador con la finalidad de utilizar un único criterio de actuación. De esta forma también intentaremos anular posibles variables extrañas que nos puedan distorsionar los resultados de la recogida de información.

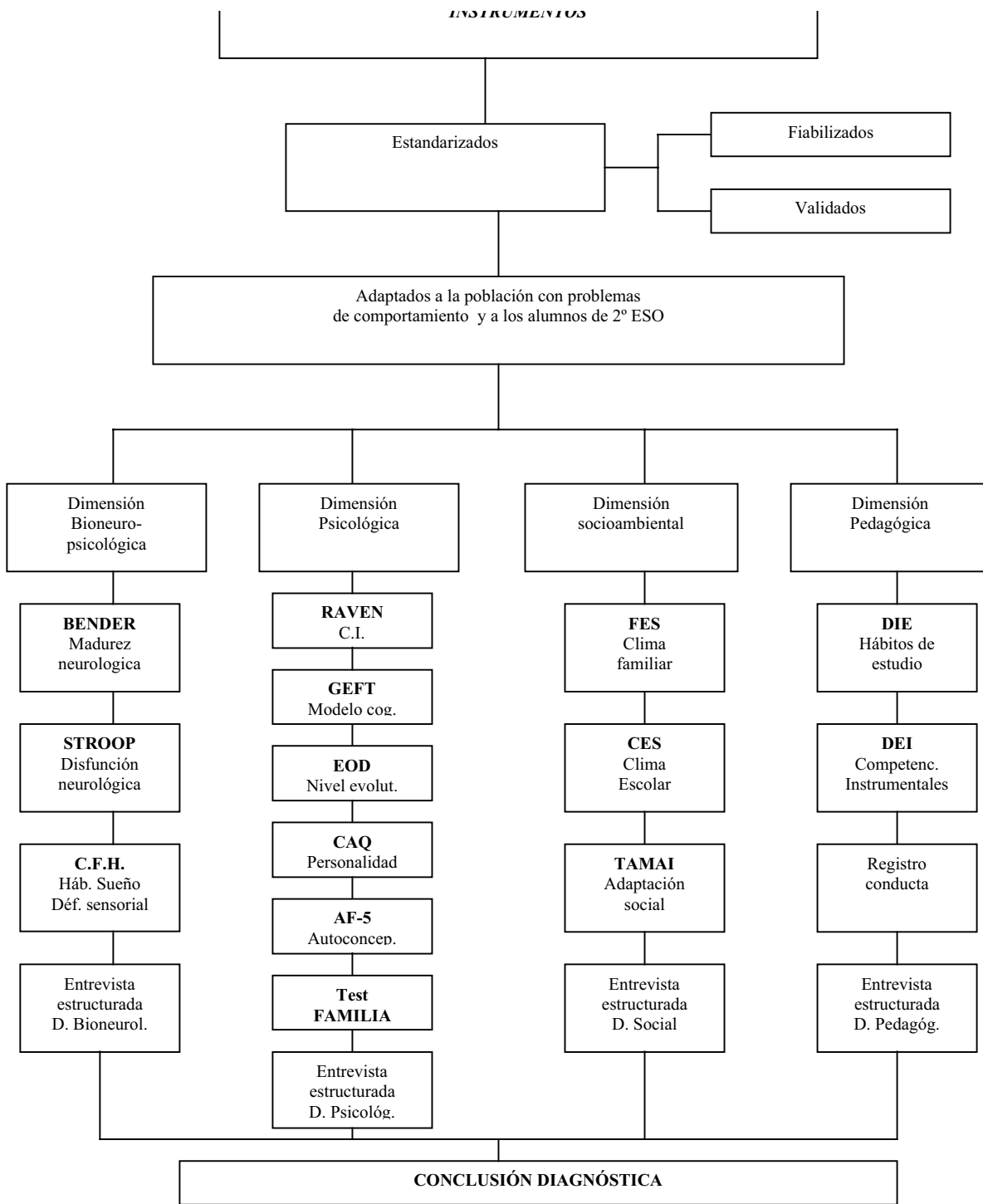
Así mismo, la pasación y corrección de los instrumentos diagnósticos se realizarán en función de los criterios específicos de cada prueba y de acuerdo con sus varemos estandarizados.

Como ya hemos comentado a lo largo de la presente investigación, la finalidad de estos instrumentos es la de poder discriminar en cada sujeto los factores de riesgo que pueden tener incidencia sobre los posibles problemas de comportamiento en el contexto escolar.

Descartaremos todos los resultados que se encuentran dentro de la norma estadística de cada prueba y solo utilizaremos aquellos resultados que nos indican la presencia del factor de riesgo.

Una vez expuesta la configuración de nuestra batería diagnóstica que utilizaremos como instrumento de medida en el proceso de investigación, hemos confeccionado el cuadro nº 5 de este apartado con la finalidad de poder presentar de manera visual la estructura dimensional de la citada batería.

Referente a la pasación de dicha batería y dependiendo del sujeto a diagnosticar la duración de la misma es de unas cinco sesiones de una hora aproximadamente, quedando fuera de este tiempo las pruebas complementarias como las entrevistas, registros de observación así como las pruebas proyectivas. No obstante, a pesar del estudio de adaptación que se ha realizado de cada una de las pruebas para el perfil de alumno que nos ocupa, también dependerá mucho del nivel de colaboración que presente el citado alumno en cuestión.



Cuadro nº 5

Seguidamente detallaremos las características de cada uno de los instrumentos utilizados por ser estos de relevante importancia en la presente investigación:

A.- INSTRUMENTOS QUE ATIENDEN LA DIMENSIÓN BIONEUROPSICOLÓGICA:

BENDER (TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR)

AUTOR: L. Bender.

PROCEDENCIA: American Orthopsychiatric Association, Nueva York (1938).

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Editorial Paidós, Buenos Aires (1955)

FINALIDAD: Examen de la función giestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones. Posee un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil (nivel de maduración) y en el diagnóstico de diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, lesiones cerebrales orgánicas, psicosis graves, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como en adultos.

MATERIAL: Monografía de L. Bender (1938; 10ª reimpresión, 1980); Guía para la aplicación (J. Bernstein); juego de 9 figuras geométricas y Protocolo de registro y evaluación.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: no tiene tiempo; el procedimiento de copia es motivador; los alumnos no pueden prever el resultado.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Dado que la función giestáltica hace que el organismo responda “a una constelación de estímulos dada como un todo” mediante “una constelación, un patrón, una Gestalt”, se utiliza una constelación estimulante en cuadros más o menos similares, para estudiar la función giestáltica en las distintas condiciones integradoras patológicas de los diferentes problemas orgánicos y funcionales, nerviosos y mentales. El campo visual fue el elegido por su mejor adaptación al estudio experimental y por su facilidad para obtener la colaboración del sujeto.

INTERPRETACIÓN: Fundamentalmente cualitativa, a partir de las características de la organización de las figuras sobre el espacio.

STROOP (TEST DE COLORES Y PALABRAS)

AUTOR: Charles J. Golden.

PROCEDENCIA: Estados Unidos (1974,1975).

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Departamento I+D de TEA Ediciones, S.A.

FINALIDAD: Detección de problemas neurológicos y cerebrales y medida de la interferencia, además de evaluación del estrés, automatización y episodios de drogadicción.

MATERIAL: Manual (1994). Ejemplar para utilizar por el examinando.

TIPIFICACIÓN: Baremos de población española general.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Se puede presentar como un juego de habilidad porque no utiliza ni números ni vocabulario; es fácil de entender; es corto; es motivador.

INFORMACIÓN TÉCNICA: El test parte del hecho de que los adultos que saben leer tardan más en identificar los colores que en leer los nombres de los colores. Se presentan al sujeto tres láminas. La primera tiene, en tinta negra, nombres de colores. La segunda la forman hileras de “x” impresas en diversos colores. La tercera ofrece los nombres de los colores impresos en colores distintos del que corresponde a cada palabra escrita. La prueba se aplica en 5' y proporciona una puntuación por cada lámina más una

cuarta “de interferencia” (medida de una dimensión pura de la flexibilidad cognitiva de los sujetos) a partir de la comparación de las otras tres.

CFH (CUESTIONARIO FACTORIAL DE HIGIENE)

AUTOR: María Jesús Marqués Gavilán.

PROCEDENCIA: Departamento de Orientación IES Gallecs. Material Policopiado.

FINALIDAD: Detectar irregularidades higiénicas de alimentación, sueño, visión y audición.

MATERIAL: Cuestionario y ficha de perfil.

TIPIFICACIÓN: Percentiles.

EDAD DE PASACIÓN: En cada caso, la de los padres/tutores de los alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: enunciados cortos y directos; vocabulario asequible; respuestas dicotómicas SI/NO.

APLICACIÓN: Cuestionario para padres en el que se les solicita información sobre sus hijos.

INFORMACIÓN TÉCNICA: El cuestionario pretende detectar irregularidades higiénicas en los ámbitos de la alimentación (exceso-abuso de alimentos), los tiempos de sueño-vigilia y la agudeza visual y auditiva.

Consta de 93 ítems de respuesta dicotómica que solicitan información sobre las conductas de higiene alimenticia y sueño y sobre posibles deficiencias sensoriales en el terreno de la audición y la visión. Se aplica a padres/tutores de los sujetos objeto del estudio (pertenecientes a población adolescente, 12-16 años). Estos ítems fueron validados por el sistema de Jueces.

La detección de irregularidades en los campos de los que se ocupa este instrumento es aspecto clave en el diagnóstico de problemas de aprendizaje o de conducta.

B.- INSTRUMENTOS QUE ATIENDEN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

RAVEN (MATRICES PROGRESIVAS)

AUTOR: J.C. Raven.

PROCEDENCIA: J.C. Raven Ltd., Gran Bretaña.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: N. Seisdedos, Dptº I+D de TEA Ediciones.

FINALIDAD: Medida de la capacidad de educación de relaciones.

MATERIAL: Manual (1995), Cuadernillos de las Escalas de Color (CPM), General (SPM) y Superior (APM), y Hojas de autocorrección.

TIPIFICACIÓN: Baremos en centiles en grupos de edad (niños), cursos (adolescentes), estudios (universitarios) y población general (adultos).

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: No requiere conocimientos escolares; no tiene tiempo; es individual.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Se ha comprobado que la medida de la “educación de relaciones” a que apunta Raven tiene más sentido que la del factor “g” identificado por Spearman, ya que las correlaciones observadas entre las supuestas capacidades mentales

primarias se reducen si el análisis se efectúa fuera del ambiente “académico” o incluso en “ambiente académico distinto”. Esto tiene especial aplicación cuando se observa que los procesos intelectuales del individuo en un determinado momento no se corresponden con su capacidad anterior o con la que le correspondería en situaciones normales.

EFT -VERSIÓN GEFT- (TEST DE FIGURAS ENMASCARADAS)

AUTORES: Herman A. Witkin, Philip K. Oltman, Evelin Raskin, Stephen A. Karp.

PROCEDENCIA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California (1971).

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Rocío Fernández Ballesteros y Araceli Maciá, publicada por TEA Ediciones, S.A.

FINALIDAD: Apreciación de la capacidad del sujeto para percibir una figura dentro de un contexto complejo y, en relación con ello, su mayor o menor “dependencia de campo” y el estilo cognitivo característico.

MATERIAL: Manual común para las tres modalidades del test (Madrid: TEA Ediciones, 1982), dos juegos de láminas y Hoja de respuestas para cada una de las formas de aplicación individual, Cuadernillo y clave de corrección para la forma colectiva.

TIPIFICACIÓN: Tablas de puntuación en deciles, para la forma colectiva, elaboradas a partir de muestras de universitarios españoles. Para el resto de las formas, datos americanos.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Es corto; fácil de entender; se puede presentar como un juego de habilidad; se puede pasar en pequeño grupo; hay un ejercicio de entrenamiento; es motivador.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Su aplicación, sobre todo con fines experimentales, no presenta problemas especiales dado su escaso contenido cultural y que las dos Formas individuales descritas en el Manual (EFT y CEFT) son de tipo no verbal.

Este conjunto de tests evalúa la capacidad del sujeto para romper un campo visual organizado y captar una de sus partes independientemente del todo en que se integra; esta evaluación va más allá de lo puramente perceptivo, ya que el modo de percibir -según se ha puesto de manifiesto- determina un estilo cognitivo peculiar y se relaciona con otras variables y dimensiones de la personalidad normal y patológica (existen concomitancias entre muchas diferencias individuales y el modo o el grado de “dependencia de campo” del sujeto).

EOD (ESCALA OBSERVACIONAL DEL DESARROLLO)

AUTOR: Francisco Secadas.

PROCEDENCIA: TEA Ediciones, S.A. Madrid, 1988.

FINALIDAD: Diagnóstico del desarrollo infantil; descripción de secuencias y procesos evolutivos; métodos de intervención.

MATERIAL: Monografía básica. Cuestionarios para las distintas etapas. Cuestionario abreviado, Fichas de perfil y de rasgos y Ficha auxiliar para el cálculo de los índices correspondientes.

APLICACIÓN: Cuestionario para padres.

EDAD DE PASACIÓN: En cada caso, la de los padres de los alumnos de ESO objeto del diagnóstico.

INFORMACIÓN TÉCNICA: El núcleo fundamental de esta escala es la observación sistemática y pormenorizada de las conductas que el niño va poniendo de manifiesto a lo largo de su desarrollo, apoyado en una base teórica muy sugestiva que asigna al juego funciones de consolidación de aprendizajes anteriores y de configuración de nuevas habilidades.

El estudio realizado hasta ahora sobre muestras españolas ha reunido un repertorio muy amplio de conductas significativas clasificadas por áreas, rasgos y modalidades y con constatación clara del momento en que aparecen dentro de un proceso de desarrollo normal. Estas conductas (unas incorporadas a los Cuestionarios elaborados para cada etapa y otras disponibles en una especie de “almacén complementario sustitutorio o con fines recuperadores”) son las que sirven de base para la evaluación, por lo que la información que se obtiene no está provocada “de un modo artificial” y proporciona datos cualitativos (respaldados por estudios estadísticos rigurosos y por informaciones empíricas) antes que cuantitativos.

Este instrumento no requiere una formación especial para ser utilizado. Basta con que se posea un buen conocimiento del niño, lo que obviamente debería estar al alcance de los padres y familiares más próximos.

AF-5 (AUTOCONCEPTO FORMA 5)

AUTORES: F. García y G. Musitu.

TIPIFICACIÓN: F. García y G. Musitu.

ADMINISTRACIÓN: Individual o colectiva.

DURACIÓN: Aproximadamente 15', incluyendo la aplicación y la corrección.

EDAD DE PASACIÓN: En nuestro caso, alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; fácil de entender; es corto. Se utiliza con alumnos de 5º y 6º de EPO, ESO, Bachiller, universitarios, y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

BAREMACIÓN: Muestras de escolares y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

INFORMACIÓN TÉCNICA: El cuestionario se ha elaborado mediante la evaluación de cinco dimensiones (social, académico/profesional, emocional, emocional, familiar y física), con seis ítems para cada una de ellas, con la premisa de que cada ítem debe ser representativo de la dimensión que tiene que evaluar (validez convergente) y no relacionado con las otras dimensiones (validez discriminante). Para ello, 15 expertos seleccionaron a partir de 335 ítems resultantes de las autodefiniciones de 315 sujetos, en tres fases: estipulación de las dimensiones fundamentales - determinación de la dimensión o dimensiones que evaluaba cada ítem - selección de 6 ítems por dimensión a partir de las puntuaciones promedios adjudicadas en la fase anterior (los 30 ítems resultantes fueron comprobados por otros 20 expertos, con un acuerdo del 96 %).

Para evitar la interferencia que en los autoinformes puede provocar la “deseabilidad social” se insta a la respuesta más sincera posible, ofreciendo además una escala de respuestas para cada ítem del 1 al 99.

DIBUJO DE LA FAMILIA (TEST)

AUTOR: L. Corman.

PROCEDENCIA: Presses Universitaires de France, París (1961).

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: I. Acacia Ibáñez, Kapelusz, Buenos Aires (1967).

FINALIDAD: Método proyectivo que revela la personalidad en todos sus aspectos. El sujeto expresa su existencia y la ajena, el modo en que se siente existir y siente a los otros, proyectando aspectos conscientes y / o inconscientes de su vida, dificultades de adaptación al medio familiar, complejos edípicos y de rivalidad fraterna.

MATERIAL: Texto de Corman para la interpretación, hoja de papel y lápiz blando.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: El dibujo es motivador; los alumnos no pueden prever el resultado; no tiene tiempo; fácil de realizar.

INTERPRETACIÓN: Exige experiencia y formación psicoanalítica para descubrir los símbolos y extraer deducciones.

INFORMACIÓN TÉCNICA: La utilización del dibujo de la figura humana tiene una larga tradición dentro de los instrumentos establecidos para el conocimiento de la persona. Karen Machover lo empleaba en 1949 como método proyectivo, asignando a cada parte del cuerpo un significado particular; para Boutonier (1953), el dibujo del niño "es una especie del modo en que se siente existir él mismo y siente a los otros"; Goodenough (1964) justifica su validez como prueba para diagnosticar la inteligencia: "Los primeros investigadores pudieron demostrar con bastante seguridad que los dibujos realizados por los pequeños reconocen más un origen intelectual que una intención estética; que se determinan más por el desarrollo conceptual que por la imaginación visual o la habilidad manual. Reiteradas experiencias han probado la veracidad de esta observación: el niño, más que lo que ve, dibuja lo que sabe."

Este test es un método proyectivo que favorece la expresión de tendencias inconscientes, su interpretación se basa en la teoría del Psicoanálisis, y para ello se efectúa la interrelación entre forma y contenido, teniendo en cuenta el trazo de los rasgos, las estructuras formales y el contenido específico representado.

CAQ (CUESTIONARIO DE ANÁLISIS CLÍNICO)

AUTOR: S.E. Krug.

PROCEDENCIA: Institute for Personality and Ability Testing (IPAT), Illinois, USA (1980).

MANUAL Y ESTUDIOS: TEA Ediciones, S.A.

FINALIDAD: Evaluación de 12 aspectos clínicos de la personalidad.

MATERIAL: Manual (1987), Cuadernillo, Hoja de respuestas y Plantilla para las 12 escalas. Existe versión catalana del cuestionario.

TIPIFICACIÓN: Baremos en decatipos para adolescentes y adultos de cada sexo.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; no tiene tiempo.

APLICACIÓN: Individual y colectiva, adolescentes y adultos. Tiempo: variable, entre 30 y 45 minutos.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Sus doce escalas se desarrollaron para cubrir distintos aspectos de la depresión y varios rasgos patológicos, con el fin de completar áreas de la conducta desviada para las que otros instrumentos no ofrecían suficiente diferenciación entre varios grupos diagnósticos y varios rasgos patológicos (hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión, ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico).

C.- INSTRUMENTOS QUE ATIENDEN LA DIMENSIÓN SOCIOAMBIENTAL:

ESCALA DE CLIMA SOCIAL (FES Y CES)

AUTORES: R.H. Moos y colaboradores.

PROCEDENCIA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A., y colaboradores.

FINALIDAD: Se trata de dos escalas independientes que evalúan las características (con nueve o diez subescalas) socio-ambientales y las relaciones personales en la familia (FES) y en centros escolares (CES). Sus creadores idearon otras dos escalas: WES para evaluar en el trabajo, y CIES para aplicar en instituciones penitenciarias.

MATERIAL: Manual de aplicación (1984), Impresos distintos para cada una de las escalas, Hoja de respuestas y perfil (común para las dos) y Plantilla de corrección (una para cada dos escalas). Su aplicación es individual o colectiva, en sujetos de diez años en adelante, en un tiempo variable de aproximadamente veinte minutos para cada escala.

TIPIFICACIÓN: Baremos en puntuaciones típicas para los individuos y para los grupos constitutivos del ambiente a medir.

EDAD DE PASACIÓN: Alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; vocabulario asequible; no tiene tiempo.

INFORMACIÓN TÉCNICA: En el origen de la prueba encontramos ocho escalas de estructura similar para evaluar el Clima Social en diversos ambientes. Las escalas se pueden aplicar en tres formas:

- la forma R (real), que aprecia lo que las personas perciben respecto del ambiente,
- la forma I (ideal), que se refiere a lo que las personas entienden como el ideal de ese ambiente,
- la forma E (expectativa), que mide los deseos de los sujetos respecto a ese ambiente.

La adaptación española considera la Forma R de la escala FES (familia), WES (trabajo), CIES (instituciones penitenciarias) y CES (centro escolar).

Las escalas evalúan nueve o diez subescalas que se agrupan en tres o cuatro grandes dimensiones bastantes similares en todos los casos.

TAMAI (TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL)

AUTOR: P. Hernández y Hernández.

PROCEDENCIA: TEA Ediciones, S.A., Madrid (1983).

FINALIDAD: Evaluación de la inadaptación personal, social, escolar y familiar y también de las actitudes educadoras de los padres. En cada escala se distinguen diversos valores que permiten diagnosticar la raíz de la inadaptación.

Análisis de las actitudes educadoras de los padres, tanto el estilo educativo como el grado de diferenciación entre la educación paterna y la materna.

MATERIAL: Manual; ejemplar de la prueba; hoja de computación y perfil; plantillas (distintas para cada nivel) de los factores de inadaptación; plantilla control de veracidad.

TIPIFICACIÓN: Se presenta en puntuaciones centiles que permiten una fácil transformación a un sistema de siete intervalos (Heptas) para los factores generales y a un sistema de indicación crítica para los subfactores.

APLICACIÓN: Individual y colectiva, de ocho a dieciocho años. Hay tres niveles factoriales de la prueba. Tiempo de aplicación de 30' a 40'.

CORRECCIÓN: Una modalidad simple (sin plantillas) computa únicamente los factores generales (PSEF); una segunda modalidad más compleja se realiza con ayuda de plantillas, con ella se “desmenuza” cada factor en los distintos aspectos que lo configuran. Sin plantillas se corrige en dos minutos, con plantillas en seis.

EDAD DE PASADÓN: En nuestro caso, alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; vocabulario asequible; no tiene tiempo.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Se trata de un cuestionario de 175 elementos: frases a las que se responde afirmativa o negativamente.

Se estructuran tres niveles de escolaridad: Ciclo Medio de EGB; Ciclo Superior de EGB, BUP y COU.

Ofrece la novedad de distinguir subfactores, asociados entre sí por su mayor analogía, formando conglomerados o clusters, en las esferas clásicas de los tests de adaptación. De esta manera, desde las consideraciones generales se puede pasar a las raíces de la inadaptación a través de los subfactores.

Esta prueba permite detectar situaciones de inadaptación personal (infravaloración, miedo, culpabilidad, depresión..., regresión, evasión, pesimismo), inadaptación escolar (baja laboriosidad, indisciplina, actitudes aversivas al aprendizaje, al profesor, al centro escolar), inadaptación social (enfrentamiento con personas, conflicto con las normas, desconfianza social, introversión), o inadaptación familiar (su origen en el clima del hogar, en las relaciones con los padres, o en las relaciones con los hermanos).

La prueba también permite apreciar la falta de coordinación, similitud o sintonía entre el estilo educativo de la madre y el padre.

D.- INSTRUMENTOS QUE ATIENDEN LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA:

DIE (DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL ESTUDIO -NIVELES 1,2 Y 3)

AUTORES: Mariano Pérez Avellaneda, Emilio Rodríguez Corps, Maximino Norberto Cabezas Fernández y Arturo Polo Mingo.

APLICACIÓN: Formas escalonadas para distintos niveles educativos:

- DIE-1: 3er. Ciclo de Educación Primaria: 9 a 11 años.
- DIE-2: Educación Secundaria Obligatoria: 12 a 16 años.
- DIE-3: Educación Postobligatoria-Universidad-Adultos: a partir de los 16 años.

ADMINISTRACIÓN: Individual o colectiva.

DURACIÓN: Variable, en torno a media hora par la aplicación del cuestionario y otra media hora para la prueba práctica.

TIPIFICACIÓN: Baremos en centiles para los tres niveles (DIE-1, DIE-2 y DIE-3); uno por curso desde 5º de Primaria a 2º de Bachillerato, otro para el primer ciclo de Universidad (1º a 3º) y otro para 2º ciclo de Universidad (4º y 5º).

EDAD DE PASACIÓN: En nuestro caso, alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Fácil de entender; enunciados cortos y directos; no tiene tiempo; vocabulario asequible.

INFORMACIÓN TÉCNICA: Este instrumento está concebido para evaluar en su totalidad la conducta del estudiante, referida al trabajo personal y autónomo, momento de la actividad y la asimilación personal, en el proceso individual de aprendizaje.

Para ello se establecen tres vías:

- la consideración del estudio como conducta psicopedagógica compleja en la que se delimitan tres momentos: el antes, el durante y el después,
- el análisis más complejo de la mencionada conducta al evaluar sus aspectos complementarios, tales como la actitud, el autoconcepto académico, la aptitud y las notas o calificaciones escolares,
- una prueba práctica mediante la que el sujeto debe mostrar el sistema de estudio que usa habitualmente y por tanto sus habilidades al respecto.

DEI (PRUEBAS DE OBSERVACIÓN Y *DIAGNÓSTICO ESCOLAR INICIAL* PARA ALUMNOS EN DIFICULTAD SOCIAL)

AUTORES: Montserrat Costa i Canals, Francesc Xavier Moreno i Oliver.

PROCEDENCIA: Inédita.

FINALIDAD: Proporcionar a los enseñantes unos instrumentos de observación objetivos, sistemáticos y fiables, que les permitan obtener un perfil individualizado de aprendizajes del alumno.

MATERIAL: Bases teóricas, orientaciones para el enseñante, fichas y protocolo.

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Adolescentes y adultos en dificultad social, escolarizados en educación básica.

FORMA DE APLICACIÓN: Individual o colectiva.

DURACIÓN DE LA PRUEBA: Aproximadamente de 20 a 30 minutos; sin embargo, el tiempo de pase de la prueba ni se cuenta ni se limita.

CORRECCIÓN: Sin plantilla.

PUNTUACIÓN: Número de aciertos.

BAREMACIÓN: Población escolar adolescente y adulta en dificultad social (C.P.M.B.).

EDAD DE PASACIÓN: En nuestro caso, alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Evita tecnicismos en su vocabulario; contenidos mínimos graduados de primaria; secundaria y adultos; tiene previos de aprendizaje; se pueden presentar como ejercicios de clase.

INFORMACIÓN TÉCNICA: No existía ninguna prueba para el tipo de población al que se aplica esta prueba en un aspecto fundamental para todo docente que trabaja con población escolar en dificultad social: el diagnóstico escolar inicial. Este colectivo tiene como característica muy definida la “heterogeneidad cognitiva de los alumnos”, perceptible incluso entre los que pertenecen a un mismo nivel académico.

Esta prueba nos permite poseer una información real de los niveles de aprendizajes de la población escolar sobre la que se aplica en las diferentes áreas del currículum y, en consecuencia, agrupar a los alumnos por niveles de conocimiento, y no exclusivamente por niveles académicos, que es lo habitual. El nuevo tipo de agrupación propicia una intervención educativa más efectiva, ya que responde a las necesidades reales de los alumnos.

El material de esta prueba, por el proceso de creación y de comprobación de su validez, no es exclusivo para la población en edad infantil o adolescente o para población adulta, y está adecuado especialmente para colectivos de adultos que se encuentran en situaciones de marginación social.

La conveniencia de pruebas como el DEI tiene un amplio soporte bibliográfico. Ya en los miembros de la escuela nativista, encontramos que los procesos diagnósticos deben poder determinar el momento adecuado para el aprendizaje. Por su parte, los conductistas tienen, mediante el DEI, el conocimiento del nivel del alumno, y así pueden realizar su adiestramiento a través del refuerzo positivo-negativo. La estimulación cognitiva para el desarrollo del alumno, defendida por los interaccionistas, encuentra en el DEI un eficaz instrumento.

El conocimiento del alumno que proporciona el DEI es útil también para la planificación de actividades previas de la intervención precoz que nos ofrece el planteamiento institucional de la teoría de Piaget.

La Escuela Soviética también es partidaria del conocimiento detallado de la formación del proceso de asimilación del alumno que proporciona el DEI. Luria (1987) señala que permite detectar el lugar exacto donde ha surgido un tipo de dificultad del aprendizaje, y Vigotsky (1962), citado por Escoriza (1986:20) escribe: “el aprendizaje es el creador de zonas de desarrollo potencial”, por lo que el DEI, importante como instrumento de prevención, nos ayuda a evitar el fracaso escolar posterior.

E.- PROTOCOLOS:

Por su carácter claramente pluridimensional hacemos un aparte con estos instrumentos.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PLURIDIMENSIONAL PARA PADRES Y ALUMNOS

AUTORES: María Jesús Marqués y Francisco Javier Moreno.

FINALIDAD: Recogida de información de carácter pluridimensional.

MATERIAL: Entrevista estructurada Modo A: para padres, Modo B: para alumnos.

EDAD DE PASACIÓN: Padres de los alumnos de eso observados (parte A) y alumnos de ESO (parte B).

TIPIFICACIÓN: Validación a través de jueces.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; vocabulario asequible.

INFORMACIÓN TÉCNICA: La prueba se pasa mediante dos modalidades, la A destinada a la entrevista de padres y el denominado Modo B, para alumnos.

Siguiendo la línea de análisis tetradimensional, los ítems de este instrumento se estructuran en cuatro dimensiones.

La primera, de carácter biológico, requiere información sobre antecedentes evolutivos, médicos, y la información más actualizada posible sobre hábitos higiénicos y estado de salud.

La segunda se refiere a la recogida de información de tipo psicológico (antecedentes de conducta, estados afectivo-emocionales actuales, tratamientos psicoterapéuticos).

La tercera atiende al componente socioambiental, recogiendo información sobre la estructura familiar, su vivienda, grados de adaptación al entorno personal, social, escolar y familiar, así como las actividades extraescolares y los grados de adaptación al entorno.

El cuarto y último bloque de ítems se centra en la dimensión pedagógica, solicitando información sobre antecedentes escolares, los hábitos de estudio, preferencias en el aprendizaje y la información más actualizada y detallada posible sobre la escolarización en general.

REGISTRO ACUMULATIVO DE OBSERVACIÓN DE LAS DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN ESCOLAR

AUTORES: Santiago Molina, Ana Arráiz y María José Berenguer.

FINALIDAD: Registrar las conductas de inadaptación escolar.

MATERIAL: Registro y gráfica de perfil.

TIPIFICACIÓN: Baremos de puntuaciones típicas para los individuos.

EDAD DE PASACIÓN: En nuestro caso, alumnos de ESO.

ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN ESTUDIADA: Enunciados cortos y directos; describe las conductas a observar; permite describir el nivel de intensidad y frecuencia de la conducta.

INFORMACIÓN TÉCNICA: El cuestionario está formado por ítems agrupados en categorías que los teóricos (Mayor y Labrador, Ross, Pineda, Michelson...) mencionan como aspectos de la conducta infantil alterada, apreciación ésta que ha sido mayoritariamente corroborada por los profesionales de la educación, que los han conceptualizado como más frecuentes y preocupantes.

Estas categorías son la falta de atención, la realización inadecuada de las tareas, la conducta perturbadora, la conducta impulsiva/hiperactiva, el incumplimiento de órdenes y normas, el comportamiento agresivo, y el comportamiento pasivo.

Fundamental es el hecho de que este instrumento sirve para detectar problemas y, lo que desde nuestros planteamientos resulta de gran valor, para recoger datos funcionales cuyo conocimiento nos permita una modificación del comportamiento.

Es decir, el cuestionario responde al modelo de evaluación diagnóstica que pretende conocer la conducta y los antecedentes, consecuentes y contexto de esa conducta, aspectos que resultan esenciales si el educador tiene como objetivo su cambio o modificación.

IV. ANÁLISIS DE DATOS

1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez terminada la recogida de información a través de nuestra batería, procederemos a realizar el tratamiento estadístico de los datos obtenidos para poder llegar con su análisis a la interpretación y discusión de los resultados.

1.1. Estudio de fiabilidad del instrumento

Inicialmente estudiaremos la fiabilidad de nuestra batería. Al hablar de fiabilidad hacemos referencia al grado de acuerdo entre diferentes resultados de una batería, que debería ser total, si el error de medida no existiera. (Alvaro, M 1996 : 27)

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)				
Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
BENDER	12,5833	77,9090	,0878	,9361
STROOP	12,5667	77,8443	,0686	,9362
CFHSON	12,4333	76,6342	,2010	,9363
CFHALI	12,5000	76,8235	,2266	,9358
CFHAUDI°	12,5417	77,0907	,2394	,9357
CFHVIS	12,5333	76,9569	,2534	,9356
CAQD1	12,5250	76,8565	,2594	,9356
CAQD2	12,3833	74,0367	,5494	,9336
CAQD3	12,4750	75,7809	,3873	,9349
CAQD4	12,4500	74,8714	,5057	,9340
CAQD5	12,5667	77,5081	,1906	,9358
CAQD6	12,5667	77,5081	,1906	,9358
CAQD7	12,5750	77,7926	,1101	,9361
CAQPA	12,2667	72,5333	,6621	,9325
CAQPP	12,1500	71,1202	,7954	,9310
CAQSC	12,5417	77,1747	,2174	,9358
CAQAS	12,4500	75,1067	,4662	,9343
CAQPS	12,2750	72,7053	,6446	,9326
FESREL	12,1083	71,0554	,7980	,9310
FESD	12,4333	74,6846	,5113	,9340
FESEST	12,2333	72,0291	,7094	,9320
CESRE	12,1250	70,8330	,8271	,9307
CESAUTO	12,2250	72,7809	,6109	,9330
CESEST	12,2917	73,0487	,6100	,9330
CESCAM	12,4000	75,1160	,4067	,9348
TAMAIPEP	12,3250	73,6330	,5548	,9335
TAMAIESC	12,0167	73,0922	,5561	,9335
TAMAI SOC	12,2583	72,5293	,6580	,9325
TAMAI PRO	12,1417	70,7781	,8364	,9306
TAMAI FAM	12,1333	70,6375	,8526	,9304
TAMAI PAD	12,1250	75,2700	,2919	,9363
TAMAI MAD	12,2250	73,5036	,5208	,9339
TAMAI DIS	12,1167	70,9443	,8124	,9308
DIE	11,7750	74,4279	,5190	,9339
RAVEN2	12,1833	77,4787	,0387	,9387
AF5ACAD2	11,9083	75,2436	,3204	,9358
AF5SOCI2	12,1333	73,6627	,4827	,9343
AF5FAMI2	12,1250	71,3708	,7605	,9314
AF5FISI2	12,2333	76,0123	,2161	,9369
AF5EMO2	12,0583	70,9798	,8089	,9309
DEI2	11,7083	75,7377	,3951	,9348

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)	
Reliability Coefficients	
N of Cases = 120,0	N of Items = 41
Alpha = ,9356	

Cuadro nº 1

El alfa de Crombach obtenida es de 0,9356 superiores a 0,8 siendo éste el valor estadístico para determinar una buena fiabilidad.

La columna “Corrected item-total correlation” del cuadro nº 1 nos indica la correlación entre el ítem y el total de la batería sin contar con el ítem en cuestión.

Un valor alto en dicha columna nos indica que los que tengan un “1” en este factor, tienen puntuaciones altas en el nº de factores de riesgo.

Referente a la columna “Alfa if item deleted” nos da a conocer el valor alfa si eliminamos cada uno de los factores. Un valor alto indicará que al eliminar el factor, aumenta la fiabilidad. Un valor bajo indica que al quitar el ítem disminuye la fiabilidad, por lo que es un factor que aporta consistencia a la batería.

Reliability Coefficients			
N of Cases =	120,0	N of Items =	41
Correlation between forms =	,8470	Equal-length Spearman-Brown =	,9172
Guttman Split-half =	,8585	Unequal-length Spearman-Brown =	,9172
21 Items in part 1		20 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	,8447	Alpha for part 2 =	,9083

Cuadro nº 2

La correlación entre dos mitades (fiabilidad de dos mitades o consistencia interna de dos mitades corregida según la fórmula de Spearman-Brown es de 0,9172 . Así mismo, las alfas para cada una de las partes nos dan (0,8447 y 0,9083). Todas ellas superiores a 0,8 siendo, como decíamos anteriormente, éste el valor estadístico para determinar una buena fiabilidad.

1.2.Estudio descriptivo de la recogida de información

En este apartado trataremos los datos obtenidos para conocer como se distribuye la variable “número de factores de riesgo” para toda la muestra. La exploración realizada nos aporta los datos expuestos en el cuadro nº 3 :

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.	
numero de trastornos	Media	12,59	,81	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	10,99	
		Límite superior	14,19	
	Media recortada al 5%	12,37		
	Mediana	13,50		
	Varianza	78,059		
	Desv. típ.	8,84		
	Mínimo	0		
	Máximo	33		
	Rango	33		
	Amplitud intercuartil	16,00		
	Asimetría	,208	,221	
	Curtosis	-1,335	,438	

Cuadro nº 3

Hay una media de 12,59 factores de riesgo por sujeto (con un intervalo de confianza del 95% de la media para la población origen de la muestra de 10,59 a 14,19 factores de riesgo por sujeto). El valor de la media recortada (media sin tener en cuenta el 5% de puntuaciones superiores y el 5% de puntuaciones inferiores, valor 12,37) marca una diferencia de +0,22, muy parecida a la media, lo cual indica que los valores más distantes no distorsionan el valor de la media (la media no se ve afectada por los valores extremos).

La mediana (13,50; valor que divide la muestra en dos partes iguales, con el mismo número de sujetos), es ligeramente superior a la media, indicando una ligera asimetría negativa.

La varianza y la desviación típica (78,059 y 8,84 respectivamente) indican una dispersión importante de las puntuaciones, cuestión que interesa ya que cuanto mayor dispersión tengamos, mejor podremos diferenciar a los sujetos según el constructo analizado. Esta afirmación se confirma con el rango (33) que es la diferencia entre el mayor valor obtenido (el sujeto con mayor número de factores de riesgo tiene 33) y el menor (el sujeto con menor número de factores de riesgo tiene 0, es decir, ningún factor de riesgo).

La amplitud intercuartil es de 16 (rango de valores del 50% de sujetos con puntuaciones centrales), un rango que también es indicador de una importante dispersión.

La asimetría (0,208) presenta un valor muy bajo indicando una muy ligera asimetría con una cola orientada hacia los valores superiores. La curtosis (-1,335) indica una importante deformación de la curva mostrando una forma más achatada que la curva normal.

Percentiles

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	numero de trastornos	1,00	2,00	4,00	13,50	20,00	24,90	26,00
Bisagras de Tukey	numero de trastornos			4,00	13,50	20,00		

Cuadro nº 4

En el cuadro nº 4 se aprecia la dispersión y una ligera asimetría ya que los percentiles por debajo de la mediana están más próximos a ésta que los percentiles por encima. También podemos deducir la falta de valores extremos que deberían situarse a una distancia de los centiles 25 y 75, lo cual nos da un rango de 0 a 44, y las puntuaciones de todos los sujetos están incluidas en este rango.

Valores extremos

			Número del caso	Valor
numero de trastornos	Mayores	1	66	33
		2	67	29
		3	83	28
		4	97	27
		5	93	27
	Menores	1	42	0
		2	17	1
		3	4	1
		4	7	1
		5	50	, ^a

^a. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 1.

Cuadro nº 5

En la cuadro nº 5 presentamos los 5 valores más altos y los 5 más bajos. Es importante observar que sólo un sujeto (el 42) no presenta ningún factor de riesgo y que, por la banda opuesta, destaca el sujeto 66 que presenta 33 factores de riesgo, 4 más que el sujeto siguiente y 6 más que el cuarto.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
numero de trastornos	,188	120	,000

^a. Corrección de la significación de Lilliefors

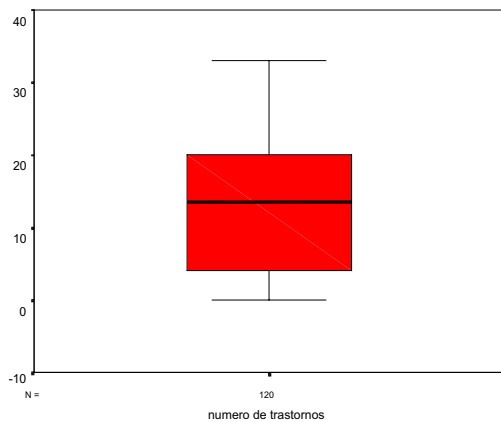
Cuadro nº 6

Como podemos observar en el cuadro nº 6 la distribución de esta variable no sigue una ley normal ($p < 0.001$), es decir, su distribución de frecuencias no dibuja una campana de Gaus.

Numero de Factores de riesgo		
numero factores de riesgo Stem-and-Leaf Plot		
Frequency	Stem &	Leaf
7,00	0 .	0111111
20,00	0 .	22222223333333333333
19,00	0 .	444444445555555555
3,00	0 .	667
5,00	0 .	89999
3,00	1 .	001
3,00	1 .	233
9,00	1 .	445555555
9,00	1 .	666667777
7,00	1 .	8888899
8,00	2 .	00000011
12,00	2 .	2222222222333
6,00	2 .	444555
6,00	2 .	666677
2,00	2 .	89
,00	3 .	
1,00	3 .	3
Stem width: 10		
Each leaf: 1 case(s)		

Cuadro nº 7

En el cuadro nº 7 de tallo y hojas se observa perfectamente por qué no sigue una ley normal: existe una clara tendencia a la bimodalidad, es decir, la existencia de dos valores modales o con mayor frecuencia. Ello sugiere la existencia de dos subgrupos en la muestra: uno de puntuaciones altas y otro de puntuaciones bajas.



Cuadro nº 8

En este sentido la gráfica del cuadro nº 8 nos indica :

a) Una ligera asimetría: los valores inferiores están más concentrados que los superiores, tanto en los valores centrales como en los más lejanos.

b) No hay valores extremos: todos los valores de los sujetos se sitúan dentro de un rango limitado.

Siguiendo en el tratamiento descriptivo de los datos seguidamente valoraremos los factores de riesgo para los grupos conductuales y no conductuales.

Resumen del procesamiento de los casos

		Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcen
numero de trastornos	Conductual no	60	100,0%	0	,0%	60	100
	si	60	100,0%	0	,0%	60	100

Cuadro nº 9

En el cuadro nº9 vemos los valores estadísticos de la muestra estudiada con problemática conductual y no conductual, con una “n” válida de 60 para cada grupo.

Descriptivos

			Conductual			
			no		si	
			Estadístico	Error típ.	Estadístico	Error típ.
numero de trastornos	Media		4,90	,49	20,28	,62
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,92		19,05	
		Límite superior	5,88		21,51	
	Media recortada al 5%		4,54		20,28	
	Mediana		4,00		20,00	
	Varianza		14,397		22,715	
	Desv. típ.		3,79		4,77	
	Mínimo		0		9	
	Máximo		19		33	
	Rango		19		24	
	Amplitud intercuartil		2,00		7,50	
	Asimetría		1,665	,309	,042	,309
	Curtosis		2,919	,608	,064	,608

Cuadro nº 10

En el cuadro nº 10 podemos observar que entre los dos grupos hay diferencias significativas que seguidamente pasaremos a comentar:

a) Muestra no conductual:

Los no conductuales presentan una media de 4,90 factores de riesgo por sujeto (muy inferior a la media de la muestra total, 12,59), y un intervalo de confianza (95%) para la población que va de 3,92 a 5,88 factores de riesgo, calculado sobre la base de la Ley Normal ya que el número de sujetos es superior a 30 .

Se detecta una importante dispersión, con un rango de 19 puntos y una desviación estándar de 3,79. La media recortada es de 4,54, es decir, 0,36 puntos por debajo de la media global, por lo que se reproduce la tendencia observada en el anterior análisis (mayor dispersión de las puntuaciones superiores), confirmada por la diferencia entre la mediana y la media (0,9) y el coeficiente de asimetría (1,665), que en este caso indica una importante asimetría con la cola orientada a la derecha, y una curtosis también importante (2,919) indicadora de un achatamiento de la distribución de frecuencias, por la distribución de la variable en este subgrupo parece desviarse mucho de lo que es una distribución normal.

El valor de la amplitud intercuartil (2) es muy bajo, lo que implica una fuerte concentración del 50% de valores centrales, así como la posible existencia de valores extremos sobre todo por las puntuaciones más altas.

b) Muestra conductual:

Los sujetos conductuales presentan una media de 20,28 factores de riesgo por sujeto (muy superior a la media de la muestra total, 12,59), y un intervalo de confianza (95%) para la población que va de 19,05 a 21,51 factores de riesgo, calculado en base a la Ley Normal ya que el número de sujetos es superior a 30 .

Al igual que en el apartado anterior, se observa una importante dispersión, con un rango de 24 puntos y una desviación estándar de 4,77. La media recortada es de 20,28, es decir, igual que la media, por lo que se produce un equilibrio entre las dos colas o extremos de la distribución de la variable, confirmada por la diferencia entre la mediana y la media (0,28, muy bajo, indicador de simetría de la distribución) y el coeficiente de asimetría (0,042), que en este caso indica una simetría casi total, y una curtosis también cercana a cero (0,064) indicadora de que la forma de la distribución de frecuencias de esta variable para este subgrupo forma un dibujo casi idéntico a una campana de Gauss (sugiere que sigue una Ley Normal).

El valor de la amplitud intercuartil (7,50) es bastante más alto que en el anterior grupo, lo cual indica que el 50% de valores centrales están más dispersos.

Percentiles

			Percentiles						
			5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado(definición 1)	numero de trastornos	no	1,00	1,00	3,00	4,00	5,00	10,90	13,00
		si	14,00	15,00	16,25	20,00	23,75	26,00	27,95
Bisagras de Tukey	numero de trastornos	no			3,00	4,00	5,00		
		si			16,50	20,00	23,50		

Cuadro nº 11

El cuadro nº 11 nos confirma la existencia de valores extremos en el grupo de no conductuales, por la banda de las puntuaciones altas, así como una importante asimetría (los valores superiores están mucho más alejados de la mediana que los inferiores). En cambio, los sujetos conductuales presentan una mayor dispersión y simetría.

Valores extremos

Conductual				Número del caso	Valor
numero de trastornos	no	Mayores	1	21	19
			2	14	15
			3	47	13
			4	13	13
			5	2	12
		Menores	1	42	0
			2	6	1
			3	17	1
			4	4	1
			5	7	, ^a
	si	Mayores	1	66	33
			2	67	29
			3	83	28
			4	97	27
			5	93	27
Menores		1	105	9	
		2	69	9	
		3	117	14	
		4	81	14	
		5	80	, ^b	

a. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 1.

b. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 15.

Cuadro nº 12

Como podemos observar en el cuadro nº12 confirmamos los valores extremos en el grupo de no conductuales destacando el sujeto 21 con 19 factores de riesgo contabilizados, valor extremadamente alto comparado con el grupo de referencia al que pertenece.

Lo mismo podemos decir de los otros 4 sujetos que aparecen en la Cuadro, pero en menor magnitud. También en el grupo de no conductuales destaca un sujeto: el 66 con 33 factores de riesgo.

En cuanto a los valores inferiores, el grupo no conductual es mucho más homogéneo (tienen valores muy parecidos), mientras que en el grupo conductual destacan los sujetos 69 y 105 con tan sólo 9 factores de riesgo.

Pruebas de normalidad

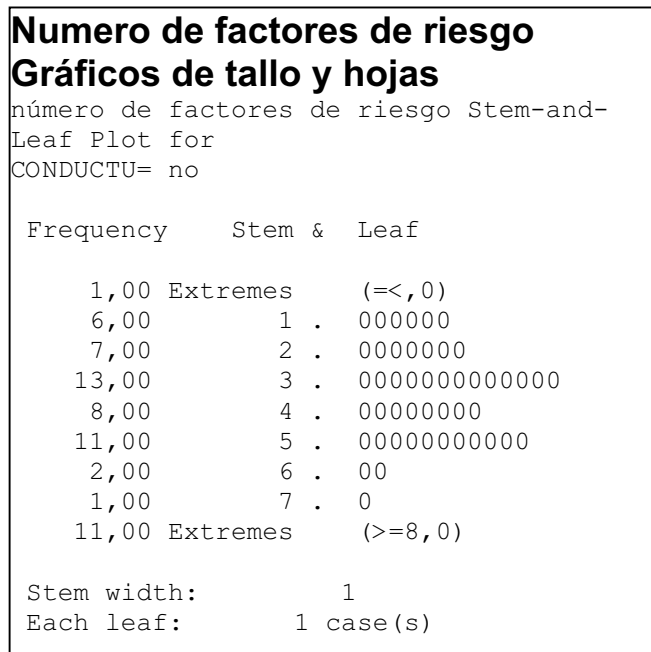
		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
numero de trastornos	no	,256	60	,000
	si	,091	60	,200*

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

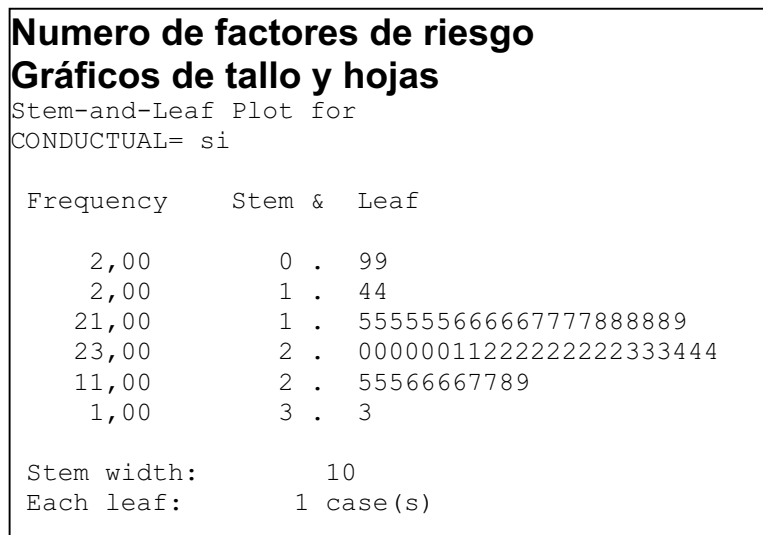
a. Corrección de la significación de Lilliefors

Cuadro nº 13

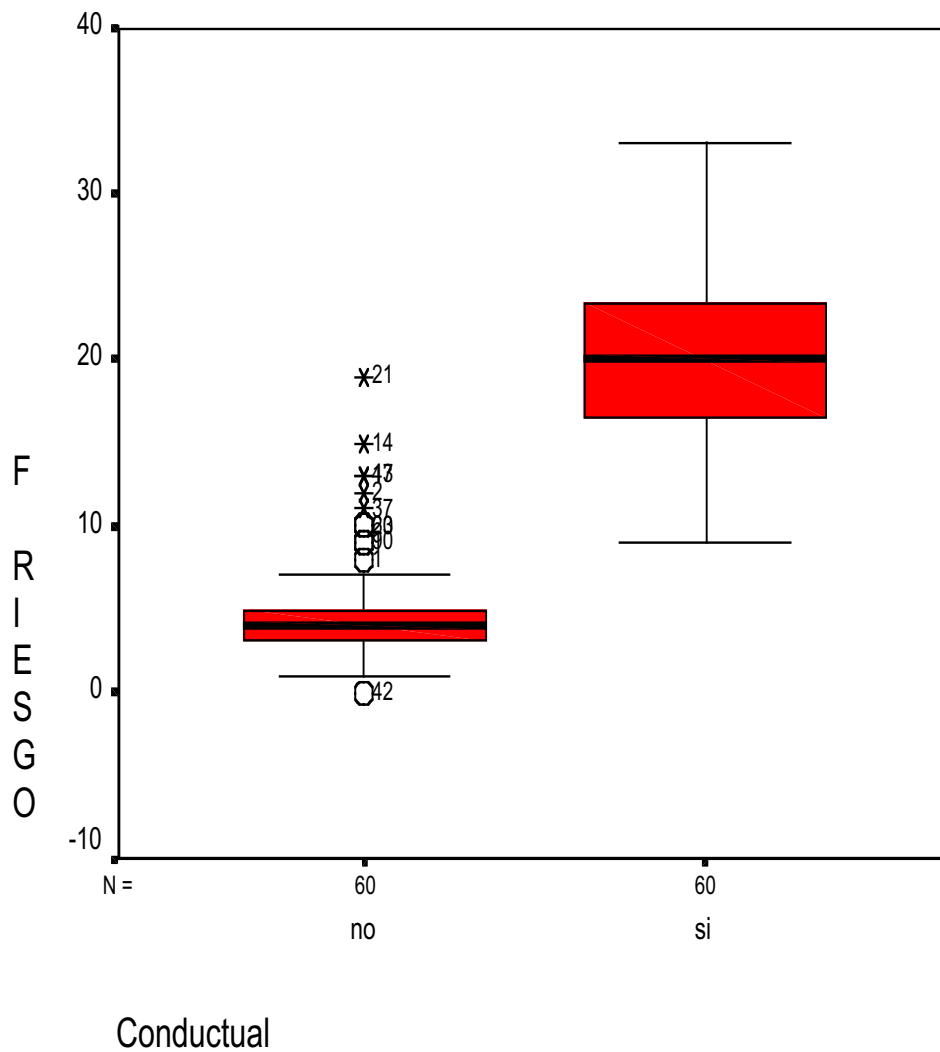
Tal como hemos sugerido anteriormente, la distribución de la variable del número de factores de riesgo en el grupo de conductuales sigue una Ley Normal ($p > 0.2$), mientras que en el grupo de no conductuales no ($p < 0.001$), debido principalmente a una alta concentración en los valores centrales formándose una larga cola en los valores superiores confirmándose la existencia de valores extremos por esta banda.



Cuadro nº 14



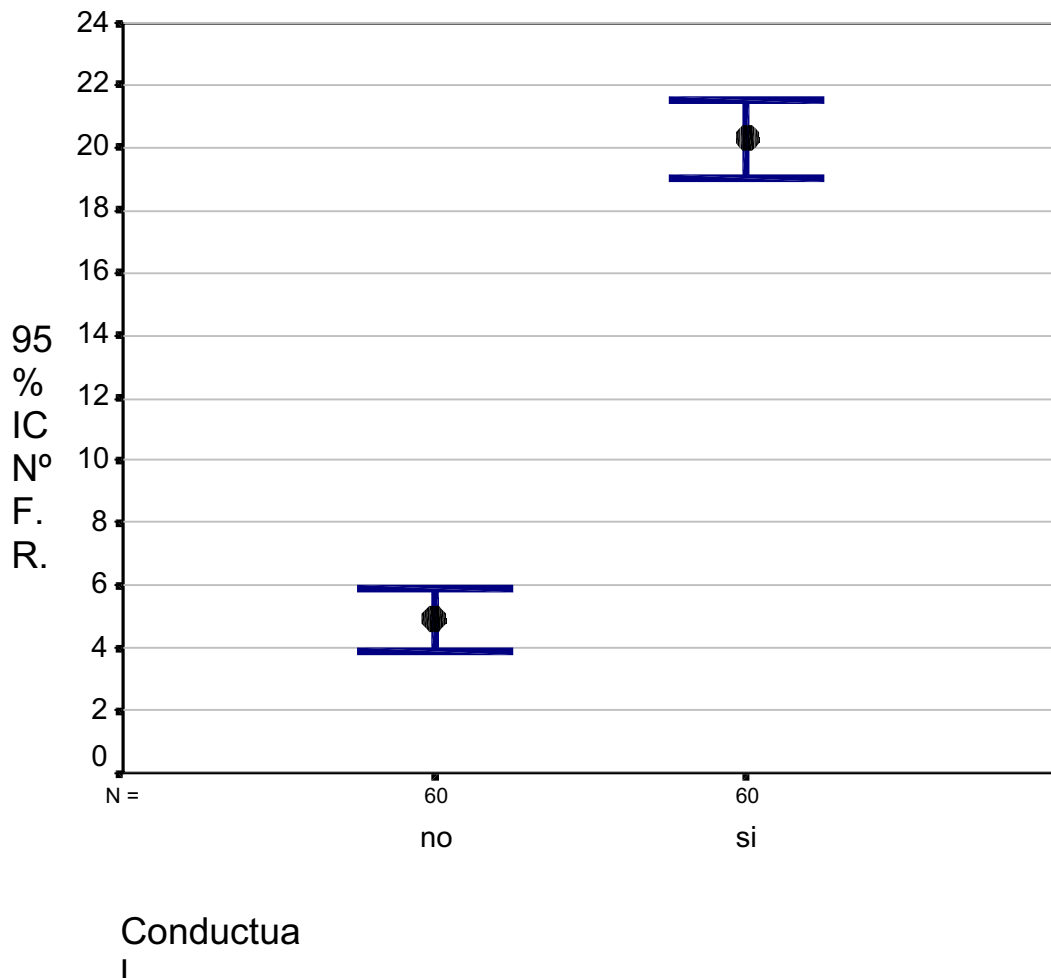
Cuadro n° 15



Cuadro n° 16

En los cuadros n° 14,15 y 16 y de forma más gráfica en este último de tallo y hojas Domenech,J.M. et al. (1996) se confirma visualmente las diferencias entre ambas distribuciones:

- a) Mayor mediana y valores más altos para el grupo de conductuales.
- b) Mayor dispersión y simetría en el grupo de conductuales.
- c) Existencia de valores extremos en el grupo de no conductuales, sobretodo por los valores altos.



Cuadro n° 17

Respecto a las diferencias entre ambos grupos las observaremos comparando los intervalos de confianza:

En el cuadro n° 17 se observa claramente que los dos grupos presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) (los dos intervalos de confianza no se superponen). La magnitud de la diferencia es de 15,38 factores de riesgo, siendo el grupo conductual el que presenta una mayor media.

1.3. Estudio de la especificidad y sensibilidad

Seguidamente realizaremos el estudio estadístico de la especificidad y sensibilidad al contrastar el número de factores de riesgo para poder determinar cual es el punto de corte respecto al número de factores de riesgo específico para el desarrollo de los problemas de conducta. Domènech, et al (1996) y Alvaro, M (1996)

Cuadro n° 18

Coordenadas de la curva

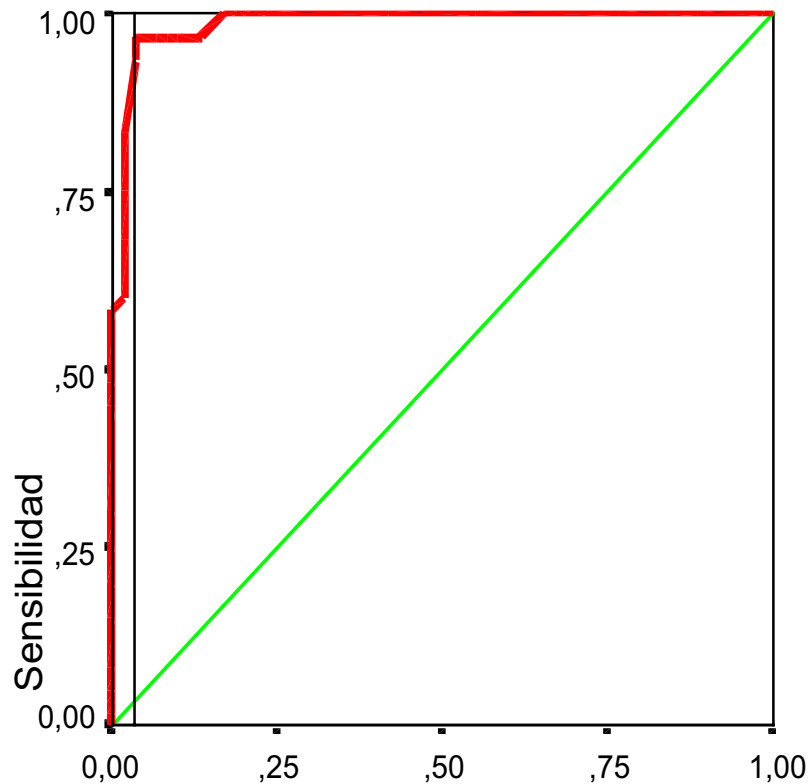
Variables resultado de contraste: numero de trastornos

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
,50	1,000	,983
1,50	1,000	,883
2,50	1,000	,767
3,50	1,000	,550
4,50	1,000	,417
5,50	1,000	,233
6,50	1,000	,200
7,50	1,000	,183
8,50	1,000	,167
9,50	,967	,133
10,50	,967	,100
11,50	,967	,083
12,50	,967	,067
13,50	,967	,033
14,50	,933	,033
15,50	,833	,017
16,50	,750	,017
17,50	,683	,017
18,50	,600	,017
19,50	,583	,000
20,50	,483	,000
21,50	,450	,000
22,50	,300	,000
23,50	,250	,000
24,50	,200	,000
25,50	,150	,000
26,50	,083	,000
27,50	,050	,000
28,50	,033	,000
31,00	,017	,000
34,00	,000	,000

La variable (o variables) de resultado de contraste: numero de trastornos tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

- ^a. El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

Curva COR



1 - Especificidad

Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Cuadro n° 19

En el cuadro n° 18 y de forma más gráfica en el n° 19 podemos observar como el valor óptimo para el punto de corte en el valor 13,5 (consideramos conductuales a los que tienen 14 factores de riesgo o más) con una sensibilidad de 0,967 y una especificidad de 0,967. Es decir, en este punto de corte detectamos el 96,7% de sujetos conductuales, y a la vez declaramos como no conductuales a un 96,7% de los que realmente no lo son. Este valor indica una alta validez de criterio predictiva ya que mediante la utilización de la batería predecimos correctamente a un 96,7% de sujetos conductuales y a un 96,7% de sujetos no conductuales.

No obstante, consideramos estadísticamente más funcional tomar como punto de corte 8,5 factores de riesgo donde la sensibilidad es 1 y la especificidad 0,167. De esta manera nos aseguramos en detectar todos los conductuales aún incurriendo en el riesgo de detectar algún falso positivo no conductual.

1.4.Frecuencias de los factores de riesgo

Seguidamente realizaremos un estudio de frecuencias de los distintos factores de riesgo para poder conocer cuales son más representativos en la muestra estudiada.

Informe

	Conductual		
	no	si	Total
	Media	Media	Media
Bender	,00	1,67E-02	8,33E-03
Stroop	,00	5,00E-02	2,50E-02
CFH: sueño	6,67E-02	,25	,16
CFH: alimentación	5,00E-02	,13	9,17E-02
CFH: audición	,00	,10	5,00E-02
CFH: visión	,00	,12	5,83E-02
Hipocondria	1,67E-02	,12	6,67E-02
Pernsam. autodestrucción	1,67E-02	,40	,21
Agitación	1,67E-02	,22	,12
Inseguridad	1,67E-02	,27	,14
Depresión	1,67E-02	3,33E-02	2,50E-02
Sent. culpabilidad	1,67E-02	3,33E-02	2,50E-02
Apatia	1,67E-02	1,67E-02	1,67E-02
Paranoia	1,67E-02	,63	,32
Deshinibición	3,33E-02	,85	,44
Rasg. Esquizofrenicos	1,67E-02	8,33E-02	5,00E-02
Pensam. obsesivos	1,67E-02	,27	,14
Desajuste Psicológico	1,67E-02	,62	,32
Clima familiar: relaciones	8,33E-02	,88	,48
Clima familiar: desarrollo social	,00	,32	,16
Clima familiar: estabilidad	1,67E-02	,70	,36
Clima escolar: relaciones	6,67E-02	,87	,47
Clima escolar: autorrealización	,12	,62	,37
Clima escolar: estabilidad	6,67E-02	,53	,30
Clima escolar: cambio	5,00E-02	,33	,19
Inadap. personal	8,33E-02	,45	,27
Inadap. escolar	,32	,83	,57
Inadap. social	1,67E-02	,65	,33
Proimagen	1,67E-02	,88	,45
Insatisfacción familiar	1,67E-02	,90	,46
Ed. inadec. padre	,32	,62	,47
Ed. inadec. madre	,13	,60	,37
Discrep. educativa	6,67E-02	,88	,48
Falta hábitos estrategias estudio	,63	1,00	,82
Raven	,47	,35	,41
Autoest. academica	,55	,82	,68
autoest.social	,25	,67	,46
autoest.familiar	,10	,83	,47
autoesti.fisica	,28	,43	,36
autoesti.emocional	,15	,92	,53
retraso escolar	,77	1,00	,88

Cuadro nº 20

Informe

	Conductual					
	si					
	Sexo					
	Varón		Hembra		Total	
	Media	N	Media	N	Media	N
Bender	2,33E-02	43	,00	17	1,67E-02	60
Stroop	6,98E-02	43	,00	17	5,00E-02	60
CFH: sueño	,23	43	,29	17	,25	60
CFH: alimentación	9,30E-02	43	,24	17	,13	60
CFH: audición	6,98E-02	43	,18	17	,10	60
CFH: visión	9,30E-02	43	,18	17	,12	60
Hipocondría	,12	43	,12	17	,12	60
Pernsam. autodestrucción	,16	43	1,00	17	,40	60
Agitación	,26	43	,12	17	,22	60
Inseguridad	2,33E-02	43	,88	17	,27	60
Depresión	2,33E-02	43	5,88E-02	17	3,33E-02	60
Sent. culpabilidad	2,33E-02	43	5,88E-02	17	3,33E-02	60
Apatía	2,33E-02	43	,00	17	1,67E-02	60
Paranoia	,56	43	,82	17	,63	60
Deshinibición	,81	43	,94	17	,85	60
Rasg. Esquizofrenicos	2,33E-02	43	,24	17	8,33E-02	60
Pensam. obsesivos	4,65E-02	43	,82	17	,27	60
Desajuste Psicológico	,53	43	,82	17	,62	60
Clima familiar: relaciones	,84	43	1,00	17	,88	60
Clima familiar: desarrollo social	,33	43	,29	17	,32	60
Clima familiar: estabilidad	,65	43	,82	17	,70	60
Clima escolar: relaciones	,81	43	1,00	17	,87	60
Clima escolar: autorrealización	,67	43	,47	17	,62	60
Clima escolar: estabilidad	,47	43	,71	17	,53	60
Clima escolar: cambio	,35	43	,29	17	,33	60
Inadap. personal	,33	43	,76	17	,45	60
Inadap. escolar	,91	43	,65	17	,83	60
Inadap. social	,70	43	,53	17	,65	60
Proimagen	,86	43	,94	17	,88	60
Insatisfacción familiar	,86	43	1,00	17	,90	60
Ed. inadec. padre	,74	43	,29	17	,62	60
Ed. inadec. madre	,47	43	,94	17	,60	60
Discrep. educativa	,84	43	1,00	17	,88	60
Falta hábitos estrategias estudio	1,00	43	1,00	17	1,00	60
Raven	,30	43	,47	17	,35	60
Autoest. academica	,93	43	,53	17	,82	60
autoest.social	,77	43	,41	17	,67	60
autoest.familiar	,77	43	1,00	17	,83	60
autoesti.fisica	,40	43	,53	17	,43	60
autoesti.emocional	,88	43	1,00	17	,92	60
retraso escolar	1,00	43	1,00	17	1,00	60

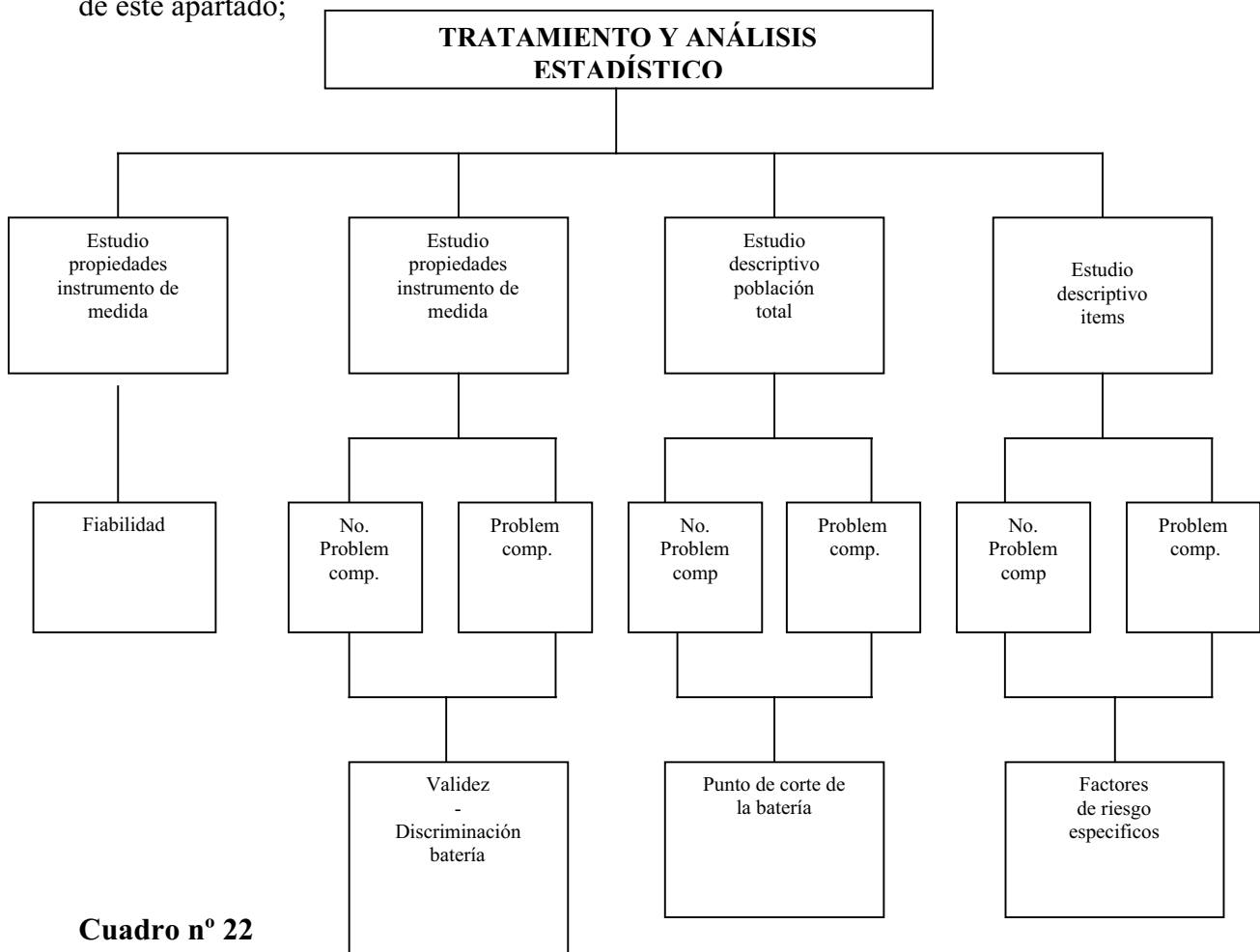
Cuadros nº 21

En el cuadro n° 20 tenemos una comparación de medias entre los factores de riesgo de la muestra de sujetos conductuales y los no conductuales, observándose diferencias significativas en la tipología y número.

Si centramos la atención en la comparación de medias por factores de riesgo presentada en el cuadro 21 y específica para alumnos con problemas de comportamiento y género , se detectan diferencias entre su tipología y número.

2. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez que hemos realizado el tratamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos a través de nuestro instrumento de medida, según el proceso expuesto en el cuadro n° 22 de este apartado;



Cuadro n° 22

procederemos a la interpretación y discusión de los resultados obtenidos que nos inducirán posteriormente a la redacción de las conclusiones finales de nuestra investigación.

2.1. Propiedades del instrumento de medida

En primer lugar analizaremos el estudio de las propiedades del instrumento de medida de nuestra investigación, pieza clave para la obtención de los datos del estudio.

2.1.1. Fiabilidad

Para poder determinar la fiabilidad de nuestra batería diagnóstica hemos obtenido el alfa de Crombach cuyo resultado es de 0,9356 . También hemos estudiado la correlación entre dos mitades según la fórmula de Spearman-Brown, cuya alfa es de 0,9172 . Siendo las alfas para cada una de las partes (0,8447 y 0,9083). Como podemos observar todas ellas son superiores a 0,8 lo que nos indica un alto grado de consistencia interna de la batería, es decir una buena fiabilidad de la misma.

De esta manera estamos en condiciones de afirmar que la batería es constante como instrumento de medida.

Por otro lado, si observamos los datos obtenidos en la columna “ Alfa if item deleted” no es necesario depurar ninguna de las pruebas utilizadas en la batería ya que todas ellas nos dan una alfa superior a 0,9, siendo esta altamente consistente.

2.1.2. Validez

Referente a la validez de contenido de nuestra batería, todas las pruebas utilizadas son estandarizadas y han sido previamente fiabilizadas y validadas, hecho que nos garantiza la misma .

En cuanto a la validez de criterio predictivo, el tratamiento estadístico de los datos obtenidos nos ha dado una sensibilidad de 0,967 y una especificidad de 0,967. Es decir, en este punto de corte detectamos el 96,7% de sujetos conductuales, y a la vez declaramos como no conductuales a un 96,7% de los que realmente no lo son. Este valor indica una alta validez de criterio predictiva ya que mediante la utilización de la batería predecimos correctamente a un 96,7% de sujetos conductuales y a un 96,7% de sujetos no conductuales.

2.2. Diferencias cuantitativas entre las muestras estudiadas

Los no conductuales presentan una media de 4,90 factores de riesgo por sujeto (inferior a la media de la muestra total, 12,59), y los sujetos conductuales presentan una media de 20,28 factores de riesgo por sujeto (superior a la media de la muestra total, 12,59).

En este sentido, el número de factores de riesgo para los alumnos no conductuales difiere del grupo de conductuales tanto en magnitud como en forma de la distribución.

El grupo de conductuales presenta una media de 15,38 factores de riesgo más que el grupo de no conductuales.

Si valoramos estos resultados podemos deducir que los factores de riesgo estudiados tienen una incidencia importante en este tipo de problemática conductual.

Encontramos el valor óptimo para el punto de corte en el valor 8,5 (consideramos conductuales a los que tienen 9 factores de riesgo o más) con una sensibilidad de 1,00 y una especificidad de 0,167. Es decir, en este punto de corte detectamos el 100% de sujetos conductuales, y a la vez declaramos como no conductuales a un 100% de los que realmente no lo son.

Este punto de corte nos permite utilizar el instrumento de medida para realizar diagnósticos con finalidades preventivas y/o de diagnóstico inicial en grupos que no conocemos las conductas de los sujetos, con la finalidad de poder detectar aquellos que presentan dicha problemática.

Con los resultados obtenidos en la columna “Corrected item-total correlation” de la escala podemos conocer que determinados factores de riesgo como por ejemplo la adaptación familiar del Tamai, si aparece como factor de riesgo en consecuencia el número de factores de riesgo que presente el sujeto será alto.

2.3. Tipología de los factores de riesgo según las muestras.

Entre el grupo de sujetos no conductuales y los conductuales no coinciden los factores de riesgo.

En el grupo de sujetos no conductuales no aparece ningún factor de riesgo patognomónico, y otros son inexistentes.

Referente a los sujetos conductuales no podemos realizar un perfil específico de factores de riesgo para este grupo, estos varían entre un sujeto y otro. Sólo dos factores son patognomónicos: la falta de hábitos de estudio y el retraso escolar.

Se encuentran diferencias cuantitativas y cualitativas significativas entre los sujetos conductuales varones y las hembras.

En los sujetos varones conductuales aparecen la totalidad de los factores de riesgo estudiados, en las hembras no aparecen factores de carácter neurológico igual como en la población no conductual.

Las alumnas conductuales presentan nueve factores de riesgo patognomónicos:

- a) Dificultades en las relaciones familiares
- b) Discrepancias educativas padre/madre
- c) Insatisfacción familiar
- d) Baja autoestima familiar
- e) Dificultades en las relaciones escolares
- f) Falta de hábitos de estudio
- g) Retraso escolar
- h) Baja autoestima emocional
- i) Pensamientos de autodestrucción.

En el caso de los varones conductuales los factores de riesgo patognomónicos son solo dos:

- a) Falta de hábitos de estudio
- b) Retraso escolar

A efectos de discusión de resultados podemos decir en primer lugar que nuestro instrumento de medida es válido y fiable, lo que nos garantiza la veracidad de sus resultados.

Por otra parte, hemos podido contrastar que hay diferencia significativas entre el grupo de conductuales y no conductuales tanto del punto de vista cuantitativo como cualitativo, lo que nos demuestra la importante incidencia que tienen los factores de riesgo estudiados sobre la aparición de los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

Así mismo, por lo que respecta a los sujetos conductuales independientemente de presentar el problema de comportamiento cada sujeto muestra su tipología específica y personal de los factores de riesgo intervinientes. Por este motivo no podemos hacer un perfil cualitativo de factores de riesgo específicos ante la conducta perturbadora ya que ésta es el resultado final externalizado de la problemática de cada sujeto.

También hemos encontrado diferencias entre sujetos varones y hembras conductuales a pesar de que como ya hemos dicho anteriormente su conducta externalizada sea la misma.

No obstante, cuantitativamente sí que podemos afirmar que los sujetos que puntúan nueve o más factores de riesgo en nuestra batería presentaran problemas de comportamiento en el aula. Este hecho nos permite usar la batería diagnóstica como instrumento preventivo.

Poder conocer los factores de riesgo específicos de cada sujeto con problemas de conducta nos facilitará de forma precisa poder realizar una intervención terapéutica eficaz.

V. CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez revisada la literatura encontrada sobre la problemática conductual en el contexto escolar y analizados los resultados de la investigación estamos en condiciones de pronunciar las siguientes conclusiones :

Con relación al objetivo 1.) concluimos:

En la fiabilización de nuestra batería diagnóstica hemos obtenido el alfa de Crombach cuyo resultado es de 0,9356 . También hemos estudiado la correlación entre dos mitades según la fórmula de Spearman-Brown, cuya alfa es de 0,9172 . Siendo las alfas para cada una de las partes (0,8447 y 0,9083). Como podemos observar todas ellas son superiores a 0,8 lo que nos indica un alto grado de consistencia interna de la batería, es decir una buena fiabilidad de la misma.

La validez de contenido de nuestra batería está garantizada por el hecho de que todas las pruebas utilizadas para su confección son estandarizadas y han sido previamente fiabilizadas y validadas.

En cuanto a la validez de criterio predictivo, el tratamiento estadístico de los datos obtenidos nos ha dado una sensibilidad de 0,967 y una especificidad de 0,967. lo que nos indica que mediante la utilización de la batería predecimos correctamente a un 96,7% de sujetos conductuales y a un 96,7% de sujetos no conductuales.

De esta manera estamos en condiciones de afirmar que hemos confeccionado una batería constante y válida como instrumento de medida para conocer de forma globalizada los factores de riesgo que intervienen en los problemas de comportamiento dentro del contexto escolar de los alumnos de primer ciclo de la ESO.

Con relación al objetivo 1.a) concluimos:

Los datos obtenidos en el estudio de la fiabilidad de la batería nos indican que no es necesario depurar ninguna de las pruebas utilizadas en la misma ya que todas ellas nos dan una alfa superior a 0,9, es decir, altamente consistentes.

Con estos resultados se cumple nuestro objetivo al haber realizado una selección de pruebas estandarizadas que se adaptan al perfil conductual de la población a estudiada.

Con relación al objetivo 2.) concluimos:

Los factores de riesgo varían entre un sujeto y otro. No obstante, se han encontrado diferencias entre los sujetos conductuales varones y las hembras.

En los sujetos varones conductuales aparecen la totalidad de los factores de riesgo estudiados, en las hembras no aparecen factores de carácter neurológico al igual que en la población no conductual.

Las alumnas conductuales presentan nueve factores de riesgo específicos:

- j) Dificultades en las relaciones familiares
- k) Discrepancias educativas padre/madre
- l) Insatisfacción familiar
- m) Baja autoestima familiar
- n) Dificultades en las relaciones escolares
- o) Falta de hábitos de estudio
- p) Retraso escolar
- q) Baja autoestima emocional
- r) Pensamientos de autodestrucción.

En el caso de los varones conductuales los factores de riesgo específicos son dos:

- c) Falta de hábitos de estudio
- d) Retraso escolar

Estos resultados nos demuestran la posibilidad de poder conocer la tipología de factores de riesgo que intervienen en los problemas de comportamiento desde una visión multidisciplinar (neurobiológico, social, psicológico y pedagógico) a través de la aplicación de nuestra batería diagnóstica.

Con relación al objetivo 2.a.) concluimos:

El tratamiento estadístico nos indica que el valor óptimo para el punto de corte es el valor 8,5 cuya sensibilidad es de 1,00 y su especificidad de 0,167. Esto nos determina que en este punto de corte detectamos el 100% de sujetos

conductuales, y a la vez declaramos como no conductuales a un 100% de los que realmente no lo son.

En este sentido, hemos podido cumplir nuestro objetivo identificando el punto de corte para determinar cual es el número de factores de riesgo específicos de los alumnos estudiados con problemas de comportamiento.

Con relación al objetivo 3.) concluimos:

De las conclusiones anteriores se desprende que nuestra batería diagnóstica es consistente y válida, permitiéndonos determinar los factores de riesgo que intervienen en los problemas de comportamiento tanto de tipo cuantitativo como cualitativamente.

Esta posibilidad diagnóstica nos ofrece la posibilidad de llevar a cabo, de forma precisa, un segundo nivel de intervención multidisciplinar de carácter interprofesional y/o intraprofesional, con la finalidad de poder mejorar o evitar la incidencia de los factores de riesgo sobre los problemas de comportamiento en el contexto escolar.

Con relación al objetivo 4.) concluimos:

Que ambas hipótesis se cumplen según los siguientes criterios:

Hipótesis nº 1:

Los alumnos no conductuales presentan una media de 4,90 factores de riesgo por sujeto, y los conductuales presentan una media de 20,28 factores de riesgo por sujeto. En este sentido, el número de factores de riesgo para los alumnos no conductuales difiere del grupo de conductuales tanto en magnitud como en forma de la distribución. Como podemos deducir, el grupo de conductuales presenta una media de 15,38 factores de riesgo más que el grupo de no conductuales. Por todo ello, podemos afirmar que el número de factores de riesgo es superior en los alumnos conductuales que en los no conductuales, quedando confirmada nuestra hipótesis.

Hipótesis nº 2

Referente a los sujetos conductuales los factores de riesgo varían entre un sujeto y otro. Dos factores son específicos: la falta de hábitos de estudio y el retraso escolar; lo que nos demuestra que los alumnos conductuales no presentan siempre los mismos factores de riesgo, quedando confirmada nuestra hipótesis.

Con relación al objetivo 5.) concluimos:

Como hemos ido señalando en diferentes apartados de esta investigación nos encontramos ante una problemática escolar bastante nueva por lo que respecta a su frecuencia y tipología de conductas y a la vez con graves consecuencias tanto para los agentes educativos, el clima escolar y los alumnos en general.

Las aportaciones teóricas de nuestra investigación, sus resultados estadísticos y especialmente su batería diagnóstica ofrece a los investigadores un punto de partida para nuevos trabajos sobre la problemática planteada.

Con relación al objetivo final:

Las conclusiones anteriores nos demuestran que los problemas de comportamiento que presentan los alumnos del primer ciclo de la ESO pueden ser prevenidos o corregidos mediante un diagnóstico preciso de los factores de riesgo que nos indicarán el tipo de intervención multidisciplinar que requiere su tratamiento.

1.1. Sugerencias para la solución del problema :

Hemos podido comprobar que las conductas problemáticas en el contexto escolar, si bien pueden presentar manifestaciones parecidas, la causa no siempre es la misma en cada sujeto.

Es evidente que para dar una solución efectiva o en su defecto, preventiva de una conducta problemática debemos actuar sobre los motivos que la originan hasta corregir o en el peor de los casos minimizar las mismas.

En esta línea de trabajo , no podemos realizar una intervención sin conocer de la forma más precisa cuales son las causas a las que anteriormente hacíamos referencia, y para ello entendemos que la vía idónea es el diagnóstico. Un diagnóstico multidimensional que nos permita estudiar de forma funcional y eficaz, el origen del problema y la situación actual del mismo.

Abogamos por un diagnóstico multidimensional porque entendemos que la conducta humana como ya hemos fundamentado teóricamente y posteriormente en los resultados de

la investigación, puede verse influida por una multicausalidad de situaciones o estados tanto externos a nuestro organismo como internos del mismo.

En definitiva, entendemos que inicialmente la solución al problema planteado es realizar como primera medida de intervención un diagnóstico tetradimensional (neurobiológico, psicológico, social y pedagógico) a todos aquellos alumnos que presente este tipo de problemática.

En este sentido, hemos querido aportar nuestra batería diagnóstica pensada y diseñada para su aplicación en el ámbito escolar por profesionales del campo de la psicopedagogía, y cuyas pruebas también han sido seleccionadas pensando en el hecho de que se adapten al perfil del alumno con problemas de comportamiento (amenas, rápidas, de fácil comprensión, etc.) y que además la consistencia científica y diagnóstica de la prueba estuviera garantizada.

Pues bien, siguiendo en el planteamiento iniciado sobre la solución del problema, una vez que tenemos el proceso diagnóstico terminada y hemos detectados cuales pueden ser los factores de riesgo que han podido o pueden llevar a nuestro sujeto estudiado a presentar conductas problemáticas en el contexto escolar procederemos a dar solución terapéutica a los citados factores de riesgo. Para ello, y gracias a los resultados diagnósticos, podremos plantearnos las líneas de actuación con claridad y fundamento científico. Básicamente nuestras actuaciones serán o intraprofesionales o interprofesionales.

Entendemos como intervención intraprofesional todas aquellas que se puedan realizar, inclusive las propias del profesional que ha realizado el diagnóstico, en el contexto escolar (tutorías, adaptaciones curriculares, metodología alternativas, etc.) con participación y coordinación de los profesionales del centro educativo. Referente a las actuaciones interprofesionales entendemos que serán aquellas en la que solicitaremos mediante derivación la participación de uno o varios profesionales externos al centro que por su especialidad pueden aportar soluciones terapéuticas que no podemos aportar desde la escuela. (Psicólogo, neurólogo, psiquiatra, etc.)

A efectos de conclusión una primera intervención centrada en el diagnóstico y un segundo nivel de actuación centrada en función de los resultados obtenidos pensamos que es la solución idónea al problema presentado.

1.2. Nuevas líneas de investigación :

Antes de hacer mención a las nuevas líneas de investigación que pueden surgir a partir del presente, quisiera resaltar la necesidad imperativa de seguir investigando en éste ámbito. Nos encontramos ante un problema relativamente nuevo en nuestro contexto escolar por lo que hace referencia a su frecuencia e intensidad cada vez más incrementado por lo que hace a los problemas de comportamiento en el ámbito escolar y con especial incidencia en

la Educación Secundaria Obligatoria. Colateralmente este tipo de conductas tiene una incidencia directa sobre los aprendizajes y sobre clima social en general.

Pensamos que las nuevas líneas de investigación pueden orientarse en dos direcciones diferentes pero a la vez complementarias :

- Profundizar en el ámbito diagnóstico
- Diseñar diferentes modelos de intervención de carácter :
 - Preventivo
 - Terapéutico

Con referencia al ámbito diagnóstico, pensamos que la presente aportación puede ser un punto de partida para seguir profundizando en su constructo, así como en su estudio estadístico.

Los resultados obtenidos referente al inicio de los problemas de comportamiento en el contexto escolar nos señalan la necesidad de diseñar nuevos instrumentos destinados a la educación infantil con el objetivo de poder llevar a cabo un correcto proceso de prevención que nos permita evitar el deterioro conductual que muchos alumnos desarrollan a lo largo de su escolarización hasta su llegada a la ESO.

Nuevas vías de estudio sobre la sintomatología patocnomónica de la problemática conductual en el aula pueden aportar criterios más amplios y precisos en el diagnóstico nosológico.

Estudios de comorbilidad, epidemiológicos y sobre el propio curso de este tipo de problemática conductual abren otro abanico de investigación sobre la temática que nos ocupa.

Los datos resultantes sobre los factores de riesgo que intervienen en la problemática estudiada, también se convierten en el inicio de un nuevo campo de investigación en el ámbito de la prevención y de la propia intervención de carácter terapéutico.

Un conocimiento más preciso de estos factores de riesgo y el estudio de las medidas preventivas o en su defecto del tipo de intervención terapéutica que cada uno de ellos requieren sería una aportación científica muy valiosa para dar nuevas soluciones a la cuestión del problema.

VI. RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOGRAFÍA

Para la presentación y clasificación de la bibliografía del presente trabajo de investigación hemos seguido las normas ISO 690, recomendada actualmente por esta Universidad y por el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya, para trabajos científicos de contenido psicológico entre otros.

1.- Bibliografía citada:

ACHEMBACH, T. (1998). *Developmental Psychopathology*. 3ª ed. Ronald, New York.

ADAMS, G. (1995). *Medición y evaluación en educación, psicología y "guidance"*. 2ª ed. Herder, Barcelona.

AINSWORTH, M., et al. (1998). *Patterns of attachment*. NJ Erlbaum, Hillsdale.

ALONSO, J.A. (1996). *Superdotados*. Narcea, Madrid.

ÁLVAREZ, V. (1984). *Diagnóstico pedagógico*. Alfar, Granada.

ÁLVARO, M. (1996). *Elementos de psicometría*. Udema. Salamanca.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). *DSM-IV-AP*. Masson, Barcelona.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV*. Masson, Barcelona.

ARNAL, J. et al. (1992). *Investigación educativa*. Labor. Barcelona.

BAKWIN, H. y BAKWIN, R.M. (1994). *Desarrollo Psicológico del niño*. 2ª ed. Nueva Editorial Interamericana, México.

BAMBAREN, C. (1958). "La prueba de la 'Gestalt' de Bender en esquizofrénicos", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm.46, páginas 481-507.

BASSEDAS, E. et al. (1998). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Paidós, Barcelona.

BATTESTINI, R. (2000). "Efectos nocivos causados por los cambios atmosféricos", en FARRERAS-ROZMAN (eds): *Medicina Interna*, vol. II, 14ª ed., páginas 2629-2636. Mosby/Doyma, Barcelona.

BEAUCHESNE, H. y BERNARD, G. (1999). *Traité de Psychopathologie infantile*. Presses Universitaires de France, París.

- BENDER, L. (1997). *Test gestáltico visomotor. Usos y aplicaciones clínicas (B.G.)*. Paidós, Buenos Aires.
- BENJUMEA, P. y MOJARRO, M.D. (1999). "El Síndrome Hiperkinético", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- BENJUMEA, P. y MOJARRO, M.D. (2000). "Trastornos de conducta", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología infantil básica*. Pirámide. Madrid.
- BIRD, H., GOULD, M. y STAGREZZA, B. (1998): "Patterns of Diagnostic Comorbidity in a community Sample of children Aged 9 through 16 years", en *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 32 (2), 361-368.
- BISQUERRA, R. (1998). *Modelos de orientación e intervención Psicopedagógica*. Praxis, Barcelona.
- BOHMAN, M. (1999). "Some genetic aspects of alcoholism and criminality. A population study of adoptees", en *Archives of General Psychiatry*, 35, 269-276.
- BOUTONIER, J. (1999). *Les dessins des enfants*. Editions du Scarabée, París.
- BOWER, E.M. (1998). "Mental Health", en EBEL, R.: *Enciclopedia of Educational Research*, 6ª ed. McMillan, New York.
- BROVERMAN, D.M., et.al (1999). *Learning disabilities: Multidisciplinary approaches to identification, diagnosis and remedial education*. MacMillan, New York.
- BUENDÍA, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Pirámide, Madrid.
- CABALLET, J. et al. (1994). *El niño y la escuela*. Laertes, Barcelona.
- CALLAWAY, E. y STONE, G. (1998). *Drugs and Behavior*. Willey, New York.
- CARDON. L. (1995). "Genetics of dyslexia", en *Science*, núm.38, 299-376.
- CARDOZE, D. y RODRÍGUEZ, J. (1985). *Temas de Psiquiatría y Psicología del niño*. T. S. T. Panamá.
- CASTILLO, S. (1994). "Diagnóstico-Evaluación: Cooperación y Complementariedad", en *Revista de Investigación Educativa*, núm. 23, 640-642.
- CASTRO, J. (1996). "Estilo educativo y psicopatología", en BASSAS, N. y TOMÀS, J.(eds): *Carencias afectivas, hiperkinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*, páginas 118-126. Laertes, Barcelona.

- CATTELL, R.B., EBER, H.W. y TATSUOKA, M.M. (1997). *Handbook for the 16 PF*. Institute for Personality and Ability Testing, Illinois.
- CERVERA, P. et al. (1999). *Alimentación y dietoterapia*. 3ª ed. Interamericana, Madrid.
- CHARLOT, et al. (1992). *École et savoir dans les banlieues ... et ailleurs*. A. Colin. Paris.
- CHOPPIN, B.H. (1999). "Evaluation, assessment, and measurement", en WALBERG, H.J. y HAERTEL, G.D. (eds.): *The International Encyclopedia of Educational Evaluation*. Pergamon Press, Oxford.
- CHRISTENSEN, A-L. (1987). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*. Visor, Madrid.
- COMELLAS, M.J. (1990). *Cómo interpretar los tests psicológicos*. Oikos-Tau, Barcelona.
- CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA (1997). "Les conductes desafiadors: ¿un problema o un repte?", *Suports*, vol. 1, núm. 2, 34-42
- CORMAN, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Kapelusz, Buenos Aires.
- COROMINAS, J. (1991). *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Gredos, Madrid.
- COURT, J.H. y RAVEN, J. (1999): *Raven Manual: Section 7, Normative, Reliability and Validity Studies. References*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- COURT, J.H. et al. (1997). *Raven Manual: Research Supplement 4, Normative, Reliability and Validity Studies. References, 1997 Update*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- DE AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1996). *Psychopathologie de l'enfant*. 3ª ed. Masson, París.
- DE JUAN ESPINOSA, M. (1995). "La evaluación del ambiente familiar", en SILVA, F.(eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.
- DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT (1999). *Modificacions i adaptacions del curriculum*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- DÍAZ, J. (1991). *Trastornos psicossomáticos en la infancia*. CEPE, Madrid.
- DOMÉNECH, E. y EZPELETA, L. (1998-1). "Las clasificaciones en psicopatología infantil", en RODRÍGUEZ, J.(eds.): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.

DOMÉNECH, E. y EZPELETA, L. (1998-2). "Los trastornos infantiles en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.

DOMÉNECH, E. y GOMEZ, M. (1995). "Evaluación psicológica en la temprana edad", en SILVA, F. (eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.

DOMENECH, J.M. et al (1996). *Teoria de la probabilitat.Proves diagnòstiques*. Cardellach . Barcelona.

DOMENECH, J.M. et al (1996). *Descripció de caràcters quantitativus*. Cardellach . Barcelona

DORSCH, F., et al. (dir.) (1998). *Diccionario de psicología*, 6ª edición castellana. Herder, Barcelona.

FERNÁNDEZ, R. (1980). "Del estilo cognitivo 'dependencia-independencia de campo' a una teoría de la diferenciación", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 35, 467-490.

FERNÁNDEZ, R. (1982). *Evaluación de contextos*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia.

FERNÁNDEZ, R. y MACIÁ, A. (1981). "Estudio diferencial con el test de Figuras Enmascaradas", en *Anuario de Psicología*, núm. 2, 195-202.

FERNÁNDEZ, R. y MANNING, L. (1981). "Dependencia-independencia de campo y diferenciación hemisférica. I Asimetrías derecha en una tarea de localización espacial", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 36, 385-393.

FEUERSTEIN, R. et al. (1998). *Evaluación dinámica del potencial de aprendizaje*. 2ª ed. Bruño. Madrid.

FUNES, J. (1998-1). "Cuando toda la adolescencia ha de caber en la escuela", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 238, 32-34.

FUNES, J. (1998-2). "Escolarització obligatòria i adolescència", *Educar*, núm. 22-23, 99-118.

GARCÍA, J. y GONZÁLEZ, D. (1998). *Evaluación e informe Psicopedagógico*. 3ª ed. E.O.S., Madrid.

GARCÍA, T. et al. (1999). *Autoconcepto AF-5*. TEA, Madrid.

GARRIDO, V (1989). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. CEAC, Barcelona

GENERALITAT DE CATALUNYA (1997). "Decret 266/ 1997, de 17 d'octubre, sobre drets i deures dels alumnes dels centres de nivell no universitari de Catalunya", en *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 2 5003- 24.10.1997.

GERVILLA, E. (1993). *Postmodernidad y Educación*. Dykinson, Madrid.

GIL, P. (1991). "Diagnóstico Pedagógico", en Santillana (ed.): *Léxicos de Ciencias de la Educación. Tecnología de la educación*. Santillana, Madrid.

GIL, R. (1999). *Neuropsicología*. Masson, Barcelona.

GIMENO, J. (1998). "La transición de la Primaria a la Secundaria. Un rito de paso con poder selectivo", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 238, 14-20.

GIMENO, J. (2000). *La educación obligatoria: su sentido educativo y social*. Morata, Madrid.

GOLDEN, C.J. (1998). *Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

GOLDEN, C.J. (1978). *Stroop Color and Word Test. A Manual for clinical and experimental uses*. Stoelting Co., Wood Dale, Illinois.

GONZÁLEZ, J.A. et al. (1996). *Psicología de la instrucción*. PPU, Barcelona.

GOODENOUGH, F. (1964). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Paidós, Buenos Aires.

GOOGMAN, A. (1996). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9ª ed. Panamericana, México.

GRANELL, E. (1993). *Rechazo escolar*. Trillas, México.

HALPERN, F. (1963). "El test giestáltico visomotor Bender", en ANDERSON, H. y ANDERSON, G.: *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Rialp, Madrid.

HARGREAVES, A. (1994). *Changing teachers, changing times*. Cassel, Londres.

HARGREAVES, A, y TICKLE, L. (eds.) (1998). *Middle Schools. Origins, ideology and practice*. Harper and Row, Londres.

HART, A.D. (1994). *Hijos con estrés*. Cúpula, Barcelona.

HERNÁNDEZ, P. (1983). *Rendimiento, adaptación e intervención psicoeducativa*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, Tenerife.

HERNÁNDEZ, P. (1990). *Evaluación multifactorial de adaptación infantil*. TEA, Madrid

- HERNÁNDEZ, P. y JIMÉNEZ, J.E. (1983). *Intervención psicoeducativa y adaptación. Una alternativa de salud mental desde la escuela*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, Tenerife.
- HUGHES, R. (1994). *La cultura de la queja*. Anagrama, Barcelona.
- JIMÉNEZ, L. et al. (1994). *Trastornos de la conducta infantojuvenil. Aportaciones recientes al tema*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.
- JIMÉNEZ, F. (1985). *Psicología y Medio Ambiente*. CEOTMA, Madrid.
- JORDAN, J.A. (1994). *La escuela multicultural*. Paidós, Barcelona.
- KANNER, L. (1999). *Psicología infantil*. Paidós-Psique, Buenos Aires.
- KARSON, S. y O'DELL, J.W. (1983). *16PF. Guía para su uso clínico*, 2ª edición. TEA Ediciones, Madrid.
- KAZDIN, A.E. y BUELA- CASAL, G. (1998). *Conducta antisocial*. Pirámide, Madrid.
- KOGAN, N. (1999). "Educational implications of cognitive styles", en LESSER, G.S. (ed.): *Psychology and educational practice*. III: Scott- Foresman, Glenview.
- KRUG, S.E. y LAUGLIN, J.E. (1997). "Second-order factors among normal and pathological primary personality traits", en *Journal os Consulting Psychology*, núm. 45 (4), 575-582.
- LAFON, R. (1998). *Diccionario de psicopedagogía y psiquiatría del niño*. OIKOS-TAU. Barcelona.
- LANG, J.L. (1999). *Introduction a la Psychopathologie infantile. Methodologie, études theoriques et cliniques*. Dunod, París.
- LAPOUSE, R. y MONK, M. (1998). "Fears and worries in a representative sample of children", en *American Journal of Public Health*, núm. 48, 1134-1144.
- LARROY, C. y PUENTE, M.L. (1997). *El niño desobediente*. Pirámide, Madrid.
- LATORRE, A. et al. (1997). *Bases Metodológicas de la investigación educativa*. Hurtado. Barcelona
- LEHMAN, H.E. y KNIGHT, D.A. (1999). *Systems Extrapiramidal et Neuroleptics*. Editions Psychiatriques, Montreal.
- LEÓN, O. y MONTERO, I. (1999). *Diseño de investigaciones*. Mc. Graw-Hill. Madrid.

- LEWINSOHN, P. et al. (2000). "The OADP-CDS: A brief screener for adolescent conduct disrd" en *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*. num. 39 (7), 888-895
- LEWIS, M. (1999). *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. William & Wilkhs, USA.
- LLUIS FONT, J.M. (1998). *Test de la familia*. Oikos-Tau, Barcelona.
- LOZANO, J.M. (1997). *¿De qué hablamos cuando hablamos de los jóvenes?* C i J, Barcelona.
- MAC, F., et al. (1999). *A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years*. University of California Press, Beckeley.
- MACHOVER, K. (1999). *Personality projection in the drawing of human figure*. Ch. Thomas, Springfield, Illinois.
- MALET, A. et al. (1995). *Manual de alergia alimenticia*. Masson, Barcelona.
- MARÍN, M.A. y BUISAN, C. (1984). *Bases teóricas y prácticas para el diagnóstico pedagógico*. PPU, Barcelona.
- MARÍN, M.A. y BUISAN, C. (1994). *Tendencias actuales en el Diagnóstico Pedagógico*. Laertes, Barcelona.
- MARTÍ, J.L. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Herder, Barcelona.
- MARTIN, H. (1992). *Los problemas de los niños. Una guía práctica y preventiva para tratarlos*. Planeta, Barcelona.
- MARTIN, H. et al. (1989). *Needs and prospects of Child and Adolescent Psychiatry*. Hans Huber Publishers, New York.
- MARTÍNEZ, R. A. (1994). "¿Diagnóstico pedagógico o evaluación educativa? Hacia una clarificación conceptual y terminológica", en *Revista de Investigación Educativa*, núm. 23, páginas 623-630.
- MEILI-DWORETSKI (1981). *El dibujo de la figura humana*. Oikos-Tau, Barcelona.
- MEIRIEU, P. (1992). *Aprender, sí. Pero ¿Cómo?* Octaedro. Barcelona
- MOJARRO, M.D. y BENJUMEA, P.(1998). "Los trastornos de conducta en la infancia", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla, Sevilla.

- MOLINA, S. (1995). *Bases psicológicas de la educación especial*. Marfil, Alcoy.
- MOLINA, S. et al. (1990): *Recursos para la elaboración de adaptaciones curriculares individuales*. Marfil, Murcia.
- MOOS, R.H. (1999). *The Social Climate Scales. An Overview*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- MOOS, R.H., MOOS, B.S. y TRICKETT, E.J.(1998). *Manual. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES)*. TEA. Madrid.
- MORENO, F.J. (1997). “La conducta perturbadora en el contexto escolar”. en APPS (eds) *L'educació especial : un mon obert y diversificat*. APPS. Barcelona.
- MORENO, F.J. (1999). “Les unitats d'adaptació del currículum” *Revista Temps d'educació de la Universitat de Barcelona*. Núm. 21, 189-198.
- MORENO, F.J. et al (1998). “Alumnes amb conductes pertorbadores a l'aula: propostes d'intervenció” *Revista Guix*, 243, 79-84
- MURDOCH, A. (1999). "Forty-two children and the transfer to secondary education", en YOUNGMAN, M. (eds): *Mid-schooling transfer: problems and proposals*. NFER-Nelson, Windsor.
- OLLENDICK, T.H. (1993). *Psicopatología infantil*. 2ª ed. Martínez Roca, Barcelona.
- ORDEN HOZ, A. (1997). "La evaluación de programas en el contexto educativo", ponencia presentada al Seminario sobre Evaluación de Programas Educativos. Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *CIE-10*. Meditor, Madrid.
- PÉREZ, M. et al. (1999). *Diagnóstico integral del estudio*. TEA, Madrid.
- PERRENOUD, P. (1999). *L'évaluation des élèves*, De Boeck & Larcier. Paris
- PICHOT, P. (1999). *Les tests mentaux en psychiatrie*. PUF, París.
- PIERCE, E. et al. (1999). “Diagnostic status and symptomatic behavior of hard to manage preschool children in middle childhood and early adolescent” en *Journal of clinical child psychology*, núm 28, 44-57
- POLGAR, S y THOMAS, S. A.(1993). *Introducción a la investigación en las ciencias de la salud*. Alhambra. Madrid.
- PORTELLANO, J.A. (1989). *Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención, una perspectiva neuropsicológica*. Colección de Educación Especial.

- QUAY, H.C. (1998). *The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder. A theoretical perspective development and Psychopathology*. Psychologists Press, Oxford.
- QUAY, H.C. y WERRY, J.S. (1999). *Psychopathological Disorders of Childhood*. John Wilky & Sons Inc., USA.
- RAVEN, J.C. (1981). *Raven Manual: Research Supplement I, Irish and British Standardization*. Oxford Psychologists Press, Oxford
- RAVEN, J.C., et.al. (1988). *Raven Manual: Section 4, Advanced Progressive Matrices, 1988 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- RAVEN, J.C. et.al. (1990). *Raven Manual: Section 2, Coloured Progressive Matrices, 1990 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- RAVEN, J.C. et al. (1990). *Raven Manual: Research Supplement 3, American and International Norms, Neuropsychological uses*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- RAVEN, J.C. et.al.(1992). *Raven Manual: Section 3, Standard Progressive Matrices, 1992 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- RAVEN, J., et al. (1993). *Raven Manual: Section I, General Overview, 1993 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.
- RAYO, J. (1997). *Necesidades educativas del superdotado*. EOS, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J. (1988). Prólogo al libro *Gravedad en la infancia*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J (1999): "Las causas generales de los problemas y los trastornos psíquicos" en RODRÍGUEZ, J.(eds) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- ROMEU, J. (1995). *Niños y niñas difíciles*. Colimbo, Barcelona.
- ROSENBERG, M. (1999). *Conceiving the Self*. Basic, New York.
- RUTTER, M., TAYLOR, E. y HERSOV, L. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry Modern Aproxaches*, 3ª ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- SÁNCHEZ, A. y LÓPEZ, A. (1994). "Procedimientos generales de evaluación", en JIMÉNEZ, L (eds): *Trastornos de la conducta infantojuvenil. Aportaciones recientes al tema*. Publicaciones de la Universidad Pontifica de Salamanca, Salamanca.

SANTUCCI, H. (1963). "Prueba gráfica de la organización perceptiva para niños de 4 a 6 años (copia de figuras geométricas), en ZAZZO, R.: *Manual para el examen psicológico del niño*, Kapeluusz, Buenos Aires.

SARRAMONA, J.(1997). *Fundamentos de educación*. CEAC, Barcelona.

SAVATER, F. (1997). *El valor de educar*. Ariel, Barcelona.

SECADAS, F. (1992). *Procesos evolutivos y escala observacional del desarrollo*. TEA, Madrid.

SEEN, M. y SOLMIT, A. (1998). *Problems in Child Development*. Lea & Febiger Publishing Co. Philadelphia.

SEISDEDOS, N. (1992). *16PF. Monografía Técnica*, 5ª ed. revisada. TEA Ediciones, Madrid.

STAHL, N. et al (1999). "Conduct disorder and comorbidity" en *Psychology in the schools*. Núm. 36, 41-50

SILLAMI, N. (1996). *Diccionario de psicología*. Larousse, Barcelona.

SILVA, F. (1995). " Cuestiones introductorias" en SILVA, F. (eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.

TEDESCO, J.C. (1999): *El nuevo pacto educativo*. Anaya. Madrid.

TERRASI, S. et al. (1999). "Comparing learning styles for students with conduct and emotional problems" en *Psychology in the schools*. Núm. 36, 159-166

TESTU, F. (1992). *Cronopsicología y ritmos escolares*. Masson, Barcelona.

THURSTONE, L.L. (1999). *A factorial Study of Perception*. University of Chicago Press, Chicago.

VALETT, R. (1995). *Niños hiperactivos*. Cincel, Madrid.

VALLÉS, A. (1997). "Avaluació de problemes de comportament a l'aula i intervenció educativa en el marc de l'escola ordinària. Un model per solucionar els conflictes interpersonals", *Suports*, vol. 1, núm. 2, 89-104.

VAN GENNET, A. (1999). *The rites of the passage*. Routledge and Kegan Paul, Londres.

VELASCO, A. (1988). *Compendio de psiconeurofarmacología*. Díaz de Santos, Madrid.

WITTROCK, M.C. (1998). "The cognitive movement in instruction", en *Educational Psychologist*, núm. 13, 15-30.

WOLF, R.M. (1999). *Evaluation in Educational Foundations of competency assessment and program review*. Praeger, New York.

PRESENTACIÓN ILUSTRATIVA DE UN CASO

PRESENTACIÓN

Con la intención de materializar de forma práctica nuestro trabajo, hemos querido presentar uno de los casos estudiados. El objetivo es simplemente ilustrar, no hemos pretendido hacer un estudio de casos según los cánones de la investigación cualitativa.

Inicialmente expondremos los antecedentes del caso, con la finalidad de situar al lector ; seguidamente aportaremos el registro diagnóstico donde constan todos los resultados obtenidos en las distintas pruebas.

Fruto de la aplicación de nuestra batería, se pudo elaborar el correspondiente informe psicopedagógico en el que hacemos constar las orientaciones destinadas al tratamiento del caso.

Finalmente, hemos hecho un comentario del estado actual del alumno, y su pronóstico.

Es de esperar, que el presente caso sea un reflejo de la parte funcional y por tanto práctica de nuestra investigación.

CASO CARLOS S.

CARLOS S. es un alumno de 13 años que cursa 2º de ESO en un Centro público de la ESO - Instituto de Educación Secundaria -

La solicitud de derivación al Departamento Psicopedagógico la ha realizado su tutor, aunque esta decisión no ha sido fruto de una opinión unilateral, sino apoyada por todo el equipo docente que interviene en la formación de este alumno.

El motivo de demanda responde por un lado los problemas de comportamiento y por otro a los de aprendizaje. Por este orden.

Se realizaron tres tipos de entrevistas a tres niveles diferentes (padres, tutor, alumno) con el objetivo de obtener diferente información desde diversos puntos de vista.

El núcleo familiar esta formado por el padre (36a) la madre (35a) y CARLOS S. No se observan dificultades estructurales ni económicas de tipo familiar, aunque si existen antecedentes psiquiátricos en la familia materna de tipo depresivo

Referente a los datos evolutivos preguntados a la madre su hijo está dentro de la normalidad: parto anodino, deambulación, primeras palabras, control de esfínteres, etc. Respecto al comportamiento de CARLOS S. la madre destaca que desde pequeño ha sido un niño con mucho carácter y bastante intransigente, aunque no utiliza la palabra conflictivo.

A los siete años de edad, la abuela materna desaparece sin saber la causa. Acontecimiento vital estresante que afectó emocionalmente a toda la familia.

CARLOS S. inicia su escolarización a los dos años en el parvulario. Realiza P-4 en la academia ----- y el resto de su Educación Infantil y Primaria en el CEIP ----- Al final del primer ciclo de la Educación Primaria (1º y 2º de primaria) es valorado como un alumno con problemas de adaptación a la escuela. Tanto en el ciclo medio como superior presentó dificultades de aprendizaje aunque no repite ningún curso.

Actualmente la relación de CARLOS S. con el padre es muy tensa y con poco dialogo, aunque con la madre la relación es más tolerante. Según la madre existen repetidos episodios de hostilgenia connubica debido a las conductas que realiza CARLOS S. Tanto el padre como la madre trabajan. Sus horarios laborales determinan que CARLOS S. tenga que ser autónomo con ciertas tareas de la casa, especialmente con las comidas.

CARLOS S. se muestra inquieto y receloso durante la entrevista, con respuestas monosílabas y actitud distante pero al mismo tiempo de alerta, control y autocontrol. Manifiesta que no entiende porqué “lo han mandado al psicólogo” refiriéndose a nuestro departamento y expresa su rechazo.

Presenta una onicofagia persistente. De manera esporádica presenta conductas autolesivas delante de situaciones estresantes como por ejemplo puñetazos o golpes de cabeza contra la pared o superficies duras.

Respecto a su etapa en el Instituto, que comenzó el curso pasado, tanto el tutor como el Equipo docente, han observado problemas de integración, de relación con los compañeros y profesores así como de aprendizaje.

Su tutor lo define como una persona provocadora y desafiante con necesidad constante de ser el centro de atención y sin habilidades para comunicarse de forma no agresiva. Estas características personales hacen que sus conductas dentro del aula (burlas, risas, ruidos, insultos) sean totalmente difíciles de reconducir por el profesor que en ese momento esté en el aula.

Todo esto ha desembocado en la instrucción de varios expedientes disciplinarios con expulsión. Según su tutor esta situación se ha convertido en una dinámica cotidiana insoportable a tres niveles profesores, compañeros y el progresivo deterioro de CARLOS S. tanto a nivel conductual como de aprendizaje.

Informe y orientaciones

INFORME PSICOPEDAGÒGIC

Nom: Carlos S.

Data de naixement: 1988

Edat: 13 años

Curs: 2º Educació Secundaria

Centre: IES

Motiu de derivació: Dificultats d'aprenentatge i problemes de comportament

Data informe: 2000

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

A partir de les dades recollides a la anamnesis s'ha procedit a la següent exploració selectiva:

Proves utilitzades:

- Bateria diagnòstica para alumnos con problemas de comportamiento en el contexto escolar.

RESULTATS DE LES PROVES:

*** Àmbit bioneuropsicològic**

Iniciem l'exploració amb l'estudi de les capacitats sensorials i maduració neurològica. En aquest sentit en les proves optomètriques no es detecten problemes d'agudesia visual. El test astigmàtic surt negatiu. Dicromatopsia negativa. No es detecten hipoacusies mitjançant el test de Weber.

Les proves del test Gestàltic visomotor de Bender donen en l'apartat de maduració neuromotora una puntuació dintre de la seva edat.

No hi ha signes de consum de tòxics, no està sotmès a cap tractament farmacològic ni es coneix cap patologia somàtica no esmentada que pugui distorsionar el seu procés d'aprenentatge.

En l'estudi de lateralitat, el test de dominància manual Auzias, ens dona un quocient de lateralitat >100, el que ens determina una lateralitat manual definida dretana.

Les proves monoculars de Sighting així com les binoculars de Miles ens dona una dominància ocular esquerrana.

Les proves de dominància pedal mostren ubicació dretana i les auditives ens donen una lateralitat dretana.

Per tant presenta un creuament de mà i ull que pot afectar la coordinació oculo-manual.

El nen és normotònic, asincinètic i presenta un correcte to postural. El gest grafomotor de l'espatlla, colze i canell està dissociat.

***Àmbit social:**

El nucli familiar està format pel pare (36a) la mare (35a) i el Carlos S.. No s'observen mancances estructurals ni econòmiques de caire familiar. Als set anys d'edat l'avia materna de Carlos S. va desaparèixer sense saber la causa.

Segons ens manifesta la mare, són repetits els episodis d'hostilitat deguts a les conductes d'en Carlos S.. Hi ha antecedents psiquiàtrics a la família materna de caire depressiu.

La relació de Carlos S. amb el pare és tensa amb poc diàleg, la relació amb la mare és de confiança i afectiva. Tant el pare com la mare treballen, els seus horaris laborals determinen que en Carlos S. tingui que ser autònom amb certes feines de la llar, especialment amb el menjar.

Les cognirreaccions de Carlos S. es defineixen per actituds disnomiques que en ocasions ha suposat la intervenció de la policia.

***Àmbit pedagògic**

Carlos S. inicia la seva escolarització als dos anys al parvulari. Realitza P-4 a l'Acadèmia ----- i tota la resta de l'ensenyament infantil i primari al CEIP ----- on des de el primer cicle és valorat com un alumne amb problemes d'adaptació a l'escola. Tant en el cicle mitjà com superior, va presentar dificultats d'aprenentatge malgrat que no repeteix cap curs. El passat curs escolar inicia l'ensenyament secundari a l'IES -----, on s'observen problemes d'integració, de relació amb els iguals i professorat així com d'aprenentatge.

Durant la seva escolarització a l'educació secundària se li han instruït varis expedients disciplinaris amb expulsió. Aquesta situació desadaptativa fa visible un progressiu deterior del nen tan a nivell conductual com d'aprenentatge.

Referent a l'estudi dels previs d'aprenentatge, surten correctes les proves de percepció, orientació espacial gràfica i d'estructura temporal.

En l'exploració fonoarticulatòria no es detecten dificultats a valorar. Les capacitats d'expressió oral en els diferents apartats de contingut com de sintaxi ens dona un resultat dintre de la seva edat. Pel que fa a la comprensió oral no es manifesta cap tipus de dificultat.

Les proves grafomètriques presenten com a direccionalitat natural horitzontal la E-D, en la vertical la S-I, la obliqua E i la circular (-). Te adquirides les inverses. Es detecta un

considerable retard escolar a partir del tall criterial del currículum corresponent al seu curs escolar. Pel que fa a l'àrea de llenguatge presenta una disgrafia i una disortografia de la norma arbitrària, la seva velocitat lectora es de 126 p/m pel que fa a la llengua castellana i de 97 p./m. per la llengua catalana, amb bon ritme lector i una comprensió lectora adequada. En l'àrea de matemàtiques Carlos S. presenta una discàlculia en el procés de raonament lògic - matemàtic.

Les proves de factor "g" ens donen una puntuació directa de 5 amb un quocient intel·lectual de desviació de 124 que equival a un nivell alt.

El test perceptiu FI amb una P.D. de 27 i un P.C. de 75 ens indica un nivell d'atenció sostinguda dintre de la mitja de la seva edat.

*** Àmbit psicològic**

Carlos S. Antonio és un nen que té un alt grau d'insatisfacció personal el que fa que no estigui content ni amb ell mateix ni amb la realitat que l'envolta. La manca de relacions interpersonals i/o respostes afectives satisfactòries amb companys, mestres i amics, per una banda i amb la seva família, per un altra, ajuden al desenvolupament d'una autoestima molt negativa. Els sentiments, conceptes i actituds que té ell cap als altres és fruit d'una projecció de rebuig que té cap a ell mateix. L'absència d'alegria i felicitat en la seva vida fa que els seus comportaments contra la norma siguin la manera de reivindicativa per alliberar l'ansietat que li produeix aquesta situació i per altra banda una demanda d'atenció i ajuda.

Les seves cognirreaccions juntament amb la seva bona capacitat cognitiva fan que analitzi tant els estímuls que rep des del món que l'envolta com els seus sentiments i pensaments. La cogniafecció es deriva d'un autoconcepte negatiu en la que ell, en moltes ocasions, infravalora la seva capacitat per aprendre i oferir als altres i inclòs a ell mateix conductes adaptatives alternatives.

Aquesta valoració desajustada de si mateix i de la realitat el condueix a carregar sobre sí mateix la tensió diària. Aquest estat el posa de manifest i de forma directe, a través de la intrapunició, autodespreci i autocàstig propi de la culpabilitat i de les obsessions.

La seva reacció davant de tot això es fugir de tot allò que li produeix els aconteixements vitals estressants i els estats d'angoixa permanent en el que està immers. Sentiments d'intranquil·litat, irritabilitat, tensió muscular, dificultat per concentrar-se, impaciència són algunes de les característiques més freqüents que es poden observar quan se li provoca una situació de raonament i/o autoreflexió. Tot això suposa un desgast tant a nivell físic com a nivell psíquic, que en un primer moment pot passar desapercebut per la tranquil·la aparença i autodomini que té de la majoria de les situacions, però que no deixa ser una resposta agressiva passiva. Els malsons freqüents i la inquietud nocturna reflexa aquest estat d'hipervigilant que necessita diàriament per contenir l'agressivitat i la necessitat d'alliberar l'angoixa que li creen les situacions quotidianes.

La seva inadaptació escolar està directament relacionada per la seva insatisfacció personal. Les seves capacitats, com anteriorment s'ha fet esment, no suposen una limitació per l'adequada dualitat ensenyament - aprenentatge. La hipolaboriositat i les conductes desadaptades dins de l'aula configuren la inadaptació escolar externa. Per altra banda la hipomotivació cap a l'aprenentatge i el rebuig, tant pel personal docent i discent de l'institut i cap a la pròpia institució dóna lloc a una inadaptació escolar interna.

Tant el seu estat d'ansietat continuat com la seva inadaptació (i a la vegada insatisfacció) escolar ajuden a desenvolupar conductes que puguin compensar el seu entorn infravalorat. El seu comportament tendeix a ser desajustat amb la realitat social quan existeix una imposició externa. L'agressivitat social es posa de manifest a través de les discussions, enfrontaments o baralles que té. Igualment, Carlos S. Antonio és un nen disnòmic al que li agrada desafiar la norma establerta.

Un altre aspecte molt important és la insatisfacció que existeix en el nucli familiar. L'ambient i les relacions sobretot paternofilials estan molt deteriorades. Els estils educatius dels pares són totalment diferents.

La seva vivència i percepció respecte a les atencions que rep de la mare són més "adequades" i sobretot més properes. Per altra banda les atencions que rep del pare les percebeix com a restrictives, hipernòmiques, aversives. Tot això genera dins del nucli familiar diferents opinions i estats d'una mateixa situació, el que provoca rebuig afectiu i marginació afectiva sobretot entre pare i fill.

Malgrat tot el que hem dit Carlos S. Antonio té la necessitat de trobar un camí alternatiu per poder expressar tots aquests sentiments sense necessitat de cridar l'atenció de forma negativa. Les seves capacitats li permeten un raonament adequat i inclòs un alt grau de reflexió sobre el mateix i el món que l'envolta.

ORIENTACIÓ DIAGNOSTICA

Després de la realització de les proves corresponents s'han detectat la problemàtica que exposem :

Social

Inadaptació familiar
Problemes paterno-filials
Incipients problemes amb la justícia

Psicològic

Dèficit de les Habilidadats Socials
Problemes de relació generalitzat
Problemes d'autocontrol
Impulsivitat

Pedagògic

Inadaptació escolar
Trastorn de l'expressió escrita
Manca d'hàbits d'estudi
Retard escolar moderat

ORIENTACIONS D' INTERVENCIÓ

Les orientacions d'intervenció que es proposen son de caire Intraprofessionals e interprofessionals per tal de garantir la seva eficàcia i efectivitat:

Intraprofessionals:

Seguiment del cas per part del Departament Psicopedagògic de l'IES realitzant i coordinant les diferents fases de la intervenció.

Tutoria individual per part del seu tutor per analitzar el seu rendiment escolar, i integració al grup classe.

Participació a Crèdits variables de reforç dels àmbits de llengua i matemàtiques.

Derivació del nen a la UAC

Interprofessionals:

Derivació del nen al servei de paidopsiquiatria del CSMIJ de zona.

Derivació dels pares al Servei de Teràpia Familiar Sistèmica del H. Sant Pau de Barcelona

Francesc Xavier Moreno i Oliver
Cap del Departament Psicopedagògic

Comentarios de seguimiento sobre el caso

COMENTARIOS DE SEGUIMIENTO SOBRE EL CASO:

El proceso exploratorio transcurrió con normalidad, mostrándose Carlos S. progresivamente más colaborador.

Se procedió a la incorporación de Carlos S. a la Unidad de Adaptación Curricular del Centro. Inicialmente a su llegada se mostró despectivo con el profesorado de la UAC y provocador con los compañeros de la misma. Tardó aproximadamente un par de semanas a adaptarse a la Unidad. Finalmente respondió con motivación al sistema de economía de fichas. Los registros de conducta de la UAC han reflejado una mejora cualitativa y cuantitativa respecto a su comportamiento.

La adaptación curricular ha mejorado su autoestima y actitud frente al trabajo escolar, su rechazo inicial a disminuido e incluso hace demandas concretas de trabajo al respecto. A los créditos variables de refuerzo va motivado ya que destaca en conocimientos respecto al resto de compañeros, factor competitivo que cada vez le motiva más con respecto a la adquisición de nuevos conocimientos y frente al trabajo instrumental propuesto.

Referente a las tutorías no ha mejorado la actitud con su tutora, acepta ir a las sesiones, aspecto que anteriormente rechazaba totalmente, pero no se ha logrado crear un clima de buena relación ni de trabajo.

En cuanto a la intervención externa, el padre de Carlos S. se negó inicialmente a ir a las sesiones de terapia familiar, posteriormente tras diversas entrevistas con ambos padres y una primera aproximación a la Unidad de Terapia Familiar Sintética del Hospital de San Pau de Barcelona, acepto iniciar estas sesiones las cuales valora actualmente de positivas. Según la madre ha cambiado el clima que había en casa y se ha creado mayor unión entre la pareja y una mejor aceptación de Carlos S. por parte de su padre.

Carlos S. no quiso ir al CSMIJ. Posteriormente fue incorporado a las sesiones de terapia familiar a la que acude con poca motivación pero cada vez con menos resistencias. Actualmente está siguiendo un tratamiento farmacológico recetado por el Hospital de Sant Pau. Los ansiolíticos han mejorado su estado de agitación, mostrándose menos provocador y agresivo.

Los padres, así como el profesorado, han destacado de muy positivo el cambio efectuado por Carlos S.. No obstante, aún presenta déficits comportamentales y de aprendizaje. El pronóstico de la intervención iniciada es favorable, ya que la mejora de sus conductas es progresiva y los avances son visibles en espacios cortos de tiempo.