

El TDAH en los Centros de Menores.

Guía de buenas prácticas



XUNTA
DE GALICIA

El TDAH en los Centros de Menores. Guía de buenas prácticas.

Autores:

Claudia Balado Alves, Carolina Cambeiro Díaz, Ana Diéguez Rodríguez, Ana Fátima Gómez Suárez, Silvia Pérez García, Octavio Susacasa Noval, Natalia Vilas Debén

1ª edición, 2022

Coeditan:

Fundación Ingada (A Coruña) y Consellería de Política Social y Juventud,
Dirección General de Familia, Infancia y Dinamización Demográfica (Santiago de Compostela)

Colección Convivir con el TDAH, nº. 4

Maquetación: alamces

<https://libraria.xunta.gal/gl/...>



Licencia Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC-BY-NC-SA.4.0)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> <https://creativecommons.org/>

El TDAH en los Centros de Menores. Guía de buenas prácticas

Autores:

Claudia Balado Alves.

Psicóloga general sanitaria

Carolina Cambeiro Díaz.

Psicóloga general sanitaria y educadora infantil

Ana Diéguez Rodríguez.

Psicóloga general sanitaria

Ana Fátima Gómez Suárez.

Psicóloga con habilitación sanitaria

Silvia Pérez García.

Psicóloga con habilitación sanitaria

Octavio Susacasa Noval.

Educador Social. Diplomado en Magisterio. Licenciado en Psicopedagogía

Natalia Vilas Debén.

Terapeuta ocupacional y educadora social.

Ilustraciones:

Encarnación Díaz Martínez.

Licenciada en Terapia Ocupacional.

Fabiola García Martínez

Conselleira de Política Social y Juventud

Presentaciones

En INGADA siempre prestamos una atención especial a la problemática de los menores con problemas y el mundo del derecho. Nos preocupa la integración de los mismos, el limar las diferencias que existen entre medidas judiciales que se pueden aplicar a quien cometen infracciones y su tratamiento psicológico y médico para que no sean contraproducentes en términos de salud y de justicia y buscar un permanente diálogo entre la atención médica y la situación judicial.

Es en aras a este diálogo por lo que surge esta guía en la que se exponen las características del TDAH para que se entienda el porqué de la dificultad de algunos menores en controlar sus emociones y sus acciones y como se puede hacer para tratar de forma multidisciplinaria este problema.

Por otra parte, se contemplan los aspectos judiciales, desde la reforma juvenil, y se explican los tipos y problemática del acogimiento residencial.

Cómo afrontar la situación desde el punto de vista de los centros y desde el punto de vista de las familias, es el objetivo principal de la guía, que trata de dar unas pautas de utilidad para que su estancia en el centro permita una evolución favorable y no sea contraproducente y explica la necesidad de un trabajo profesional en red que tiene que ir más allá de su estancia en el mismo, que consiga que éste no sea un estigma y que permita su integración plena en la familia y en la sociedad.

Esta guía que era muy necesaria, como lo es también el sello de estas guías de INGADA, es muy clara e instructiva y esperamos que sea de utilidad para todos, personal de centros, estamentos judiciales, terapeutas y familias pues todos tenemos en última instancia el mismo objetivo: que las personas distintas a las que el ambiente social o educativo perjudica, puedan desarrollar todas sus capacidades y ser felices.

Profesor Ángel Carracedo Álvarez

Presidente da Fundación INGADA



| | |
|--|-----------|
| Presentaciones..... | 5 |
| 1 Introducción..... | 11 |
| 1.1 Acogimiento residencial..... | 12 |
| 1.1.2 Tipos de centros de acogimiento residencial | 13 |
| 1.2 Reforma juvenil | |
| 1.2.1 Tipos de medidas aplicables en reforma juvenil. | |
| 1.3 Acogimiento residencial y reforma juvenil en España. Cifras generales y TDAH | |
| 1.3.1 Acogimiento residencial | |
| 1.3.2 Reforma juvenil | |
| 1.3.2 Perfil actual de jóvenes que se encuentran en acogimiento residencial o cumpliendo medidas de reforma juvenil y probabilidad de TDAH | |
| 2 Entendiendo el TDAH | |
| 2.1 ¿Qué entendemos por TDAH? | |
| 2.2 Etiología del TDAH ¿Cuáles son sus causas? | |
| 2.3 Epidemiología ¿A quién afecta? ¿Cuál es su prevalencia? | |
| 2.4 Características del TDAH: Manifestaciones clínicas | |
| 2.5 Diagnóstico del TDAH ¿Cómo se diagnostica? | |
| 2.6 Tratamiento del TDAH ¿Cómo se trata? | |

2.7 Comorbilidad: Cuando el TDAH no viene solo

2.7.1 TDAH y Trauma

2.7.2 TDAH y problemas conductuales

3 Estrategias para la gestión de dificultades frecuentes en el centro.

3.1 Estrategias comunicativas

3.1.1 Escucha activa

3.1.2 Estilo comunicativo asertivo

3.1.3 Contenido de la comunicación

3.2 Estrategias para la gestión de las emociones

3.3 Estrategias para la gestión de comportamientos disruptivos

3.4 Intervención en crisis

4 Trabajo en red.

4.1 Red profesional.

4.1.1 Análisis de la red social del menor.

4.1.2 Análisis de recursos y servicios del territorio.

4.1.3 Guía de recursos del sistema de Protección a la Infancia.

4.2 Familias.

4.2.1 Mapa integral del sistema de intervención.

4.2.2 Características generales y comunes del o de la profesional.

4.2.3 Variables básicas a tener en cuenta en la intervención y la relación con las familias.

4.2.3.1 Ayuda vs. control.

4.2.3.2 Toma de decisiones.

4.2.3.3 Alianza de trabajo dentro del sistema profesional.

4.2.3.4 Alianza de trabajo con las familias.

5 Futuro de los menores con TDAH después del centro.

5.1 Perspectiva económica

5.2 Perspectiva educativa

5.3 Perspectiva social



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de menores que se encuentran en una situación difícil, tanto a nivel personal como familiar, o que se encuentran con problemas con la ley, la idea que automáticamente surge es la de menores inadaptados, bien por sus condiciones familiares o por sus condiciones sociales.

Dentro de esta idea hay conceptos que están estrechamente ligados a los mismos, que formarán parte del vocabulario de los profesionales y de los no profesionales, tales como “normalidad”, “adaptación”, etc. Estos términos son utilizados por las personas, y a veces por las ciencias humanas, de una manera excluyente y en ocasiones derivarán en ser calificados o etiquetados como “delincuentes”, “infractores”, “inadaptados”, etc...; cuando sólo, en principio, son individuos que manifiestan un comportamiento divergente.

Pero este es un punto de partida erróneo, o cuanto menos no real, ya que cuando se toma contacto con la realidad de estos menores “inadaptados”, se percibe que su salida de la norma (entendiendo aquello que va a marcar el desarrollo de las personas dentro de la sociedad), no está en sus propias características como individuo, sino en la relación distorsionada o inexistente con la sociedad, quedando al margen de la misma, es decir, la relación de comunicación y de interrelación con la sociedad, el *feedback* que esta le debe de producir y transmitir al menor, está rota o, incluso, no existe.

Por ello, en numerosas ocasiones nos vamos a encontrar que la diferencia entre un comportamiento que sea considerado como normal o adaptado, y uno anormal o inadaptado, depende no del comportamiento en sí, sino de una serie de cuestiones que modificarán dicho comportamiento.

Para ello debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Ver en qué contexto social se desarrolla ese comportamiento, ya que va a marcar unas diferencias importantes en el devenir del menor.
- Las consecuencias por el incumplimiento o por estar fuera de los parámetros normales establecidos.
- El tener en cuenta a quién o a qué afecta el comportamiento, ya que ello implicará una respuesta ante las mismas, y como se planteaba en el apartado anterior, las consecuencias de las mismas.
- La persona que sea la encargada de evaluar o valorar el comportamiento, tanto por su situación social, como por su desarrollo personal.
- Las medidas que estén previstas para ese comportamiento, cómo se aplican y cuáles son sus resultados o consecuencias.
- El marco de referencia, tanto social, personal, familiar y de desarrollo que se cree el mismo sujeto.

En numerosas ocasiones nos vamos a encontrar que la diferencia entre un comportamiento que sea considerado como normal o adaptado, y uno anormal o inadaptado, depende no del comportamiento en sí, sino de una serie de cuestiones que modificarán dicho comportamiento.

Desde el área jurídica o legal, no se lleva a cabo un análisis de la conducta como el que se realiza desde el área social, sino que se examina sólo su posible peligrosidad para la sociedad y si se enmarca, o no, dentro de la legalidad. Es decir, se hablará de legal o ilegal, no se va a entrar en discusiones de porqué se ha llegado a esa situación.

Las normas jurídico-penales comparten desde luego las características de cualquier norma jurídica: generalidad, abstracción y permanencia. Sus elementos son: tipo y punibilidad. El tipo es la figura elaborada por el legislador, descriptiva de una clase de eventos antisociales, con un contenido necesario y suficiente para garantizar uno o más bienes jurídicos. La punibilidad es una combinación de privación o restricción de bienes del autor del delito, formulada por el legislador para la prevención general y determinada cualitativamente por la clase de bien tutelado y cuantitativamente por la magnitud del bien y del ataque a éste.

Por tanto, el objetivo de la ley es la defensa de una determinada sociedad, pero de la consideración de qué se debe entender como sociedad va a depender el enfoque de la ley y su incidencia sobre el individuo. En función de esto último expuesto, se debe hacer una reflexión de la idea que se tiene o se considera al término *sociedad*.

Partimos de una dualidad sobre el concepto sociedad, ya que se puede entender como una comunidad social o como un conjunto de estructuras jerárquicas.

Así que si por sociedad entendemos la comunidad social, entendida como las relaciones entre sus miembros, la ley, la norma jurídica, tendrá como objetivo la protección de los ciudadanos, tanto de los que se adaptan completamente a las normas, a las reglas, como los que manifiestan un comportamiento desviado de esas normas concretas; ya que su actuación deberá estar en función de la prevención del comportamiento antisocial y no de la represión de los individuos que manifiestan tal comportamiento. Es decir, su función será fundamentalmente la protección del individuo, con el fin de que pueda desarrollarse con plenitud física, psíquica y social. Buscando proteger en ese desarrollo a los más vulnerables y vigilando a los más invulnerables.

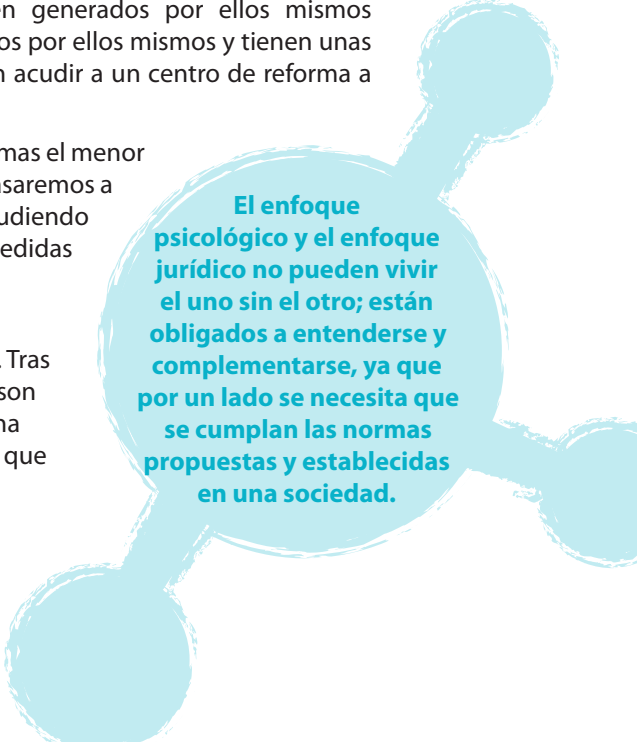
Pero si se considera, en esta dualidad de término, la sociedad como un conjunto de estructuras jerarquizadas, teniendo en cuenta que el individuo, en este caso el menor, forma parte y tiene una función en esa estructura, entonces la ley tendrá como objetivo prioritario la defensa de las instituciones sociales, donde se debe de establecer una protección de la misma, con el fin de mantener el equilibrio de poder, estableciendo unos intereses en función de la supremacía o grupo de poder frente a los otros.

Por ello, y a modo de cierre de esta introducción, vemos que el enfoque psicológico y el enfoque jurídico no pueden vivir el uno sin el otro; están obligados a entenderse y complementarse, ya que por un lado se necesita que se cumplan las normas propuestas y establecidas en una sociedad, pero por otro es necesario darle a los menores en situación desfavorecida todas las herramientas necesarias, a nivel educativo, social, de relación, psicológico, ... para poder desarrollarse y mantenerse dentro de la sociedad, con el fin de hacer a la misma más fuerte y teniendo en cuenta la existencia de diferencias entre los individuos y los grupos, por ende respetando dichas diferencias y haciéndolos mejorar como miembros de la misma.

Una vez hemos planteado los posibles enfoques que marca la sociedad para el asentamiento en la misma, se comprueba que existen menores con problemas, bien generados por ellos mismos bien generados por su entorno. De esos problemas cuando son generados por ellos mismos y tienen unas consecuencias legales, hablaremos de menores infractores, que deberán acudir a un centro de reforma a cumplir su medida.

Cuando el problema se encuentre en el entorno, bien porque cree problemas el menor con su entorno o, al revés, cuando el entorno cree problemas al menor, pasaremos a tener menores que serán seguidos por la Comisión de Tutela del menor, pudiendo formar parte del sistema de centro de protección o cualquiera de las medidas que se planteen, como se verá seguidamente.

En este primer capítulo recorreremos de manera breve la evolución del acogimiento residencial infantil en España así como de la reforma juvenil. Tras ello, reflejaremos la situación actual de estas medidas, definiendo cuáles son los tipos de centros que podemos encontrar en la actualidad, así como una fotografía ilustrativa de sus cifras y el perfil de niños, niñas y jóvenes a los que se dirige este tipo de intervenciones.



El enfoque psicológico y el enfoque jurídico no pueden vivir el uno sin el otro; están obligados a entenderse y complementarse, ya que por un lado se necesita que se cumplan las normas propuestas y establecidas en una sociedad.

En los capítulos siguientes nos centraremos en conocer el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y las peculiaridades de la convivencia con niños, niñas y adolescentes con el mismo. Ofreceremos pautas y estrategias para manejar dificultades frecuentes que pueden darse en el centro. Así mismo, haremos hincapié en la importancia de la coordinación con otros profesionales así como con la familia durante la intervención. Por último, reflexionaremos sobre la perspectiva y las opciones de futuro de estos menores.

1.1 Acogimiento residencial

Las medidas de protección infantil han ido evolucionado tanto en estructura como en las leyes que las regulan a lo largo de los años. En el plano legal, comienza a hablarse de protección infantil y sus diferentes medidas en la Constitución Española aprobada en el año 1978, donde se ratifican los derechos de la infancia reflejados en acuerdos internacionales. El siguiente hito tuvo lugar con la redacción de la Ley 21/1987. Este documento supuso un gran cambio en cuanto a la consideración de desprotección, incluyendo el concepto o categoría de desamparo, definiéndolo como aquella situación que *"se produce (...) a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material"*. Fue en 1996 cuando se enunció la Ley Orgánica 1/1996 mediante la cual se trataron de abordar lagunas que se generaron tras la implantación de los novedosos cambios que había propuesto la Ley 21/1987, así como la inclusión de los pilares básicos de la Convención de Derechos del Niño (1989) en la nueva ley. Finalmente, siguiendo las vías de especialización de las medidas de protección, el último avance legislativo es la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. En este texto se refuerza la necesidad de que debe primar la medida de acogimiento familiar sobre la residencial, sobre todo en casos de menores de 6 años. Asimismo, para menores de 3 años no se valorará como posibilidad el acogimiento residencial, a menos que esté justificado por motivos de causa mayor y, en esa situación, la duración no podrá ser superior a tres meses. Se hace hincapié en los derechos de la infancia, resaltando la importancia de que sean poseedores de la información relativa a su caso respecto a diferentes áreas (conocer su realidad familiar, hechos trascendentes del proceso, acceso a su expediente tras la mayoría de edad, etc.), así como ser parte activa, siendo oída y escuchada su opinión, en la toma de decisiones en función de su edad y madurez. Otro hito importante que estableció esta ley fue el poner de manifiesto la necesidad de crear programas de preparación para la vida independiente por parte de las entidades públicas, dirigidos a jóvenes a partir de los 16 años y hasta la mayoría de edad. Además, la ley establece que, una vez cumplidos los 18 años, estos jóvenes deben seguir disfrutando de un seguimiento por parte de estos programas, alojamiento, inserción sociolaboral, apoyo psicológico y ayudas económicas de diversa índole. Se regulan también cuestiones básicas relacionadas con los centros de protección específicos para jóvenes con problemas emocionales y/o conductuales, detallando motivos y vías de ingreso así como medidas de seguridad básicas a implantar en los mismos.

Todos estos avances en el plano legal, junto con la necesidad intrínseca de facilitar una atención y cuidados adecuados a niños y niñas, hicieron necesario profesionalizar las labores y responsabilidades de las figuras de intervención socioeducativa. Por ello, por un lado, se ha definido como obligatorio el poseer la formación específica en Educación Social (III Convenio colectivo estatal de reforma juvenil y protección de menores, 2018). Mientras que, por otro lado, la especialización de los recursos ha ido transitando desde un modelo inicial basado en la Beneficencia, hasta una red de recursos diversificados y especializados para abordar las nuevas necesidades emergentes. Vamos entonces a hacer un breve recorrido para conocer los tipos de recursos de protección y de reforma que existen en la actualidad en España.

1.1.1 Tipos de centros de acogimiento residencial

Los tipos de recursos especializados que podemos encontrar en la red de acogimiento residencial en España son:

- **Hogares de acogida de niños y niñas de cero a seis años.** Es poco frecuente encontrar hogares que presten atención a bebés y niños pequeños de forma específica, pero las necesidades que surgen cuando no es posible realizar acogimientos de tipo familiar hacen necesario el disponer de este tipo de recursos. Uno de los principales motivos es la escasa disponibilidad de familias voluntarias o acogedoras en España. En estos hogares se atienden las necesidades más básicas de la primera infancia en cuanto a atención y cuidado. Tras la reforma de la ley en el año 2015, este tipo de centro ya no tiene cabida dentro de la red de hogares de protección infantil, debiendo ser derivados estos casos a medidas de acogimiento familiar.
- **Hogares de primera acogida y emergencia.** Se trata de hogares de recepción de casos de urgencia cuando se requiere la separación de la familia y/o la ubicación en lugar protegido de convivencia. Generalmente la estancia de niños y niñas en estos centros es de unas semanas o muy pocos meses, después de los cuales se adopta la medida de intervención y protección que se valore como más adecuada y/o viable, ya sea una derivación a un recurso de la red que se ajuste a sus necesidades o a un acogimiento familiar. En algunas comunidades autónomas se está dando la tendencia de prescindir de este tipo de centros, evitando así un paso intermedio previo a la medida de acogimiento definitivo y una ruptura más dentro del proceso de protección.
- **Hogares de convivencia familiar o de tipo funcional.** Se trata de los diferentes tipos de hogares que prestan una atención basada en la convivencia de niños y niñas de diversas edades, tratando fundamentalmente de crear un entorno familiar y protector de convivencia durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial. Estos hogares, deberían acoger grupos de hermanos de edades variadas con finalidad de reunificación o acogimiento, es decir, como medida temporal intermedia.
- **Residencias de preparación para la transición a la vida adulta de adolescentes.** Se trata de hogares donde un grupo pequeño de adolescentes, de entre 16 y 21 años, se preparan para hacer la transición hacia su vida independiente. Los adolescentes viven en el hogar, habitualmente en un piso en la comunidad, asumiendo las responsabilidades de organización doméstica y de la convivencia con un mínimo apoyo educativo.
- **Centros terapéuticos para adolescentes con severos problemas emocionales y/o conductuales.** Han sido diseñados como respuesta al incremento de casos de adolescentes que además de estar en situación de desprotección presentan importantes problemas de convivencia, especialmente cuando representan un grave riesgo para sí mismos o para las personas que les rodean. Se trata habitualmente de hogares situados en entornos medioambientales más abiertos, viviendas unifamiliares, algunas con granjas, talleres u otro tipo de recursos para actividades diversas, donde convive un reducido número de adolescentes con una dotación de educadores y de apoyo psicoterapéutico muy superior al resto.
- **Hogares para niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA).** Son recursos para atender a menores que proceden de otros países, la mayoría del norte de África, y se encuentran en territorio español sin familia. Su sola presencia en nuestro país sin la compañía de un adulto responsable les hace recibir la condición de menores en desamparo, asumiendo así su tutela la entidad pública del territorio correspondiente. Su creciente llegada a España ha supuesto la necesidad de generar respuestas específicas, creando recursos específicos, en algunos casos con personal que conoce el idioma y los patrones culturales de estos jóvenes.

1.2 Reforma juvenil

Vamos ahora a hablar de qué es el régimen de reforma juvenil y el perfil de jóvenes al que se dirige este servicio, así como las diferentes medidas que lo componen.

¿Qué significa que un menor es infractor?

Se considera como tal a aquellas personas mayores de 14 y menores de 18 años que realizan hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales, o siendo esa la edad en que han realizado dichos delitos, pero se les juzga posteriormente. Por lo tanto, un centro de reforma es una institución pública o privada que acoge a jóvenes de entre 14 y 18 años, o mayores menores de 23, siempre que el delito se haya cometido siendo menor de edad, con delitos graves. Es el lugar especializado que tiene por objeto cumplir y ejecutar las resoluciones dictadas por el órgano jurisdiccional, relativas a la privación o restricción de la libertad de los adolescentes responsables de la comisión de un hecho señalado como delito.

Visto así, se puede pensar que es “una cárcel para menores” (de hecho cuando se habla coloquialmente de los centros de reforma, la mayoría de las personas hacen referencia a los “reformatorios”, como centros donde se incluía a personas conflictivas con la idea de reformarlo o cambiarlo). En él deben de pasar el tiempo impuesto por la medida para pagar con la justicia. Pero va mucho más allá, porque se desarrolla el trabajo en una intervención de carácter educativo y reparador. Es educativo porque se establece como una de las finalidades la resocialización y la reinserción del menor infractor y, por otro lado, es reparador, ya que el o la joven debe asumir responsablemente las consecuencias de sus actuaciones.

1.2.1 Tipos de medidas aplicables en reforma juvenil

A la hora de cumplir una medida en el centro nos encontramos con varias posibilidades en función de lo que dicte el juez. Por ello, las medidas que pueden imponer los jueces de menores, ordenadas según la restricción de derechos que suponen, son las siguientes:

- **Internamiento en régimen cerrado.** Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
- **Internamiento en régimen semiabierto.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida van a residir en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida. No obstante, este desarrollo de las actividades fuera del centro, estará supeditado a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos previstos en las mismas. Además, en caso de no cumplir lo establecido, el juez de menores puede suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro.
- **Internamiento en régimen abierto.** Los menores sometidos a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.
- **Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto.** La característica de estos centros es que se realizará un trabajo o atención más especializado, realizando una intervención multidisciplinar específica dirigida a jóvenes que padezcan graves trastornos psicológicos, emocionales y/o conductuales. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

- **Tratamiento ambulatorio.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida tendrán que asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan.
- **Asistencia a un centro de día.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.
- **Permanencia de fin de semana.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socioeducativas asignadas por el Juez que deban llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia.
- **Libertad vigilada.** En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socioeducativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el juez de menores. La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el juez, que podrán ser alguna o algunas de las siguientes:
 1. Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el menor está en edad de escolarización obligatoria, y acreditar ante el juez dicha asistencia regular o justificar en su caso las ausencias, cuantas veces fuere requerido para ello.
 2. Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación vial u otros similares.
 3. Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.
 4. Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.
 5. Obligación de residir en un lugar determinado.
 6. Obligación de comparecer personalmente ante el juzgado de menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.
 7. Cualesquiera otras obligaciones que el juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social del sentenciado, siempre que no atenten contra su dignidad como persona. Si alguna de estas obligaciones implicase la imposibilidad del menor de continuar conviviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto.
- La **prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima** o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez.

- **Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.** Los y las menores a los que se le ha impuesto esta medida deben convivir, durante el período de tiempo establecido por el juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para avanzar en su proceso de socialización.
- **Prestaciones en beneficio de la comunidad.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida, que no podrá llevarse a cabo sin su consentimiento, han de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad.
- **Realización de tareas socioeducativas.** Los menores a los que se le ha impuesto esta medida han de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarles el desarrollo de su competencia social.
- **Amonestación.** Esta medida consiste en la reprensión de la persona llevada a cabo por el juez de menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.
- **Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.** Esta medida podrá imponerse como accesoria cuando el delito o falta se hubiere cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma, respectivamente.
- **Inhabilitación absoluta.** La medida de inhabilitación absoluta produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, aunque sean electivos; así como la incapacidad para obtener los mismos o cualesquiera otros honores, cargos o empleos públicos, y la de ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la medida.

La medida que va a tener que cumplir el menor constará de dos períodos bien diferenciados y complementarios entre sí.

El primero se llevará a cabo en el centro correspondiente, teniendo en cuenta que se cumplirá en aquel centro que esté más cerca del domicilio del menor, para poder mantener una interacción en los periodos en que vaya a casa, así como cercanía para las familias en las visitas, conforme a la descripción efectuada en las medidas expuestas anteriormente.

El segundo se llevará a cabo en régimen de libertad vigilada, en la modalidad elegida por el juez. La duración total no excederá del tiempo que se expresa en los artículos correspondientes a la ley. El equipo técnico deberá informar respecto del contenido de ambos períodos y el juez expresará la duración de cada uno en la sentencia.

Una vez enmarcada la estructura organizativa y reflejada la red profesional de servicios mediante la que se articula en acogimiento residencial infantil y la reforma juvenil en España, vamos a hablar de datos estadísticos de dichos recursos.

1.3 Acogimiento residencial y reforma juvenil en España. Cifras generales y TDAH

En este apartado, de manera muy breve y resumida, vamos a conocer cuál es la situación actual de estas medidas a nivel de cifras (número de centros, población, perfil más común) así como la probabilidad de datos estadísticos de niños, niñas y jóvenes con TDAH que puedan encontrarse residiendo en centros de protección infantil o cumpliendo medidas de reforma.

1.3.1 Acogimiento residencial

El último boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Observatorio de la Infancia, 2021) informa de que en el año 2020 se encontraban residiendo en centros de protección 16.991 menores de 0 a 17 años (tabla 1).

Tabla 1. Menores de edad en acogimiento residencial por grupos de edad y sexo a 31 de diciembre de 2020.
Fuente: Observatorio de la Infancia (2021). Elaboración propia.

| Grupo de edad | Total | | Sexo | | | |
|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | Abs. | Tasa | Femenino | | Masculino | |
| | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa |
| 0-3 | 537 | 6,5 | 227 | 2,8 | 310 | 3,8 |
| 4-6 | 640 | 7,8 | 269 | 3,3 | 371 | 4,5 |
| 7-10 | 1.911 | 23,2 | 777 | 9,4 | 1.134 | 13,8 |
| 11-14 | 4.323 | 52,5 | 1.763 | 21,4 | 2.560 | 31,1 |
| 15-17 | 9.580 | 116,3 | 2.630 | 31,9 | 6.950 | 84,4 |
| Total | 16.991 | 206,2 | 5.666 | 68,8 | 11.325 | 137,5 |

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años.

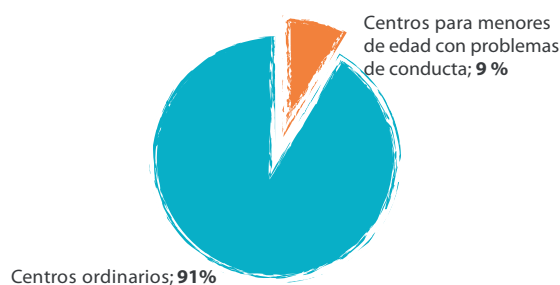
La red de hogares de acogimiento residencial cuenta con 1.219 centros de menores, 919 gestionados por entidades colaboradoras y 196 de titularidad pública en España. De este total, 1.115 son centros ordinarios mientras que los 104 restantes son centros para menores con problemas de conducta, los denominados especializados, para jóvenes con graves problemas emocionales y/o conductuales. Asimismo, se aprecia una leve reducción del número de plazas en centros de protección de menores de edad, tanto ordinarios como para menores de edad con problemas de conducta, pasando de 18.145 en 2019 a 16.755 en 2020, un 7,6% menos, tal y como refleja la tabla 2.

Tabla 2. Número de plazas de los centros de protección de menores de edad. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021). Elaboración propia.

| | Total | Titularidad pública | Colaboradores | Nº de plazas |
|--|--------------|---------------------|---------------|---------------|
| Centros ordinarios | 1.115 | 196 | 919 | 15.784 |
| Centros para menores de edad con problemas de conducta | 104 | 22 | 82 | 971 |
| Total | 1.219 | 218 | 1.001 | 16.755 |

Por otro lado, llama la atención el aumento de centros para menores de edad con problemas emocionales y/o conductuales, tanto en cifras totales (de 82 en 2019 a 104 en 2020, un incremento del 21,15%), como en términos proporcionales (del 7% del total al 9%, ver figura 1). Asimismo, cabe señalar un repunte en el porcentaje de centros para menores de edad gestionados por entidades colaboradoras frente a los de titularidad pública: pasan de gestionar el 80% a gestionar el 82%.

Figura 1. Número de centros de protección por tipo de centro en el año 2020. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021). Elaboración propia.



1.3.2 Reforma juvenil

En el año 2020 el número de medidas ejecutadas han disminuido significativamente con respecto al 2019 (en este último habían sido superiores al año 2018). En términos absolutos, respecto al año 2019, las medidas ejecutadas han disminuido en 3.673 expedientes, lo que supone una disminución del 11% (Observatorio Infancia, 2021b). La medida de libertad vigilada sigue siendo la más utilizada por los juzgados de menores (tabla 3), constituyendo el 50% de las medidas ejecutadas, mientras que la menos aplicada es la relacionada con las prestaciones en beneficio de la comunidad, constituyendo un 9% del total.

Tabla 3. Medidas de reforma ejecutadas en España en el año 2020. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021b). Elaboración propia.

| | Ejecutadas | |
|---|---------------|--------------|
| | Abs. | Tasa |
| Total de internamientos | 3.764 | 109,7 |
| Libertad vigilada | 14.976 | 436,5 |
| Prestaciones en beneficio de la comunidad | 2.577 | 75,1 |
| Realización de tareas socioeducativas | 3.881 | 113,1 |
| Resto de medidas | 4.629 | 134,9 |
| Total | 29.827 | 869,4 |

Tasa 1/100.000 personas de entre 14 y 21 años.

En cuanto al sexo, podemos ver cómo más del 80% de jóvenes que se encontraron cumpliendo medidas de reforma en el año 2020 fueron varones (tabla 4). En cuanto a las medidas más comunes, tantos chicos como chicas coinciden en el cumplimiento de libertad vigilada y la realización de tareas socioeducativas, seguido de prestaciones en beneficio de la comunidad en el caso de las chicas e internamiento en régimen semiabierto en el caso de los chicos.

Tabla 4. Desglose por tipo de medida y sexo de las medidas ejecutadas en régimen de reforma en el año 2020. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021b). Elaboración propia.

| | Total | | Sexo | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Femenino | | Masculino | |
| Grupo de edad | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa |
| Internamiento en régimen cerrado | 576 | 16,8 | 27 | 0,8 | 549 | 16 |
| Internamiento en régimen semiabierto | 2.974 | 86,7 | 330 | 9,6 | 2.644 | 77,1 |
| Internamiento en régimen abierto | 214 | 6,2 | 26 | 0,8 | 188 | 5,5 |
| Internamiento terapéutico cerrado | 80 | 2,3 | 7 | 0,2 | 73 | 2,1 |
| Internamiento terapéutico semiabierto | 829 | 24,2 | 146 | 4,3 | 683 | 19,9 |
| Internamiento terapéutico abierto | 52 | 1,5 | 7 | 0,2 | 45 | 1,3 |
| Tratamiento ambulatorio | 1.449 | 42,2 | 365 | 10,6 | 1.084 | 31,6 |
| Asistencia a centro de día | 211 | 6,2 | 29 | 0,8 | 182 | 5,3 |
| Permanencia de fin de semana | 297 | 8,7 | 36 | 1 | 261 | 7,6 |
| Libertad vigilada | 14.976 | 436,5 | 2.684 | 78,2 | 12.292 | 358,3 |
| Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima | 716 | 20,9 | 121 | 3,5 | 595 | 17,3 |
| Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo | 806 | 23,5 | 271 | 7,9 | 535 | 15,6 |
| Prestaciones en beneficio de la comunidad | 2.577 | 75,1 | 497 | 14,5 | 2.080 | 60,6 |
| Realización de tareas socioeducativas | 3.881 | 113,1 | 891 | 26 | 2.990 | 87,2 |
| Amonestación | 173 | 5 | 38 | 1,1 | 135 | 3,9 |
| Privación del permiso de conducir | 16 | 0,5 | 0 | 0 | 16 | 0,5 |
| Inhabilitación absoluta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 29.827 | 869,4 | 5.475 | 159,6 | 24.352 | 709,8 |

Tasa 1/100.000 personas de entre 14 y 21 años.

En cuanto a los grupos de edad no disponemos de información tan detallada como en cuanto al sexo, pero sí que podemos disponer de una panorámica general que nos ayuda a definir el perfil predominante de jóvenes que pasan por este tipo de medidas (tabla 5).

Tabla 5. Distribución por grupos de edad de jóvenes cumpliendo medidas de reforma juvenil. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021b). Elaboración propia

| Grupo de edad | Total | | Sexo | | | |
|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | Abs. | Tasa | Femenino | | Masculino | |
| | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa | Abs. | Tasa |
| 14 - 15 | 3.552 | 103,5 | 886 | 25,8 | 2.666 | 77,7 |
| 16 - 17 | 13.173 | 384 | 2.628 | 76,6 | 10.545 | 307,4 |
| 18+ | 13.102 | 381,9 | 1.961 | 57,2 | 11.141 | 324,7 |
| Total | 29.827 | 869,4 | 5.475 | 159,6 | 24.352 | 709,8 |

Tasa 1/100.000 personas de entre 14 y 21 años.

El número de centros de atención a menores de edad en conflicto con la ley en España en 2020 fue de 86 (tabla 6), 3 menos que en 2019, siendo el 44% de gestión pública. En cuanto al número de plazas, ha disminuido en 21 en relación con el año anterior.

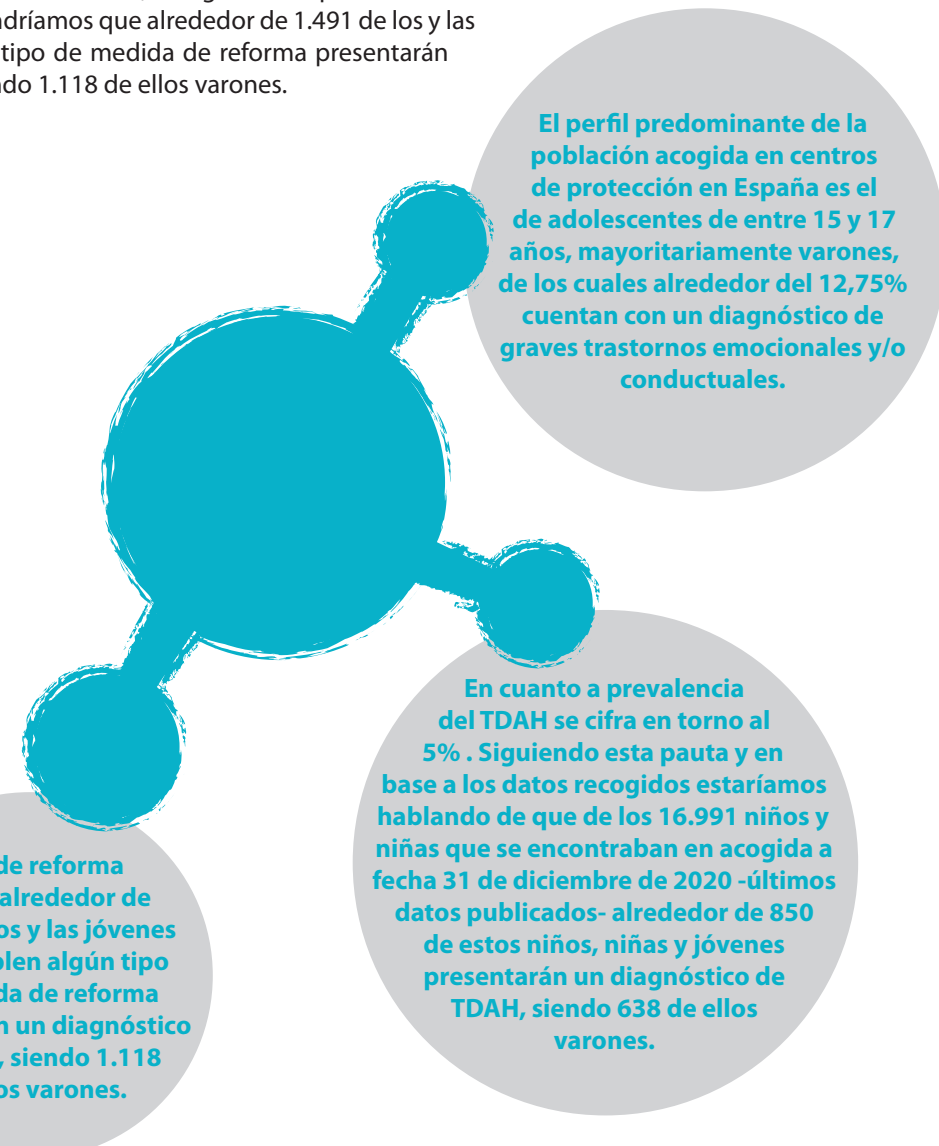
Tabla 6. Recursos disponibles - Número de centros de atención a menores de edad en conflicto con la ley. Fuente: Observatorio de la Infancia (2021b). Elaboración propia.

| | |
|-------------------------|-----------|
| Propios | 38 |
| Entidades colaboradoras | 48 |
| Total | 86 |
| Número total de plazas | 2.855 |

1.3.3 Perfil actual de jóvenes que se encuentran en acogimiento residencial o cumpliendo medidas de reforma juvenil y probabilidad de encontrarnos con menores con TDAH

A la vista de los datos recogidos en el apartado anterior, podemos concluir que el perfil predominante de la población acogida en centros de protección en España es el de adolescentes de entre 15 y 17 años, mayoritariamente varones, de los cuales alrededor del 12,75% cuentan con un diagnóstico de graves trastornos emocionales y/o conductuales, mientras que los datos en población general recogidos en la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) (2017) para el tramo de edad de 15 a 24 años apunta un porcentaje del 7,92%.

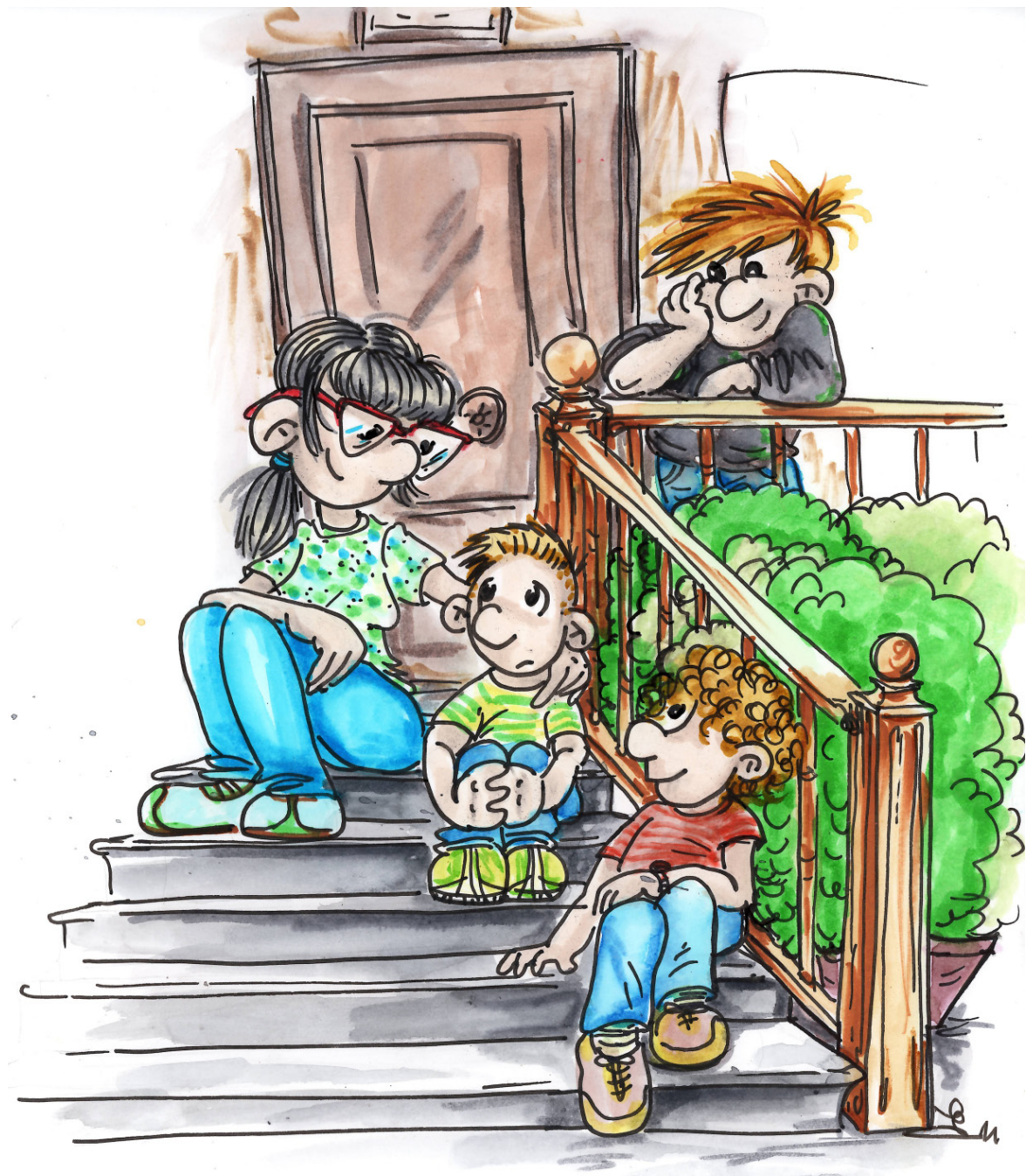
En cuanto a prevalencia del TDAH (tema que abordaremos en mayor profundidad en el capítulo 2) se cifra en torno al 5% de la población infantil y los varones tienen una proporción de 4:1 frente a las niñas (Del Valle et al., 2011). Siguiendo esta pauta y en base a los datos recogidos estaríamos hablando de que de los 16.991 niños y niñas que se encontraban en acogida a fecha 31 de diciembre de 2020 -últimos datos publicados- alrededor de 850 de estos niños, niñas y jóvenes presentarán un diagnóstico de TDAH, siendo 638 de ellos varones. Si hablamos del área de reforma juvenil, a la vista de los datos reflejados en el apartado anterior, vemos que el perfil predominante es de adolescentes de entre 16 y 17 años varones. En cuanto a cifras de TDAH, si seguimos el promedio del 5% que indica la literatura, supondríamos que alrededor de 1.491 de los y las jóvenes que cumplen algún tipo de medida de reforma presentarán un diagnóstico de TDAH, siendo 1.118 de ellos varones.



El perfil predominante de la población acogida en centros de protección en España es el de adolescentes de entre 15 y 17 años, mayoritariamente varones, de los cuales alrededor del 12,75% cuentan con un diagnóstico de graves trastornos emocionales y/o conductuales.

En cuanto a prevalencia del TDAH se cifra en torno al 5% . Siguiendo esta pauta y en base a los datos recogidos estaríamos hablando de que de los 16.991 niños y niñas que se encontraban en acogida a fecha 31 de diciembre de 2020 -últimos datos publicados- alrededor de 850 de estos niños, niñas y jóvenes presentarán un diagnóstico de TDAH, siendo 638 de ellos varones.

Área de reforma juvenil, alrededor de 1.491 de los y las jóvenes que cumplen algún tipo de medida de reforma presentarán un diagnóstico de TDAH, siendo 1.118 de ellos varones.



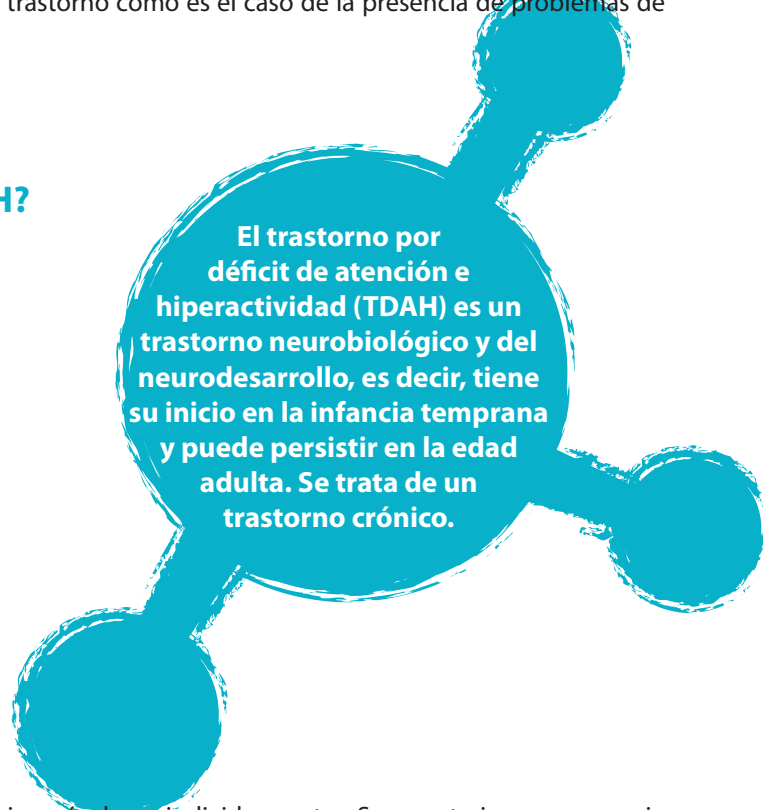
CAPÍTULO 2

ENTENDIENDO EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Como hemos señalado en el Capítulo 1, es muy probable que los y las profesionales que trabajáis en centros de menores (ya sea de protección o reforma) os encontréis durante vuestra labor con chicos y chicas con TDAH con cierta asiduidad. Por lo que resulta imprescindible que podáis disponer de referencias y pautas de actuación con este tipo de población durante la convivencia en el centro.

En el presente capítulo encontraréis información y recursos que os permitirán conocer mejor qué se entiende por TDAH, cómo se manifiesta en el día a día y comprender “su forma de funcionar”. Así mismo se abordarán otras variables que pueden influir o agravar el trastorno como es el caso de la presencia de problemas de conducta o una historia de trauma.

2.1 ¿Qué entendemos por TDAH?



El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico y del neurodesarrollo, es decir, tiene su inicio en la infancia temprana y puede persistir en la edad adulta. Se trata de un trastorno crónico.

Su presentación clínica es heterogénea, es decir, varía de un individuo a otro. Se caracteriza por una serie de síntomas nucleares definidos (tríada del TDAH): déficit atencional, hiperactividad e impulsividad, que pueden darse de forma aislada o combinada. Dichos síntomas no son categóricos (se tienen o no se tienen), sino que son manifestaciones (o rasgos) conductuales que pueden estar presentes en todos los individuos. Además, ocasiona dificultades en la autorregulación emocional y conductual, lo que provoca que las personas que lo presentan tengan problemas para adaptarse a las normas esperadas para su edad.

Figura 2. Triada sintomática del TDAH.. Fuente: Fundación Ingada. Elaboración propia.

TRIADA SINTOMÁTICA DEL TDAH

INATENCIÓN

- No presta atención a los detalles
- Es olvidadizo/a
- Pierde cosas con frecuencia
- Parece no escuchar cuando se le habla
- Le cuesta seguir instrucciones
- No termina sus tareas

HIPERACTIVIDAD

- Está en marcha “como si tuviese un motor”.
- Inquietud motora
- Le cuesta permanecer sentado/a
- Dificultades para realizar actividades tranquilamente

IMPULSIVIDAD

- Habla demasiado, no piensa antes de hablar.
- Le cuesta respetar el turno. Interrumpe.
- No piensa antes de actuar.

Así, la diferencia entre presentar o no el trastorno va a estar marcada por la intensidad de los síntomas y la repercusión de éstos en las diferentes áreas de desarrollo y de la vida.

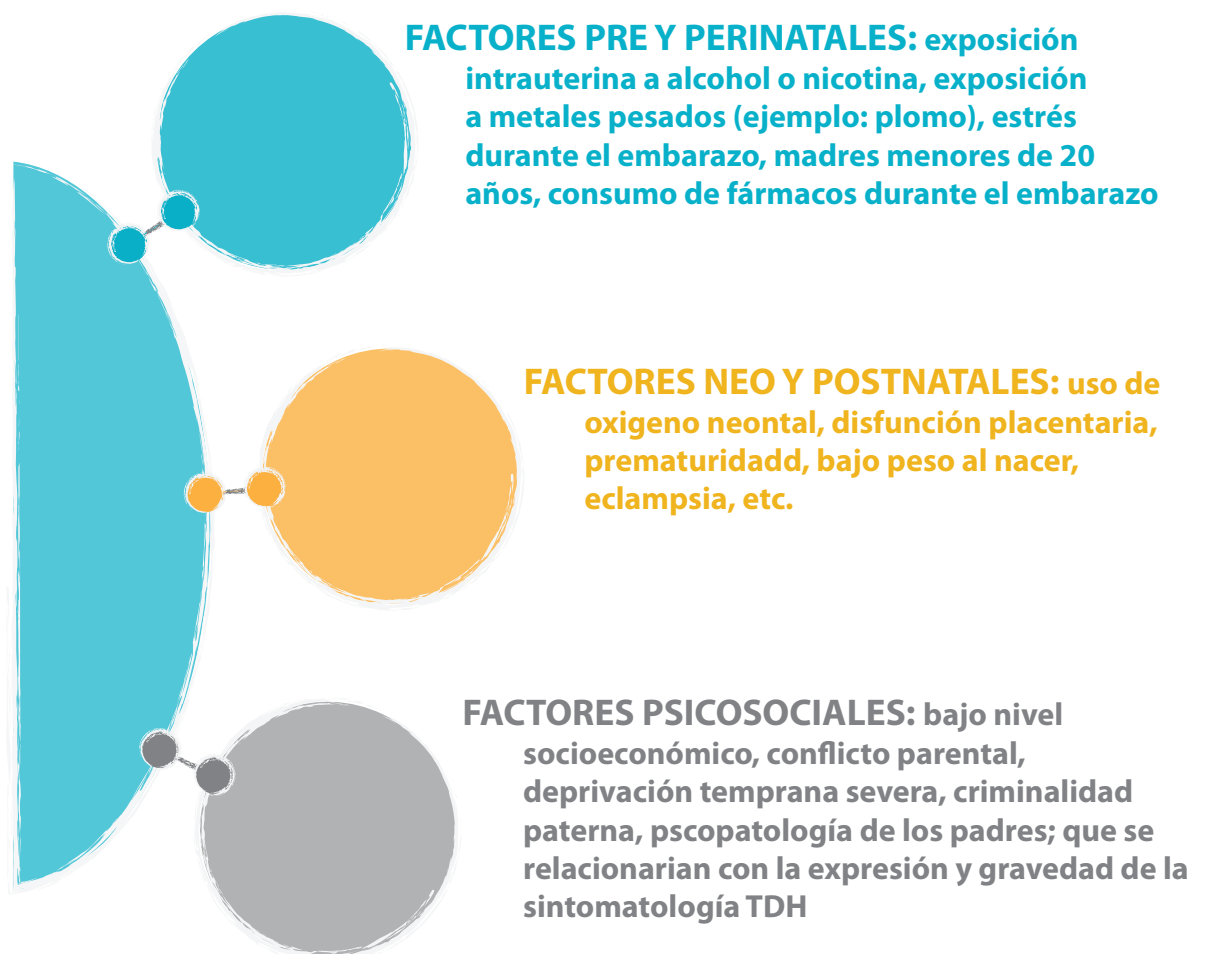
2.2 Etiología del TDAH: ¿cuáles son sus causas?

Actualmente se desconoce con exactitud qué causa el TDAH. Sin embargo, la investigación señala la evidencia de una base genética como principal factor etiológico. La implicación genética en el trastorno se estima entre el 70-80% (Posner et al., 2020). No obstante, ciertos factores ambientales pueden ejercer un papel modulador que justificaría las diferencias en la variabilidad sintomatológica (Harold et al., 2013; Ramos-Quiroga et al., 2007). Esto significa que la causa del trastorno estaría condicionada en un 20% por el ambiente y en un 80% por la carga genética del individuo.

El TDAH es un trastorno poligénico, es decir, existen diferentes genes implicados en la transmisión del riesgo de tener el trastorno. Esto es, que una persona presente alguno/s de los genes implicados (ejemplo: DRD4, DRD5, DAT1, DAT5...) no implica, necesariamente, que se desarrolle el trastorno, sólo predispone. Será la conjunción de los genes de riesgo junto a los factores ambientales los que incrementarán la probabilidad de manifestarlo. Los genes implicados en el TDAH codifican receptores y transportadores de Dopamina (Da) y Noradrenalina (Na). Además, en las personas con TDAH, existen alteraciones en la neurotransmisión cerebral como consecuencia de una alteración en estos genes, principalmente en la corteza prefrontal (relacionada con las funciones ejecutivas y el autocontrol) y los ganglios de la base (núcleo estriado y núcleo accumbens) implicados en la inhibición de respuestas automáticas, la recompensa e impulsividad.

Esta poligeneidad, junto a la heterogeneidad genética en personas con el mismo diagnóstico, implica que puedan darse muchas combinaciones diferentes. Esto explicaría la variabilidad en la sintomatología, así como la alta comorbilidad con otros trastornos.

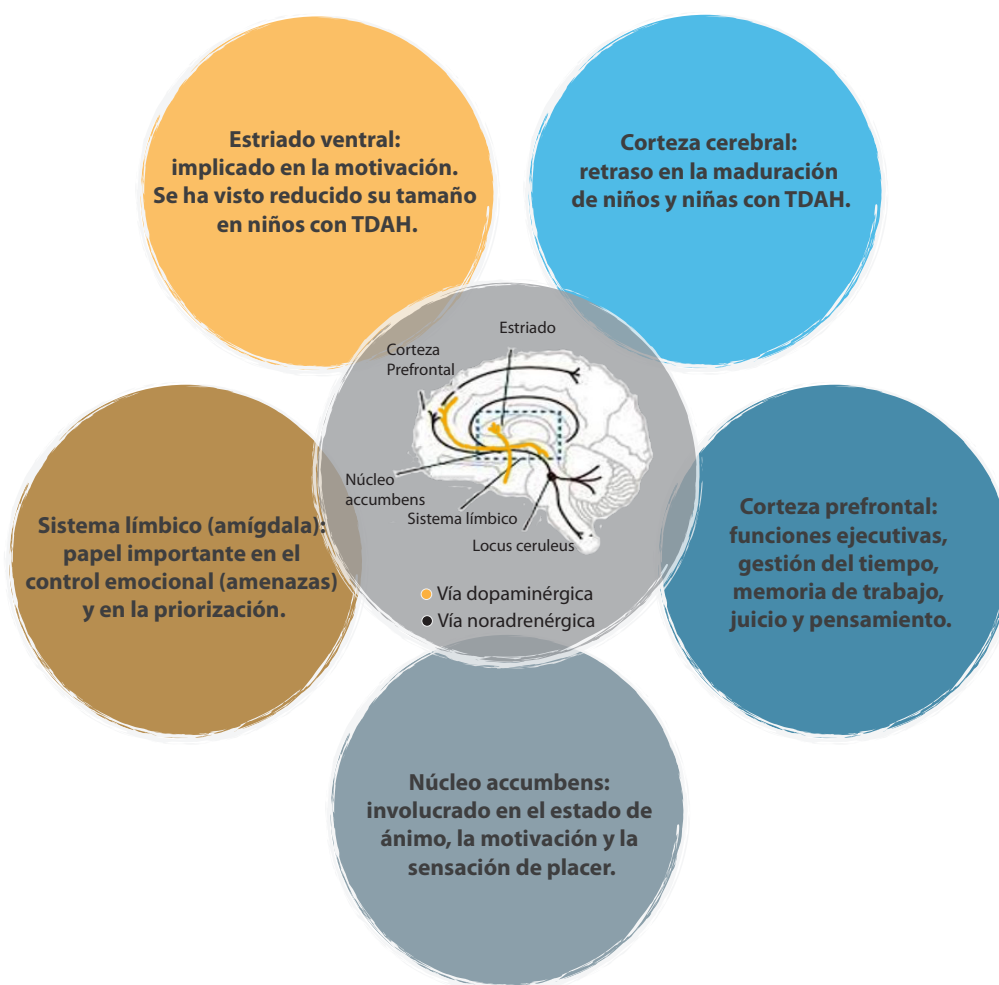
Por su parte, entre los factores ambientales (externos) relacionados con el TDAH, que podrían interferir en el proceso de maduración cerebral, se encuentran:



El riesgo de presentar TDAH incrementa en función del número de factores de riesgo implicados. También se relacionarían con una mayor probabilidad de presentar trastornos de aprendizaje y con un incremento del deterioro de la funcionalidad en su vida diaria, en especial en varones (Biederman et al., 2002).

Así mismo, numerosos estudios señalan una alteración a nivel químico y estructural en el funcionamiento del lóbulo prefrontal en las personas con TDAH. Esta alteración se traduciría en un déficit en el funcionamiento ejecutivo (capacidad para atender a un estímulo, planificar y organizar acciones, inhibir respuestas y reflexionar sobre las consecuencias de la conducta...), lo que, a su vez, ocurre en respuesta a una desregulación en la conectividad funcional (neurotransmisión) y/o conectividad anatómica de redes neuronales fronto-estrio-parieto-cerebelosas. El cerebelo, en concreto el vermis, desempeña un importante papel en la regulación y modulación de la actividad global cerebral y en el balance entre diferentes sistemas.

ÁREAS CEREBRALES IMPLICADAS EN EL TDAH



Por otro lado, además del déficit en el funcionamiento ejecutivo, las personas con TDAH presentan dificultades en otros procesos cognitivos como: la memoria de trabajo, la atención sostenida y selectiva, el control inhibitorio (relacionado con la impulsividad) y el procesamiento temporal (estimación del tiempo).

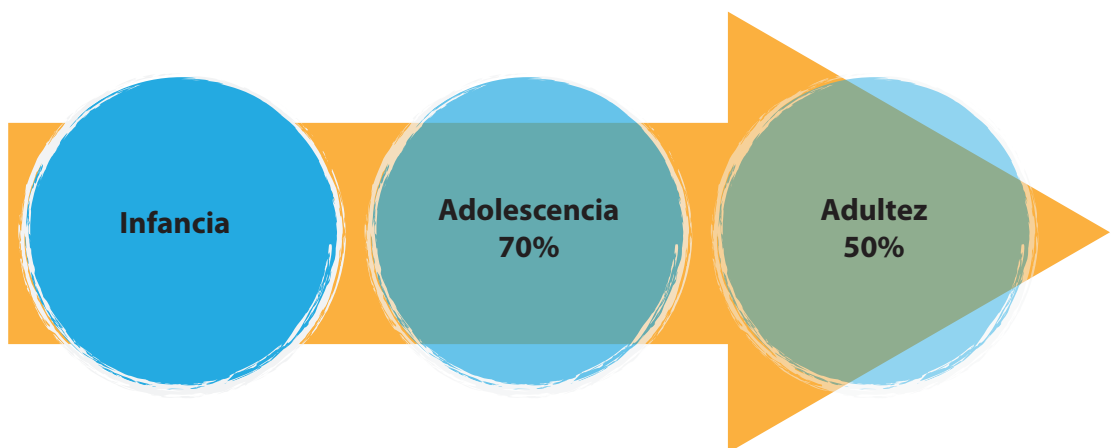
2.3 Epidemiología: ¿A quién afecta?

El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la edad escolar. Por tanto, es muy probable que en vuestro centro conviva algún menor con TDAH. Presenta una prevalencia variable según los estudios, oscilando entre un 7-10% en la edad infantil (Lingineni et al., 2012), y un 2,5% a 5,5% en la edad adulta (Barkley et al., 2011) e implica importantes problemas de adaptación psicosocial (Escobar et al., 2005). La prevalencia documentada mediante criterios diagnósticos DSM-5 se calcula en un 5% para niños y niñas en edad escolar y un 2,5% en adultos (APA, 2014). En el caso de España, un metaanálisis realizado estima la prevalencia en un 6,8% (Catalá-López et al., 2012).

La prevalencia documentada mediante criterios diagnósticos DSM-5 se calcula en un 5% para niños y niñas en edad escolar y un 2,5% en adultos.

En lo relativo a la distribución por sexos, se han venido constatando mayores prevalencias en varones a lo largo de toda la vida (aunque más claras en el niño y adolescente). La magnitud de la diferencia varía según el tipo de muestra empleada en cada estudio. De esta forma, los estudios realizados con muestra de población general sugieren una ratio de 3:1, mientras que las muestras clínicas llegan a ser hasta de 9:1 (Arnold, 1996). Si bien es cierto que dichas diferencias en cuanto al género pueden ser debidas a un posible infradiagnóstico en el caso de las mujeres, debido a que suelen pasar más desapercibidas y presentan menores problemas a nivel conductual frente a sintomatología anímica.

En cuanto a la evolución del trastorno, inicialmente se tendía a considerar que se producía una disminución de la sintomatología en la adolescencia y edad adulta, sin embargo, los últimos estudios indican que la sintomatología persiste en un 70% de los casos en la adolescencia y en un 50% en la edad adulta (Barkley et al., 2011). En estos períodos lo que se observa es una evolución de la sintomatología: disminuyen los síntomas de hiperactividad-impulsividad y se produce un incremento de los síntomas de inatención (Larsson et al., 2011).



2.4 Características del TDAH: manifestaciones clínicas

En ocasiones se asocian ciertas creencias a los y las menores con TDAH tales como *"lo hace por fastidiar; es muy vago/a; no le da la gana; no obedece a nada..."*. Entender que muchos de sus comportamientos no son malintencionados y conocer las dificultades que presentan ayudará a ajustar las expectativas y a guiar la intervención con ellos y ellas. Así mismo, será esencial potenciar los puntos fuertes que todos los chicos y chicas presentan. En el capítulo 3 se ofrecen herramientas y pautas para ayudarlos a saber cómo poder abordar dichas dificultades. Pero antes, vamos a aprender un poco más sobre las características del TDAH.

Como hemos mencionado anteriormente en este capítulo, los principales síntomas del TDAH son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo, en la convivencia en el centro, **¿cómo se manifiestan estas características en el día a día?**

1) Dificultades en la atención y en la memoria de trabajo:

- Le cuesta mantener la atención en tareas rutinarias.
- Se distrae con facilidad.
- No recuerda instrucciones largas o si se le dicen varias a la vez.
- Comete errores frecuentes por despistes.
- Parece que “está en su mundo”, “está como en las nubes”.
- Parece que no escucha cuando se le habla.
- Se olvida material o no retiene o pierde información sobre qué tiene que hacer. Puede perder la cartera, las llaves, documentos... Se olvida de las citas o de entregas de trabajos.
- Es lento o lenta a la hora de realizar las tareas.
- Mayor variabilidad en el rendimiento de su trabajo (unas veces el rendimiento es bueno y en otras ocasiones es muy bajo).
- Dificultades para memorizar.
- Olvida una información mientras trabaja en otra cosa.
- En ocasiones, posee la información, pero no es capaz de utilizarla para guiar su conducta hacia un objetivo. Dificultad para priorizar tareas.
- Desorganización e incapacidad para organizar las tareas.
- Problemas en la gestión del tiempo: impuntual, deja las tareas para última hora por lo que es probable que no las realice. Puede ir muy rápido en tareas que requieren ir despacio o viceversa. Por ejemplo, tarda media hora en lavarse los dientes; hace una ficha en un minuto...

2) Hiperactividad

- Excesiva actividad motora (movimiento constante de pies o manos, actúa como si “lo impulsara un motor”).
- Se mueve constantemente en situaciones en las que debe estar sentado/a.
- Sensación de inquietud constante.
- Si es pequeño/a, corre, trepa, salta... en situaciones inapropiadas.
- Habla en exceso, mostrando dificultad por respetar el silencio cuando así se requiere.
- Dificultades para dedicarse tranquilamente a una actividad de ocio.

3) Impulsividad:

- Dificultades para esperar su turno (en una conversación, en una cola, etc.).
- Interrumpe frecuentemente conversaciones, juegos o actividades.
- Coge o toca cosas de otros sin esperar a recibir permiso.

- Dificultades para inhibir una conducta o un pensamiento.
- Dificultades en la demora de la recompensa (por lo que muestra dificultades en la consecución de objetivos a medio-largo plazo; necesita recompensas frecuentes).
- Se muestra impaciente, carece de paciencia para diferentes actividades.
- Hace comentarios inapropiados.
- Toma decisiones de manera impulsiva, lo que le puede poner en situaciones de riesgo (no valora los peligros).

4) Otras dificultades asociadas:

- Presencia de agresividad e irritabilidad.
- Baja tolerancia a la frustración.
- A medida que va creciendo se aprecian más las dificultades en la organización y planificación.
- Le cuesta seguir las reglas.
- Dificultades para regular la conducta y/o las emociones (ej. “explosiones” de rabia).
- Dificultades para hacer o mantener amistades.
- Dificultades en la resolución de conflictos.
- Presenta rigidez cognitiva (se muestra “cabezón/a”, le cuesta ceder, no le gustan los cambios...).
- Parece emocionalmente más “inmaduro/a” que sus iguales.
- Dificultades en el reconocimiento y en la gestión de las emociones.
- Dificultades en la automonitorización: darse cuenta de si lo está haciendo bien o mal y corregirse cuando ha fallado, interrumpir sus acciones cuando ya no son adecuadas, etc.
- Se muestra muy dependiente de la motivación: es capaz de hacer muy bien aquello por lo que se encuentra motivado/a, pero si no es así le cuesta mucho.
- Presenta dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Problemas en la interacción social.
- Baja autoestima.
- Puede presentar dificultades de aprendizaje.
- Problemas para obedecer y conducta desafiante.
- En la adolescencia, frecuentemente aparecen consumo de tóxicos y decisiones impulsivas (mayor riesgo de embarazo o accidentes).

Toda esta sintomatología, que puede presentarse en su conjunto o sólo en parte, provoca repercusiones en muchas áreas de su vida, incluyendo la convivencia en el centro. Por ello, es relevante que los y las profesionales que estáis en contacto estrecho con personas con TDAH tengáis información veraz y recursos adecuados, tanto para ayudarles en su día a día como para hacer frente al desgaste físico, mental y emocional que en ocasiones conlleva esta convivencia.

Por otro lado, es importante mencionar que el hecho de que un niño, niña o adolescente presente alguna de las características no significa que padezca TDAH. ¡Ni tan siquiera que presente ninguna patología! En otras ocasiones, la sintomatología es debida a otras dificultades (por ejemplo: algún problema en el centro escolar o con algún compañero o compañera, una citación judicial, etc. que les genere preocupación o sea una fuente de estrés).

2.5 Diagnóstico del TDAH: ¿Cómo se diagnostica?

El TDAH no tiene un marcador biológico ni una prueba que determine si la persona lo presenta, dado que no se trata de características que uno tenga o no tenga. Nos hallamos ante una dimensión, es decir, se trata de rasgos que pueden estar presentes en todos los individuos, en mayor o menor medida, pero que se presentan en una intensidad mayor y/o generan más repercusiones negativas en su día a día. Esta situación genera, en ocasiones, prejuicios y mitos en torno a este trastorno. Es cierto que la sociedad cada vez se encuentra más sensibilizada e informada, no obstante, sigue existiendo información incierta y sin evidencia científica que genera muchas dudas en las familias y en los profesionales que trabajáis con este colectivo.

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y está basado en el cumplimiento de los criterios definidos en el DSM-5 (APA, 2014) o en la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2011). Se debe especificar (en el caso de emplear los criterios propuestos en el DSM-5) si la presentación del trastorno es predominantemente de inatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada; así como el grado de afectación: leve, moderado o grave. Puede encontrarse esta información en el Anexo 1.

El diagnóstico debe ser realizado por profesionales clínicos (médicos, psiquiatras, psicólogos y neuropediatras) con experiencia y conocimiento sobre dicho trastorno. Para ello debe realizarse una minuciosa exploración psicopatológica que debe comenzar con una exhaustiva anamnesis (historia clínica) a partir de una entrevista con los tutores legales de los y las menores. En ella es importante recoger, entre otros: datos evolutivos (hitos de desarrollo, temperamento, alimentación, patrones de sueño, miedos infantiles...), antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes familiares de TDAH, hitos del aprendizaje escolar (dificultades, medidas de apoyo o adaptaciones escolares), organigrama familiar (estructura familiar, estilos de crianza, patrones relacionales, posibles factores estresantes ...), actividades de ocio y tiempo libre, problemas de conducta e información de otros profesionales consultados (si la hubiese). También se evaluará la existencia de trastornos comórbidos y la repercusión que los síntomas tienen en la vida de los chicos y chicas.

Además de la historia clínica, los y las profesionales pueden emplear escalas y cuestionarios que les ayuden a establecer el diagnóstico y a evaluar la respuesta al tratamiento. En los casos en los que se precise determinar el perfil cognitivo y apoyar el diagnóstico, puede solicitarse una evaluación neuropsicológica.

El diagnóstico debe ser realizado por profesionales clínicos (médicos, psiquiatras, psicólogos y neuropediatras) con experiencia y conocimiento sobre dicho trastorno.

2.6 Tratamiento del TDAH: ¿Cómo se trata?

El tratamiento del TDAH es multimodal y multiprofesional. Incluye la intervención farmacológica, psicológica, educativa y psicosocial. En este deben estar implicados todos los agentes que forman parte de la vida del y de la menor. Siempre debe ser individualizado y atender a las necesidades de la persona.

El tratamiento debe estar basado en objetivos terapéuticos claros y bien definidos. Los objetivos del mismo son:

- Controlar los síntomas del TDAH.
- Minimizar la sintomatología comórbida.
- Reducir el riesgo de complicaciones.
- Informar y ofrecer psicoeducación a la persona con TDAH y a su entorno sobre el trastorno.

El tratamiento del TDAH es multimodal y multiprofesional. Incluye la intervención farmacológica, psicológica, educativa y psicosocial.

- Adaptar al entorno a las necesidades de la persona con TDAH.
- Mejorar las habilidades de abordaje de los educadores y cuidadores.
- Trabajar las expectativas del tratamiento.

Una primera medida terapéutica y preventiva es la psicoeducación en los diferentes entornos del y de la menor.

Tratamiento Farmacológico: si no existe contraindicación se aconseja pautar medicación a cualquier menor con TDAH grave o con un impacto funcional secundario a la sintomatología presente. El criterio de edad para el inicio del tratamiento farmacológico son los 6 años. En algunos casos se justifica su uso antes de esa edad debido a la repercusión negativa en la funcionalidad del y la menor. Siempre se valora el riesgo/beneficio para cada persona.

En el caso del TDAH existen dos grandes grupos de fármacos:

- Estimulantes: Son considerados de primera elección para el tratamiento. Existen dos grupos: Metilfedinato y Lisdexanfetamina.
- No estimulantes: Atomoxetina y Guanfacina.

Para la elección del fármaco debe tenerse en cuenta: la comorbilidad psiquiátrica, los efectos secundarios y la posibilidad de poder cumplir con las indicaciones del tratamiento.

Terapia psicológica: La terapia psicológica para el TDAH debe ser integral y holística, es decir, debe abarcar a todo el sistema que rodea a la persona con TDAH: tutores legales, persona con TDAH y entorno escolar y profesional. Tiene como objetivos ayudar a:

- Conocer las características del trastorno y el impacto que puede tener en su vida.
- Aportar y enseñar estrategias para el abordaje de los síntomas cognitivos y conductuales del trastorno.
- Aprendizaje de estrategias de gestión y manejo emocional y de la ansiedad.

La intervención psicológica debe ajustarse siempre a las necesidades y características de cada menor y atender a un plan de tratamiento personalizado. Tendrá que incluir las áreas donde la persona con TDAH presenta algún problema: cognitivo, emocional o conductual (o todas). Además, debe estar orientada hacia la etapa vital que atraviesa el individuo.

Los aspectos y técnicas que se trabajan desde este enfoque son los siguientes: psicoeducación, entrenamiento en autoinstrucciones, autorregulación emocional, organización de la conducta a partir de la terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades con la terapia de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales y en técnicas de manejo de estrés y ansiedad.


Intervención psicopedagógica, que incluye: pautas educativas, refuerzo educativo, técnicas de estudio y organización y planificación de las tareas.

2.7 Comorbilidad: cuando el TDAH no viene solo

Como se ha señalado anteriormente, el TDAH puede venir acompañado de otros trastornos. Cuando se habla de comorbilidad nos referimos a trastornos que confluyen a la vez en una persona, bien porque la existencia de un trastorno predispone a la aparición de otros o bien porque tienen un mismo origen.

En el caso del TDAH algunos estudios indican que esto ocurre en el 40-60% de los casos (Macià, 2012); especialmente con:

- Trastornos de ansiedad: los síntomas ansiosos suelen estar asociados a eventos o hechos concretos (estresores, miedos...). Muchos niños y niñas con TDAH presentan sintomatología ansiógena como: miedo a dormir solos, ansiedad de separación, preocupación excesiva, somatizaciones, etc. que suelen asociarse con las experiencias previas de fracaso escolar y críticas y rechazo recibido por su entorno. Se manifiesta frecuentemente en personas con TDAH (hasta un 25%), siendo más habitual en la presentación inatenta.
- Trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar): se estima que entre el 6 y 9% de los niños, niñas y adolescentes con TDAH tienen un diagnóstico comórbido de depresión. Esta situación incrementa su sensación de estrés y exacerba las dificultades cognitivas propias del TDAH (déficit atencional y en el funcionamiento ejecutivo).
- El trastorno bipolar en la infancia y el TDAH se suelen solapar a nivel clínico, llegando incluso a confundirse. En ambos predomina la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para la demora de la recompensa.
- Trastornos específicos de aprendizaje: entre un 20-40% de las personas con TDAH tienen asociado un trastorno de aprendizaje. La presencia de ambos trastornos es la causa frecuente de un bajo rendimiento escolar o incluso fracaso escolar si no son detectados y abordados adecuadamente.
- Trastorno por uso de sustancias (TUS): es una de las comorbilidades más frecuentes (entre el 25-35% de los adolescentes que consumen tóxicos cumplirían criterios TDAH). Las y los menores con un TDAH no tratado presentan un mayor riesgo de desarrollar una adicción que los que no tienen TDAH. Las chicas y los chicos con TDAH tienden a iniciar antes el consumo de sustancias que sus pares y pasan más rápido al uso, abuso y dependencia de sustancias.
- Tics y Trastorno de Gilles de la Tourette: los tics se han asociado al TDAH de manera frecuente. En concreto, la forma más grave, el Trastorno de Gilles de la Tourette (en donde se asocia la aparición de múltiples tics con alteraciones conductuales) supera el 60% en comorbilidad.
- Trastorno de espectro autista: entre el 30-50% de los casos TEA tienen asociados sintomatología TDAH (aunque no lleguen a cumplir todos los criterios) como: hiperactividad, impulsividad o distraibilidad. Estas comorbilidades suponen mayores dificultades de adaptación funcional.
- Trastorno oposicionista desafiante (TOD) o negativista desafiante (TND): es un trastorno de inicio en la infancia caracterizado por un patrón de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad. Los síntomas suelen aparecer antes de los 8 años, presentando escasa variabilidad durante el desarrollo y se mantienen hasta la adolescencia (a partir de esta etapa habría que valorar la presencia de un trastorno disocial). El TOD suele tener una alta comorbilidad con el TDAH de presentación combinada y con el trastorno disocial.



Es muy importante tener en cuenta las comorbilidades, porque van a alterar la forma en la que se manifiesta el TDAH, empeoran su evolución, su pronóstico y suponen un mayor reto en lo que respecta al tratamiento.

En el siguiente apartado nos centraremos en la relación existente y solapamiento entre el TDAH y el trauma relacional, dado que ambos trastornos son habituales en menores en riesgo psicosocial y atendidos en centros como en los que trabajáis.

2.7.1 TDAH y Trauma

Es de especial interés pararnos a explicar las similitudes y diferencias entre el TDAH y el TTD, trastorno traumático del desarrollo (Trauma relacional) y/o el trastorno de estrés postraumático complejo (DESNOS) en niños, niñas y adolescentes, dado que pueden manifestar una sintomatología similar y también otras comorbilidades comunes.

Es habitual que cuando las niñas y los niños presentan problemas de comportamiento y a nivel atencional, lo primero que se “pase por la cabeza” es que presentan un TDAH. Pero no hay que olvidar que la exposición a eventos traumáticos (especialmente provenientes de las figuras de apego: abandono, negligencia, abuso...) pueden causar síntomas similares a los que se dan en el TDAH. Esto provoca que el trauma se quede sin el tratamiento adecuado cuando se produce un diagnóstico erróneo de TDAH. Se trata de un aspecto muy relevante para vosotros, debido a las especiales características y vulnerabilidad de la población con la que trabajáis en vuestros centros.

¿Qué entendemos por trauma?

Cuando un o una menor sufre abusos o negligencia, o simplemente vive en situaciones vitalmente estresantes como pobreza o inseguridad, puede acabar presentando trauma complejo, que afectará a su capacidad de autorregulación (Abrams y Shapiro, 2014).

Algunos autores hablan de “trauma interpersonal temprano” y “trastorno traumático del desarrollo”, aunque no se refleja como una categoría diagnóstica en el DSM ni en la CIE. Se trata de un tipo de trauma que deriva de la exposición continuada a distintos tipos de victimización, en ocasiones crónica, como por ejemplo en el caso de maltrato o violencia intrafamiliar (Van der Kolk et al., 2009). Uno de los signos de este trastorno sería precisamente el deterioro en capacidades evolutivas normales como el mantenimiento de la atención o el desarrollo del aprendizaje. Podéis encontrar más información en el Anexo 2.

Cuando hay una exposición temprana a eventos traumáticos esto se refleja en el desarrollo cerebral. En diversos estudios se observa que existe una fuerte relación entre la exposición prolongada a eventos estresantes y un impacto negativo en las partes reguladoras del cerebro (Goldsmith y Davidson, 2004; Kliethermes et al., 2014). Los niños y niñas con trauma por maltrato de sus cuidadores presentan con frecuencia desregulación, inquietud, hiperactividad, incapacidad para concentrarse y dificultades sociales (Music, 2013).

Así mismo, otros autores señalan que el TDAH y el trauma complejo comparten similitudes como las dificultades de atención o la hiperactividad. Cuando una persona experimenta un trauma sus capacidades sociales, emocionales y cognitivas se pueden ver afectadas (Lieberman et al., 2011).

Cuando hay una exposición temprana a eventos traumáticos esto se refleja en el desarrollo cerebral.

Algunos estudios indican que el TDAH es un diagnóstico frecuente en jóvenes con historia traumática (Lipschitz et al., 2002). Además, la bibliografía refleja que los niños y niñas con TDAH presentan un menor número de amigos en comparación con aquellos sin el trastorno y además reciben reprimendas constantes (Mattox y Harder, 2007), lo cual puede suponer vivir más sucesos estresantes que otras personas. Otros autores también señalan la potencial causalidad entre la conducta asociada al TDAH y su mayor vulnerabilidad a abusos por parte de sus cuidadores como medio para hacer frente a las dificultades temperamentales y los problemas de conducta (Fuller-Thomson et al., 2014).

Debe valorarse si los problemas atencionales y la hiperactividad son secundarios a un trauma o reflejan un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dado que la intervención será distinta. Para realizar un buen diagnóstico lo principal será conocer la historia vital de la persona, aunque debe tenerse en cuenta que no toda persona que experimente una situación traumática desarrollará un trauma complejo. Además, en general, los niños y niñas con trauma complejo pueden presentar pesadillas o recreaciones del evento traumático, lo que no ocurre en el TDAH.

Existen algunos síntomas comunes a ambos trastornos, entre los que encontramos (Siegfried y Blackshear, 2016):

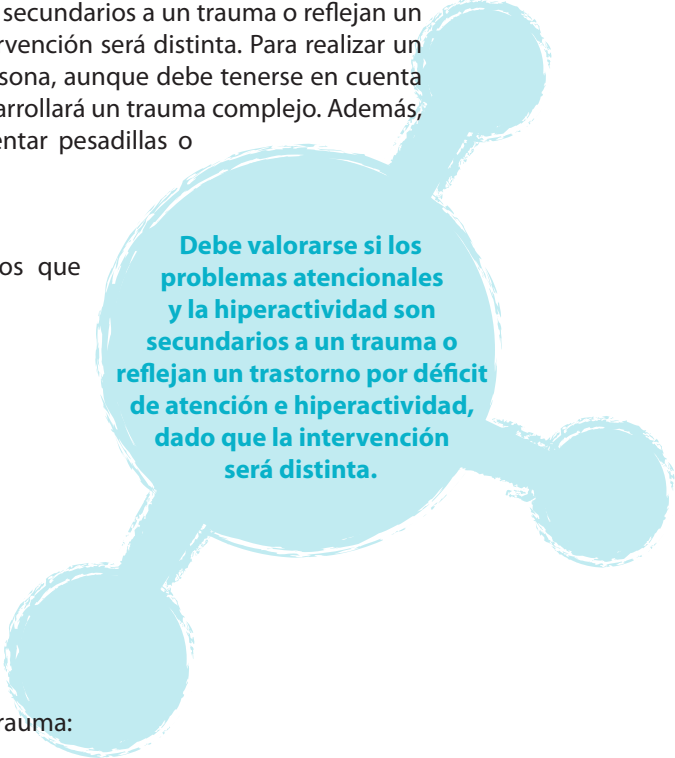
- Dificultades para concentrarse y bajo rendimiento académico.
- Distracciones frecuentes.
- Parecer no escuchar.
- Desorganización.
- Hiperactividad.
- Inquietud.
- Dificultades para dormir.

Otras dificultades son propias del TDAH, pero no son frecuentes en trauma:

- Dificultades para mantener la atención.
- Dificultad para seguir instrucciones.
- Dificultades con la organización.
- Se retuerce o mueve en el asiento con frecuencia.
- Dificultad para esperar turnos.
- Habla excesivamente.
- Olvida o pierde objetos.
- Interrupciones constantes a otros.

Por último, entre las dificultades propias de trauma, pero no del TDAH, nos encontramos las siguientes:

- Sentimientos de miedo, impotencia, incertidumbre, vulnerabilidad.
- Incremento de la excitación, nerviosismo y agitación.
- Evitación de estímulos que recuerden al trauma.
- Irritabilidad, enfados frecuentes.
- Sentimientos de culpa o vergüenza.
- Disociación, sentimientos de irrealidad o sentirse "fuera de su propio cuerpo".
- Sentimiento constante de alerta por amenaza o peligro.
- Mostrarse inusualmente imprudente, agresivo o realizar conductas auto-destructivas.



Debe valorarse si los problemas atencionales y la hiperactividad son secundarios a un trauma o reflejan un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dado que la intervención será distinta.

En líneas muy generales, los tratamientos efectivos ante el trauma generalmente incluyen al menos algunos de los siguientes componentes (Siegfried y Blackshear, 2016):

- Promover la sensación de seguridad y crear rutinas y hábitos estables.
- Trabajar afrontamiento del estrés y disminución de la activación fisiológica para ayudarles a sobrellevar los recuerdos del trauma.
- Facilitar la expresión emocional y permitir hablar del evento traumático.
- Reestructuración cognitiva, especialmente sobre ideas acerca de lo que sucedió y por qué.
- Entrenamiento de la autorregulación emocional y conductual.

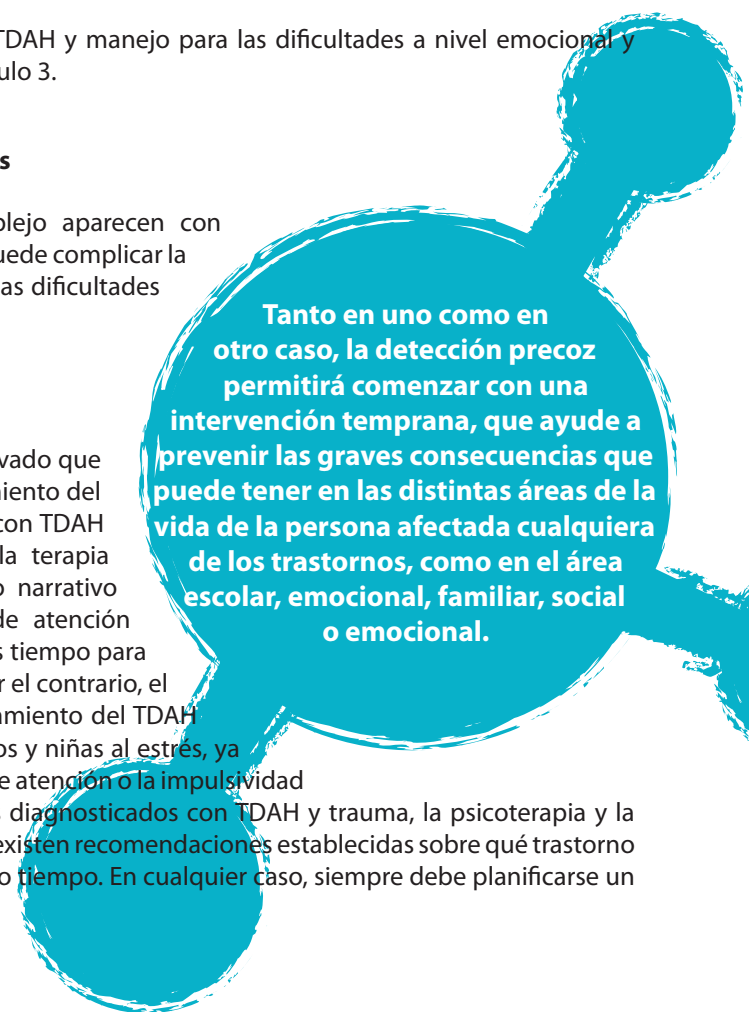
La teoría del trauma propone que una de las acciones más terapéuticas en caso de trauma es el establecimiento de una relación segura entre el o la menor y el adulto o la adulta que trabaja con el niño o niña, como en este caso, vosotros y vosotras.

Por otro lado, las pautas de intervención en el TDAH y manejo para las dificultades a nivel emocional y conductual en el mismo se abordarán en el Capítulo 3.

Importancia de la intervención en ambos casos

Tanto en el TDAH como en el trauma complejo aparecen con frecuencia otros trastornos comórbidos, lo cual puede complicar la intervención, así como la detección correcta de las dificultades subyacentes.

Cuando coexisten ambos trastornos, se ha observado que el tratamiento del TDAH puede mejorar el tratamiento del trauma y mejorar los resultados. Algunos niños con TDAH pueden tener dificultades para participar en la terapia centrada en el trauma, como hacer un trabajo narrativo del trauma, porque sus problemas de falta de atención pueden interferir. También pueden necesitar más tiempo para completar tareas y evaluaciones, por ejemplo. Por el contrario, el tratamiento del trauma puede contribuir al tratamiento del TDAH al reducir la ansiedad y las reacciones de los niños y niñas al estrés, ya que esto puede ayudar indirectamente a la falta de atención o la impulsividad (Siegfried y Blackshear, 2016). Para los pacientes diagnosticados con TDAH y trauma, la psicoterapia y la medicación a menudo funcionan bien juntas. No existen recomendaciones establecidas sobre qué trastorno tratar primero o si ambos deben tratarse al mismo tiempo. En cualquier caso, siempre debe planificarse un tratamiento individualizado.



Tanto en uno como en otro caso, la detección precoz permitirá comenzar con una intervención temprana, que ayude a prevenir las graves consecuencias que puede tener en las distintas áreas de la vida de la persona afectada cualquiera de los trastornos, como en el área escolar, emocional, familiar, social o emocional.

2.7.2 TDAH y problemas conductuales

Como acabamos de explicar, una de las comorbilidades más frecuentes en casos de TDAH es el trastorno oposicionista desafiante (TOD) o TND. Los estudios estiman que entre un 40-60% de los casos con TDAH tendrán en algún momento un TOD y que entre el 69 y 80% de preadolescentes con TOD cumplen criterios para el TDAH (Rigau-Ratera et al., 2006). Existen algunas hipótesis sobre porqué existe esta alta comorbilidad entre TOD y TDAH (Coolidge et al., 2000):

- Un trastorno representa un factor de riesgo para el desarrollo subsiguiente del otro trastorno.
- Los trastornos comparten los mismos factores de riesgo u otros relacionados.
- Existe una base sintomática subyacente (ej. impulsividad) común para uno o más de estos trastornos.

El TOD o TND se caracteriza por un patrón de enfado y/o irritabilidad (por ejemplo, perder la calma con facilidad, mostrarse resentido), con discusiones frecuentes, actitud desafiante o vengativa de al menos 6 meses de duración y que se presenta en la interacción con al menos una persona que no sea un hermano. Este patrón genera malestar o repercusiones negativas en la propia persona o en su entorno. En el Anexo 3 podéis encontrar los criterios para el TND según DSM-5.

A pesar de esta alta comorbilidad, no todas las personas con TDAH presentarán un TND. Pero sí es frecuente que se manifiesten o bien problemas internalizantes (por ejemplo, síntomas de ansiedad o depresión) o bien externalizantes (problemas de conducta) (Del Corral, 2003). Esto puede entenderse si tenemos en cuenta que los síntomas nucleares del TDAH, tales como la excesiva actividad motora y/o verbal, las dificultades para inhibir acciones o la desregulación tanto conductual como emocional, provocan que con frecuencia estos niños y niñas reciban mensajes negativos tanto en el ámbito escolar como familiar y social, conllevando a una baja autoestima, desmotivación y sentimientos de tristeza. Este es el cóctel perfecto para la aparición de dificultades a nivel conductual. Por ello la intervención no se centrará exclusivamente a nivel individual (por ejemplo, dotando al individuo de recursos propios para la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales o la regulación emocional) sino que también es imprescindible la intervención contextual, tanto en el centro educativo (medidas pedagógicas) como en el hogar, en este caso, en el centro (mejora de las habilidades de comunicación, fomento de las interacciones positivas entre los miembros).

¿Qué entendemos por problema de conducta?

Conjunto de conductas aprendidas que, en función de su intensidad, frecuencia, duración e impacto, tanto sobre la persona como sobre la sociedad, generan una limitación significativa en su participación social o ponen en riesgo su integridad física o la de los demás. Conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante del acceso a los recursos y servicios de la comunidad (Emerson, 1995).

¿Qué hacemos cuando existen problemas de conducta?

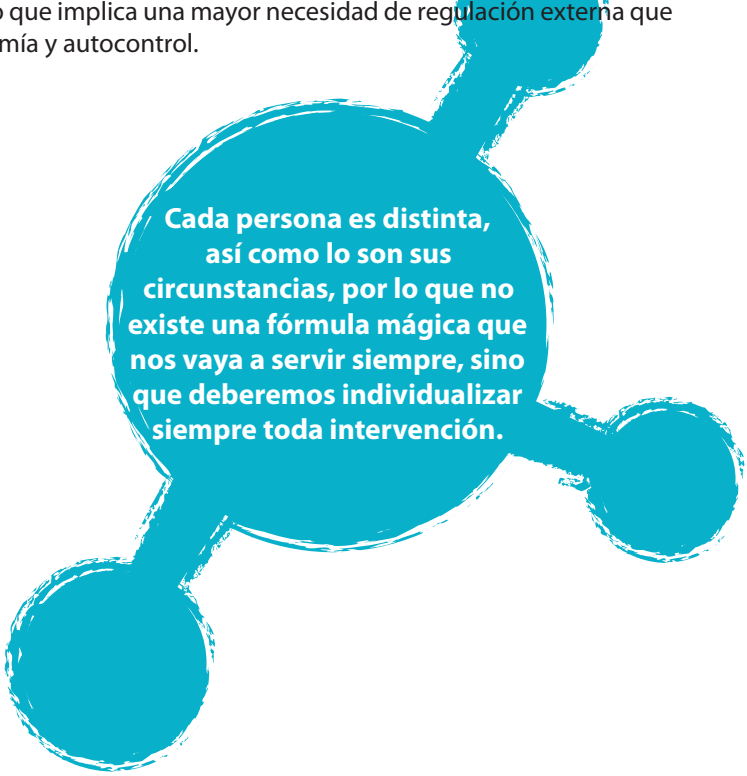
En casos de problemas de conducta, será esencial:

- Mostrar una actitud tolerante, flexible y paciente
- Actuar como modelo
- Aceptar a la persona tal y como es y hacérselo notar
- Mostrar afecto
- Facilitar la expresión emocional
- Mostrarse empático

En el próximo capítulo mencionaremos algunas pautas que nos pueden ayudar cuando una o un menor de nuestro centro presenta problemas de conducta, si bien debemos tener claro que cada persona es distinta, así como lo son sus circunstancias, por lo que no existe una fórmula mágica que nos vaya a servir siempre, sino que deberemos individualizar siempre toda intervención. Teniendo esto claro y de manera complementaria a las herramientas que se expondrán en el siguiente apartado, será importante seguir la siguiente estructura:

- Por un lado, conocer posibles factores que puedan influir o favorecer la aparición de la conducta disruptiva.
- Y, por otro, comprender cuál es la función de esa conducta para la persona.

En el siguiente capítulo veremos más estrategias útiles cuando tenemos que hacer frente a las dificultades genuinas del TDAH, que no tienen por qué implicar trastornos de conducta, pero sí pueden condicionar la convivencia en el centro. Debemos tener en cuenta que la inatención, la hiperactividad y la impulsividad dificultan la autorregulación de la conducta; lo que implica una mayor necesidad de regulación externa que incida en la adquisición de una mayor autonomía y autocontrol.



Cada persona es distinta, así como lo son sus circunstancias, por lo que no existe una fórmula mágica que nos vaya a servir siempre, sino que deberemos individualizar siempre toda intervención.




CAPÍTULO 3

ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA GESTIÓN DE DIFICULTADES FRECUENTES EN EL CENTRO.

Una vez conceptualizados los temas de la presente guía, en este capítulo se integran diferentes pautas o estrategias a emplear ante las dificultades más frecuentes en los centros de menores. Conocer y aplicar dichas pautas es especialmente adecuado en la convivencia con menores con TDAH, puesto que las características de este trastorno, expuestas en el capítulo 2, dificultan la autorregulación conductual y emocional, lo que implica una mayor necesidad de regulación externa.

En primer lugar, en este capítulo se alude a las pautas comunicativas, pues se consideran un pilar fundamental para una interacción adecuada entre el educador o educadora y la persona menor, explicando diferentes elementos como la escucha activa, los estilos comunicativos y el contenido de la comunicación. En segundo lugar, se hace referencia a la gestión de las emociones, cuestión que influye notablemente en el desarrollo individual y social de las personas, siendo importante disponer de herramientas que permitan ayudar a gestionar de manera adaptativa las emociones que experimentan los y las menores en el centro. En tercer lugar, se exponen diferentes pautas de carácter general para manejar los comportamientos disruptivos que presenten dichos menores, con el fin de que los educadores y educadoras apliquen aquellas que mejor se ajusten a la situación y a las características del menor. Finalmente, se aborda de manera detallada la intervención en situaciones de crisis, pues requieren de un abordaje específico por parte del equipo de profesionales.



Conocer las pautas de actuación más favorables en la convivencia con personas con TDAH es esencial dado que presentan mayor necesidad de regulación externa.

3.1 Estrategias comunicativas

La comunicación constituye la base de la interacción entre el educador o educadora y la persona menor, por lo que es un elemento fundamental durante toda la estancia del mismo en el centro. Una adecuada comunicación permite crear la relación, lo que a su vez facilita el acceso emocional y, con ello, el abordaje terapéutico. Dada la relevancia del proceso comunicativo, es adecuado que los educadores y las educadoras seáis conscientes de la forma en la que se comunica y el contenido de dichas intervenciones desde el momento en el que el niño, la niña o adolescente entra en el centro.

Para lograr una comunicación eficaz, consideramos importante que tengáis en cuenta las siguientes pautas generales:

- Tener en consideración el desarrollo cognitivo, psicosocial y del lenguaje de la persona menor, para así poder ajustar la forma y el contenido de la comunicación.
- Tener en cuenta el contexto sociocultural del que procede la persona menor, puesto que los factores socioculturales afectan tanto a la expresión como a la interpretación de los contenidos de la comunicación.
- Utilizar un lenguaje comprensible para el niño, niña o adolescente, cuidando la adecuación del lenguaje verbal y no verbal.
- Escuchar activamente al menor, atendiendo tanto al lenguaje verbal como no verbal. De esta manera, podréis conocer sus necesidades emocionales, así como las señales que él mismo proporciona sobre el espacio interpersonal y el contacto físico.
- Ser consciente de las propias actitudes, creencias y sentimientos respecto a los y las menores y su entorno, ya que todo ello tiene influencia en la comunicación.

Una adecuada comunicación permite crear la relación, lo que a su vez facilita el acceso emocional y, con ello, el abordaje terapéutico.

En definitiva, para comunicarse de forma adecuada es necesario que el equipo de profesionales del centro llevéis a cabo una labor de investigación, entendiendo dicha investigación como un proceso de conocimiento en el que se trata de determinar cuáles son las características y la etapa en la que se encuentra cada menor. Existen dos herramientas que facilitan dicha investigación y que, a su vez, constituyen la base de una comunicación eficaz: la escucha activa y el estilo de comunicación asertivo.

3.1.1 Escucha activa

La forma activa de escuchar intenta captar y comprender el mensaje a través de la aceptación. Por tanto, para llevar a cabo la escucha activa debemos mostrar deseos de escuchar al menor desde una actitud libre de prejuicios, comunicando aceptación por medio del lenguaje verbal y no verbal.

a) Formas no verbales

La no intervención y el silencio constituyen dos formas no verbales de comunicar aceptación, puesto que permiten escuchar sin emitir un juicio de valor. Asimismo, es importante tener en cuenta nuestra expresión facial y corporal, tratando de que vaya en sintonía con el mensaje que estamos recibiendo del o de la menor.

b) Formas verbales

La aceptación se puede comunicar empleando formas sencillas de expresión que invitan al otro a hablar, a compartir sus propias ideas, juicios y sentimientos. Algunas de estas expresiones son las siguientes: *"Ya veo cómo te sientes"*, *"¿De verdad?"*, *"¿En serio?"*, *"¿Lo hiciste?, ¡qué bien!"*, *"¡Qué interesante!"*, *"¿Eso te pasó?, cuéntame"*, *"¿Te gustaría hablar sobre ello?"*, *"Me gustaría escucharte"*, *"Me gustaría conocer tu punto de vista"*, *"Parece que eso es muy importante para ti"*.

Estas expresiones estimulan y mantienen la comunicación, centrando la atención en el mensaje. De esta manera, producen el efecto contrario a los consejos, las críticas y los comentarios descalificadores.

Con todo, una comunicación en la que prime la aceptación contribuirá al desarrollo y crecimiento personal del o de la menor, produciendo cambios constructivos basados en el aprendizaje.

3.1.2 Estilo comunicativo asertivo

Constituye un estilo de comportamiento que se manifiesta a través de la comunicación, basado en expresar abiertamente los propios sentimientos, necesidades, ideas, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o agredir a los demás. Por tanto, la asertividad permite que el educador o educadora y la persona menor tengan una relación emocionalmente cercana, cuyo eje central sea el respeto.

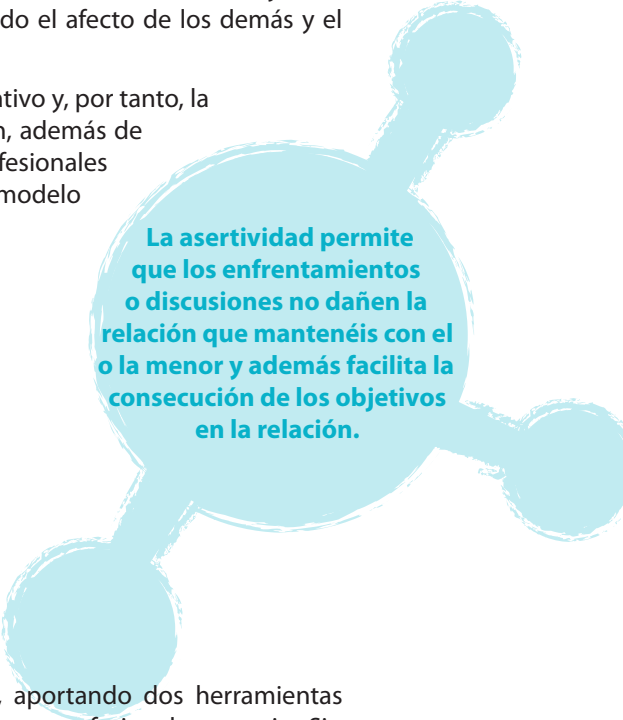
A continuación, presentamos algunas pautas fundamentales para emplear el estilo asertivo:

- Comportamiento no verbal caracterizado por una expresión facial y corporal relajada, así como una mirada directa.
- Habla modulada y fluida, sin vacilaciones ni muletillas.
- Mensajes referidos a la exposición y defensa de los propios derechos, de forma clara y abierta.
- Expresión de opiniones y sentimientos desde el yo: *"yo pienso, opino, siento que..."*.
- Consideración de las opiniones y sentimientos de los demás: *"qué te parece, qué piensas..."*.

La asertividad permite que el educador o educadora y la persona menor tengan una relación emocionalmente cercana, cuyo eje central sea el respeto.

Con todo, la asertividad permite que los enfrentamientos o discusiones no dañen la relación que mantenéis con el o la menor, puesto que estimula un comportamiento controlado y eficaz ante los ataques personales percibidos, evitando reacciones impulsivas e irracionales. Asimismo, facilita la consecución de los objetivos en la relación (llegar a acuerdos, establecer puntos en común) manteniendo el afecto de los demás y el respeto por nosotros mismos.

En suma, el estilo asertivo es una herramienta clave en el proceso comunicativo y, por tanto, la relación entre el educador o educadora y la persona menor. Por esta razón, además de emplearlo en las intervenciones comunicativas, es adecuado que como profesionales fomentéis dicho estilo en cada uno de los chicos y chicas, sirviendo como modelo para ellos.

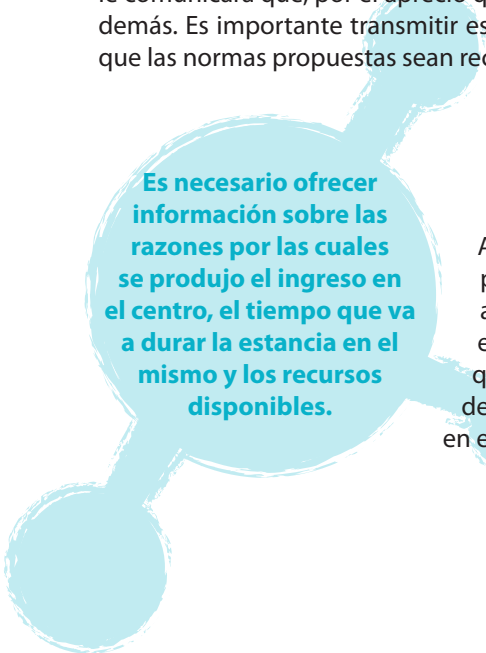


La asertividad permite que los enfrentamientos o discusiones no dañen la relación que mantenéis con el o la menor y además facilita la consecución de los objetivos en la relación.

3.1.3 Contenido de la comunicación

Hasta ahora hemos centrado la atención en la forma de comunicarnos, aportando dos herramientas fundamentales que sientan las bases de una comunicación adecuada entre profesional y usuario. Sin embargo, debemos dar un paso más allá y reflexionar sobre qué comunicar, esto es, el contenido de la comunicación.

Cuando la persona menor accede al centro, el objetivo de la comunicación debe ser aportar seguridad y aclarar posibles dudas. Por esta razón, es necesario ofrecer información sobre las razones por las cuales se produjo el ingreso en el centro, el tiempo que va a durar la estancia en el mismo y los recursos disponibles. Con respecto al motivo del ingreso, daremos aquella información que permita al niño, niña o adolescente dotar de significado a su entrada en el centro. Por otra parte, trataremos de establecer el encuadre normativo, haciendo alusión a las normas internas, las obligaciones, responsabilidades y derechos que tendrá durante su estancia. Ello implica partir de la consideración de que tanto en el centro como fuera de él existen una serie de normas que deben respetarse, cuyo cumplimiento será exigible de forma coordinada. Asimismo, se le comunicará que, por el aprecio que se le profesa, no se va a permitir que se haga daño a sí mismo o a los demás. Es importante transmitir esta información de una manera comprensible, flexible y razonada, para que las normas propuestas sean recibidas de forma adecuada por cada menor.



Es necesario ofrecer información sobre las razones por las cuales se produjo el ingreso en el centro, el tiempo que va a durar la estancia en el mismo y los recursos disponibles.

A continuación, se presentan algunas preguntas sobre las que podéis reflexionar para asegurarnos de que el mensaje emitido llegó adecuadamente a la persona: ¿entiende el o la menor por qué está en el centro?, ¿entiende cuánto tiempo va a estar en el centro?, ¿sabe qué recursos y apoyos están a su disposición?, ¿conoce cuáles son sus derechos y deberes?, ¿comprende cuáles son las normas de convivencia en el centro?

Posteriormente, la comunicación constituirá un elemento más de la intervención terapéutica, por lo que a través de ella se abordarán temas relevantes para el desarrollo personal y social.

Algunos de estos temas son los siguientes:

- **Relaciones positivas con los otros.**

Se orientará al menor en el desarrollo de relaciones adecuadas con el equipo del centro, con sus iguales y con otras personas significativas. Para ello, además de proporcionar retroalimentación sobre las interacciones que mantiene, si se considera oportuno se realizará un entrenamiento en habilidades de comunicación y de interacción social.

- **Resolución de problemas y toma de decisiones.**

Se proporcionará orientación y apoyo al menor para entender las opciones que se le presentan, así como las consecuencias potenciales de sus decisiones. Asimismo, se le proporcionará retroalimentación acerca de las decisiones que va tomando en la vida diaria, procurando que también reciba retroalimentación por parte de sus iguales.

- **Autoestima y desarrollo de la identidad personal.**

Se acompañará al menor en la construcción de su propia identidad, permitiendo que conozca y aprecie esta identidad en todas sus posibilidades. Por otra parte, se le ayudará a adquirir recursos y habilidades para lograr la autonomía que corresponda a su edad.

- **Habilidades para manejar el estrés.**

Se orientará al menor para que identifique las causas de estrés en su vida, de manera que pueda anticiparse y afrontarlas. A este respecto, se le acompañará en la búsqueda de formas adecuadas de manejar el estrés.

- **Autoorganización.**

Se ayudará al menor a plantearse objetivos a corto plazo, realistas y que se puedan alcanzar en diferentes etapas. Asimismo, se le informará sobre la relación entre objetivos a corto plazo y metas a largo plazo en cuestiones tales como la educación, el empleo o el manejo del dinero.

El abordaje de este tema es especialmente relevante en el TDAH, dada las dificultades derivadas del trastorno.

- **Actitudes y valores.**

Se orientará al menor en la adopción de actitudes y valores con los que pueda guiar su comportamiento con respecto a sí mismo, los demás (comportamiento prosocial, desarrollo moral) y la tarea (responsabilidad, motivación de logro).

- **Sexualidad.**

Se proporcionará al menor la información sexual necesaria de acuerdo a su momento evolutivo, ayudándole a conocer y entender su desarrollo sexual. Partiendo de este conocimiento, se abordará el concepto de responsabilidad acerca de su comportamiento sexual, en el que tenga cabida tanto el autorrespeto como el respeto al otro.

- **Preparación para su futuro.**

Se ayudará al menor a entender la necesidad de la reunificación familiar o de la alternativa considerada a la misma cuando ésta no sea posible, así como a la búsqueda de empleo. El objetivo debe ser que pueda afrontar ese futuro con las mayores garantías de éxito posibles.

En definitiva, la comunicación constituye un elemento clave en la relación entre el educador o educadora y la persona menor desde el momento del ingreso de la misma al centro, así como un medio para la intervención a todos los niveles. Por este motivo, como profesionales es necesario que consideréis el cómo (la forma de comunicarse) y el qué (el contenido de la comunicación) del proceso comunicativo, con el objetivo de que sea el más adecuado para cada uno de los y las menores. Sólo de esta manera, la orientación y acompañamiento darán lugar a un proceso de aprendizaje que se mantendrá en el tiempo.

Como profesionales es necesario que consideréis el cómo (la forma de comunicarse) y el qué (el contenido de la comunicación) del proceso comunicativo, con el objetivo de que sea el más adecuado para cada uno de los y las menores.

3.2 Estrategias para la gestión de emociones

Observar y comunicarse con los niños, niñas y adolescentes permite acercarse a la forma que tienen de vivir las emociones, así como a las creencias que mantienen sobre cada una de ellas. La importancia de trabajar sobre las creencias radica en que condicionan la forma en la que se experimenta y, por tanto, se gestiona cada emoción. En este sentido, una de las creencias erróneas más comunes es la de considerar que existen emociones positivas y negativas. De esta manera, si el o la menor mantiene la creencia de que la tristeza es negativa, la experimentará como algo perjudicial, que debe evitar de todas las formas posibles (p.ej., ejerciendo control sobre esta emoción, suprimiéndola, evitando hablar de ella). La psicoeducación y la reestructuración cognitiva constituyen las dos técnicas principales para abordar las creencias erróneas.

La gestión emocional es uno de los aspectos más importantes para el desarrollo personal y social de cada menor en el centro, por lo que debe ser considerado como tal en la intervención. A este respecto, existen diferencias individuales entre los y las menores en la forma de experimentar, percibir y expresar emociones, que se deben conocer para poder abordar cada caso de forma personalizada.

Con todo, de manera previa a que el o la menor adquiriera la habilidad de regular las emociones, es fundamental consolidar otras habilidades de menor complejidad, como son: la percepción o identificación emocional, la facilitación emocional y la comprensión emocional, que conforman la inteligencia emocional.

De manera previa a que el o la menor adquiriera la habilidad de regular las emociones, es fundamental consolidar otras habilidades de menor complejidad, como son: la percepción o identificación emocional, la facilitación emocional y la comprensión emocional, que conforman la inteligencia emocional.

En primer lugar, la percepción emocional se refiere a la habilidad para reconocer e identificar emociones propias y ajenas, es decir, la autoconciencia y expresión de los propios sentimientos, así como tomar conciencia de cómo se sienten los demás. Para entrenar esta habilidad, una herramienta útil es la autoobservación de nuestros propios estados emocionales, haciendo un registro de las emociones experimentadas a lo largo del día con el fin de poder conocer de qué sensaciones físicas y pensamientos vienen acompañadas (Anexo 4). En segundo lugar, la facilitación emocional se refiere a la influencia de las emociones, tanto en los procesos cognitivos (atención, memoria, toma de decisiones, etc.) como en la conducta (en lo que digo y cómo lo hago). En esta línea, durante el ejercicio de autoobservación también se analiza cómo las emociones que experimentamos a lo largo del día influyen en nosotros. En tercer lugar, la comprensión emocional se refiere a la habilidad para comprender la información que aportan las emociones, es decir, identificar la causa de la emoción y entender por qué y para qué nos sentimos así. De este modo, para poder gestionar la emoción es preciso tomar conciencia tanto de la causa de la emoción, como de las consecuencias (¿qué haré? ¿qué pensaré?). Una herramienta útil para desarrollar esta habilidad es formular preguntas de autorreflexión, como por ejemplo, ¿por qué me siento así?, ¿qué ha pasado antes?, ¿cuál ha sido la causa? En este sentido, cobra especial relevancia la expresión de sentimientos desde el yo, que permitirá tomar conciencia y comprender nuestras emociones.

Así pues, una vez entrenadas las habilidades previamente expuestas, el siguiente paso es abordar la capacidad para gestionar las propias emociones, lo que implica modular el inicio, mantenimiento, intensidad y duración de los estados emocionales, en definitiva, la gestión emocional. Para ello, cuando el objetivo es gestionar de forma competente las emociones, se ponen en marcha procesos dirigidos a transformar la experiencia emocional subjetiva y la expresión emocional, es decir, estrategias de regulación emocional. A continuación, presentamos algunas pautas que consideramos oportunas para que el equipo de profesionales podáis promover la regulación emocional en los y las menores a vuestro cargo:

- Es importante aprender a escuchar y observar la reacción emocional de la persona menor, sin juzgar ni intervenir en el momento donde la emoción está en su máxima intensidad.
- Aceptar las emociones que se experimentan, ya que la gestión emocional no implica la evitación de las emociones, sino la experimentación de las mismas sin que lleguen a dominar nuestra conducta. Para ello, el primer paso, como se ha explicado anteriormente, es identificar y aceptarlas.
- Validar la emoción que están experimentando, con expresiones como “esa situación debió de ser dura para ti, no te la esperabas...”, “entiendo que sientas tanta rabia porque para ti eso era muy importante”, “es normal que te sientas triste”. Por el contrario, se debe evitar emplear expresiones como “no es nada”, “eso es una tontería”, “no te pongas así”, ya que contribuyen a infravalorar el estado en el que se encuentra el chico o la chica.
- Promover la identificación de las emociones a través de preguntas tales como “¿qué te sucede?” “¿cómo te sientes?”, una vez el niño, niña o adolescente se encuentre más tranquilo, así como tratar de que encuentre una solución a su estado emocional, ya que son ellos mismos los que pueden proporcionarse las mejores estrategias para disminuir el malestar emocional.

- En particular, el afrontamiento de situaciones interpersonales de enfado es complejo, especialmente cuando el enfado es intenso y se expresa a través de conductas agresivas físicas y/o verbales. Ante esta situación es importante tener en cuenta que, generalmente, el enfado tiene forma de curva, es decir, una fase inicial de estallido y de subida, y posteriormente el enlentecimiento o enfriamiento. Con todo, para que el equipo de profesionales podáis gestionar el enfado del o de la menor de una manera adecuada proponemos lo siguiente:
 - Plantear como objetivo inicial reducir la intensidad de las manifestaciones negativas:
 - Búsqueda de un lugar adecuado (salir del sitio público y buscar un lugar privado o tranquilo si es necesario).
 - Permanecer en calma, es decir, no entrar en la provocación de la otra persona y actuar como el espejo de la misma.
 - Mantener una postura firme y serena con movimientos relajados.
 - Dar señales de escucha activa (tono de voz tranquilo, volumen relajado y escuchar su exposición sin interrumpir).
 - Cuando la situación se complica es prudente abandonar el lugar e indicar la preferencia por hablar en otro momento cuando la persona se calme.
 - Una vez que el enfado comienza a disminuir su intensidad:
 - Empatizar con el o la menor: “te noto...”, “percibo que...”.
 - Mostrar comprensión a su sentimiento: “es normal que te sientas así”.
 - No emitir juicio ni hacer reproches hasta que la persona se calme.
 - Cuando la persona está totalmente calmada:
 - Expresar los propios sentimientos, argumentos y puntos de vista de una forma asertiva.
 - Ofrecer ayuda al menor, preguntando “¿cómo puedo ayudarte?”.
 - Agradecer su comunicación.
- Otra cuestión importante es **dotar de otras herramientas a los y las menores que puedan favorecer su gestión emocional**. Algunos de estos recursos son:
 - Identificar los síntomas físicos (palpitaciones, sudores) y psicológicos (pensamientos) que indican que la emoción está incrementando su intensidad. La identificación temprana le permitirá desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la intensidad emocional, antes de que llegue a desbordarse.
 - Practicar la atención consciente en el momento presente (mindfulness), que ayudará a alcanzar un equilibrio emocional. El ejercicio continuado de mindfulness contribuirá a disminuir el malestar originado por pensamientos e imágenes intrusivas relacionadas con situaciones pasadas y futuras.
 - Llevar a cabo ejercicios de respiración, en donde se trabaja la conciencia de la propia respiración. En el Anexo 5 se expone un ejemplo.
 - Llevar a cabo ejercicios de relajación, que permitirán disminuir la activación fisiológica de algunas emociones intensas.
 - Realizar una lista con recursos de los que podremos hacer uso en los momentos estresantes (Anexo 6). Algunos ejemplos de estos recursos son: quedar o llamar a alguien importante, practicar una afición (p.ej., escuchar música, escribir, bailar, salir a pasear, practicar un deporte).

3.3 Estrategias para la gestión de comportamientos disruptivos

La gestión de los comportamientos disruptivos emitidos por cada menor del centro constituye un gran reto para los y las profesionales, cuya intervención se espera que restablezca la calma de manera inmediata. Si bien no hay un manual de instrucciones para cada una de las situaciones posibles, lo cierto es que existen una serie de criterios en base a los cuales seleccionar dicha respuesta: intencionalidad, flexibilidad e individualización.

En primer lugar, la intervención realizada por el educador ante una conducta disruptiva debe tener una intencionalidad, es decir, ir dirigida hacia la consecución de un objetivo. En este sentido, una respuesta adecuada es aquella que busca una repercusión educativa y no únicamente señalar una conducta o reprimirla. Asimismo, debe ser flexible, esto es, estar adaptada al contexto, entendiendo éste por la situación y el momento. Por tanto, es importante reflexionar sobre la estancia en la que está el o la menor, las demás personas presentes, y otros aspectos relevantes a la hora de ajustar la respuesta emitida. Por último, la intervención debe ser individualizada, es decir, estar adaptada a las características de cada usuario.

Con todo, debemos tener en cuenta que las experiencias educativas de muchos de los chicos y chicas ingresados en el centro han consistido en la aplicación de consecuencias incoherentes o erráticas, donde la misma conducta podía ser elogiada, castigada o no provocar ninguna reacción. Por esta razón, un aspecto fundamental es crear un espacio seguro, en el que cada menor pueda entender la relación entre la conducta emitida y la consecuencia resultante. Para ello, a la hora de establecer las consecuencias debemos tener las siguientes características:

- a) Respetar los derechos básicos de las personas menores:** los derechos no constituyen un beneficio que se pueda ofrecer o eliminar, sino una condición estable y necesaria con la que los y las menores cuentan. De esta manera, consecuencias como dar una bofetada o dejar sin cenar, son inadmisibles.
- b) Aplicarse de manera inmediata:** en la medida de lo posible las consecuencias deben aplicarse inmediatamente después de la emisión de la conducta disruptiva, de forma que la persona menor pueda establecer una relación clara entre el comportamiento y la misma.
- c) Ser lógicas:** es importante que las consecuencias tengan relación con la conducta disruptiva y se ajusten a su gravedad, de manera que tengan sentido para el niño, niña o adolescente. Por tanto, no deben ser establecidas arbitrariamente.
- d) Ser naturales:** en ocasiones la conducta disruptiva produce de manera natural, es decir, sin intervención del educador, una determinada consecuencia. Estas consecuencias son inmediatas y tienen una relación directa con el comportamiento, por lo que debemos priorizarlas. Por ejemplo, si el o la menor rompe la televisión, no podrá ver su programa favorito.
- e) Estar consensuadas:** las consecuencias deben haber sido expuestas y razonadas con cada menor, de tal forma que no obedezcan a criterios personales tomados sobre la marcha y producto de la improvisación.
- f) Aplicarse de forma individualizada:** cada menor tiene unas características y condiciones únicas, por lo que las consecuencias deben estar ajustadas a las mismas.
- g) Ser reparatorias:** es importante que las consecuencias sean útiles y productivas tanto para el o la menor que presentó la conducta como para el agraviado (si lo hay) y el resto del grupo. Para ello, deben inducir a la reflexión (disciplina inductiva).
- h) No ser exclusivamente conductuales:** será necesario reflexionar junto con el chico o chica acerca de los efectos de la conducta, buscando otras vías más socializadas de alcanzar el mismo fin.

Un aspecto fundamental es crear un espacio seguro, en el que cada menor pueda entender la relación entre la conducta emitida y la consecuencia resultante.

Si bien no hay un manual de instrucciones para cada una de las situaciones posibles, lo cierto es que existen una serie de criterios en base a los cuales seleccionar dicha respuesta: intencionalidad, flexibilidad e individualización.

En definitiva, la aplicación de consecuencias de forma adecuada es un aspecto

fundamental para crear un entorno seguro que estimule el aprendizaje, por lo que es necesario que los profesionales del centro dediquéis tiempo a la elección de las mismas y de las estrategias a través de las cuales tendrán efecto. A este respecto, las consecuencias se pueden aplicar por medio de técnicas de modificación de conducta, que permiten incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas adecuadas y disminuir la probabilidad de ocurrencia de conductas no deseadas. Entre estas técnicas destacan el refuerzo positivo, el castigo, el coste de respuesta, el tiempo fuera y la extinción.

El refuerzo positivo consiste en aplicar estímulos agradables tras la conducta deseada. Dichos estímulos, denominados reforzadores, pueden ser de tipo tangible (p.ej., dinero, objetos deseados por el o la menor) o social (p.ej., una sonrisa, una alabanza, un gesto de aprobación), siendo estos últimos los que contribuyen a cambios conductuales más estables. A este respecto, un estímulo actuará como reforzador en tanto en cuanto sea apreciado por la persona menor, por lo que se debe conocer los gustos de cada uno de ellos y ellas para emplear esta técnica de modo eficaz. Asimismo, previamente debemos identificar aquellas conductas que queremos reforzar, de modo que la aplicación del reforzador tras las mismas sea inmediata.

Emplear el refuerzo positivo para establecer las consecuencias no sólo contribuye a potenciar las conductas deseadas, sino que, además, permite disminuir la probabilidad de ocurrencia de los comportamientos disruptivos. La razón por la que sucede esto se debe a que las conductas compiten entre sí, por lo que el incremento de unas favorecerá la disminución de las otras. Asimismo, además de su potente efecto sobre el comportamiento en términos de aprendizaje, el refuerzo positivo produce experiencias agradables en la persona menor y el educador o educadora, influyendo en el tono positivo de la convivencia.

Por otra parte, el castigo positivo constituye la estrategia más conocida para actuar sobre las conductas inadecuadas, a través de la aplicación de un estímulo aversivo a continuación de las mismas (p.ej., mostrar nuestro descontento, imponer una tarea extra). Si bien es una estrategia que permite disminuir la probabilidad de ocurrencia de los comportamientos disruptivos, lo cierto es que su empleo frecuente y centralizado puede desencadenar consecuencias negativas como el desgaste de la relación con el chico o chica. Por tanto, recomendamos tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- Emplear el castigo sólo ante determinadas conductas que se hayan identificado previamente (p.ej., romper objetos del centro, agredir a un compañero).
- Razonar y negociar el castigo con el niño, niña o adolescente, de modo que éste pueda conocerlo, anticiparlo e incluso decidirlo.
- Ajustar la intensidad del castigo, teniendo en cuenta la conducta realizada.
- Evitar totalmente el castigo de tipo físico.
- Aplicar el castigo sin perder la calma, describiendo la conducta y la consecuencia de manera serena.
- Aplicar el castigo de forma inmediata a la emisión de la conducta inadecuada.
- Aplicar el castigo de forma sistemática, es decir, siempre que el o la menor realice esa conducta que hemos identificado. Para evitar que esto sea frecuente, las conductas seleccionadas por el educador sujetas a castigo no deben ser muchas.

Con todo, es importante destacar que a través del castigo la persona menor sólo aprende lo que no debe de hacer, por lo que esta técnica se debe combinar con la enseñanza y/o reforzamiento de conductas alternativas o incompatibles con las conductas castigadas. A este respecto, para obtener efectos más rápidos y estables, el componente de reforzamiento debe predominar sobre el de castigo. Por ejemplo, el castigo por la conducta de agredir a algún compañero debe complementarse con la enseñanza de conductas alternativas, tales como llevar a cabo tareas en equipo.

Asimismo, la eficacia del castigo aumenta si se razonan con el chico o la chica los motivos para no ejecutar la conducta castigada, exponiendo argumentos congruentes con sus actitudes y valores. El hecho de que el o la menor interiorice el razonamiento facilitará la supresión de la conducta indeseable en ausencia del agente punitivo.

La aplicación de estímulos desagradables tras el comportamiento disruptivo no es la única forma de aplicar la técnica del castigo, existen otros procedimientos que pueden ser de gran utilidad dentro del centro. Ejemplo de ello es la sobrecorrección, que consiste en realizar repetida o prolongadamente conductas adecuadas que están directamente relacionadas con la conducta indeseada y a la cual deben seguir contingentemente. Existen dos tipos de sobrecorrección:

- **La sobrecorrección restitutiva:** se aplica a las conductas que tienen un efecto perturbador sobre el ambiente, tales como romper objetos o insultar a otros. El o la menor debe sobre corregir las consecuencias de su comportamiento restaurando el ambiente a un estado mejor que el previo a la conducta o bien sobrecompensando a la persona a la que ha causado un perjuicio. Por ejemplo, cuando el chico o chica desordena y descuida los recursos materiales del centro, debe poner en orden y limpiar todos los muebles de una determinada estancia. De la misma forma, la persona que ha insultado a otra, debe pedirle disculpas y ayudarle a realizar una determinada tarea.
- **La sobrecorrección mediante práctica positiva:** consiste en realizar de forma repetida o duradera una conducta incompatible con la inadecuada, de forma contingente a la emisión de la misma. Este tipo de sobrecorrección se suele aplicar con mayor frecuencia cuando la conducta inadecuada no da lugar a ninguna alteración ambiental. Por ejemplo, cuando el o la menor deja el plato sobre la mesa al acabar de comer, debe colocar el plato en el lavavajillas, sacarlo de nuevo, dejarlo sobre la mesa y volverlo a colocar en el lavavajillas, repitiendo este procedimiento un número determinado de veces.

Para que la persona menor realice las actividades de sobrecorrección de forma óptima, el educador o educadora debe emplear instrucciones verbales o gestos, así como eliminar el acceso a los reforzadores positivos (p.ej., la aprobación y alabanza) durante el procedimiento. La razón por la que no es adecuado emplear reforzadores positivos radica en que podrían reforzar también la conducta inadecuada que dio lugar a la estrategia.

Por último, cabe destacar que la sobrecorrección no debe aplicarse con menores que se resisten enérgicamente a la misma, puesto que podría generar rechazo y potenciar el comportamiento disruptivo. En estos casos lo mejor es considerar procedimientos alternativos, como el coste de respuesta, el tiempo fuera o la extinción.

El coste de respuesta consiste en retirar un reforzador positivo (p.ej., tiempo de ver la TV) contingentemente a una conducta, con el objetivo de reducirla o eliminarla. De la misma forma que el castigo, lo adecuado es que el o la menor conozca esta consecuencia de manera previa a su aplicación, así como que sea avisado en el momento de las razones por las cuales se consideró oportuno aplicarla. Por su parte, el tiempo fuera implica la eliminación del acceso a los reforzadores positivos durante un determinado periodo temporal, de modo contingente a la ocurrencia del comportamiento disruptivo. La forma más frecuente de ejecutar esta técnica es mediante el aislamiento, es decir, indicando al menor que, tras la emisión de la conducta, acuda a una estancia del centro con los mínimos reforzadores posibles. El objetivo es que permanezca durante un tiempo en ella tratando de bajar la intensidad emocional, para lo cual puede tener a su disposición folios, pelotas blandas, un saco de boxeo u otros recursos que permitan canalizar sus emociones. Por otro lado, la extinción consiste en eliminar los reforzadores positivos que mantenían un determinado comportamiento. Una manera de hacerlo es dejar de prestar atención ante conductas disruptivas, siempre y cuando éstas no impliquen un daño hacia uno mismo o el entorno.

Con todo, de manera previa a la aplicación de cada una de estas técnicas es fundamental que el equipo de profesionales realicéis un adecuado diagnóstico y propuesta de tratamiento, siguiendo las pautas del trabajo en red expuestas en el capítulo 4 de esta guía. La razón de esto radica en que hay técnicas que no deben emplearse ante determinadas condiciones, por ejemplo el tiempo fuera en menores que han experimentado vivencias traumáticas.

En suma, la gestión de los comportamientos disruptivos de los y las menores es una labor compleja que requiere de dedicación y planificación por parte del equipo de profesionales. En este apartado hemos presentado las estrategias que consideramos más importantes para realizar un abordaje adecuado de dichas conductas. De forma complementaria, podréis encontrar en los anexos un protocolo de actuación (apoyo conductual positivo) ante conductas problema (Anexo 7) que hemos plasmado con el objetivo de establecer un procedimiento útil y efectivo en vuestro día a día en el centro.

De manera previa a la aplicación de cada una de estas técnicas es fundamental que el equipo de profesionales realicéis un adecuado diagnóstico y propuesta de tratamiento, dado que algunas no deben emplearse ante determinadas condiciones.

3.4 Intervención en crisis

Si bien hemos planteado diversas pautas y técnicas dirigidas al manejo de comportamientos disruptivos desde una perspectiva educativa, lo cierto es que durante la convivencia en el centro pueden ocurrir determinadas situaciones que requieren de un abordaje más específico. Es por este motivo que consideramos fundamental dedicar un espacio a la intervención en las situaciones de crisis. Estas situaciones, denominadas episodios de crisis, se pueden definir como conflictos provocados por uno o varios menores, en términos de conducta desafiante, agresiva o de grave alteración de la convivencia.

Existen algunas medidas generales que previenen los episodios de crisis, ya que están dirigidas a crear un entorno seguro:

- Establecer un ambiente estructurado que ayude a predecir situaciones.
- Establecer normas y rutinas.
- Controlar o eliminar objetos peligrosos.
- Tener una relación cercana con el y la menor, basada en la comunicación.
- Estimular la comunicación entre los y las menores del centro.
- Entrenar las habilidades de gestión emocional con cada menor.
- Abordar las habilidades sociales con cada menor.

Los episodios de crisis pueden definirse como conflictos provocados por uno o varios menores, en términos de conducta desafiante, agresiva o de grave alteración de la convivencia.

Con todo, dada la importancia de estos episodios, el educador o educadora debe estar preparado para gestionarlos de manera adecuada en el caso de que se desencadenen. Para ello, su actuación debe estar fundamentada en un modelo teórico con suficiente evidencia científica. En el presente subapartado, nos centraremos en el modelo de intervención en crisis denominado intervención en el espacio vital (Life Space Crisis Intervention, LSCI), una propuesta de Long, Wood y Fecser (2001) basada en la técnica de la Entrevista en el Espacio Vital, que fue desarrollada por Fritz Redl en los años 60. Precisamente, esta intervención transcurre en el espacio de la vida cotidiana, por lo que no requiere de un escenario de psicoterapia externo al de la convivencia diaria para lograr efectos terapéuticos.

Si bien lo habitual es considerar los episodios de crisis como una amenaza que no debería ocurrir en la vida cotidiana, desde la intervención en el espacio vital se perciben como una oportunidad para propiciar cambios a nivel emocional y cognitivo en el menor. Bajo esta consideración, el educador lleva a cabo actuaciones conscientes y razonadas, dirigidas no sólo a interrumpir dicho episodio sino a producir reflexión y aprendizaje.

Antes de exponer las características principales de la respuesta ante las crisis según la intervención en el espacio vital, consideramos necesario comprender las fases de este tipo de comportamientos conflictivos.

Si bien lo habitual es considerar los episodios de crisis como una amenaza que no debería ocurrir en la vida cotidiana, desde la intervención en el espacio vital se perciben como una oportunidad para propiciar cambios a nivel emocional y cognitivo en el menor

Cuando se produce una crisis, ya sea con los educadores y educadoras o con los compañeros, lo que ocurre es que la conducta deja de ser gobernada desde un nivel racional para ser controlada por un nivel puramente emocional. A este respecto, existe un punto de salida a partir del cual comienza esta separación del nivel racional al emocional, que puede ser una reacción ante algo que es percibido por la persona como un problema, ya sea que se produzca una frustración de sus expectativas o que se perciba atacado. En definitiva, se desencadena una respuesta emotiva intensa y descontrolada. Esta explosión emocional va ascendiendo hasta alcanzar el punto de máxima intensidad y, a continuación, pasa por un punto de estabilidad o enlentecimiento en el que, aunque está lejos del nivel racional, la intensidad de las emociones va perdiendo fuerza.

Posteriormente, comienza una curva descendente de la crisis, en la que se produce un enfriamiento de las emociones y un regreso hacia niveles de control racional. De esta manera, la persona menor afronta la situación más calmada, lo que permite enfocar el episodio desde la perspectiva de solución de problemas.

Con respecto a la intervención, lo más apropiado es que los y las profesionales evitéis responder a la explosión emotiva desde un nivel emocional, puesto que esto daría lugar a una escalada de conflicto, lo que implicaría un incremento de la gravedad de la crisis y sus posibles consecuencias. Por tanto, la intervención debe ir dirigida hacia la consecución de dos objetivos: lograr que el menor retome el control desde lo racional y, una vez alcanzado esto, abordar el problema desde el diálogo, tratando de profundizar en lo ocurrido.

La intervención en el espacio vital plantea una respuesta a las crisis dividida en 7 fases, que constituyen el acrónimo **A ESCAPE** (ver resumen en Anexo 8).



Si bien existen tres premisas básicas complementarias a estas fases que deben guiar la actuación del educador o educadora: 1) garantizar la seguridad en el centro, 2) proteger al menor que experimenta la crisis y 3) solicitar ayuda en caso de que sea necesario.

A- Apartar al menor del contexto conflictivo

Esta fase tiene como objetivo principal evitar la escalada del conflicto. Para ello, es necesario frenar la fuerza del estímulo grupal, ya que el contexto grupal funciona como estímulo y refuerzo de comportamientos desafiantes. Por tanto, se trata de cambiar el escenario, trasladando al menor a un lugar tranquilo, neutro, que esté más controlado y minimice el riesgo de producir algún daño. En el centro podemos habilitar un espacio con estas características.

El traslado de chico o chica a este espacio se debe realizar de forma instruccional y empleando un tono emocional neutro. En el caso de que no sea posible, se invitará al resto de menores a desplazarse a otra estancia.

Posteriormente, cobran importancia la escucha activa, la empatía y el control emocional del educador o educadora, puesto que estos tres recursos permitirán que el niño, niña o adolescente disminuya progresivamente la intensidad emocional. Acompañarlo, emitir verbalizaciones de calma y producir silencios, contribuirá a este descenso.

Si la persona menor amenaza con autolesionarse o hacer daño a alguna persona y este riesgo es inminente, se debe intervenir empleando estrategias reactivas, esto es, un conjunto de procedimientos de manejo situacional cuyo objetivo es controlar la situación problema. Dichas estrategias, presentadas a continuación, se caracterizan por ser inmediatas a la conducta, rápidas y seguras.

- Escucha activa: detener la conducta buscando comprender el mensaje que trata de transmitir.
- Refocalización atencional: redirigir a la persona hacia alguna tarea o actividad que le distraiga.
- Retroalimentación: enfatizar el reforzamiento de las conductas adecuadas o alternativas. Recordar las consecuencias positivas que conllevan (Ej. si haces la tarea, puedes escoger hoy la película).
- Entrenamiento contingente: aprovechar la aparición de la conducta para practicar conductas alternativas.
- Control por proximidad: utilizar nuestra proximidad física para disminuir la probabilidad de aparición de la conducta problema.
- Control mediante instrucciones: emplear algún signo/palabra consensuado con la persona que le inste a controlar el comportamiento.
- Cambio de estímulos: introducir repentinamente estímulos nuevos que permitan el control inmediato de la conducta y ganar tiempo.
- Restricción física de movimientos (técnica más invasiva que sólo usaremos cuando nada de lo anterior sirve). Por ejemplo, abrazarlo por la espalda de manera que podamos bloquear sus brazos y, de esta forma, impedir que se golpee a sí mismo o a otros.

E- Explorar el punto de vista de la persona menor

Esta fase comienza cuando ya se ha producido el enfriamiento emocional que posibilita el diálogo. Lo cierto es que no siempre será fácil llegar a esta situación después de un episodio de descontrol, sin embargo, los profesionales del centro debéis destinar todos vuestros esfuerzos a propiciarla.

Para comenzar a conversar con la persona menor, es adecuado que adoptéis un tono de voz calmado, que incite confianza, y realicéis preguntas abiertas de carácter neutro (p.ej., ¿qué fue lo que ocurrió?). El objetivo es conocer la vivencia personal del chico o chica con respecto al episodio de crisis. A este respecto, se deben evitar las cuestiones dirigidas a buscar culpables o establecer la causa del conflicto.

Asimismo, para explorar las emociones experimentadas por el chico o chica, es adecuado utilizar la empatía y los mensajes espejo. Escucharle activamente y emitir mensajes del tipo “¡estabas realmente enfadado/a!” o cualquier otra descripción de los sentimientos, supone una invitación al diálogo, así como una muestra de interés y sintonía. Por el contrario, las interrupciones, interpretaciones y consejos prematuros por parte del educador o educadora generan rechazo, por lo que las debéis evitar totalmente.



S- Situar al menor ante nuestra perspectiva

Una vez superada la anterior fase, complementamos su visión de lo ocurrido con la nuestra, con expresiones como “tal y como yo lo vi, lo que ocurrió fue...”, “bajo mi punto de vista...”, “desde mi perspectiva...”. De esta manera, el o la menor podrá comprobar que ante una misma situación pueden existir diversas perspectivas, sin necesidad de que una sea la correcta y las demás estén equivocadas.

Por otro lado, es el momento de explicar la intervención que realizamos durante el episodio, en el contexto de la perspectiva que expusimos del mismo. De este modo, si fue necesaria la contención, se le indicarán las razones por las que se consideró necesario y las consecuencias positivas de la misma.

C- Conectar la conducta de la persona menor con sentimientos y otros eventos

Una vez realizada la descripción y expuestas las percepciones de cada uno de forma complementaria, esta fase trata de establecer la relación entre los sentimientos y emociones, por una parte, y las acciones, por la otra. Para ello, es adecuado recordar antecedentes y episodios similares anteriormente experimentados (si es el caso). El objetivo es analizar si tienen en común el mismo patrón y si estaban implicadas las mismas emociones descritas por el chico o chica. Asimismo, es adecuado reflexionar sobre situaciones en las que ante la misma emoción, actuó de una manera más adaptativa, valorando y enfatizando las consecuencias de dicha respuesta. Esto permite a cada menor tomar conciencia de su capacidad para gestionar las emociones de una manera adecuada, lo que contribuye a fortalecer su autoestima.

Con todo, hablar de sentimientos y emociones suele ser difícil para algunos chicos y chicas del centro. Por esta razón, debéis ayudarles en la identificación y expresión de emociones como la frustración, los celos, la envidia, el dolor... así como a relacionarlos con los comportamientos y reacciones emitidas. De esta manera, podrán conocer patrones característicos de su comportamiento (p.ej., dolor emocional-agresión) que son poco adaptativos, puesto que tienen consecuencias negativas para ellos mismos y/o los demás.

No se trata de buscar la causa del conflicto, sino de estimular el autoconocimiento, darles sentido a los comportamientos y reflexionar sobre los sentimientos subyacentes.

A- Alternativas

Esta fase se corresponde con el entrenamiento en habilidades de solución de problemas. Por tanto, consiste en ayudar al menor a buscar comportamientos alternativos ante situaciones similares a la ocurrida y ante emociones similares a la experimentada. Es fundamental que sea el propio chico o chica quien explore estas alternativas y proponga aquellas que considere adecuadas. En el caso de que tenga dificultad para ello, será el educador el que comience indicando algunos ejemplos.

Una vez se hayan expuesto diversos comportamientos alternativos, se reflexionará sobre las ventajas e inconvenientes de los mismos, teniendo en cuenta su finalidad y consecuencias. El objetivo es determinar la conducta más adecuada a la situación que desencadenó el episodio de crisis.

P- Plan para el futuro

El educador o educadora debe buscar el compromiso con el menor para actuar de manera diferente en próximas ocasiones. Por tanto, se trata de comprometer al chico o chica en el esfuerzo de no repetir el episodio de crisis, recordando la reflexión realizada en la fase de alternativas.

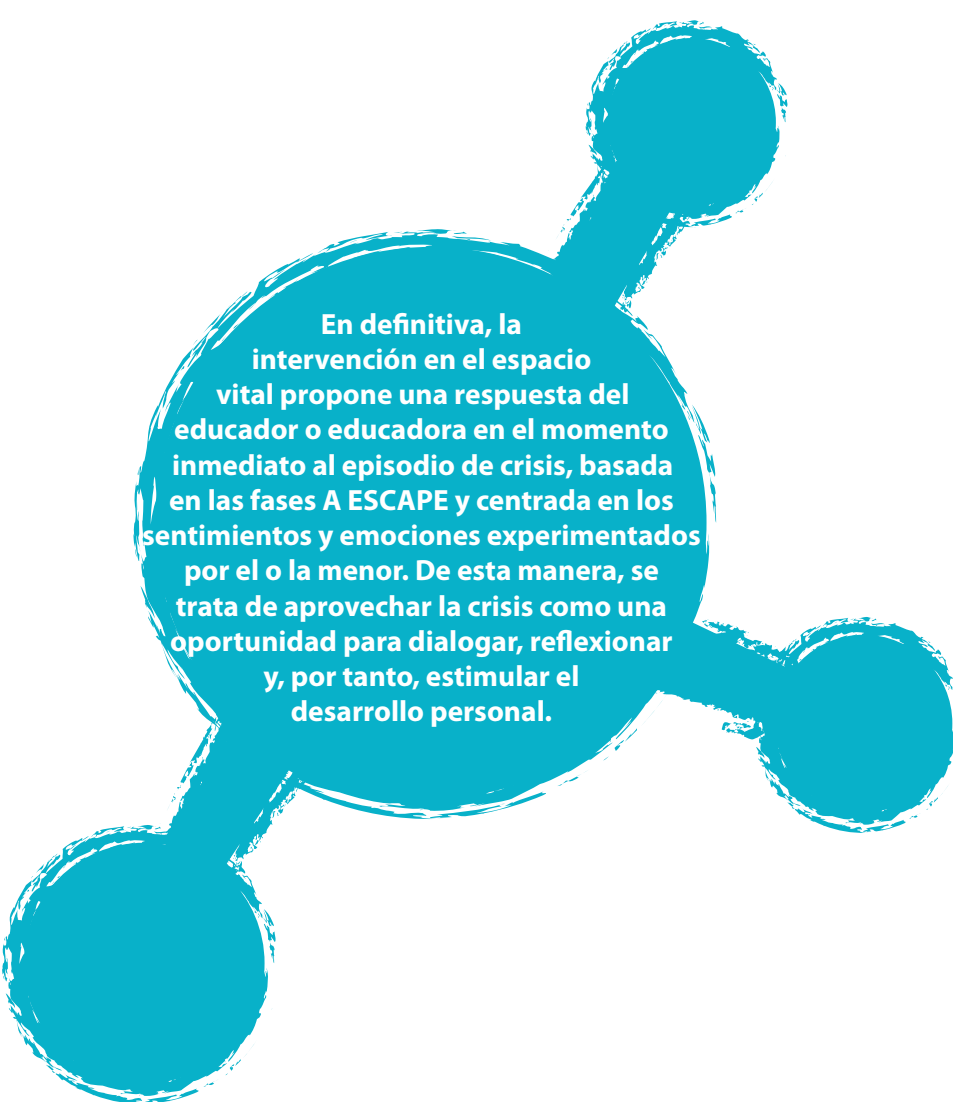
Para afianzar dicho compromiso, el profesional puede hacer uso de recursos como el contrato conductual (Anexo 9), que permite exponer por escrito lo acordado. A este respecto, se pueden establecer formas de registro por una y otra parte, así como implantar sistemas de refuerzo cuando se cumpla la meta propuesta.

Con todo, en esta fase resulta interesante ayudar al menor a desarrollar sentimientos de competencia, que estimulen la motivación por emitir comportamientos adaptativos ante las emociones experimentadas.

E- Enrolar al menor de vuelta a la rutina

La intervención debe finalizar de una manera natural, devolviendo al menor a su situación original. En el caso de que estuviera realizando una actividad en grupo, en esta fase el chico o chica se reincorpora a la misma. A este respecto, es interesante observar el comportamiento de la persona menor en su regreso al grupo, así como el de los demás integrantes, puesto que esto constituye un indicador de hasta qué punto hemos logrado nuestro objetivo.

El hecho de incorporar las fases de A ESCAPE como parte del contexto educativo, contribuirá a facilitar la vuelta al ritmo cotidiano tras un episodio de crisis, tanto para el menor que la experimentó como para el resto de personas presentes. De esta forma, se evitará que alguien del grupo realice comentarios o intente destapar de nuevo la situación de crisis.



En definitiva, la intervención en el espacio vital propone una respuesta del educador o educadora en el momento inmediato al episodio de crisis, basada en las fases A ESCAPE y centrada en los sentimientos y emociones experimentados por el o la menor. De esta manera, se trata de aprovechar la crisis como una oportunidad para dialogar, reflexionar y, por tanto, estimular el desarrollo personal.



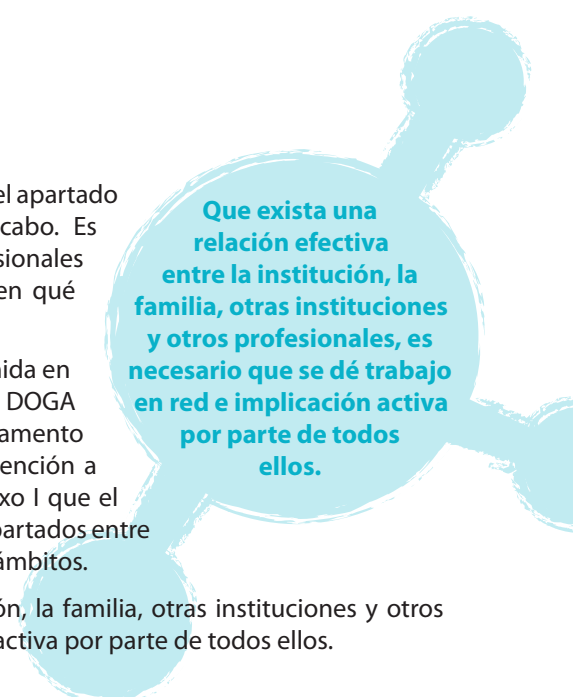
CAPÍTULO 4

TRABAJO EN RED

Las estrategias de actuación con el o la menor que se describen en el apartado anterior necesitan un equipo interdisciplinar que las lleve a cabo. Es importante que ese equipo a su vez trabaje en red con otros profesionales y con las familias. Por ello, en el presente capítulo se describe en qué consiste el trabajo en red y cómo llevarlo a cabo.

La importancia del trabajo en red en este ámbito está incluso definida en el plano legal, tal y como refleja la Orden del 1 de Agosto de 1996, DOGA nº168, por la que se regulan los contenidos mínimos del reglamento de régimen interno y el proyecto educativo de los centros de atención a menores (DOG, n.º. 168 de 28.08.1996), que especifica en su Anexo I que el proyecto educativo deberá contar por lo menos con una serie de apartados entre los que se incluye la relación educativa entre la institución y otros ámbitos.

Por tanto, para que exista una relación efectiva entre la institución, la familia, otras instituciones y otros profesionales, es necesario que se dé trabajo en red e implicación activa por parte de todos ellos.



Que exista una relación efectiva entre la institución, la familia, otras instituciones y otros profesionales, es necesario que se dé trabajo en red e implicación activa por parte de todos ellos.

4.1 Red profesional

El trabajo en red es una metodología que implica la construcción de espacios de trabajo común. Las redes son entendidas como una forma de organización social concreta que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas. Su lógica no es la de homogeneizar a los grupos sociales, sino la de contribuir a la estructuración de vínculos entre grupos con intereses y preocupaciones comunes que puedan hacer frente a las actuales situaciones de fragmentación social (Rizo, 2006).

Las redes de trabajo implican la interacción social, creando espacios sociales de convivencia y conectividad. En general son sistemas que han resultado abiertos, formales y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas (García, 2003 citado en Martínez y Azcona-Martínez, 2020). En el ámbito de la atención a la infancia, las redes de trabajo agrupan a los distintos actores que trabajan con esa población en un territorio concreto. En todo proceso de intervención social en red son imprescindibles los componentes de coordinación y trabajo en red.

El elemento coordinación se define como un trabajo en equipo que permite un proceso reintegrador capaz de aunar las partes para reorganizar el sistema formado por los profesionales y otros participantes (Aylwin et al., 1982). Por otra parte, el trabajo en equipo se contempla como una forma específica de grupo de trabajo que se organiza y dirige de manera diferente a la empleada para otros tipos de grupos formales, pero no reales. Es un conjunto de individuos que coordinan sus esfuerzos, aportan ideas y conocimientos, transfieren habilidades y toman decisiones de pleno consenso. Su variedad y aplicación es muy amplia (Pycsa, 2001).

En este sentido y pese a que ambas referencias son destacadas como elementos que operan en el trabajo en red, Castillo (2009) añade dos aspectos más que explican su nacimiento. En primer lugar, que son espacios de convivencia y actividad que nacen desde la necesidad de encuentro y búsqueda del objetivo común, dando lugar a la elaboración de acuerdos y estructuras internas para tejer la red, desde su puesta en marcha hasta la evaluación de su actividad. Por otro lado, buscan dar respuesta a nuevas realidades y situaciones de necesidad desde el plano más cercano a la población, conformando espacios de crecimiento y reflexión hacia nuevos horizontes y conocimientos planteados desde la amplia experiencia de los y las profesionales multidisciplinares que participan.

Podríamos entender la red como un espacio común de encuentro y trabajo colaborativo entre profesionales de distintos servicios que trabajan con una población común, en un territorio común. Su forma de trabajo se caracteriza por ser coordinado, colaborativo y en equipo, construyendo entre todos y todas las fórmulas de funcionamiento y aportando claves conjuntas a las nuevas situaciones de necesidad.

4.1.1 Análisis de la red social del menor

El trabajo en red funciona cuando se tienen en cuenta las necesidades del menor y la menor, pero para detectar esas necesidades es fundamental analizar la red social de los mismos.

El término red social se refiere a la estructura y cantidad de un conjunto de relaciones interconectadas (Mitchell y Trickett, 1980 citado en Tracy y Whittaker, 1999). Por su parte, una red de apoyo social constituye un conjunto de relaciones que proporcionan sustento y refuerzo al hacer frente a la vida diaria (Whittaker y Garbarino, 1983 citado en Tracy y Whittaker, 1999), aunque no todas las redes son socialmente sustentadoras, ni tienen comportamientos sociales positivos de refuerzo.

Una mayor cantidad de recursos de red social no implica necesariamente mayor apoyo social.

Por lo tanto, es importante distinguir los vínculos estructurales de la red social de los recursos o "apoyos" intercambiados dentro de la red. Una mayor cantidad de recursos de red social no implica necesariamente mayor apoyo social. Tampoco es el caso que todos los intercambios se respalden. Por esta razón, algunos autores han observado apoyo social dentro de la teoría de intercambio social (Wellman, 1981), a pesar de ser esta una forma de relación más individualista ya que son aquellas relaciones que surgen después de valorar el coste-beneficio de las mismas. Además, la percepción de que otros estarían disponibles para prestar ayuda puede ser un factor clave en la mediación del estrés (Cohen y McKay, 1984; Wethington y Kessler, 1986 citado en Tracy y Whittaker, 1999). Debido a estas complejidades, el apoyo social es visto cada vez más como una construcción multidimensional, consistente de recursos de red social, tipos de intercambios de apoyo, percepciones de disponibilidad de apoyo y destrezas en el acceso y mantenimiento de relaciones de apoyo (Heller y Swindle, 1983).

Para analizar la red social del menor y la menor se puede emplear el recurso del mapa de red social. Este recolecta información sobre el tamaño total y composición de la red, el grado en el que los miembros de la red proporcionan varios tipos de apoyo y la naturaleza de las relaciones dentro de la red, conforme los percibe la persona que completa el mapa.

el apoyo social es visto cada vez más como una construcción multidimensional, consistente de recursos de red social, tipos de intercambios de apoyo, percepciones de disponibilidad de apoyo y destrezas en el acceso y mantenimiento de relaciones de apoyo

La administración del mapa implica enumerar a los miembros de la red en cada una de las siete áreas:

1. Hogar (personas con quienes usted vive).
2. Familiares.
3. Amigos.
4. Personas del trabajo o la escuela.
5. Personas de clubes, organizaciones o grupos religiosos.
6. Vecinos.
7. Agencias u otros proveedores de servicios formales.

Para analizar la red social del menor y la menor se puede emplear el recurso del mapa de red social. Este recolecta información sobre el tamaño total y composición de la red, el grado en el que los miembros de la red proporcionan varios tipos de apoyo y la naturaleza de las relaciones dentro de la red, conforme los percibe la persona que completa el mapa.

El mapa de red social proporciona, particularmente, información sobre los siguientes aspectos del funcionamiento de la red social. Para cada aspecto se pueden calcular tanto las cifras absolutas como las proporciones; el uso de proporciones permite comparaciones entre las redes sociales de diferentes tamaños. En el Anexo 10 podemos observar el Mapa de red social y la cuadrícula de red social.

1. **El tamaño de la red:** el número total de personas identificadas en la red.
2. **El tamaño del dominio:** número/proporciones totales de personas en cada uno de los siete dominios.
3. **Disponibilidad percibida de apoyo emocional, concreto e informativo:** proporción de la red clasificada como "casi siempre" disponible para proporcionar estos tipos de apoyo.
4. **Severidad:** proporción de la red percibida como "casi siempre" crítica hacia el individuo.
5. **Cercanía:** proporción de la red percibida como "muy cercana".
6. **Reciprocidad:** proporción de las relaciones de la red en las que "la ayuda va en ambas direcciones".
7. **Direccionalidad:** proporción de relaciones de la red en las que la ayuda va principalmente del cliente a la red y proporción de relaciones de la red en las que la ayuda va principalmente de la red al cliente.
8. **Estabilidad:** duración de las relaciones (desde hace cuánto se conocen).
9. **Frecuencia:** frecuencia del contacto (cuán a menudo se ven).

4.1.2 Análisis de recursos y servicios del territorio

Una vez que conocemos la red social que rodea al menor podremos comenzar a analizar los recursos y servicios del territorio que mejor se adaptan a las necesidades de la persona.

Para el diagnóstico de la red de recursos y servicios del territorio nos basaremos en el artículo "Modelos de trabajo en red" de Ubieto (2007), que propone observar y analizar los siguientes puntos:

1. Necesidades detectadas en el territorio y referidas a familias con menores en riesgo social (económicas, laborales, sociales, escolares, personales...).
2. Demandas recibidas en los servicios y/o en otros recursos (asociaciones, ayuntamiento...) y referidas a familias con menores en riesgo social.
3. Listado de recursos existentes en el territorio con competencias asignadas referidas a familias con menores en riesgo social.

4. Análisis y valoración, uno por uno, de todos los recursos a partir de los datos y experiencia recogida (puntos fuertes, oportunidades, puntos débiles, riesgos), destacando el grado de compromiso esperable de los profesionales que intervienen en los servicios.
5. Descripción y análisis de las experiencias de coordinación institucional (entre profesionales y/o servicios) existentes (o anteriores) valorando los avances y dificultades.
6. Valoración del posible soporte institucional a un proyecto de trabajo en red (apoyo político, institucional, económico...) indicando quién podría liderar institucionalmente el proyecto y qué grado de compromiso sería esperable.

Puesta en marcha y construcción del caso

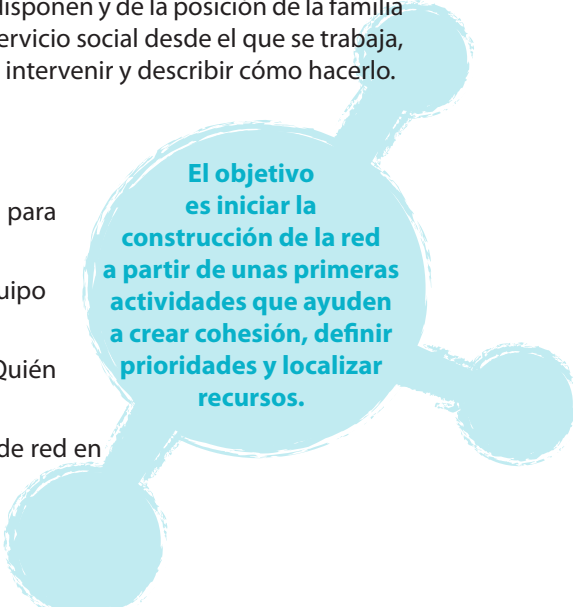
El objetivo es iniciar la construcción de la red a partir de unas primeras actividades que ayuden a crear cohesión, definir prioridades y localizar recursos.

La propuesta debe incluir, además del servicio social en el que trabajamos, el conjunto de servicios y/o profesionales que hemos definido como colaboradores iniciales por su sensibilización o bien por los antecedentes de colaboración en otras iniciativas ya realizadas o en curso.

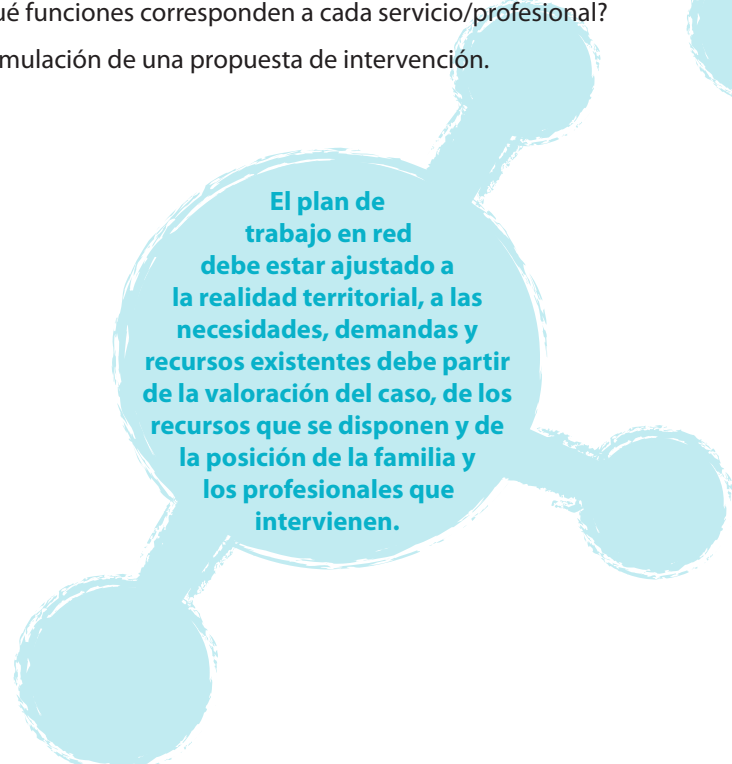
El plan de trabajo en red debe estar ajustado a la realidad territorial, a las necesidades, demandas y recursos existentes debe partir de la valoración del caso, de los recursos que se disponen y de la posición de la familia y los profesionales que intervienen. Dentro de este plan se incluirá el servicio social desde el que se trabaja, el conjunto de servicios y/o profesionales que se considera que deben intervenir y describir cómo hacerlo.

El plan de trabajo en red debe responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué motivos (aspectos positivos a trabajar) crees que justifican, para el trabajo con esta familia, su inclusión en un proyecto de red?
2. ¿Qué servicios/profesionales crees que deben componer el equipo del caso y por qué?
3. ¿Cómo plantearías la construcción de la red profesional? ¿Quién debería ser el referente del caso y por qué?
4. ¿Qué límites/resistencias pueden hacerse patentes en el trabajo de red en este caso y cómo abordarlas?
5. ¿Qué funciones corresponden a cada servicio/profesional?
6. Formulación de una propuesta de intervención.



El objetivo es iniciar la construcción de la red a partir de unas primeras actividades que ayuden a crear cohesión, definir prioridades y localizar recursos.



El plan de trabajo en red debe estar ajustado a la realidad territorial, a las necesidades, demandas y recursos existentes debe partir de la valoración del caso, de los recursos que se disponen y de la posición de la familia y los profesionales que intervienen.

4.1.3 Guía de recursos del sistema de Protección a la Infancia de Galicia

A continuación, se muestran los recursos que pertenecen al sistema de protección de menores de Galicia.

De apoyo e intervención con la familia y los menores

1. Gabinetes de orientación familiar (GOF).

Regulados por el Decreto 279/1997, de 1 de octubre, por el que se regulan los gabinetes de orientación familiar (DOG n.º 195 de 09.10.1997)

Los gabinetes de orientación familiar son equipos técnicos de carácter multidisciplinar, compuestos por profesionales del ámbito de la psicología, del trabajo social y del derecho.

Atienden problemas relacionados con procesos de conflictividad familiar, dificultades de relación entre los miembros de la familia y situaciones que impliquen un riesgo de ruptura con consecuencias desfavorables para sus integrantes, tales como conflictos conyugales, crisis paterno-filiales o conflictos con otros miembros de la familia que interfieren en la funcionalidad del núcleo familiar.

Ofrecen información sobre los recursos disponibles, formación (proporcionándoles a las familias las habilidades necesarias para que la dinámica familiar se vea fortalecida), ayuda personal y emocional, orientación y asesoramiento en la toma de decisiones, así como terapia y tratamiento.

2. Mediación familiar

Regulada por la Ley 4/2001, de 31 de mayo, reguladora de la mediación familiar (BOE» núm. 157, de 02.07.2001)

A través de la mediación familiar, una persona ajena que actúa de forma neutral, imparcial y confidencial (el mediador), facilita la comunicación entre los miembros de la familia, con el fin de que gestionen por sí mismos una solución a los conflictos que les afecten.

Con este procedimiento se favorece la búsqueda común de soluciones satisfactorias para las partes y duraderas en el tiempo, se minimiza el coste emocional que todo conflicto produce en cada miembro de la familia y se evita la instrumentalización de los demás integrantes de la familia y, en especial, de las y de los menores.

3. Puntos de encuentro familiar

Regulados por el Decreto 96/2014, de 3 de julio, por el que se regulan los puntos de encuentro familiar en Galicia (DOG n.º 114, de 01.08.2014)

Los puntos de encuentro familiar son un servicio que facilita el cumplimiento del régimen de visitas establecido por la autoridad competente entre las y los menores y sus familias cuando, en una situación de separación, divorcio, o en otros supuestos de interrupción de la convivencia familiar, el ejercicio del derecho de visitas resulta difícil o conflictivo.

La intervención profesional en el punto de encuentro puede limitarse a la supervisión de la entrega y recogida de la o del menor, cuando el régimen de visitas no se va a ejecutar en el propio centro; a poner a disposición de las familias un lugar neutral y cómodo para realizar las visitas, especialmente cuando el progenitor no dispone de vivienda en la localidad donde puedan realizarse; o bien a controlar y supervisar los contactos entre el niño o niña y la persona visitante.

También desarrollan programas psicosocioeducativos individualizados de intervención con las familias y las/ los menores, con el objeto de conseguir la normalización de las relaciones familiares, y ofrecen orientación y asesoramiento para favorecer la creación de relaciones familiares óptimas y de actitudes positivas.

4. Programas de integración familiar (PIF)

Este programa, mediante una intervención educativa, terapéutica y asistencial en los núcleos familiares, tiene un doble objetivo:

- Conseguir la integración familiar de niñas y niños separados de sus familias, especialmente los institucionalizados en un centro (reunificación familiar).
- Evitar la separación familiar y el previsible internamiento de las niñas y niños (preservación familiar)

Lleva a cabo una intervención integral que abarca las áreas de intervención psicosocial (transmitiendo estrategias que mejoren el funcionamiento personal, familiar y social), de atención infantil (para garantizar una convivencia en condiciones de seguridad y afecto para las niñas y niños), de educación familiar (para la adquisición de habilidades y hábitos de cara a cubrir las necesidades de las y los menores), de terapia familiar (para resolver problemas psicológicos, relacionales y conductuales), de inserción laboral (para facilitar la incorporación en el mercado laboral de los padres de las y los menores que permita la estabilidad económica y social del núcleo familiar), de refuerzo escolar, respiro familiar, etc.

5. Atención de día

Mediante el programa de atención de día se les presta a los y a las menores en situación de riesgo o desamparo la cobertura de sus necesidades básicas en materia de alimentación, higiene y vestido, apoyo escolar, educación en las habilidades básicas, animación planificada del tiempo libre y orientación psicoeducativa. Además, se lleva a cabo una intervención socioeducativa con la familia de manera que se favorezca su proceso de normalización.

6. Programas de evaluación y tratamiento terapéutico

Se trata de un programa de tratamiento terapéutico destinado a menores que presentan desajustes emocionales y de conducta severos, originados o relacionados con la situación de desprotección que experimentaron, con la separación de su familia originada por la situación de desamparo, o con la existencia de dificultades severas o crónicas en la convivencia dentro de su familia, también relacionadas con la situación de desprotección que sufrieron.

7. Programa de intervención ambulatoria con adolescentes

Este programa tiene por objeto la asistencia individualizada y especializada en los terrenos psicológico y socioeducativo de las y los menores que presentan perfiles caracterizados por conductas disociales, comisión de delitos, consumo de drogas, fracaso, expulsión y/o violencia escolar, pertenencia a pandillas disociales, trastornos psicopatológicos, etc.

8. Programa de inserción social-laboral MENTOR

El Programa Mentor pretende la inserción sociolaboral de jóvenes mayores de 16 años, y menores de 21 (ampliable hasta los 25 en casos excepcionales), que estén o hayan estado tutelados/as o en situación de guarda por la Xunta de Galicia, y que quieran incorporarse al mundo laboral. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de estos jóvenes por medio de un proyecto individualizado que les garantice una inserción laboral y una capacitación para la vida independiente, de manera que al conseguir la mayoría de edad puedan ser plenamente autónomos.

Los trabajos de asesoramiento y acompañamiento a la formación, búsqueda de empleo e inserción laboral se complementan con viviendas tuteladas, asistidas por personal educativo, en las que los jóvenes participantes en el programa se preparan para la vida independiente.

9. Programas de apoyo socioeducativos y de tiempo libre.

Dirigidos a menores en situación de riesgo social o desprotección, especialmente adolescentes, tienen por objeto favorecer procesos de inserción social de las y los menores y sus familias a través de una intervención socioeducativa y preventiva en diversos ámbitos: apoyo y refuerzo escolar, actividades de ocio, formación prelaboral, mediación escolar, mediación familiar e intervención comunitaria.

Para más información acerca de los recursos disponibles se puede consultar el siguiente enlace:

<https://politicassocial.xunta.gal/es/temas/familia-e-infancia/proteccion-de-la-infancia>

4.2 Trabajo con familias

Una vez recorrido y definido el mapa de recursos en red de nuestro territorio relacionado con la intervención profesional multidisciplinar del TDAH, vamos a hablar de cómo relacionarnos en el día a día de nuestro trabajo con las familias. Si bien es cierto que la relación entre profesionales del sistema de protección y las familias es universal y existen preceptos básicos aplicables independientemente de las características del caso, es también necesario tener en cuenta el componente genético del TDAH y lo que ello puede conllevar.

La probabilidad de que un niño o niña tenga TDAH si uno de sus progenitores lo tiene se encuentra en torno al 60-90%. Mientras que en sentido inverso, un familiar directo (progenitores, hermano, hermana) de un niño o niña con TDAH tiene de 2 a 8 veces más posibilidades de padecer este mismo trastorno que la población general (Faraone y Doyle, 2005). Por tanto, es probable que no sólo el niño o niña que se encuentra en el centro haya desarrollado TDAH, sino que miembros de su familia también lo presenten, lo que hace que debamos adaptar nuestra comunicación y la intervención a llevar a cabo para que el logro de metas y objetivos sea lo más eficiente posible dada la situación. Asimismo, esto hace necesario atender a ciertas particularidades de la casuística familiar con estas características como es el gran impacto que puede generar el trastorno a nivel familiar derivado de la falta de estrategias y habilidades para abordar los comportamientos disruptivos, la comunicación emocional deficiente y las consiguientes sobrecargas que ello conlleva, entre otras.

La intervención de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de sus hijos se considera una condición básica que garantiza buenos resultados. Los padres necesitan ser educados sobre la problemática de sus hijos e hijas, para lo cual son necesarios servicios de apoyo y atención no sólo destinados al menor, sino también a los padres y a la familia en general (Foley, 2011).

La familia es una agrupación humana que en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que rigen el funcionamiento de cada uno de los miembros, define su gama de conductas, facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1984), brinda elementos para el desarrollo psicosocial del sujeto y cumple funciones coterapéuticas que contribuyen significativamente en la evolución de los tratamientos y/o intervenciones. Asimismo, es importante tener en cuenta que educa a los hijos e hijas directamente, por sus intervenciones educativas intencionadas, e indirectamente, por el ambiente en el que viven diariamente. Por ello, es fundamental que exista en el interior de la familia un clima adecuado que satisfaga las necesidades de todos, a la vez que establezca interacciones participativas por medio del contacto directo (Torío López et al., 2008).

La intervención de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de sus hijos se considera una condición básica que garantiza buenos resultados.

Es probable que no sólo el niño o niña que se encuentra en el centro haya desarrollado TDAH, sino que miembros de su familia también lo presenten, lo que hace que debamos adaptar nuestra comunicación y la intervención a llevar a cabo para que el logro de metas y objetivos sea lo más eficiente posible dada la situación.

Se ha comprobado que los tratamientos aplicados por los progenitores en ambientes naturales, en los lugares y momentos en los que la conducta es realizada, son los más efectivos. Por esta razón, el entrenamiento de estos en estrategias de modificación de conducta es de vital importancia, ya que es en el ambiente familiar donde se ven reflejadas las problemáticas producto de la sintomatología propia del trastorno (Delgado Mejía et al., 2012).

El papel coterapéutico de los padres se basa en el entrenamiento en técnicas de manejo conductual, como las que hemos visto en el capítulo 3. Propuestas como esta, de adherir a la familia como un recurso indispensable en el manejo del niño con TDAH, que están avaladas en la literatura científica (Caballo y Simón, 2004), es en la actualidad una de las más importantes alternativas que pueden atenuar los síntomas del trastorno y mejorar las condiciones de relaciones del grupo familiar que lleve a dicho sistema a experimentar una mejor convivencia. Si bien los factores psicosociales no se consideran causa de este trastorno, sí se tienen en cuenta, puesto que el desarrollo de conflictos a nivel familiar presentes en niños con esta patología ha denotado el agravamiento de los síntomas o la aparición de comorbilidad a nivel conductual. Además, la aceptación del diagnóstico por parte de los progenitores es el punto de partida para que el papel coterapéutico familiar dentro del tratamiento multimodal se ejecute con eficacia.

En este sentido, entidades especializadas en el abordaje multidisciplinar del TDAH llevan años trabajando en el desarrollo de pautas de actuación que ayuden a que el tratamiento de este tipo de trastornos sea lo más eficaz posible a muy distintos niveles. Ejemplo de ello es el decálogo que a continuación podemos encontrar, que define puntos clave sobre los que orientar el trabajo con las familias y que ha sido desarrollado por la Fundación INGADA (2018); además de lo ya explicado en el capítulo 3:

1. Establecer unos límites y normas y las consecuencias de no cumplirlos.

Estos niños y niñas deben tener claro cuáles son las normas a cumplir, y para ello se tienen que fijar con antelación mediante consenso. Lo más adecuado es que estén expuestas en un lugar visible.

2. Dar la orden de manera adecuada. Para ello es importante captar la atención del niño o la niña, dar las órdenes de manera clara y concisa y de una en una, dando un tiempo prudencial para que se cumpla, supervisando de que lo hace de manera adecuada y elogiando cuando la cumple, como refuerzo positivo para consolidar el aprendizaje.

3. Prestar más atención positiva cuando obedece o cumple las normas que cuando se porta mal.

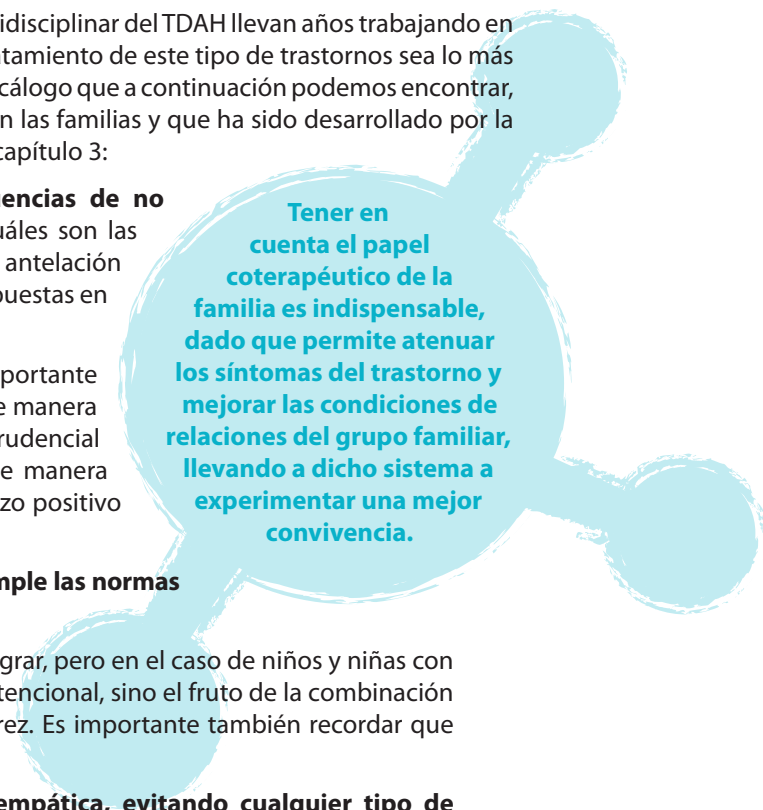
4. Desarrollar mucha paciencia. Esto es algo difícil de lograr, pero en el caso de niños y niñas con TDAH, en muchas ocasiones la mala conducta no es intencional, sino el fruto de la combinación de síntomas que no puede controlar y falta de madurez. Es importante también recordar que todo cambio requiere un tiempo.

5. La comunicación debe ser asertiva, tranquila y empática, evitando cualquier tipo de mensaje crítico ante sus fracasos e intentando ponerse en el lugar de los menores.

6. Establecer planificaciones diarias. La organización diaria del tiempo y del espacio creando rutinas será necesario para facilitar la adquisición de hábitos de autonomía en los niños.

7. Dar alternativas para que elijan dentro de unos límites. Esto ayudará a que sientan que se tiene en cuenta su opinión y se les hace responsables de sus decisiones. Por ejemplo "Vamos al parque. Puedes elegir si llevas el balón o el patinete". En la adolescencia, negociar ayuda a que chicos y chicas perciban flexibilidad y comprensión a la vez que autoridad por parte de sus padres o referentes.

8. No olvidar que los padres o tutores son sus mejores modelos a seguir, su guía en sus actuaciones día a día. Es importante que si, por ejemplo, queremos que hagan la cama, es bueno que también vea a sus cuidadores haciéndola.



Tener en cuenta el papel coterapéutico de la familia es indispensable, dado que permite atenuar los síntomas del trastorno y mejorar las condiciones de relaciones del grupo familiar, llevando a dicho sistema a experimentar una mejor convivencia.

9. Distinguir persona de conducta. No debemos olvidar que estos niños y niñas tienen la autoestima debilitada debido a todos los fracasos que han ido acumulando en su vida, por eso cuando les hagamos una crítica, esta debe ir dirigida a su conducta. Por ejemplo, le diremos: “tu cuarto está desordenado”, en vez de “eres un desordenado”.

10. Mejorar su autoestima. Es necesario compensar sus dificultades proporcionando los apoyos necesarios y haciendo hincapié en sus potencialidades. Debemos exigirles en función de sus posibilidades.

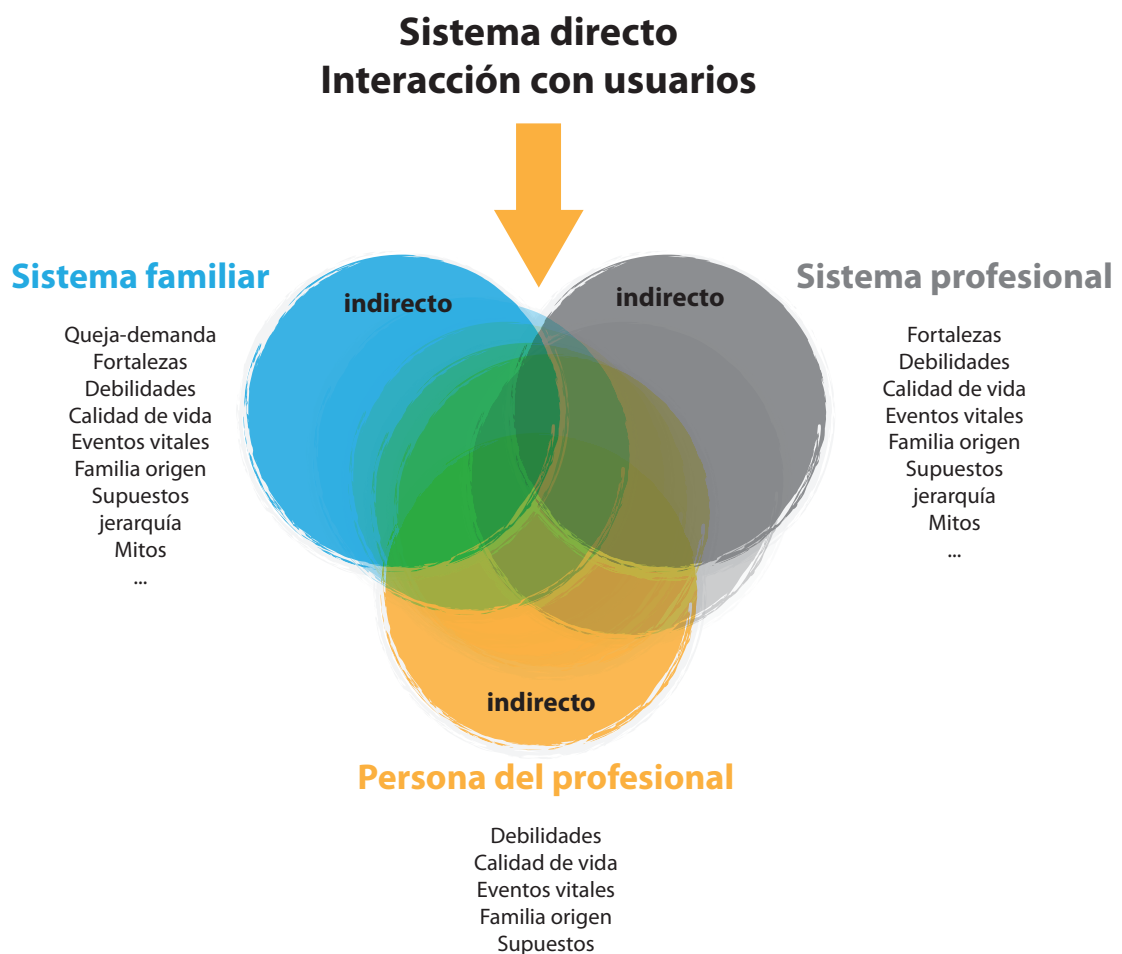
Una vez establecidos los puntos clave que nos orienten en el trabajo diario, vamos a ver qué fundamenta la intervención a nivel de sistemas, de proposición de objetivos y de intervención directa, refiriéndonos ya a constructos básicos y universales del trabajo con las familias.

4.2.1 Mapa integral del sistema de intervención

Para poder ser lo más eficientes y eficaces posible, es importante que tratemos de ampliar el foco en nuestra perspectiva para conseguir ver en su totalidad, o lo más ampliamente posible, todos los factores que forman parte del sistema de intervención. Hablamos del sistema directo de interacción con personas usuarias y todo lo que en él confluye e interactúa, tal y como refleja la figura 2.

Figura 2.

Sistema directo de interacción con usuarios. Fuente: Guía práctica para la intervención familiar. 2ª Edición ampliada. (Escudero, 2020)



4.2.2 Características generales y comunes del o la profesional

Lo esencial es conocer tus recursos bien y explotarlos adecuadamente en la labor educativa y de apoyo psicológico a los usuarios; todo el mundo tiene recursos, hay que hacer un buen trabajo en conocerlos y ponerlos a punto, saber cómo usarlos. Hay profesionales con un gran sentido del humor que saben usarlo en su trabajo; otros son muy reflexivos y emplean esa cualidad para estructurar sus entrevistas con las familias; otros son muy dinámicos y activos, creando de esta característica un recurso que gusta a las familias y genera eficacia.

También es importante conocer y mejorar aspectos que pueden tener efectos negativos, y que en cierto nivel deben evitarse, como por ejemplo, responder con autoritarismo o crispación a la falta de colaboración extrema de algunas familias, contagiarse del ambiente de tensión ante las crisis, ir demasiado rápido en el proceso de intervención y olvidar el ritmo de la familia con la que trabajas, o encariñarse mucho con alguna familia y tener dificultad para marcar un límite entre lo profesional y lo personal, como atender a una persona fuera del horario de trabajo, o aceptar involucrarse en ayudar a una familia en aspectos que se alejan de tus competencias, etc.

Lo esencial es conocer tus recursos bien y explotarlos adecuadamente en la labor educativa y de apoyo psicológico a los usuarios.

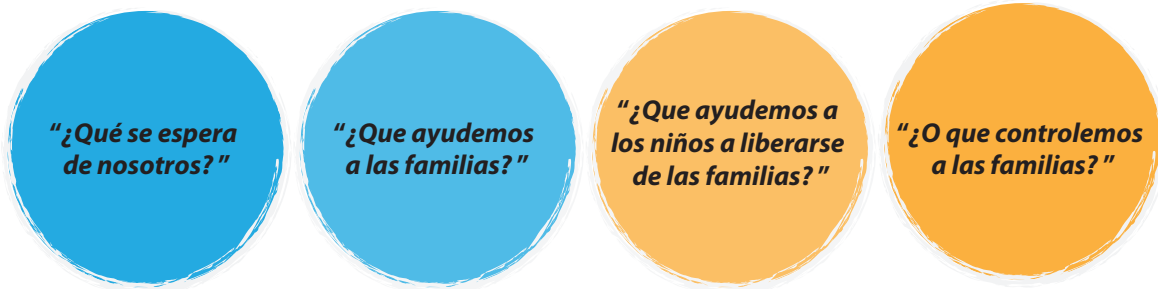
Hay algunas **características generales y comunes del profesional** de la intervención familiar en servicios sociales y de protección que son evidentes en los profesionales más expertos y eficaces:

- Una visión flexible y tolerante de la realidad.
- Optimismo y convicción sobre la capacidad de cambio de los sistemas humanos.
- Resistir bien las crisis, lo imprevisto, la ambigüedad (no necesitar cierres rápidos, saber “navegar en río revuelto”).
- No sentirse vulnerable emocionalmente con facilidad.

Sin duda hay muchos tipos de perfiles entre profesionales que trabajan ofreciendo apoyo psicológico, social y educativo a familias en los servicios sociales; no hay un perfil más adecuado que otro, hay cientos de formas de generar un equilibrio vital que permite a un educador o a una psicóloga trabajar en contextos caracterizados por las crisis y el conflicto. Pero el optimismo quizás sea una característica común dentro del amplio abanico de perfiles que puede darse. A este respecto, el optimismo es fundamental cuando se trabaja con familias que han acumulado muchas frustraciones y dificultades, puesto que generalmente tienen una visión pesimista sobre sus posibilidades de mejoría y cambio. En el proceso de intervención con familias de los servicios sociales suelen aparecer muchas dificultades sobrevenidas e inesperadas, debido a las múltiples fuentes de estrés de la familia. También son frecuentes las “recaídas” en conductas sintomáticas debido a esa situación de familia multi-estresada. Por ello, el optimismo del profesional en el proceso de intervención es fundamental.

4.2.3 Variables básicas a tener en cuenta en la intervención y relación con las familias.

Es normal que en la práctica nos surjan multitud de dudas en la interacción directa con las familias como las siguientes:



Vamos a tratar de dar respuesta a estas dudas.

4.2.3.1 Ayuda vs. Control

Este dilema o paradoja entre el control y la ayuda es en cierto modo endémico en este contexto de trabajo: tu intervención para ayudar a las familias está siempre orientada al bienestar de los menores y personas más vulnerables, pero el control social, la contención de las conductas de riesgo, está siempre presente.

Lo que se espera de los equipos de intervención familiar es que consigan ayudar al sistema familiar para que sus parámetros de vida cotidiana permitan una convivencia sin daños y sin riesgos, de forma que los menores puedan vivir en un ambiente de seguridad y afecto. Eso implica que la labor fundamental es ayudar a las familias a generar cambios; las expresiones "apoyo familiar", "apoyo terapéutico" y "apoyo educativo" pueden ser términos útiles para definir esa labor. **Lo que se espera, por tanto, de los usuarios del programa es que puedan utilizar eficientemente el apoyo profesional para producir cambios que mejoren la situación.**

Sin embargo, la pregunta que acompaña siempre esta reflexión es:

"¿y cómo hacemos eso cuando es imprescindible evitar daños a un menor y tenemos por ello que enfrentarnos a la familia?"

Quando el sistema no tiene un nivel extremo de riesgo y, por lo tanto, se puede orientar el trabajo hacia la colaboración de la familia para el cambio y hacia la potenciación de los recursos "ecológicos" del sistema familiar, los recursos propios de la familia, la clave es que el control social que ejercemos no contamine la relación de ayuda con la familia.

“La ayuda y el control han de complementarse y no contaminarse”.

Es muy importante la forma en que tú como profesional de la intervención manejes las obligaciones del sistema de control. Básicamente hay dos formas:

- Como algo que impones a las personas a las que va dirigida la intervención.
- Como una obligación que os afecta a todos, es decir, como un compromiso.

La primera forma te confiere control, quizás haga que te sientas más fuerte, se expresa en mensajes a la familia como *“no estáis cumpliendo los objetivos que establecimos, y por eso no vamos a autorizar las visitas de fin de semana del niño”*, aunque no sea éste el mensaje literal, es lo que comúnmente la familia va a percibir.

La segunda forma es la adecuada para preservar una relación de apoyo educativo y psicológico hasta el final. Te hace cercano y empático, no genera exhibición de poder y preserva tu eficacia hasta en los momentos más críticos. Se expresa en mensajes de este tipo: *“Establecimos un acuerdo para conseguir cambiar los horarios y que Manuel acudiese a las reuniones de ex-alcohólicos. La idea era que a partir de eso pidiésemos visitas para ver a Juanito (el hijo que está en un centro de protección), pero no he sido capaz de conseguir de vosotros que avancemos en eso, y veo que en mi próximo informe no voy a poder decir que hemos conseguido mucho; en realidad estoy obligado a informar que por desgracia estamos casi como al principio, ¿qué creéis que es lo que no está funcionando?”*.

Una forma de separar el control de la intervención de tipo educativo es crear ámbitos (profesionales, servicios y equipos) diferentes para ejercer esas funciones. Cuando un equipo tiene que valorar la situación de una familia y resolver que es imprescindible separar a un menor de sus padres para evitar riesgos de maltrato o abuso, se hace difícil que ese mismo equipo humano continúe o reinicie la intervención (de apoyo psicológico o educativo) posterior a la separación del menor. Incluso cuando la intervención tiene el objetivo claro y explícito de ayudar a la familia a generar cambios que posibiliten la reducción de los riesgos y la vuelta del menor a su familia.

4.2.3.2 Toma de decisiones

Finalmente, el dilema del control y la ayuda en el contexto de la intervención familiar está también relacionado con la toma de decisiones. Cuando en el trabajo con una familia hay que tomar decisiones que suponen intervenciones coercitivas y de obligado cumplimiento para las familias, es de vital importancia conocer, respetar y utilizar la jerarquía apropiada de toma de decisiones. En general, esa jerarquía puede simplificarse didácticamente en lo que llamamos un Triángulo de Responsabilidades, tal y como refleja la figura 3.

Figura 3.

Triángulo de Responsabilidades. Fuente: Guía práctica para la intervención familiar. 2ª Edición ampliada. (Escudero, 2020).



El vértice superior del triángulo lo ocupan los responsables de Protección -Sección de Protección a la Infancia-, que tiene la potestad de promover resoluciones administrativas como la guarda o tutela de un menor. Ese vértice es el que asume la responsabilidad de la toma de decisiones, tanto en el proceso de intervención como en relación al resultado y las medidas más importantes. Desde esa instancia se encargan diferentes procesos a otros programas de atención a la familia. Los otros dos vértices del triángulo los ocupan, por un lado, los programas que intervienen con la familia para producir cambios ante las situaciones de riesgo o necesidad especial -equipos del Programa de intervención familiar-, y por otro los programas o centros que tienen el cuidado y educación de los menores como objetivo principal. Cuando un menor está viviendo con su familia y escolarizado de forma regular, es el centro educativo al que acude regularmente el que ocupa ese vértice del triángulo. Cuando el menor está en una situación de acogimiento, familiar o residencial, es el centro o programa particular de acogimiento el que ocupa ese ámbito representado en el vértice del triángulo.

La coordinación entre los tres ámbitos del triángulo es fundamental; en esta coordinación debe entenderse la posición jerárquica que tiene el vértice superior que toma las decisiones importantes y “encarga” las intervenciones a los otros dos ámbitos. La coordinación entre los dos ámbitos de actuación directa de intervención es también muy importante, ya que ambos ámbitos de intervención -**vértices inferiores del triángulo**- **deben mantener un mismo objetivo y coordinar sus actuaciones en función de dicho objetivo.**

La coordinación entre los tres ámbitos del triángulo es fundamental; en esta coordinación debe entenderse la posición jerárquica que tiene el vértice superior que toma las decisiones importantes y “encarga” las intervenciones a los otros dos ámbitos.

4.2.3.3 Alianza de trabajo en el sistema profesional

Para que una intervención se pueda desarrollar de manera eficiente, es fundamental que se establezca alianza de trabajo, a diferentes niveles. Una forma de enfocar la creación de la alianza dentro del sistema profesional es aplicar a dicho sistema las mismas dimensiones referidas a la familia:

- Compartir los riesgos para garantizar la seguridad,
- Potenciar el sentido de compartir el propósito,
- Involucrar a múltiples profesionales en un plan de trabajo coordinado y
- Conectar emocionalmente en el plano personal.

Por otro lado, no siempre se dan las condiciones adecuadas para una intervención de apoyo psicoeducativo basada en los recursos de la familia. En ocasiones hay que realizar intervenciones de carácter coercitivo o de urgencia como la separación temporal de los menores del hogar familiar, o la tramitación de una solicitud de ingreso psiquiátrico de un miembro de la familia. En el contexto de los servicios de protección es importante evaluar los factores de riesgo para tomar decisiones sobre el tipo de intervención y sobre el tratamiento de la familia. Pero también es esencial conocer los recursos y fortalezas de la familia de cara a decidir sobre la planificación y el propio desarrollo de la intervención.

Por ello, es importante también conocer todo lo que tiene que ver con la estructura de recursos para el cambio, es decir, aquellos factores de protección que pueden activarse en la familia. La estructura de recursos de la familia es también el producto o interacción de factores biológicos, psicológicos, relacionales y sociales, a los que añadimos la posibilidad de conseguir alianza de trabajo con la familia para el proceso de intervención. Es decir, es la “parte sana” en la que nos enfocaremos para promover cambios, mejoras y avances en la familia por el bienestar del niño o niña.

En el contexto de los servicios de protección es importante evaluar los factores de riesgo para tomar decisiones sobre el tipo de intervención y sobre el tratamiento de la familia. Pero también es esencial conocer los recursos y fortalezas de la familia de cara a decidir sobre la planificación y el propio desarrollo de la intervención.

4.2.3.4 Alianza de trabajo con las familias

Asimismo, hay varios aspectos que de forma natural promueven las alianzas con la familia y que pueden considerarse útiles en la planificación de la intervención familiar:

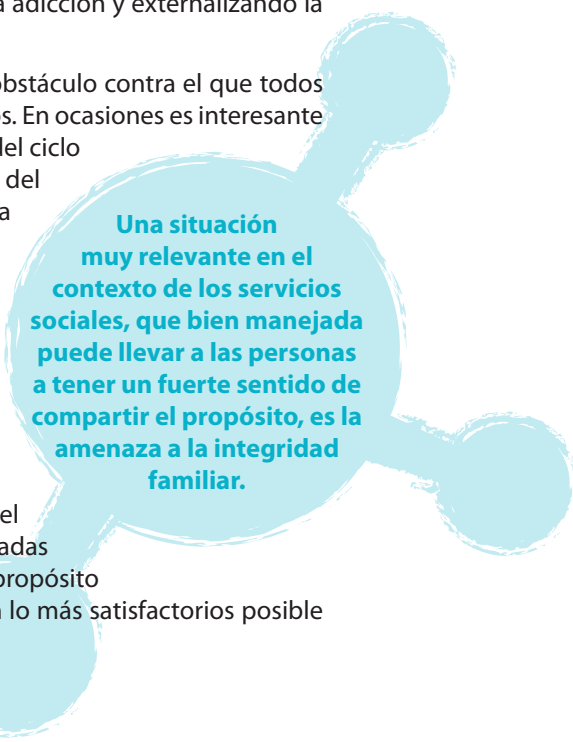
- Externalizar un enemigo común,
- Los obstáculos externos o del ciclo vital y
- Las amenazas a la integridad familiar.

Con *externalizar un enemigo común*, nos referimos a situaciones en las que los miembros de la familia piden o aceptan ayuda para tratar con algo o alguien que genera un malestar o una crisis en la familia. Por ejemplo, la familia atribuye la fuente de sus problemas a una entidad o a una circunstancia externa. Todos los que participan están de acuerdo en que hay que planificar alguna acción para enfrentarse al agente o circunstancia problemáticos, enfrentarse a esa entidad que pone en riesgo el bienestar o la seguridad familiar. Esta situación sólo es positiva si no supone una forma de buscar un chivo expiatorio que justifique la inacción de la familia. Es una forma de motivar el compromiso de la familia cuando se externaliza un problema que une a toda la familia para la lucha por mejorar la situación. Por ejemplo, sería contraproducente

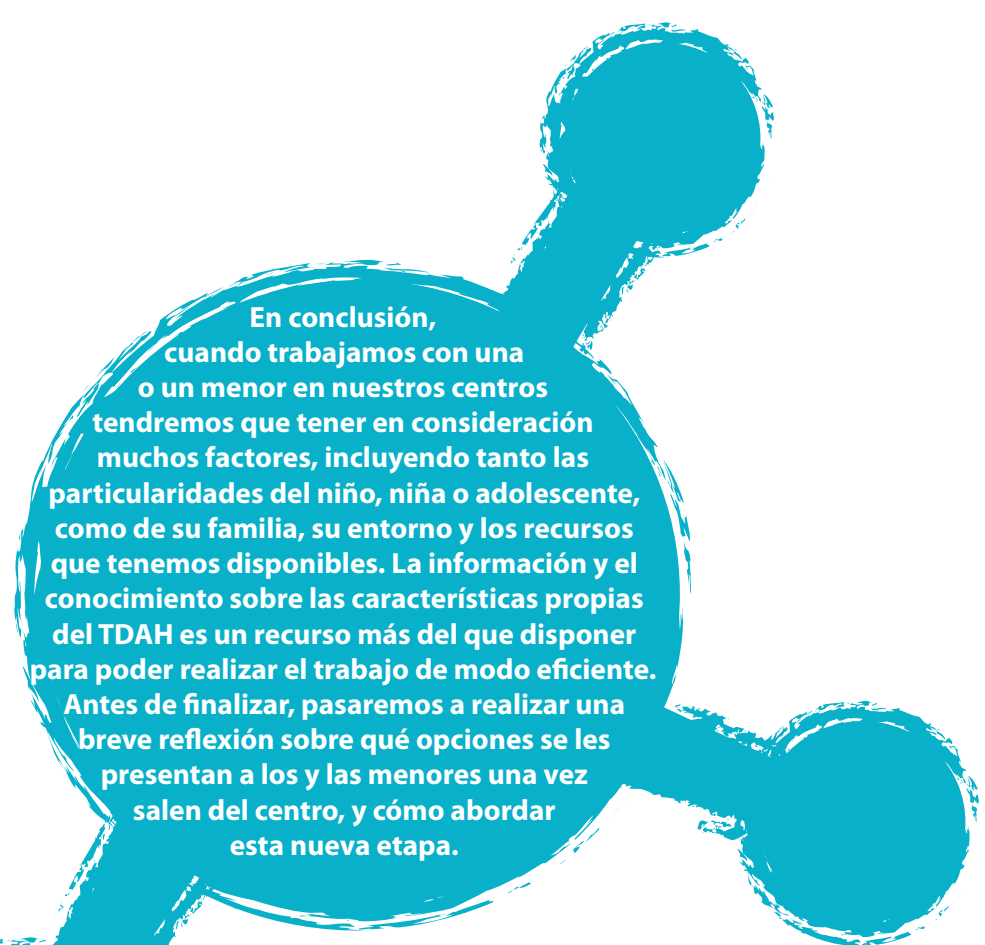
trabajar para unir a la familia contra un miembro de la misma que genera conflictividad por su adicción a las drogas. Sin embargo, sí sería interesante la unión de la familia para tratar adecuadamente el problema de adicción de ese miembro de la familia, apoyando a la persona que sufre la adicción y externalizando la adicción como foco de la lucha de toda la familia para mejorar la situación.

Cuando se consiguen definir las *dificultades graves* de una familia como un obstáculo contra el que todos deben luchar, la unión y el sentido de compartir el propósito se ven favorecidos. En ocasiones es interesante definir obstáculos que aparecen a lo largo de su trayectoria vital particular o del ciclo de vida familiar. Estos obstáculos pueden estar relacionados con el ejercicio del papel de padres, las dificultades inesperadas con los hijos adolescentes, la desestructuración de la familia ante una separación conflictiva, etc.

Una situación muy relevante en el contexto de los servicios sociales, que bien manejada puede llevar a las personas a tener un fuerte sentido de compartir el propósito, es la amenaza a la *integridad familiar*. Una circunstancia de este tipo es la posibilidad de la pérdida/separación de los hijos. También contextos traumáticos como el alejamiento de un padre o familiar que ha cometido abuso, el encarcelamiento de un miembro de la familia, etc. Igualmente, las situaciones de pérdida por fallecimiento de alguien que era un sustento importante de la familia pueden suponer una amenaza para el mantenimiento de la integridad familiar. Todas esas circunstancias, manejadas adecuadamente, pueden generar unión y por tanto sentido de compartir el propósito de la intervención entre familias y profesionales para que los resultados sean lo más satisfactorios posible acorde a las circunstancias de cada caso.



Una situación muy relevante en el contexto de los servicios sociales, que bien manejada puede llevar a las personas a tener un fuerte sentido de compartir el propósito, es la amenaza a la integridad familiar.



En conclusión, cuando trabajamos con una o un menor en nuestros centros tendremos que tener en consideración muchos factores, incluyendo tanto las particularidades del niño, niña o adolescente, como de su familia, su entorno y los recursos que tenemos disponibles. La información y el conocimiento sobre las características propias del TDAH es un recurso más del que disponer para poder realizar el trabajo de modo eficiente. Antes de finalizar, pasaremos a realizar una breve reflexión sobre qué opciones se les presentan a los y las menores una vez salen del centro, y cómo abordar esta nueva etapa.





CAPÍTULO 5

FUTURO DE LOS MENORES CON TDAH DESPUÉS DEL CENTRO

Para finalizar esta guía consideramos relevante intentar darle respuesta a la pregunta ¿qué ocurre con los y las menores una vez salen del centro? Se abordará esta cuestión desde distintas ópticas de solución de vida del menor. Debemos tener en cuenta que las situaciones que se dan son muy variadas con múltiples alternativas, sin hablar de los factores personales y sociales que incidirán en el desarrollo personal fuera del centro. Así, hablaremos de la perspectiva económica, la perspectiva académica (formativa) y la perspectiva social.

5.1 Perspectiva económica

Ir creciendo supone asumir nuevas responsabilidades y obligaciones. Entre ellas, el adolescente tendrá que comenzar a generar o recibir ingresos. Sin embargo, su situación social puede ser muy diferente a la de sus pares, por lo que existen opciones específicas, especialmente para aquellos que han vivido en un centro de reforma.

Existe un subsidio para los y las menores liberados de un centro de reforma. Este sigue las mismas características y obligaciones a las que están sujetos los mayores liberados de un encarcelamiento. Para acceder a él, la o el menor deberá haber permanecido en una medida privativa de libertad de más de seis meses y tener al menos 16 años en el momento en que haya sido liberado del cumplimiento de dicha medida. Además, deberá estar en situación de desempleo y estar inscrito como demandante de empleo. Tras salir del centro de reforma dispone del plazo de un mes para anotarse y después debe pasar un mes antes de solicitar la ayuda.

Así mismo, otra de las condiciones que se le exige es suscribir el Compromiso de actividad; así como no haber rechazado ofertas de colocación adecuada ni haberse negado a participar en acciones de promoción, formación o reconversión profesional, desde la correspondiente inscripción como demandante de empleo.

Tampoco debe tener rentas propias de cualquier tipo que sumen más del 75% del salario mínimo interprofesional (SMI), así como no tener derecho a la prestación contributiva por desempleo (“el paro”).

La duración del subsidio es de 6 meses, prorrogables hasta un máximo de 18 meses siempre que continúen manteniéndose los requisitos, siendo su cuantía igual al 80% del indicador público de rentas de efectos múltiples (IPREM). El pago se hace por meses vencidos, ingresándose en la cuenta bancaria del desempleado el día 10 del mes siguiente.

5.2 Perspectiva educativa

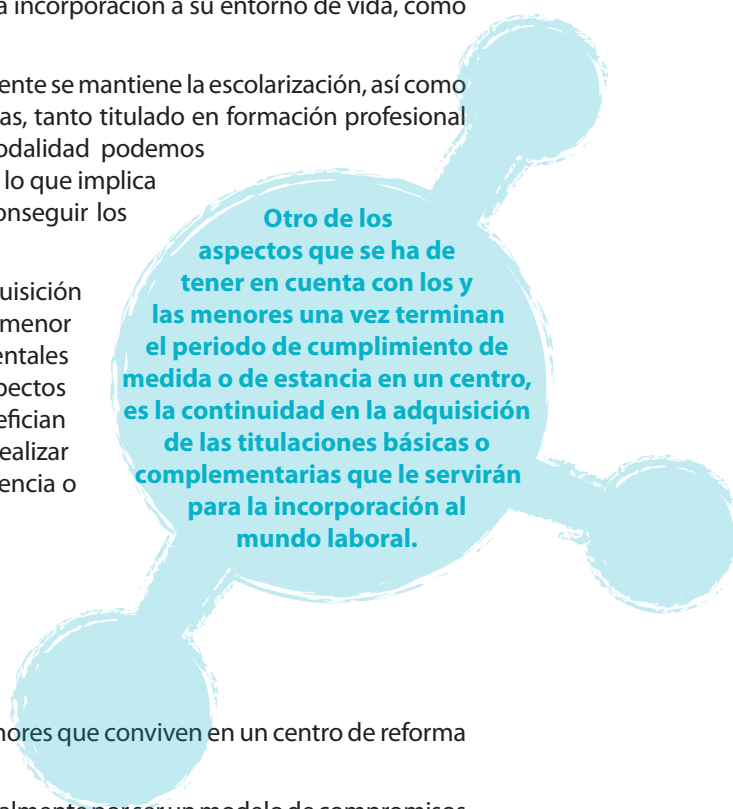
Otro de los aspectos que se ha de tener en cuenta con los y las menores una vez terminan el periodo de cumplimiento de medida o de estancia en un centro, es la continuidad en la adquisición de las titulaciones básicas o complementarias que le servirán para la incorporación al mundo laboral. Aquí debemos distinguir entre los y las residentes en los centros de reforma y aquellos en centros de protección.

En los centros de reforma se encuentran menores que han sido apartados del sistema educativo por un continuado fracaso en el mismo, con lo que a no ser que la medida sea larga en el tiempo o que el abandono del sistema educativo se haya realizado con los estudios muy avanzados, se puede afirmar que conseguir la titulación básica es una tarea muy complicada. Por lo que en muchos casos se opta por una formación más específica, inclinándose por cursos oficiales donde obtienen acreditaciones en competencias profesionales, siempre pensando en la incorporación al mundo laboral. En algunos casos se opta por la formación básica en formación profesional o la obtención de competencias básicas (bien nivel 2 o 3, según estudio alcanzados), de cara a la incorporación de formación del Servicio Público de Empleo.

En estos casos la continuación en los estudios es mínima, ya que la incorporación a su entorno de vida, como se verá en el siguiente apartado, influirá de manera negativa.

En lo relacionado con menores en centros de protección, generalmente se mantiene la escolarización, así como el objetivo de conseguir las titulaciones básicas y complementarias, tanto titulado en formación profesional ciclo formativo de grado medio como bachillerato. En esta modalidad podemos hablar de mayor éxito, porque hay una permanencia en el tiempo, lo que implica un control sobre el trabajo que está realizando el menor para conseguir los objetivos académicos marcados.

La importancia de esta etapa educativa reside, además de en la adquisición de conocimientos y la titulación correspondiente, en que el o la menor trabaja también aspectos sociales, comunicacionales, temperamentales y emocionales, así como hábitos de estudio continuado. Estos aspectos son esenciales para el desarrollo de cualquier adolescente, que benefician notablemente a la creatividad, ya que tendrá la posibilidad de realizar nuevas y mejores asociaciones mentales. Además, mejora la resiliencia o la capacidad para enfrentar los obstáculos de la vida.



Otro de los aspectos que se ha de tener en cuenta con los y las menores una vez terminan el periodo de cumplimiento de medida o de estancia en un centro, es la continuidad en la adquisición de las titulaciones básicas o complementarias que le servirán para la incorporación al mundo laboral.

5.3 Perspectiva Social

En este punto también podemos establecer la diferencia entre menores que conviven en un centro de reforma y los que conviven en un centro de protección.

Las familias de los y las menores infractores no se caracterizan generalmente por ser un modelo de compromisos y obligaciones a largo plazo, sino que la evidencia demuestra que los miembros de la familia fracasan con el cumplimiento de estas funciones, sin hablar de problemas añadidos a estos grupos familiares. Es por eso que aparecen una serie de factores de riesgo que hacen que las conductas se repitan. Entre estos podemos encontrar:

- Disciplina familiar inadecuada: castigo por actos leves, no hacer cumplir normas.
- Estilos parentales: Crianza deficiente, negligencia, sobreprotección.
- Interacción padres-hijos: Falta de cariño, pobre cohesión familiar, problemas de comunicación.

- Transmisión de valores: Confusión de valores en la familia.
- Funcionamiento familiar: Desorganización y distanciamiento, falta de normas y límites.
- Fuentes de estrés intrafamiliar: Cambio de residencia, pérdida de ingresos, bajos ingresos, empleo inestable.
- Modelado: Antecedentes delictivos en uno o varios miembros de la familia.

La socialización inadecuada, o más bien la inoperancia del sistema familiar en cuanto a sus funciones de socialización, parece por lo tanto relacionarse de forma importante con el ajuste de los hijos e hijas.

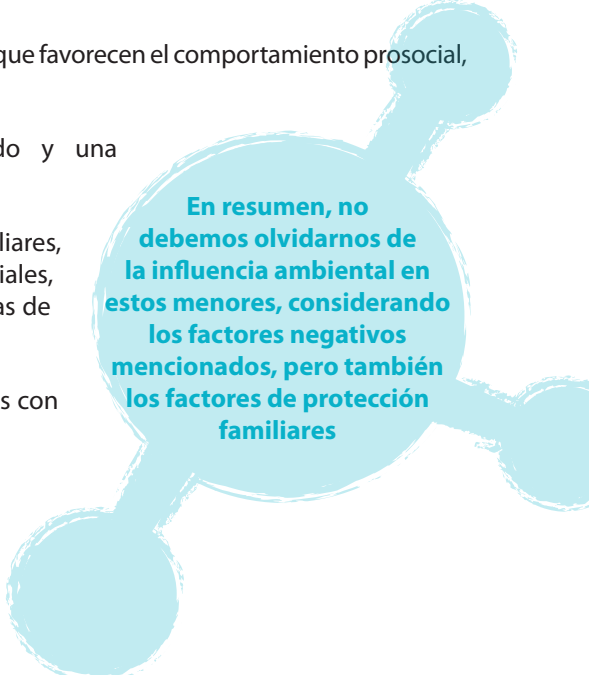
En resumen, no debemos olvidarnos de la influencia ambiental en estos menores, considerando los factores negativos mencionados, pero también los factores de protección familiares, tales como el cariño, la comunicación, la cohesión familiar, la exposición a modelos prosociales o los aspectos educativos positivos que se han mencionado a lo largo de la guía. Estos crean intolerancia hacia las conductas agresivas. Por ello, aunque a veces se consigan cambios en las perspectivas anteriores, si no se consigue un cambio en esta dimensión, se puede decir que es más probable que el o la menor vuelva a saltarse la ley.

En cuanto a los y las menores que están en reforma, es muy importante el trabajo con las familias, como ya hemos visto en el capítulo 4, con el fin de lograr una convivencia más organizada y promover el sentido del respeto hacia los demás y hacia uno mismo. La familia prepara a los y las menores para la vida en una sociedad que se rige por restricciones y obligaciones, que deberán aprender a cumplir, por el bien de todos. Las normas ayudan a poner límites claros y coherentes a los impulsos y comportamientos, así como a crear conductas sociales y saludables. Además, aumentan el autocontrol de la persona y regulan el comportamiento de acuerdo con un sistema de valores familiares. Contribuyen a desarrollar una buena autoestima y facilitan la adaptación social y emocional. En definitiva, las normas aportan consistencia a la dinámica familiar y son la manera en que se construye la vida familiar.

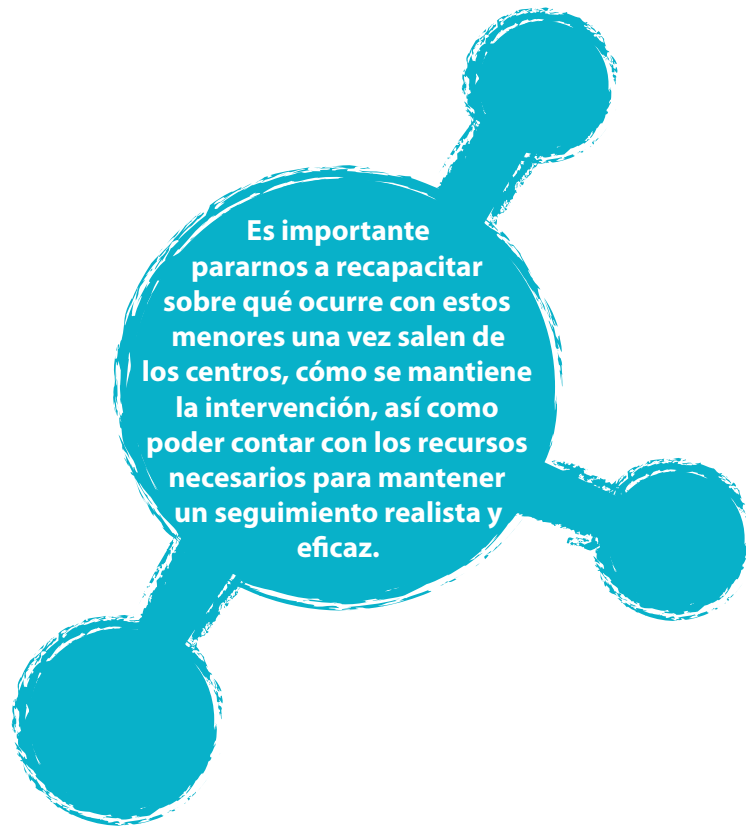
Es imprescindible para que esto funcione proporcionar herramientas a las familias, así como trabajar con los y las menores, para que la reincorporación al entorno familiar y social sea lo más exitosa posible y que el o la joven alcance los objetivos de vida que se proponga, bajo la guía y tutela de su familia, que es la que marca el sendero de vida.

Por último, en el plano social deben considerarse algunos factores que favorecen el comportamiento prosocial, entre lo que encontramos:

- Una autoestima positiva, un temperamento controlado y una orientación social positiva en el adolescente.
- El tipo de vinculación emocional del menor con familiares, maestros, otros adultos significativos y compañeros prosociales, lo que reduce significativamente la implicación en conductas de riesgo.
- Unos criterios de conducta claros y positivos de las personas con las que está vinculado el o la menor.



En resumen, no debemos olvidarnos de la influencia ambiental en estos menores, considerando los factores negativos mencionados, pero también los factores de protección familiares



En definitiva, desde la Fundación INGADA hemos elaborado esta guía con la intención de abordar los aspectos esenciales de la convivencia en un centro tanto de protección como de reforma con menores con TDAH. Sin embargo, como ya hemos recalcado a lo largo de este documento, cada persona, centro, situación, es distinta y vosotros y vosotras sois quienes mejor los conocéis y podéis ajustar las intervenciones a lo que necesitan. Desde nuestra entidad estaremos encantados de colaborar en todo aquello que consideréis útil.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- III Convenio colectivo estatal de reforma juvenil y protección de menores. (2018). Dirección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Madrid, España. 31 de octubre de 2018.
- Abrams, J. y Shapiro, M. (2014). Teaching trauma theory and practice in MSW programs: A clinically focused, case-based method. *Clinical Social Work Journal*, 42(4), 408-418.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorder, 4th Edition, text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnold L. ADHD sex difference (1996). *J Abnorm Chil Psychol*, 24: 555-69
- Aylwin, Jiménez y Quesada. 1982. Un enfoque operativo de la metodología del trabajo social.
- Aylwin, N., Jiménez, M. y Quesada, M. (1982). Un enfoque operativo de la metodología del trabajo social (2.a ed.). Editorial Humanitas. Disponible en: <https://formulaciondeproyectosociales.files.wordpress.com/2018/01/un-enfoque-operativo-de-la-metodologia-de-trabajo-social.pdf>
- Bados, A., y García, E. (2011). Técnicas operantes. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes>, 20, 2011.
- Barkley R.A., Knouse L.E. y Murphy K.R. (2011). Correspondence and disparity in the self- and other ratings of current and childhood ADHD symptoms and impairment in adults with ADHD. *Psychol Assess*; 23(2): 437-46.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... y Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J. y Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 78-87.
- Bisquerra, R. (Coord.) (2011). Educación emocional. Propuesta para educadores y familias. Desclée.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2004). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castillo, R. (2009). El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. *Zerbitzuan*, 46, 149-162.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-13.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Constitución Española (1978). Art. N°39. Congreso de los Diputados. Recuperado de <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&fin=52&tipo=2>

- Convenio colectivo estatal de acción e intervención social, de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo. Boletín Oficial del Estado, 158, sec. III. Otras disposiciones, 3 de julio de 2015, páginas 54664 a 54721. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-7435
- Coolidge FL, Thede LL, et al. (2000). Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioural disorders and executive function deficit: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol* 17: 273-287.
- DECRETO 279/1997, de 1 de octubre, por el que se regulan los gabinetes de orientación familiar. Diario Oficial de Galicia. Jueves, 09 de octubre de 1997, num 195, pp. 9840. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1997/19971009/AnuncioC0CE_es.html
- DECRETO 96/2014, del 3 de julio, por el que se regulan los puntos de encuentro familiar en Galicia. Diario Oficial de Galicia. Viernes, 1 de agosto de 2014, num 145, pp. 33111. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2014/20140801/AnuncioCA05-160714-0012_es.html
- Del Corral, 2003; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008.
- Del Valle, J. F., Sainero, A. y Bravo, A. (2011). Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud.
- Delgado Mejía, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y, Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 45-51.
- Diputación de Alicante. (2013). La construcción de un proyecto de trabajo en red en la atención a la infancia, adolescencia y familia. (Vol. 1). Disponible en: <http://gfw.diputacionalicante.es/repo/rec/538/La%20construcci%C3%B3n%20de%20un%20proyecto%20de%20trabajo%20en%20red.pdf>
- Dongil, E. y Cano, A. (2014). Guía de autoayuda sobre tipos de intervención para manejar las emociones. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_autoayuda_para_manejar_las_emociones.pdf
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennett, S. M. y Barlow, D. H. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes. Pirámide.
- Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Disabilities*. Cambridge: University Press.
- Encuesta Nacional de Salud (ENSE). (2017). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Escobar R, Soutullo CA, Hervás A, Gastaminza X, Polavieja P. y Gilaberte I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/ hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. Sep; 116(3): 364-369.
- Escudero, V. (2020). Guía práctica para la intervención familiar. 2ª Edición ampliada. Coord.: M. C. Loma Rodríguez. Junta de Castilla y León: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Faraone, S.V. y Doyle, A.E. (2005). Genetic influences on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biology Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49.
- Fuller-Thomson, E., Mehta, R. y Valeo, A. (2014). Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(2), 188-198.

- Fundación INGADA (2018). Guía de asesoramiento familiar. Eds.: Xunta de Galicia, Consellería de Política Social y Fundación INGADA.
- García, T. F., y de León Romero, L. P. (2019). Trabajo social individualizado: metodología de intervención. Alianza Editorial.
- Goldsmith, H. y Davidson, R. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*, 75, 361-365.
- González R. y Villanueva L. (Coords.), Recursos para educar en emociones: de la teoría a la acción. Pirámide.
- Guerrero, R. (2016). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad. (L. Cúpula, Ed.) Barcelona: Planeta.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (2010). Guías de Práctica Clínica del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España.
- Harold GT, Leve LD, Barrett D, Elam K, Neiderhiser JM, Natsuaki MN, Shaw DS, Reiss D y Thapar A. (2013) Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry* 54(10):1038-46. doi: 10.1111/jcpp.12100.
- Heller K. y Swindle R.W. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. En RD Felner, LA Jason, JN Moritsugu y SS Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research & Practice in Community Intervention* (pp.87-103). New York: Pergamon Press.
- Kliethermes, M., Schacht, M. y Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 339-361.
- Larsson C, et al. (2011) Flux balance analysis for ethylene formation in genetically engineered *Saccharomyces cerevisiae*. *IET Syst Biol* 5(4):245-51
- Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción acogimiento familiar y otras formas de protección.
- Ley 4/2001, de 31 de mayo, reguladora de la Mediación Familiar. 2 de julio de 2001. BOE. núm. 157, pp. 23425-23429.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P. y Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and psychopathology*, 23(2), 397-410.
- Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S y Singh KP. Factor associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr*. 2012; 12:50.
- Lipschitz, D. S., Morgan III, C. A. y Southwick, S. M. (2002). Neurobiological disturbances in youth with childhood trauma and in youth with conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 149-174.
- Long, N. J., Wood, M. M. y Fecser, F. A. (2001). *Life Space Crisis Intervention: talking with students in conflict* (2nd ed.). PRO-ED, Inc.
- Marcía A. D. (2012). TDAH en la infancia y la adolescencia: concepto, evaluación y tratamiento.
- Martínez Virto, L. y Azcona-Martínez, A., (2020). Trabajo en red como metodología de intervención con la infancia y adolescencia: claves para su consolidación. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*. 18, 37-59. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/issue/view/972/318>
- Mattox, R. y Harder, J. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Diverse Populations. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24(2), 195-207.



- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Mitchell, R. E. y Trickett, E. J. (1980). Task force report: Social networks as mediators of social support. *Community mental health journal*, 16(1), 27-44.
- Music G. (2013). Top down and bottom up: Trauma, executive functioning, emotional regulation, the brain and child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*. 40:1, 3-19.
- Observatorio de la Infancia. (2021). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia*. Vol. 23. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio de la Infancia. (2021b). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a personas menores de edad en conflicto con la Ley*. Vol. 20. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- ORDEN de 1 de agosto de 1996, por la que se regulan los contenidos mínimos del Reglamento de régimen interior y el proyecto educativo de los centros de atención a menores. *Diario Oficial de Galicia*. Miércoles, 28 de agosto de 1996, núm 168, pp. 8042. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1996/19960828/AnuncioDFB6_es.html
- Pérez, M. R. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Posner J, Polanczyk GV y Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder (2020). *Lancet* 8;395(10222):450-462. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33004-1. Epub 2020 Jan 23.
- Psyca. (2001) *Formando el equipo perfecto*. Material de estudio del curso: *Formando el equipo perfecto*. Bilbao, Psyca.
- Ramos-Quiroga, J. A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 44(Supl 3), S51-2.
- Redl, F. (1959). The concept of the life space interview. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29(1), 1-18.
- Redl, F. (1959). The life space interview: Workshop, 1957: 1. Strategy and techniques of the life space interview. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1959.tb00163>.
- Redl, F. (1966). The life-space interview: Strategy and techniques. When we deal with children. New York, 35-67.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C., y Artigas-Pallares, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol*, 42(Supl 2), S83-S88.
- Rizo López, A. E. (2006) ¿A qué llamamos exclusión social? *Polis. Revista Latinoamericana*, (15).
- Rizo, M. (2006): *Redes. Una aproximación al concepto*. Ponencia recogida en el III Encuentro Internacional de Promotores y Gestores Culturales, Guadalajara, 2005, editadas por la Coordinación de Patrimonio Cultural, Desarrollo y Turismo del CONACULTA con el título *Gestión cultural: planta viva en crecimiento*, Dirección General de Vinculación Cultural del Gobierno de México. Disponible en: gob.mx/capacitacioncultural/b_virtual/tercer/13.pdf
- Siegfried, C. B. y Blackshear, K. (2016). *Is it ADHD or child traumatic stress? A guide for clinicians*.
- Sotullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDA-H*. Ed. Médica Panamericana.
- Specht, H. y Specht, R. (1986). Social Work Assessment: Route to Clienthood—Part I. *Social Casework*, 67(9), 525-532.
- Szymanski, K., Sapanski, L. y Conway, F. (2011). Trauma and ADHD — Association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 51-59.
- Torío López, S., Peña Calvo, J.V. y Rodríguez Menéndez, M. C. (2008). *Estilos Educativos Parentales*. Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.

- Tracy, E. M. y Whittaker, J. K. (1999). El Mapa de la Red Social: Evaluación del Apoyo Social en la Práctica Clínica. Material sin publicar: USA. Disponible en: <https://www.dropbox.com/sh/ixuoyhl456vjd74/AABPBzGm0ox58qZkE5mheJUla?dl=0&preview=El+Mapa+de+Red+Social.doc>
- Ubieto, J. R. (2007). Modelos de trabajo en red. Educación social: Revista de intervención socioeducativa. Educación social, núm. 36 pp. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/111162/28255/00920073002095.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. y Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5. Unpublished manuscript. Verfügbar unter: http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf (Zugriff: 20.5. 2011).
- Wellman, B. (1981). Applying analysis to the study of support. En B. H. Gottlieb (Ed.). Social Networks and Social Support. London: Sage.
- Wellman, B. (1983). Network Analysis: Some Basic Principles. Sociological Theory, 1, 155–200. <https://doi.org/10.2307/202050>
- Wethington, E. y Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social behavior, 78-89.
- Whittaker, J. K. y Garbarino, J. (Eds.). (1983). Social support networks: Informal helping in the human services. Transaction Publishers.
- Wolraich, M., Wibbelsman, C., Brown, T. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A review of the Diagnosis.
- World Health Organization (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th edition).
- Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar. Dirección Xeral de Familia e Inclusión. (2013). Guía de recursos del sistema de protección de menores. Consellería de Traballo e Benestar. Dirección Xeral de Familia e Inclusión. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/xeral/guia_menores_castellano.pdf.

ANEXOS



Anexo 1a. Criterios diagnósticos TDAH según DSM-V

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad

Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad

Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a) Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
- f) Con frecuencia habla excesivamente.
- g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.



B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Anexo 1b. Criterios diagnósticos TDAH según CIE-11

Características esenciales (obligatorias):

Un patrón persistente (p. ej., al menos 6 meses) de síntomas de falta de atención y/o una combinación de síntomas de hiperactividad e impulsividad que está fuera de los límites de la variación normal esperada para la edad y el nivel de desarrollo intelectual. Los síntomas varían según la edad cronológica y la gravedad del trastorno.

Inatención

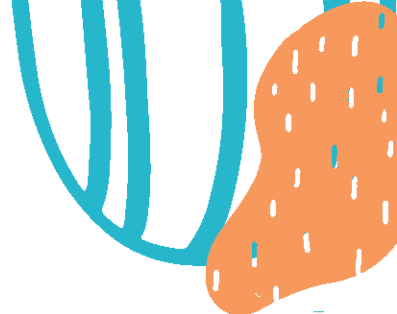

Varios síntomas de falta de atención que son persistentes y lo suficientemente graves como para tener un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, laboral o social. Los síntomas suelen ser de los siguientes grupos:

- Dificultad para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensa o que requieren un esfuerzo mental sostenido; falta de atención al detalle; cometer errores por descuido en las tareas escolares o laborales; no completar las tareas.
- Se distrae fácilmente con estímulos extraños o pensamientos no relacionados con la tarea en cuestión; a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente; frecuentemente parece estar soñando despierto o tener la mente en otra parte.
- Pierde cosas; es olvidadizo en las actividades diarias; tiene dificultad para recordar completar las próximas tareas o actividades diarias; dificultad para planificar, administrar y organizar el trabajo escolar, las tareas y otras actividades.



Hiperactividad impulsividad

- Varios síntomas de hiperactividad/impulsividad que son persistentes y lo suficientemente graves como para tener un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, laboral o social. Estos tienden a ser más evidentes en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. Los síntomas suelen ser de los siguientes grupos:
 - actividad motora excesiva; deja el asiento cuando se espera que se quede quieto; a menudo corre; tiene dificultad para sentarse quieto sin moverse (niños más pequeños); sensación de inquietud física, sensación de incomodidad al estar quieto o sentado (adolescentes y adultos).
 - Dificultad para participar en actividades en silencio; habla demasiado.
 - Suelta respuestas en la escuela, comentarios en el trabajo; dificultad para esperar su turno en conversaciones, juegos o actividades; interrumpe o se entromete en otras conversaciones o juegos.
 - Una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos sin deliberar o considerar los riesgos y las consecuencias (p. ej., participar en comportamientos con potencial de daño físico, decisiones impulsivas, conducción imprudente)



Evidencia de síntomas significativos de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad antes de los 12 años, aunque algunas personas pueden buscar atención médica por primera vez más tarde en la adolescencia o en la edad adulta, a menudo cuando las demandas superan la capacidad del individuo para compensar las limitaciones.

Las manifestaciones de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad deben ser evidentes en múltiples situaciones o entornos.

Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental.

Los síntomas no se deben a los efectos de una sustancia en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de abstinencia, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso.

Anexo 2. Diario emocional

Emoción

Sensaciones físicas

Pensamientos

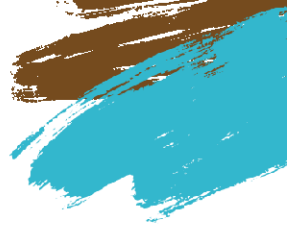

Lunes

Martes



Miércoles

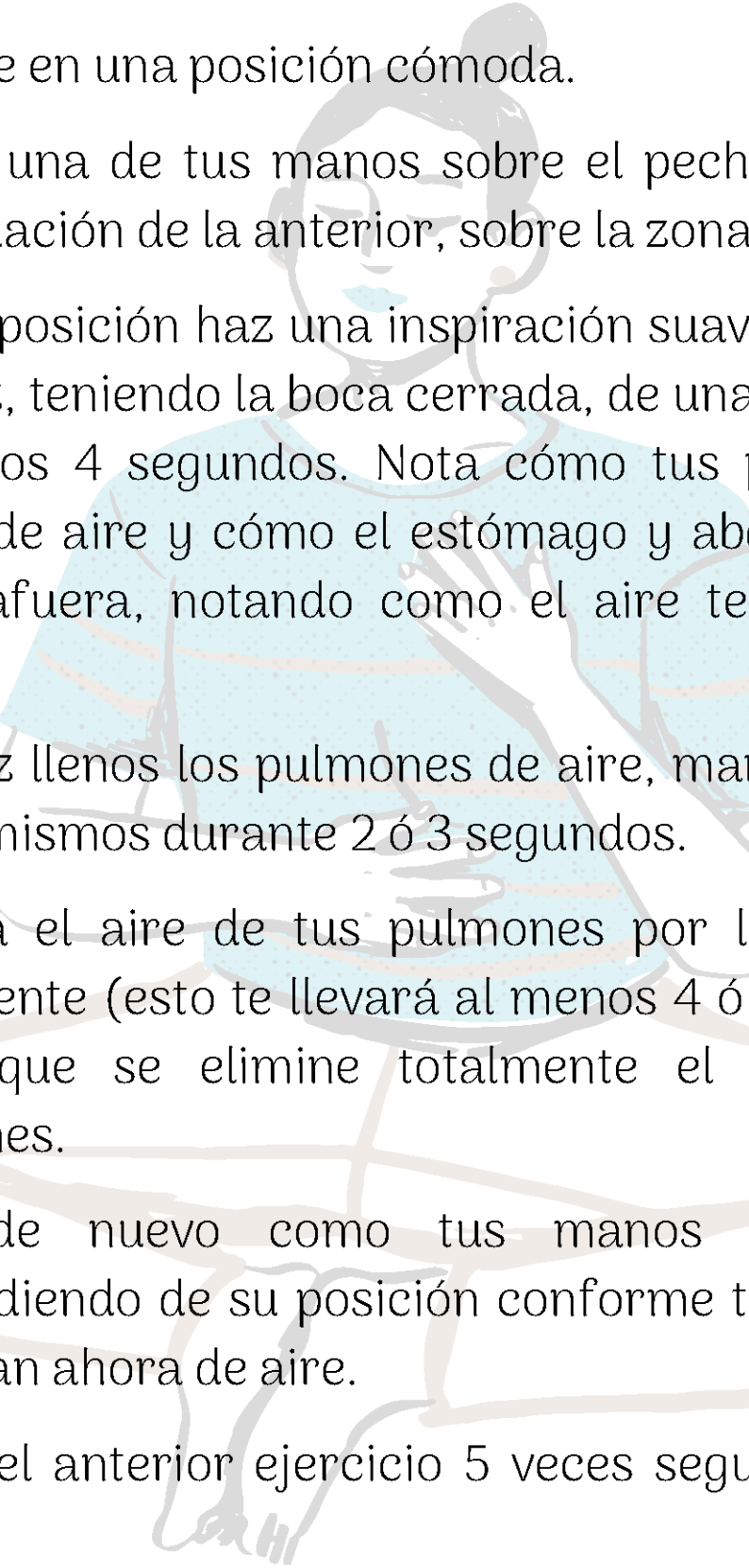
Jueves

Viernes



Anexo 3. Técnica de respiración diafragmática



- 
- 1 Siéntate en una posición cómoda.
 - 2 Coloca una de tus manos sobre el pecho. La otra, a continuación de la anterior, sobre la zona abdominal.
 - 3 En esa posición haz una inspiración suave y lenta por la nariz, teniendo la boca cerrada, de una duración de al menos 4 segundos. Nota cómo tus pulmones se llenan de aire y cómo el estómago y abdomen salen hacia afuera, notando como el aire te empuja tus manos.
 - 4 Una vez llenos los pulmones de aire, mantén ese aire en los mismos durante 2 ó 3 segundos.
 - 5 Expulsa el aire de tus pulmones por la boca muy lentamente (esto te llevará al menos 4 ó 5 segundos) hasta que se elimine totalmente el aire de tus pulmones.
 - 6 Nota de nuevo como tus manos se mueven, descendiendo de su posición conforme tus pulmones se vacían ahora de aire.
 - 7 Repite el anterior ejercicio 5 veces seguidas de este modo.

Anexo 3. Técnica de relajación muscular progresiva

Se trabajan distintos grupos musculares paso a paso tensando y relajando: tensión 5-10 segundos y relajación 15 segundos

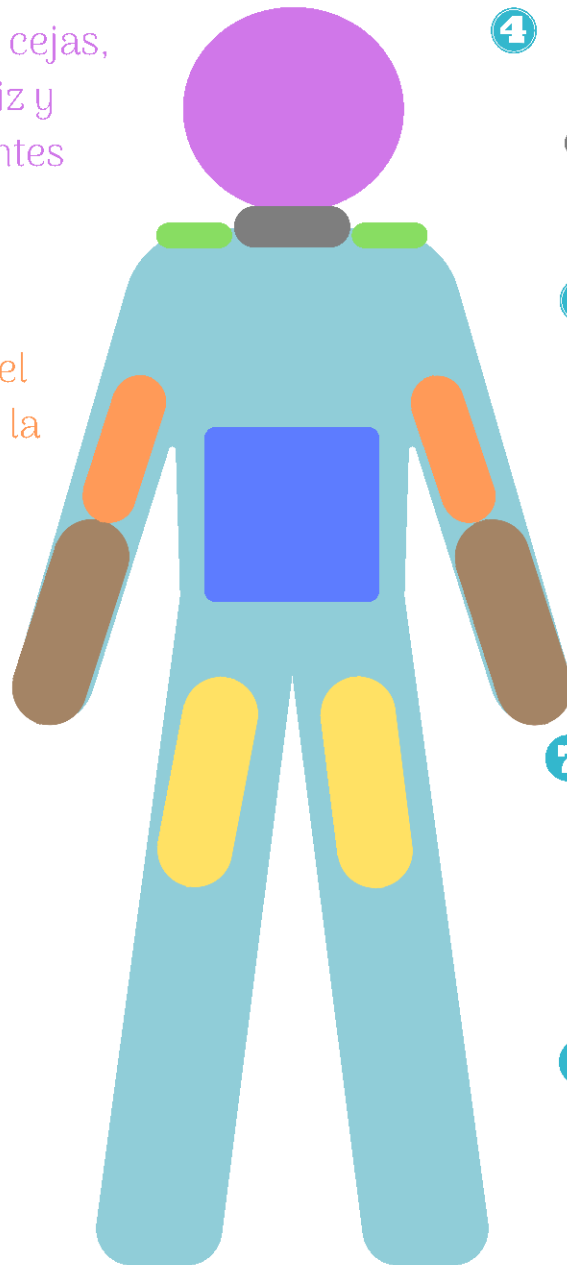
③ La cara subiendo las cejas, arrugando la nariz y apretando los dientes

④ El cuello empujando la barbilla hacia el pecho evitando que se toquen

② Los bíceps empujando el codo contra el brazo de la silla.

⑤ La espalda con los hombros hacia atrás tratando de juntar los omóplatos

⑥ El abdomen apretándolo



① Las manos y antebrazo cerrando el puño

⑦ La parte superior pierna estirándola y levantándola unos centímetros

⑧ Las pantorrillas estirando los dedos del pie hacia arriba.

IMPORTANTE

- Tensa al máximo
- Relaja los músculos lentamente
- Sincroniza la respiración: inspira al tensar y expira lentamente al relajar
- Presta atención a cada grupo muscular

Anexo 4.

Lista de recursos para recuperar el bienestar

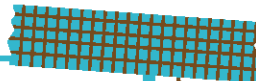
Anota en cada uno de estos post-it aquellas actividades, personas, animales, objetos, etc., que te permiten recuperar tu estado de bienestar



Para divertirme



Para cuando me siento triste



Para cuando me siento enfadado/a

Para cuando me siento estresado/a



Anexo 5. Fases de actuación ante las conducta problema

Fase 1. Identificar las conductas problemáticas

Descripción de cada conducta problema.
Frecuencia, intensidad y en qué contexto se producen.
Evolución y desarrollo de la conducta en el tiempo.

Fase 2. Establecer un orden de prioridad

Para identificar la conducta problema que requiere de una evaluación e intervención más inmediata, podemos preguntarnos:

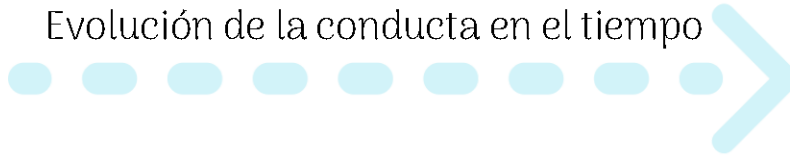
- 1-¿Es una amenaza para la vida o la integridad física de la persona? ¿y para los demás?
- 2-¿Dificulta el proceso inclusivo de la persona? ¿y el de las otras?
- 3-¿Causa daños materiales?
- 4-¿Empeorará la conducta si no hay una intervención inmediata?
- 5-¿Dificulta que otras personas acepten a quien presenta dicha conducta?

Anexo 5. Fases de actuación ante las conducta problema

Fase 1.

Identificar las conductas problemáticas. Ejemplo:

Evolución de la conducta en el tiempo



| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Contexto (situación, personas) | | | | |
| Intensidad del 0 al 10 | | | | |
| Frecuencia Día, horas en que se produce | | | | |
| Conducta | | | | |

Anexo 5. Fases de actuación ante las conducta problema

Fase 1.

Identificar las conductas problemáticas. Ejemplo:

| Conducta Problema | 10:00h - 13:00h | 13:00h - 16:00h | 16:00h - 20:00h | 20:00 - 10:00h | Total por tipo de conducta |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------------------|
| Golpear mobiliario | XXX | | X | | 4 |
| Salir del taller/actividad | XX | | X | XX | 5 |
| Total por periodo del día | 5 | | 2 | 2 | 9 |

Fases de actuación ante las conducta problema

Fase 3. Realizar un análisis funcional multicomponente

El análisis funcional tiene como objetivo la comprensión de la persona en su contexto. Para ello, se tendrá en cuenta:

- a) Factores que influyen en la aparición de la conducta (sin ser antecedentes)
- b) Condiciones que se relacionan con la conducta y su contexto:
 - Factores de vulnerabilidad: factores sociales, aspectos familiares, factores psicológicos, condiciones médicas
 - Reforzadores (mantenedores de la conducta): por ejemplo, condiciones físicas favorables como juguetes o comida, reforzadores sociales como la atención, factores psicológicos tales como el refuerzo positivo asociado al sentimiento de autovalía, conductas autolesivas para obtener placer o enmascarar otro dolor subyacente.

Fase 4. Generar hipótesis

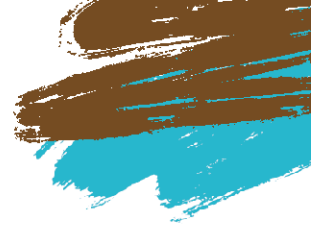
Elaboración de hipótesis sobre las posibles causas de la conducta problema. Implica el análisis y establecimiento de relaciones que permiten conocer los procesos que originan y mantienen la conducta problemática. Nos permite conocer cuándo ocurre y con qué finalidad (es posible que una misma conducta tenga múltiples funciones).

Fases de actuación ante las conducta problema

Fase 3.

Realizar un análisis funcional multicomponente

| | | | |
|--|--|--|--|
| Consecuencia Qué se hace. Resultado positivo o negativo | | | |
| Antecedente: Personales (Estado emocional, malestar físico, hambre, sueño) Circunstancias (hacer una tarea, recoger, decirle que no, cambio de rutina, etc.) | | | |
| Conducta Tipo (describir la conducta) Función (evitar, conseguir algo, estimulación, etc.) | | | |
| Momento (hora del día) y contexto (dónde) | | | |



Anexo 6. Contrato conductual

Fecha: _____

| Contrato conductual entre | |
|---------------------------|---------|
| _____ | y _____ |
| Yo _____ me comprometo a: | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

Contrato vigente desde el día:

Firmado:

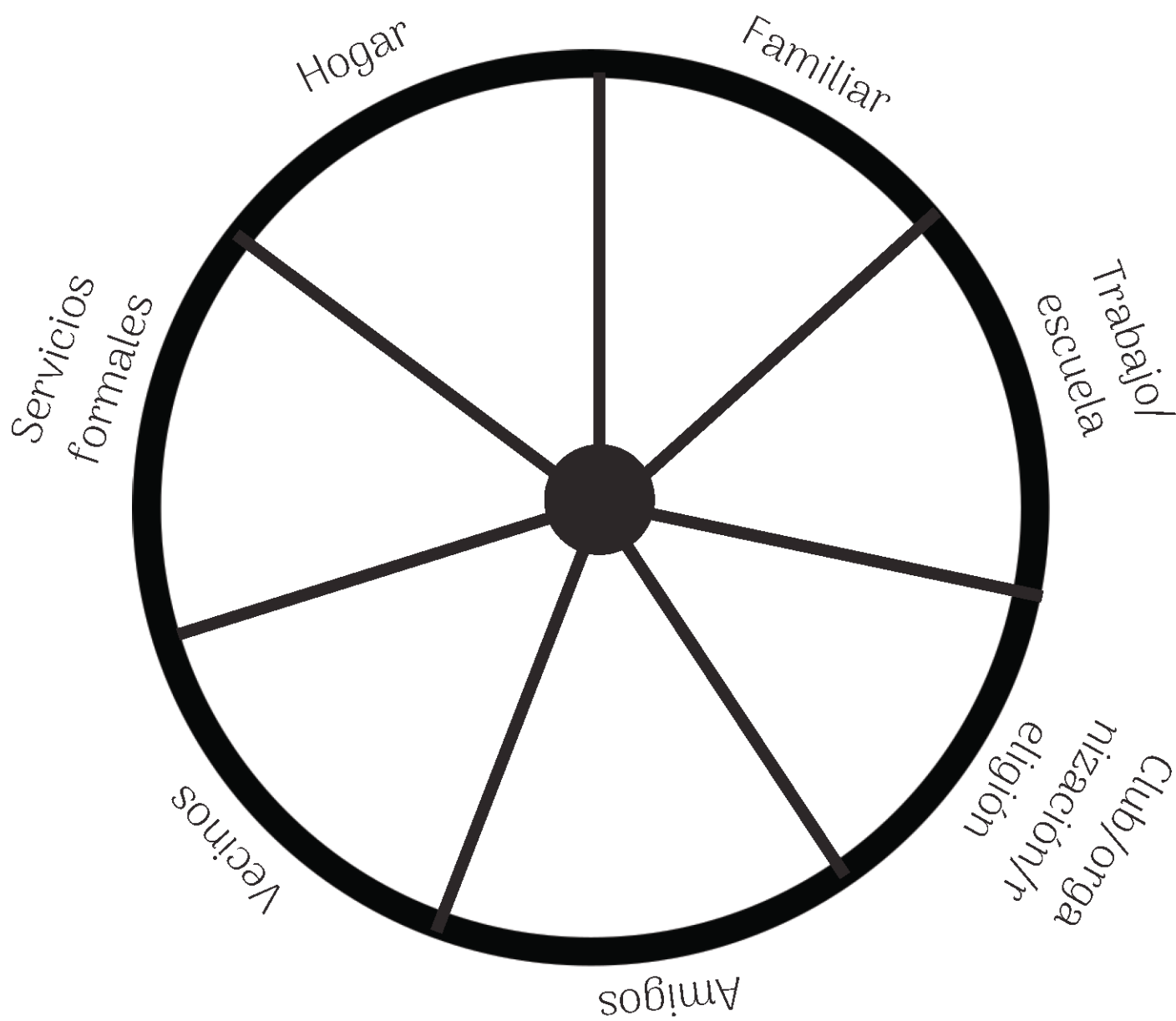


Anexo 7. Intervención en el espacio vital (crisis)

Crisis = Oportunidad para estimular el desarrollo personal

| | | |
|---|---|--|
| A | Apartar al menor del contexto conflictivo | Objetivo: Evitar la escalada del conflicto Si no es posible apartar al menor, se invitará al resto de menores a desplazarse a otra estancia *Estrategias reactivas si es necesario |
| E | Explorar el punto de vista del menor | Objetivo: Conocer cómo lo ha vivido el menor, sin buscar culpables ni causas Cuando se produce el enfriamiento emocional |
| S | Situar al menor ante nuestra perspectiva | Objetivo: Que el menor conozca otros puntos de vista de lo ocurrido, sin necesidad de considerar uno más correcto que otro |
| C | Conectar la conducta del menor con sentimientos y otros eventos | Objetivos: Que vaya conociendo patrones propios de su conducta y tome conciencia de su capacidad para gestionar las emociones adecuadamente (autoconocimiento) |
| A | Alternativas | Entrenamiento en habilidades de solución de problemas |
| P | Plan para el futuro | Objetivo: Buscar el compromiso con el menor para actuar de manera más adaptativa en próximas ocasiones |
| E | Enrolar al menor de vuelta a la rutina | El menor vuelve al grupo y se observa también la conducta del resto de integrantes |

Anexo 8. Mapa y cuadrícula de red social



Fecha: __/__/__

Persona que resonde: _____

Identificación: _____

Anexo 8. Mapa y cuadrícula de red social

| Identificación Persona que responde | Área de la vida: Hogar Otra familia Trabajo/escuela | Apoyo concreto: Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre | Apoyo emocional: Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre | Información/Consejo: Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre | Críticos: Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre | Dirección de ayuda: De ambas partes, De usted a ellos, De ellos a usted | Cercanía: No muy cercano, Poco cercano, Muy cercano | Cuán a menudo se ven: No se ven, Pocas veces al año, Mensualmente, Semanalmente, Cada día | Desde hace cuánto se conocen: Menos d 1 año, 1-5 años, Más de 5 años |
|--|--|---|--|--|---|---|---|---|--|
| Nombre | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 1-6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |



CONSELLERÍA DE
POLÍTICA SOCIAL
E XUVENTUDE



Xacobeo 21·22



FUNDACION
INGADA
Instituto Gallego del TDAH
y Trastornos Asociados