

O TDAH nos centros de menores.

Guía de boas prácticas



XUNTA
DE GALICIA

O TDAH nos centros de menores. Guía de boas 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) e Consellería de Política Social e Xuventude, Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica (Santiago de Compostela)

Colección Convivir co TDAH, nº. 4

Maquetación: alamces

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



Licenza 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/>

O TDAH nos centros de menores.

Guía de boas prácticas

Autores:

Claudia Balado Alves.

Psicóloga xeral sanitaria

Carolina Cambeiro Díaz.

Psicóloga xeral sanitaria e educadora infantil

Ana Diéguez Rodríguez.

Psicóloga xeral sanitaria

Ana Fátima Gómez Suárez.

Psicóloga con habilitación sanitaria

Silvia Pérez García.

Psicóloga con habilitación sanitaria

Octavio Susacasa Noval.

Educador Social. Diplomado en Maxisterio. Licenciado en Psicopedagogía

Natalia Vilas Debén.

Terapeuta ocupacional e educadora social.

Ilustracións:

Encarnación Díaz Martínez.

Licenciada en Terapia Ocupacional.





Presentacións

Para lograr unha Galicia máis xusta, solidaria e igualitaria é preciso coñecer as necesidades das persoas con discapacidade, darlle resposta cos nosos actos diarios e difundir este coñecemento a toda a sociedade. O seu dereito a vivir unha vida plena, sen barreiras e con acceso á igualdade de oportunidades, obríganos a escoitar e aprender dos que máis saben: os profesionais das entidades sociais.

A Xunta traballa da man do tecido asociativo para resolver todas as inxedanzas das persoas con discapacidade e das súas familias. A Fundación Ingada é un destes aliados fundamentais porque nos permite darlle mellores ferramentas, servizos e solucións ás persoas con déficit de atención e hiperactividade (TDAH). Esta guía é un exemplo desta importante labor ao facilitar que os profesionais dos centros de protección coñezan mellor os nenos e adolescentes con TDAH e lles axuden a superar todos os atrancos que poidan encontrar no seu día a día.

Sabemos que involucrando a toda a sociedade lograremos que as persoas con discapacidade poidan vivir en igualdade. O Goberno galego busca estar con eles en cada paso: desde a infancia a través da atención temperá ou de centros educativos máis inclusivos; na vida adulta, con facilidades para o acceso ao emprego e servizos adaptados; e na vellez, con máis prazas de atención diúrna e residencial para aquelas persoas que precisen de coidados profesionais.

Seguiremos avanzando neste camiño cara esa Galicia máis inclusiva. Queda moito por facer, pero estou segura de que, desde a colaboración, a participación e o entendemento mutuo, poderemos chegar a onde nos propoñamos.

Fabiola García Martínez

Conseleira de Política Social e Xuventude





Presentacións

En INGADA sempre prestamos unha atención especial á problemática dos menores con problemas e ao mundo do dereito. Preocúpanos a súa integración, o limar as diferenzas que existen entre as medidas xudiciais que se poden aplicar a quen comete infraccións e o seu tratamento psicolóxico e médico para que non sexan contraproducentes en termos de saúde e de xustiza e buscar un permanente diálogo entre a atención médica e a situación xudicial.

É en prol deste diálogo polo que xorde esta guía na que se expoñen as características do TDAH para que se entenda o porque da dificultade dalgúns menores en controlar as súas emocións e as súas accións e como se pode facer para tratar de forma multidisciplinar este problema.

Por outra parte, preséntanse os aspectos xudiciais, desde a reforma xuvenil, e explícanse os tipos e problemática do acollemento residencial.

Como afrontar a situación desde o punto de vista dos centros e desde o punto de vista das familias, é o obxectivo principal da guía, que trata de dar unhas pautas de utilidade para que a súa estadía no centro permita unha evolución favorable e non sexa contraproducente e explica a necesidade dun traballo profesional en rede que ten que ir máis alá da súa estadía nel, que consiga que este non sexa un estigma e que permita a súa integración plena na familia e na sociedade.

Esta guía, que era moi necesaria, como o é tamén o selo destas guías de INGADA, é moi clara e instrutiva e esperamos que sexa de utilidade para todos, persoal de centros, estamentos xudiciais, terapeutas e familias, pois todos temos en última instancia o mesmo obxectivo: que as persoas distintas ás que o medio social ou educativo prexudica poidan desenvolver todas as súas capacidades e ser felices.

Profesor Ángel Carracedo Álvarez

Presidente da Fundación INGADA






Índice

Presentacións	5
1 Introducción	13
1.1 Acollemento residencial	16
1.1.2 Tipos de centros de acollemento residencial	18
1.2 Reforma xuvenil	20
1.2.1 Tipos de medidas aplicables en reforma xuvenil	20
1.3 Acollemento residencial e reforma xuvenil en España. Cifras xerais e TDAH	25
1.3.1 Acollemento residencial	25
1.3.2 Reforma xuvenil	27
1.3.3 Perfil actual de mozos que se atopan en acollemento residencial ou cumprindo medidas de reforma xuvenil e probabilidade de TDAH	30
2 Entendendo o TDAH	33
2.1 Que entendemos por TDAH?	33
2.2 Etioloxía do TDAH: cales son as súas causas?	35
2.3 Epidemioloxía: a quen lle afecta? Cal é a súa prevalencia?	39
2.4 Características do TDAH: manifestacións clínicas	40





2.5 Diagnóstico do TDAH: como se diagnostica?	44
2.6 Tratamento do TDAH: como se trata?	45
2.7 Comorbilidade: cando o TDAH non vén só.....	48
2.7.1 TDAH e Trauma	50
2.7.2 TDAH e problemas condutuais	55
3 Estratexias para a xestión de dificultades frecuentes no centro.	59
3.1 Estratexias comunicativas	60
3.1.1 Escucha activa	61
3.1.2 Estilo comunicativo asertivo.....	62
3.1.3 Contido da comunicación.....	64
3.2 Estratexias para a xestión das emocións.....	68
3.3 Estratexias para a xestión de comportamentos disruptivos.....	72
3.4 Intervención en crise.....	78
4 Traballo en rede.	89
4.1 Rede profesional.....	90
4.1.1 Análise da rede social do menor.....	91
4.1.2 Análise de recursos e servizos do territorio.....	94
4.1.3 Guía de recursos do sistema de protección á infancia.	96



4.2 Familias.....	100
4.2.1 Mapa integral do sistema de intervención.....	103
4.2.2 Características xerais e comúns do ou da profesional.....	106
4.2.3 Variables básicas que se deben ter en conta na intervención e a relación coas familias.	108
4.2.3.1 Axuda vs. control.	109
4.2.3.2 Toma de decisións.....	111
4.2.3.3 Alianza de traballo dentro do sistema profesional.....	113
4.2.3.4 Alianza de traballo coas familias.....	114
5 Futuro dos menores con TDAH despois do centro.....	117
5.1 Perspectiva económica.....	117
5.2 Perspectiva educativa.....	118
5.3 Perspectiva social.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
ANEXOS.....	134



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Cando se fala de menores que se atopan nunha situación difícil, tanto no ámbito persoal como familiar, ou que se atopan con problemas coa lei, a idea que automaticamente xorde é a de menores inadaptados, ben polas súas condicións familiares ou polas súas condicións sociais.

Dentro desta idea hai conceptos que están estreitamente ligados a estes, que formarán parte do vocabulario dos profesionais e dos non profesionais, tales como “normalidade”, “adaptación” etc. Estes termos son utilizados polas persoas, e ás veces polas ciencias humanas, dunha maneira excluínte e en ocasións derivarán en ser cualificados ou etiquetados como “delincuentes”, “infractores”, “inadaptados” etc.; cando só, en principio, son individuos que manifestan un comportamento diverxente.

Pero este é un punto de partida erróneo, ou cando menos non real, xa que, cando se toma contacto coa realidade destes menores “inadaptados”, se percibe que a súa saída da norma (entendendo aquilo que vai marcar o desenvolvemento das persoas dentro da sociedade), non está nas súas propias características como individuo, senón na relación distorcida ou inexistente coa sociedade, e queda á marxe desta, é dicir, a relación de comunicación e de interrelación coa sociedade, o *feedback* que esta lle debe de producir e transmitir ao menor, está rota ou, mesmo, non existe.

En numerosas ocasións imos atopar que a diferenza entre un comportamento que sexa considerado como normal ou adaptado, e un anormal ou inadaptado, depende non do comportamento en si, senón dunha serie de cuestións que modificarán o devandito comportamento.

Por iso, en numerosas ocasións imos atopar que a diferenza entre un comportamento que sexa considerado como normal ou adaptado, e un anormal ou inadaptado, depende non do comportamento en si, senón dunha serie de cuestións que modificarán o devandito comportamento.

Para iso debemos de ter en conta os seguintes aspectos:

- Ver en que contexto social se desenvolve ese comportamento, xa que vai marcar unhas diferenzas importantes no devir do menor.
- As consecuencias polo incumprimento ou por estar fóra dos parámetros normais establecidos.
- O ter en conta a quen ou a que afecta o comportamento, xa que iso implicará unha resposta ante estas, e como se expuña no apartado anterior, as súas consecuencias.
- A persoa que sexa a encargada de avaliar ou valorar o comportamento, tanto pola súa situación social, como polo seu desenvolvemento persoal.
- As medidas que estean previstas para ese comportamento, como se aplican e cales son os seus resultados ou consecuencias.
- O marco de referencia, tanto social, persoal, familiar e de desenvolvemento que cree o mesmo suxeito.

Desde a área xurídica ou legal, non se leva a cabo unha análise da conduta como a que se realiza desde a área social, senón que se examina só o seu posible perigo para a sociedade e se se enmarca, ou non, dentro da legalidade. É dicir, falarase de legal ou ilegal, non se vai entrar en discusións de por que se chegou a esa situación.

As normas xurídico-penais comparten desde logo as características de calquera norma xurídica: xeneralidade, abstracción e permanencia. Os seus elementos son: tipo e punibilidade. O tipo é a figura elaborada polo lexislador, descritiva dunha clase de eventos antisociais, cun contido necesario e suficiente para garantir un ou máis bens xurídicos. A punibilidade é unha combinación de privación ou restrición de bens do autor do delito, formulada polo lexislador para a prevención xeral e determinada cualitativamente pola clase de ben tutelado e cuantitativamente pola magnitude do ben e do ataque a este.

Por tanto, o obxectivo da lei é a defensa dunha determinada sociedade, pero da consideración de que se debe entender como sociedade vai depender o enfoque da lei e a súa incidencia sobre o individuo. En función disto último exposto, débese facer unha reflexión da idea que se ten ou se considera ao termo sociedade.

Partimos dunha dualidade sobre o concepto sociedade, xa que se pode entender como unha comunidade social ou como un conxunto de estruturas xerarquicas.

Así que se por sociedade entendemos a comunidade social, entendida como as relacións entre os seus membros, a lei, a norma xurídica, terá como obxectivo a protección dos cidadáns, tanto dos que se adaptan completamente ás normas, ás regras, como os que manifestan un comportamento desviado desas normas concretas; xa que a súa actuación deberá estar en función da prevención do comportamento antisocial e non da represión dos individuos que manifestan tal comportamento. É dicir, a súa función será fundamentalmente a protección do individuo, co fin de que poida desenvolverse con plenitude física, psíquica e social. Buscando protexer nese desenvolvemento os máis vulnerables e vixiando os máis invulnerables.

Pero se se considera, nesta dualidade de termo, a sociedade como un conxunto de estruturas xerarquizadas, tendo en conta que o individuo, neste caso o menor, forma parte e ten unha función nesa estrutura, entón a lei terá como obxectivo prioritario a defensa das institucións sociais, onde se debe de establecer unha protección desta, co fin de manter o equilibrio de poder, establecendo uns intereses en función da supremacía ou grupo de poder fronte aos outros.

Por iso, e a modo de peche desta introdución, vemos que o enfoque psicolóxico e o enfoque xurídico non poden vivir un sen o outro; están obrigados a entenderse e complementarse, xa que, por unha banda, se necesita que se cumpran as normas propostas e establecidas nunha sociedade, pero, por outra, é necesario darlles aos menores en situación desfavorecida todas as ferramentas necesarias, nos ámbitos educativo, social, de relación, psicolóxico... para poder desenvolverse e manterse dentro da sociedade, co fin de facer esta máis forte e ter en conta a existencia de diferenzas entre os individuos e os grupos, polo tanto, respectar as devanditas diferenzas e facelos mellorar como membros desta.

Unha vez expuxemos os posibles enfoques que marca a sociedade para o asentamento nesta, compróbase que existen menores con problemas, ben xerados por eles mesmos, ben xerados polo seu contorno. Deses problemas cando son xerados por eles mesmos e teñen

O enfoque psicolóxico e o enfoque xurídico non poden vivir o un sen o outro; están obrigados a entenderse e complementarse, xa que por unha banda se necesita que se cumpran as normas propostas e establecidas nunha sociedade

unhas consecuencias legais, falaremos de menores infractores, que deberán acudir a un centro de reforma para cumprir a súa medida.

Cando o problema se atope no contorno, ben porque cree problemas o menor co seu contorno ou, ao revés, cando o contorno lle cree problemas ao menor, pasaremos a ter menores que serán seguidos pola Comisión de Tutela do Menor, podendo formar parte do sistema de centro de protección ou calquera das medidas que se expoñan, como se verá seguidamente.

Neste primeiro capítulo percorrерemos de maneira breve a evolución do acollemento residencial infantil en España, así como da reforma xuvenil. Tras iso, reflectiremos a situación actual destas medidas e definiremos cales son os tipos de centros que podemos atopar na actualidade, así como unha fotografía ilustrativa das súas cifras e o perfil de nenos, nenas, mozos e mozas aos que se dirixe este tipo de intervencións.

Nos capítulos seguintes centrarémonos en coñecer o trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) e as peculiaridades da convivencia con nenos, nenas e adolescentes con este déficit. Ofreceremos pautas e estratexias para manexar dificultades frecuentes que poden darse no centro. Así mesmo, faremos fincapé na importancia da coordinación con outros profesionais, así como coa familia durante a intervención. Por último, reflexionaremos sobre a perspectiva e as opcións de futuro destes menores.

1.1 Acollemento residencial

As medidas de protección infantil foron evolucionado tanto en estrutura como nas leis que as regulan ao longo dos anos. No plano legal, comeza a falarse de protección infantil e as súas diferentes medidas na Constitución española aprobada no ano 1978, onde se ratifican os dereitos da infancia reflectidos en acordos internacionais. O seguinte fito tivo lugar coa redacción da Lei 21/1987. Este documento supuxo un gran cambio en canto á consideración de desprotección, incluíndo o concepto ou categoría de desamparo, definíndoo como aquela situación que *“se produce (...) por mor do incumprimento ou do imposible ou inadecuado exercicio dos deberes de protección establecidos polas leis para a garda dos menores, cando estes queden privados da necesaria asistencia moral*



ou material". Foi en 1996 cando se enunciou a Lei orgánica 1/1996 mediante a cal se trataron de abordar lagoas que se xeraron tras a implantación dos novos cambios que propuxera a Lei 21/1987, así como a inclusión dos alicerces básicos da Convención de dereitos do neno (1989) na nova lei. Finalmente, seguindo as vías de especialización das medidas de protección, o último avance lexislativo é a Lei 26/2015, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia. Neste texto refórzase a necesidade de que debe primar a medida de acollemento familiar sobre a residencial, sobre todo en casos de menores de 6 anos. Así mesmo, para menores de 3 anos non se valorará como posibilidade o acollemento residencial, a menos que estea xustificado por motivos de causa maior e, nesa situación, a duración non poderá ser superior a tres meses. Faise fincapé nos dereitos da infancia e resáltase a importancia de que sexan posuidores da información relativa ao seu caso respecto a diferentes áreas (coñecer a súa realidade familiar, feitos transcendentales do proceso, acceso ao seu expediente tras a maioría de idade etc.), así como ser parte activa, sendo oída e escoitada a súa opinión, na toma de decisións en función da súa idade e madurez. Outro fito importante que estableceu esta lei foi poñer de manifesto a necesidade de crear programas de preparación para a vida independente por parte das entidades públicas, dirixidos a mozas e mozos a partir dos 16 anos e ata a maioría de idade. Ademais, a lei establece que, unha vez cumpridos os 18 anos, estes mozos e mozas deben seguir gozando dun seguimento por parte destes programas, aloxamento, inserción sociolaboral, apoio psicolóxico e axudas económicas de diversa índole. Regúlanse tamén cuestións básicas relacionadas cos centros de protección específicos para mozas con problemas emocionais e/ou condutuais, e detállanse os motivos e as vías de ingreso, así como medidas de seguridade básicas que se deben implantar nestes.

Todos estes avances no plano legal, xunto coa necesidade intrínseca de facilitar unha atención e coidados adecuados a nenos e nenas, fixeron necesario profesionalizar os labores e responsabilidades das figuras de intervención socioeducativa. Por iso, por unha banda, definiuse como obrigatorio posuír a formación específica en Educación Social (III Convenio colectivo estatal de reforma xuvenil e protección de menores, 2018). Mentres que, doutra banda, a especialización dos recursos foi transitando desde un modelo inicial baseado na beneficencia, ata unha rede de recursos diversificados e especializados para abordar as novas necesidades emerxentes. Imos entón facer un breve percorrido para coñecer os tipos de recursos de protección e de reforma que existen na actualidade en España.

1.1.1 Tipos de centros de acollemento residencial

Os tipos de recursos especializados que podemos atopar na rede de acollemento residencial en España son:

- **Fogares de acollida de nenos e nenas de cero a seis anos.** É pouco frecuente atopar fogares que presten atención a bebés e nenos pequenos de forma específica, pero as necesidades que xorden cando non é posible realizar acollementos de tipo familiar fan necesario dispoñer deste tipo de recursos. Un dos principais motivos é a escasa dispoñibilidade de familias voluntarias ou acolledoras en España. Nestes fogares aténdense as necesidades máis básicas da primeira infancia en canto á atención e coidado. Tras a reforma da lei no ano 2015, este tipo de centro xa non ten cabida dentro da rede de fogares de protección infantil, e estes casos deben ser derivados a medidas de acollemento familiar.
- **Fogares de primeira acollida e emerxencia.** Trátase de fogares de recepción de casos de urxencia cando se require a separación da familia e/ou a localización en lugar protexido de convivencia. Xeralmente a estancia de nenos e nenas nestes centros é dunhas semanas ou moi poucos meses, despois dos cales se adopta a medida de intervención e protección que se valore como máis adecuada e/ou viable, xa sexa unha derivación a un recurso da rede que se axuste ás súas necesidades ou a un acollemento familiar. Nalgunhas comunidades autónomas está a darse a tendencia de prescindir deste tipo de centros, e evitar así un paso intermedio previo á medida de acollemento definitivo e unha ruptura máis dentro do proceso de protección.
- **Fogares de convivencia familiar ou de tipo funcional.** Trátase dos diferentes tipos de fogares que prestan unha atención baseada na convivencia de nenos e nenas de diversas idades, tratando fundamentalmente de crear un contorno familiar e protector de convivencia durante o tempo que precisen estar en acollemento residencial. Estes fogares deberían acoller grupos de irmáns de idades variadas con finalidade de reunificación ou acollemento, é dicir, como medida temporal intermedia.

- **Residencias de preparación para a transición á vida adulta de adolescentes.** Trátase de fogares onde un grupo pequeno de adolescentes, de entre 16 e 21 anos, se preparan para facer a transición cara á súa vida independente. Os adolescentes viven no fogar, habitualmente nun piso na comunidade, e asumen as responsabilidades de organización doméstica e da convivencia cun mínimo apoio educativo.
- **Centros terapéuticos para adolescentes con severos problemas emocionais e/ou condutuais.** Foron deseñados como resposta ao incremento de casos de adolescentes que ademais de estar en situación de desprotección presentan importantes problemas de convivencia, especialmente cando representan un grave risco para si mesmos ou para as persoas que os rodean. Trátase habitualmente de fogares situados en espazos ambientais máis abertos, vivendas unifamiliares, algunhas con granxas, talleres ou outro tipo de recursos para actividades diversas, onde convive un reducido número de adolescentes cunha dotación de educadores e de apoio psicoterapéutico moi superior ao resto.
- **Fogares para nenos, nenas e adolescentes migrantes non acompañados (NNAMNA).** Son recursos para atender a menores que proceden doutros países, a maioría do norte de África, e se atopan en territorio español sen familia. A súa soa presenza no noso país sen a compañía dun adulto responsable faillles recibir a condición de menores en desamparo, e a súa tutela é asumida pola entidade pública do territorio correspondente. A súa crecente chegada a España supuxo a necesidade de xerar respostas específicas, polo que se crearon recursos específicos, nalgúns casos con persoal que coñece o idioma e os patróns culturais destes mozos.

1.2 Reforma xuvenil

Agora imos falar de que é o réxime de reforma xuvenil e o perfil de mozos ao que se dirixe este servizo, así como as diferentes medidas que o compoñen.

Que significa que un menor é infractor?

Considérase como tal aquelas persoas maiores de 14 e menores de 18 anos que realizan feitos tipificados como delitos ou faltas no Código penal ou as leis penais especiais, ou aínda que esa sexa a idade en que realizaron os devanditos delitos, son xulgados posteriormente. Por tanto, un centro de reforma é unha institución pública ou privada que acolle mozas e mozos de entre 14 e 18 anos, ou maiores menores de 23, sempre que o delito se cometeu cando eran menores de idade, con delitos graves. É o lugar especializado que ten por obxecto cumprir e executar as resolucións ditadas polo órgano xurisdiccional, relativas á privación ou restrición da liberdade dos adolescentes responsables da comisión dun feito sinalado como delito.

Visto así, pódese pensar que é “un cárcere para menores” (de feito, cando se fala coloquialmente dos centros de reforma, a maioría das persoas fan referencia aos “reformatorios”, como centros onde se incluían persoas conflictivas coa idea de reformalos ou cambialos). Nel deben de pasar o tempo imposto pola medida para pagar coa xustiza. Pero vai moito máis alá, porque se desenvolve o traballo nunha intervención de carácter educativo e reparador. É educativo porque se establece como unha das finalidades a resocialización e a reinserción do menor infractor e, doutra banda, é reparador, xa que o ou a moza debe asumir responsablemente as consecuencias das súas actuacións.

1.2.1 Tipos de medidas aplicables en reforma xuvenil

Á hora de cumprir unha medida no centro atopámonos con varias posibilidades en función do que ditamine o xuíz. Por iso, as medidas que poden impoñer os xuíces de menores, ordenadas segundo a restrición de dereitos que supoñen, son as seguintes:



- **Internamento en réxime pechado.** As persoas sometidas a esta medida residirán no centro e desenvolverán alí as actividades formativas, educativas, laborais e de lecer.
- **Internamento en réxime semiaberto.** Os menores aos que se lle impuxo esta medida van residir no centro, pero poderán realizar fóra deste algunha ou algunhas das actividades formativas, educativas, laborais e de lecer establecidas no programa individualizado de execución da medida. Con todo, este desenvolvemento das actividades fóra do centro estará supeditado á evolución da persoa e ao cumprimento dos obxectivos previstos nestas. Ademais, en caso de non cumprir o establecido, o xuíz de menores pode suspendelas por tempo determinado, e acordará que todas as actividades se leven a cabo dentro do centro.
- **Internamento en réxime aberto.** Os menores sometidos a esta medida levarán a cabo todas as actividades do proxecto educativo nos servizos normalizados do contorno, residindo no centro como domicilio habitual, con suxeición ao programa e o seu réxime interno.
- **Internamento terapéutico en réxime pechado, semiaberto ou aberto.** A característica destes centros é que se realizará un traballo ou atención máis especializado, e levarase a cabo unha intervención multidisciplinar específica dirixida a mozas e mozos que padezan graves trastornos psicolóxicos, emocionais e/ou condutuais. Esta medida poderá aplicarse soa ou como complemento doutra medida prevista neste artigo. Cando o interesado rexeite un tratamento de deshabitación, o xuíz haberá de aplicarlle outra medida adecuada ás súas circunstancias.
- **Tratamento ambulatorio.** Os menores aos que se lles impuxo esta medida terán que asistir ao centro designado coa periodicidade requirida polos facultativos que os atendan e seguir as pautas fixadas para o adecuado tratamento da anomalía ou alteración psíquica, adicción ao consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas ou substancias psicotrópicas, ou alteracións na percepción que padezan.
- **Asistencia a un centro de día.** Os menores aos que se lle impuxo esta medida residirán no seu domicilio habitual e acudirán a un centro, plenamente integrado na comunidade, a realizar actividades de apoio, educativas, formativas, laborais ou de lecer.

- **Permanencia de fin de semana.** Os menores aos que se lle impuxo esta medida permanecerán no seu domicilio ou nun centro ata un máximo de trinta e seis horas entre a tarde ou noite do venres e a noite do domingo, a excepción, se é o caso, do tempo que deban dedicar ás tarefas socioeducativas asignadas polo xuíz que deban levar a cabo fóra do lugar de permanencia.
- **Liberdade vixiada.** Nesta medida hase de facer un seguimento da actividade da persoa sometida a esta e da súa asistencia á escola, ao centro de formación profesional ou ao lugar de traballo, segundo os casos, e procurarán axudar a aquela a superar os factores que determinaron a infracción cometida. Así mesmo, esta medida obriga, se é o caso, a seguir as pautas socioeducativas que sinala a entidade pública ou o profesional encargado do seu seguimento, de acordo co programa de intervención elaborado para o efecto e aprobado polo xuíz de menores. A persoa sometida á medida tamén queda obrigada a manter co devandito profesional as entrevistas establecidas no programa e a cumprir, se é o caso, as regras de conduta impostas polo xuíz, que poderán ser algunha ou algunhas das seguintes:
 1. Obrigación de asistir con regularidade ao centro docente correspondente, se o menor está en idade de escolarización obrigatoria, e acreditar ante o xuíz a devandita asistencia regular ou xustificar, se é o caso, as ausencias, cantas veces for requirido para iso.
 2. Obrigación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación viaria ou outros similares.
 3. Prohibición de acudir a determinados lugares, establecementos ou espectáculos.
 4. Prohibición de ausentarse do lugar de residencia sen autorización xudicial previa.
 5. Obrigación de residir nun lugar determinado.
 6. Obrigación de comparecer persoalmente perante o xulgado de menores ou profesional que se designe, para informar das actividades realizadas e xustificalas.
 7. Calquera outras obrigacións que o xuíz, de oficio ou por instancia do Ministerio Fiscal, estime convenientes para a reinserción social do sentenciado, sempre que non atenten contra a súa dignidade como persoa. Se algunha destas obrigacións

implicase a imposibilidade do menor de continuar convivindo cos seus pais, titores ou gardadores, o Ministerio Fiscal deberá remitir testemuño dos particulares á entidade pública de protección do menor, e a devandita entidade deberá promover as medidas de protección adecuadas ás circunstancias daquel, conforme o disposto.

- **A prohibición de aproximarse ou comunicarse coa vítima** ou con aqueles dos seus familiares ou outras persoas que determine o xuíz.
- **Convivencia con outra persoa, familia ou grupo educativo.** Os e as menores aos que se lles impuxo esta medida deben convivir, durante o período de tempo establecido polo xuíz, con outra persoa, cunha familia distinta á súa ou cun grupo educativo, adecuadamente seleccionados para avanzar no seu proceso de socialización.
- **Prestacións en beneficio da comunidade.** Os menores aos que se lles impuxo esta medida, que non poderá levar a cabo sen o seu consentimento, han de realizar as actividades non retribuídas que se lle indiquen, de interese social ou en beneficio de persoas en situación de precariedade.
- **Realización de tarefas socioeducativas.** Os menores aos que se lles impuxo esta medida han de realizar, sen internamento nin liberdade vixiada, actividades específicas de contido educativo encamiñadas a facilitarlles o desenvolvemento da súa competencia social.
- **Amoestación.** Esta medida consiste na repreensión da persoa levada a cabo polo xuíz de menores e dirixida a facerlle comprender a gravidade dos feitos cometidos e as consecuencias que estes tiveron ou poderían ter, e instándoo a non volver cometer tales feitos no futuro.
- **Privación do permiso de conducir ciclomotores e vehículos de motor, ou do dereito para obtelo, ou das licenzas administrativas para caza ou para uso de calquera tipo de armas.** Esta medida poderá impoñerse como accesoria cando o delito ou falta se cometen utilizando un ciclomotor ou un vehículo de motor, ou unha arma, respectivamente.

- **Inhabilitación absoluta.** A medida de inhabilitación absoluta produce a privación definitiva de todas as honras, empregos e cargos públicos sobre o que recaer, aínda que sexan electivos; así como a incapacidade para obter estes ou calquera outras honras, cargos ou empregos públicos, e a de ser elixido para cargo público, durante o tempo da medida.

A medida que vai ter que cumprir o menor constará de dous períodos ben diferenciados e complementarios entre si.

O primeiro levarao a cabo no centro correspondente, tendo en conta que se cumprirá naquel centro que estea máis preto do domicilio do menor, para poder manter unha interacción nos períodos en que vaia á casa, así como proximidade para as familias nas visitas, conforme a descrición efectuada nas medidas expostas anteriormente.

O segundo levarao a cabo en réxime de liberdade vixiada, na modalidade elixida polo xuíz. A duración total non excederá do tempo que se expresa nos artigos correspondentes á lei. O equipo técnico deberá informar respecto do contido de ambos os períodos e o xuíz expresará a duración de cada un na sentenza.

Unha vez enmarcada a estrutura organizativa e reflectida a rede profesional de servizos mediante a que se articula en acollemento residencial infantil e a reforma xuvenil en España, imos falar de datos estatísticos dos devanditos recursos.

1.3 Acollemento residencial e reforma xuvenil en España. Cifras xerais e TDAH

Neste apartado, de maneira moi breve e resumida, imos coñecer cal é a situación actual destas medidas a nivel de cifras (número de centros, poboación, perfil máis común), así como a probabilidade de datos estatísticos de nenos, nenas e mozas con TDAH que poidan atoparse residindo en centros de protección infantil ou cumprindo medidas de reforma.

1.3.1 Acollemento residencial

O último boletín de datos estatísticos de medidas de protección á infancia (Observatorio da Infancia, 2021) informa de que no ano 2020 se atopaban residindo en centros de protección 16.991 menores de 0 a 17 anos (táboa 1).

Táboa 1. Menores de idade en acollemento residencial por grupos de idade e sexo o 31 de decembro de 2020. Fonte: Observatorio da Infancia (2021). Elaboración propia.

	Total		Sexo			
			Feminino		Masculino	
Grupo de idade	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa
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

Taxa 1/100.000 persoas menores de 18 anos.

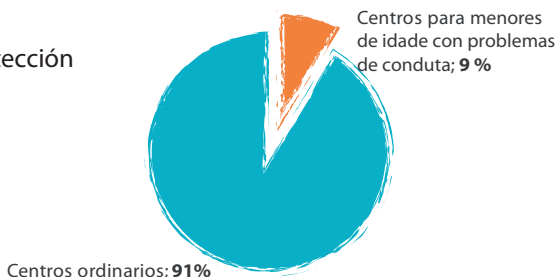
A rede de fogares de acollemento residencial conta con 1.219 centros de menores, 919 xestionados por entidades colaboradoras e 196 de titularidade pública en España. Deste total, 1.115 son centros ordinarios mentres que os 104 restantes son centros para menores con problemas de conduta, os denominados especializados, para mozos e mozas con graves problemas emocionais e/ou condutuais. Así mesmo, apréciase unha leve redución do número de prazas en centros de protección de menores de idade, tanto ordinarios como para menores de idade con problemas de conduta, pasando de 18.145 en 2019 a 16.755 en 2020, un 7,6 % menos, tal e como reflicte a táboa 2.

Táboa 2. Número de prazas dos centros de protección de menores de idade. Fonte: Observatorio da Infancia (2021). Elaboración propia.

	Total	Titularidade pública	Colaboradores	Nº de prazas
Centros ordinarios	1.115	196	919	15.784
Centros para menores de idade con problemas de conduta	104	22	82	971
Total	1.219	218	1.001	16.755

Doutra banda, chama a atención o aumento de centros para menores de idade con problemas emocionais e/ou condutuais, tanto en cifras totais (de 82 en 2019 a 104 en 2020, un incremento do 21,15 %), como en termos proporcionais (do 7 % do total ao 9 %, ver figura 1). Así mesmo, cabe sinalar unha repunta na porcentaxe de centros para menores de idade xestionados por entidades colaboradoras fronte aos de titularidade pública: pasan de xestionar o 80 % a xestionar o 82 %.

Figura 1. Número de centros de protección por tipo de centro no ano 2020.



1.3.2 Reforma xuvenil

No ano 2020 o número de medidas executadas diminuíron significativamente con respecto ao 2019 (neste último foran superiores ao ano 2018). En termos absolutos, respecto ao ano 2019, as medidas executadas diminuíron en 3673 expedientes, o que supón unha diminución do 11 % (Observatorio Infancia, 2021b). A medida de liberdade vixiada segue sendo a máis utilizada polos xulgados de menores (táboa 3), que constitúen o 50 % das medidas executadas, mentres que a menos aplicada é a relacionada coas prestacións en beneficio da comunidade, que constitúen un 9 % do total.

Táboa 3. Medidas de reforma executadas en España no ano 2020. Fonte: Observatorio da Infancia (2021b). Elaboración propia.

	Executadas	
	Abs.	Taxa
Total de internamentos	3.764	109,7
Liberdade vixiada	14.976	436,5
Prestacións en beneficio da comunidade	2.577	75,1
Realización de tarefas socioeducativas	3.881	113,1
Resto de medidas	4.629	134,9
Total	29.827	869,4

Taxa 1/100.000 persoas de entre 14 e 21 anos.

En canto ao sexo, podemos ver como máis do 80 % de mozos que se atoparon cumprindo medidas de reforma no ano 2020 foron homes (táboa 4). En canto ás medidas máis comúns, tanto os mozos como as mozas coinciden no cumprimento de liberdade vixiada e a realización de tarefas socioeducativas, seguido de prestacións en beneficio da comunidade no caso das mozas e internamento en réxime semiaberto no caso dos mozos.

Táboa 4. Desagregación por tipo de medida e sexo das medidas executadas en réxime de reforma no ano 2020. Fonte: Observatorio da Infancia (2021b). Elaboración propia.

	Total		Sexo			
			Feminino		Masculino	
	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa
Internamento en réxime pechado	576	16,8	27	0,8	549	16
Internamento en réxime semiaberto	2.974	86,7	330	9,6	2.644	77,1
Internamento en réxime aberto	214	6,2	26	0,8	188	5,5
Internamento terapéutico pechado	80	2,3	7	0,2	73	2,1
Internamento terapéutico semiaberto	829	24,2	146	4,3	683	19,9
Internamento terapéutico aberto	52	1,5	7	0,2	45	1,3
Tratamento 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
Liberdade vixiada	14.976	436,5	2.684	78,2	12.292	358,3
Prohibición de aproximarse ou comunicarse coa vítima	716	20,9	121	3,5	595	17,3
Convivencia con outra persoa, familia ou grupo educativo	806	23,5	271	7,9	535	15,6

	Total		Sexo			
			Feminino		Masculino	
	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa
Prestacións en beneficio da comunidade	2.577	75,1	497	14,5	2.080	60,6
Realización de tarefas socioeducativas	3.881	113,1	891	26	2.990	87,2
Amoestación	173	5	38	1,1	135	3,9
Privación do 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

Taxa 1/100.000 persoas de entre 14 e 21 anos.

En canto aos grupos de idade non dispoñemos de información tan detallada como en canto ao sexo, pero si que podemos dispoñer dunha panorámica xeral que nos axuda a definir o perfil predominante de mozos que pasan por este tipo de medidas (táboa 5).

Táboa 5. Distribución por grupos de idade de mozas e mozos cumprindo medidas de reforma xuvenil. Fonte: Observatorio da Infancia (2021b). Elaboración propia.

Grupo de idade	Total		Sexo			
			Feminino		Masculino	
	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa	Abs.	Taxa
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

Taxa 1/100.000 persoas de entre 14 e 21 anos.

O número de centros de atención a menores de idade en conflito coa lei en España en 2020 foi de 86 (táboa 6), 3 menos que en 2019, sendo o 44 % de xestión pública. En canto ao número de prazas, diminuíu en 21 en relación co ano anterior.

Táboa 6. Recursos dispoñibles. Número de centros de atención a menores de idade en conflito coa lei. Fonte: Observatorio da Infancia (2021b). Elaboración propia.

Propios	38
Entidades colaboradoras	48
Total	86
Número total de prazas	2.855

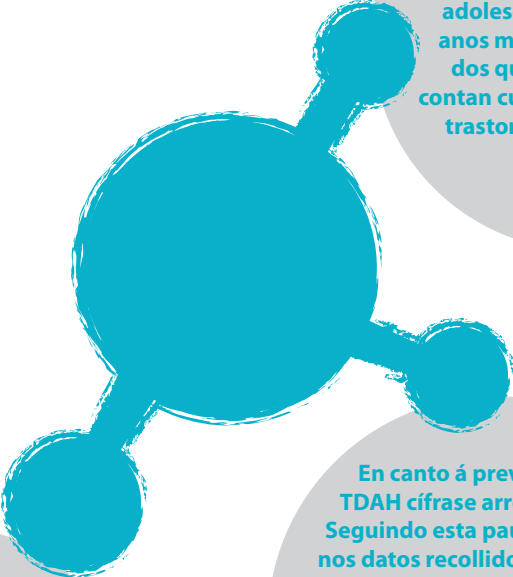
1.3.3 Perfil actual de mozos que se atopan en acollemento residencial ou cumprindo medidas de reforma xuvenil e probabilidade de atoparnos con menores con TDAH

Á vista dos datos recollidos no apartado anterior, podemos concluír que o perfil predominante da poboación acollida en centros de protección en España é o de adolescentes de entre 15 e 17 anos, maioritariamente homes, dos cales ao redor do 12,75 % contan cun diagnóstico de graves trastornos emocionais e/ou condutuais, mentres que os datos en poboación xeral recollidos na última Enquisa Nacional de Saúde (ENSE) (2017) para o tramo de idade de 15 a 24 anos apunta unha porcentaxe do 7,92 %.

En canto á prevalencia do TDAH (tema que abordaremos en maior profundidade no capítulo 2) cífrase arredor do 5 % da poboación infantil e os homes teñen unha proporción de 4:1 fronte ás nenas (Del Valle et al., 2011). Seguindo esta pauta e con base nos datos recollidos estaríamos a falar de que dos 16.991 nenos e nenas que se atopaban en acollida en data 31 de decembro de 2020 —últimos datos publicados— ao redor de 850 destes nenos, nenas e adolescentes presentarán un diagnóstico de TDAH, sendo



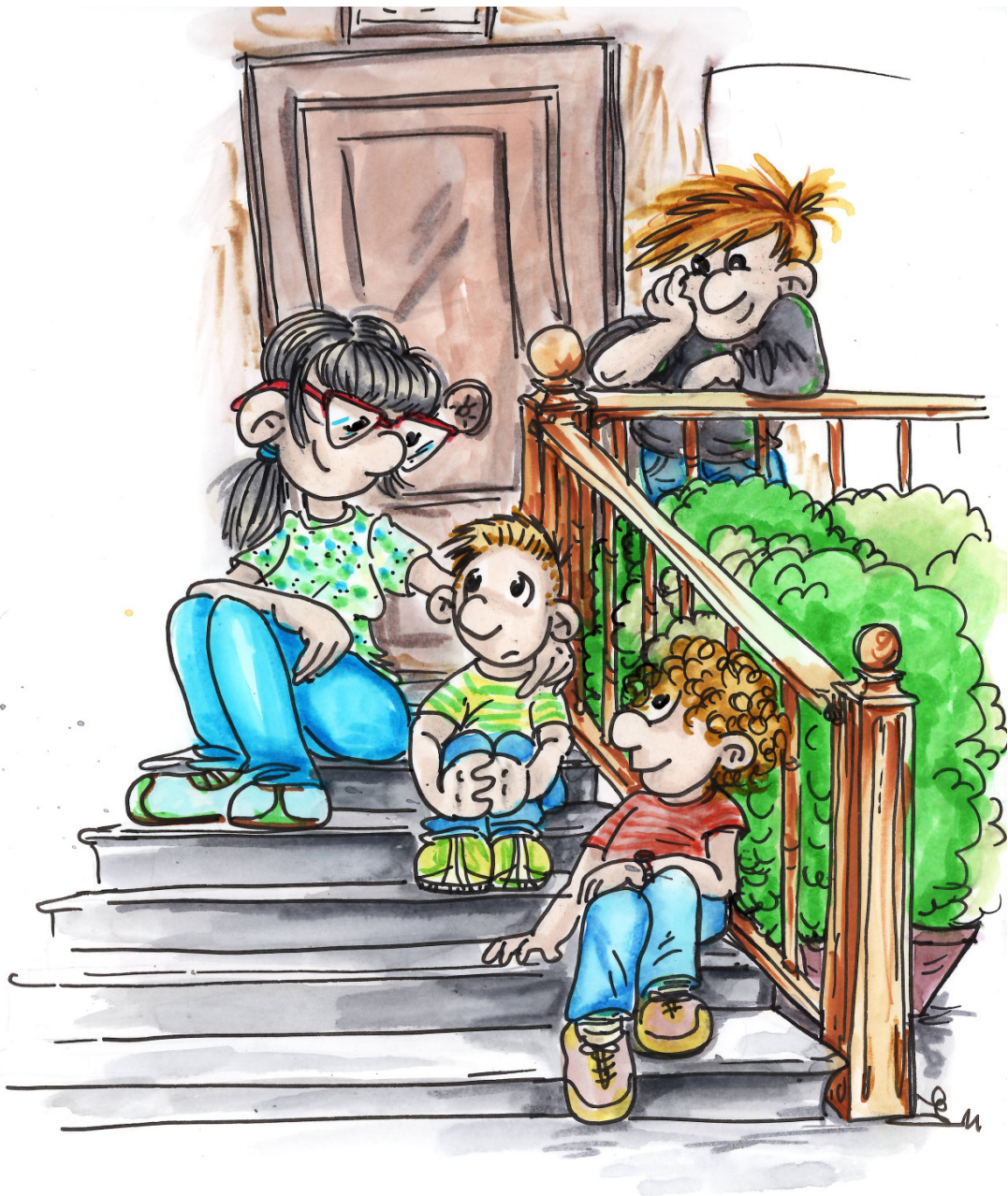
638 deles homes. Se falamos da área de reforma xuvenil, á vista dos datos reflectidos no apartado anterior, vemos que o perfil predominante é de adolescentes de entre 16 e 17 anos homes. En canto a cifras de TDAH, se seguimos a media do 5 % que indica a literatura, supoñeríamos que ao redor de 1.491 dos mozos e das mozas que cumpren algún tipo de medida de reforma presentarán un diagnóstico de TDAH, sendo 1.118 deles homes.



O perfil predominante da poboación acollida en centros de protección en España é de adolescentes de entre 16 e 17 anos maioritariamente homes, dos que ao redor do 12,75% contan cun diagnóstico de graves trastornos emocionais e/ou condutuais.

Área de reforma xuvenil, ao redor de 1.491 dos mozos e das mozas que cumpren algún tipo de medida de reforma presentarán un diagnóstico de TDAH, sendo 1.118 deles homes.

En canto á prevalencia do TDAH cífrase arredor do 5%. Seguindo esta pauta e con base nos datos recollidos estaríamos a falar de que dos 16.991 nenos e nenas que se atopaban en acollida a data 31 de decembro de 2020 —últimos datos publicados— ao redor de 850 destes nenos, nenas e adolescentes presentarán un diagnóstico de TDAH, sendo 638 deles homes.



CAPÍTULO 2

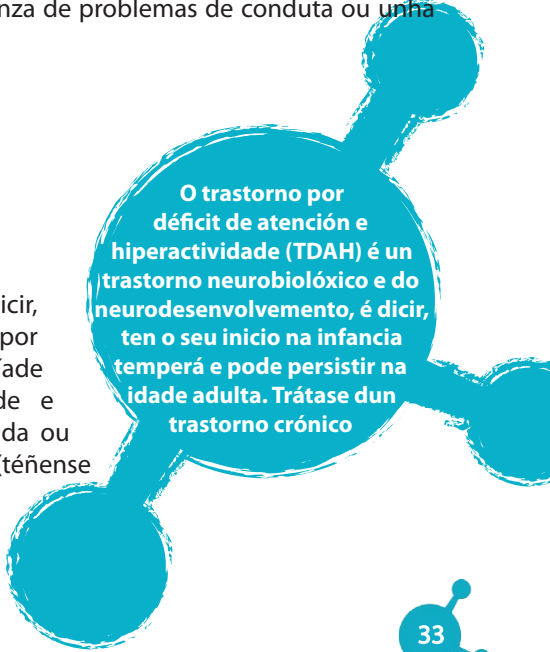
ENTENDENDO O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SEN HIPERACTIVIDADE (TDAH)

Como sinalamos no capítulo 1, é moi probable que os e as profesionais que traballades en centros de menores (xa sexa de protección ou reforma) vos atopedes durante o voso labor con mozos e mozas con TDAH con certa asiduidade. Polo que resulta imprescindible que poidades dispoñer de referencias e pautas de actuación con este tipo de poboación durante a convivencia no centro.

No presente capítulo atoparedes información e recursos que vos permitirán coñecer mellor que se entende por TDAH, como se manifesta no día a día e comprender “a súa forma de funcionar”. Así mesmo, abordaranse outras variables que poden influír ou agravar o trastorno como é o caso da presenza de problemas de conduta ou unha historia de trauma.

2.1 Que entendemos por TDAH?

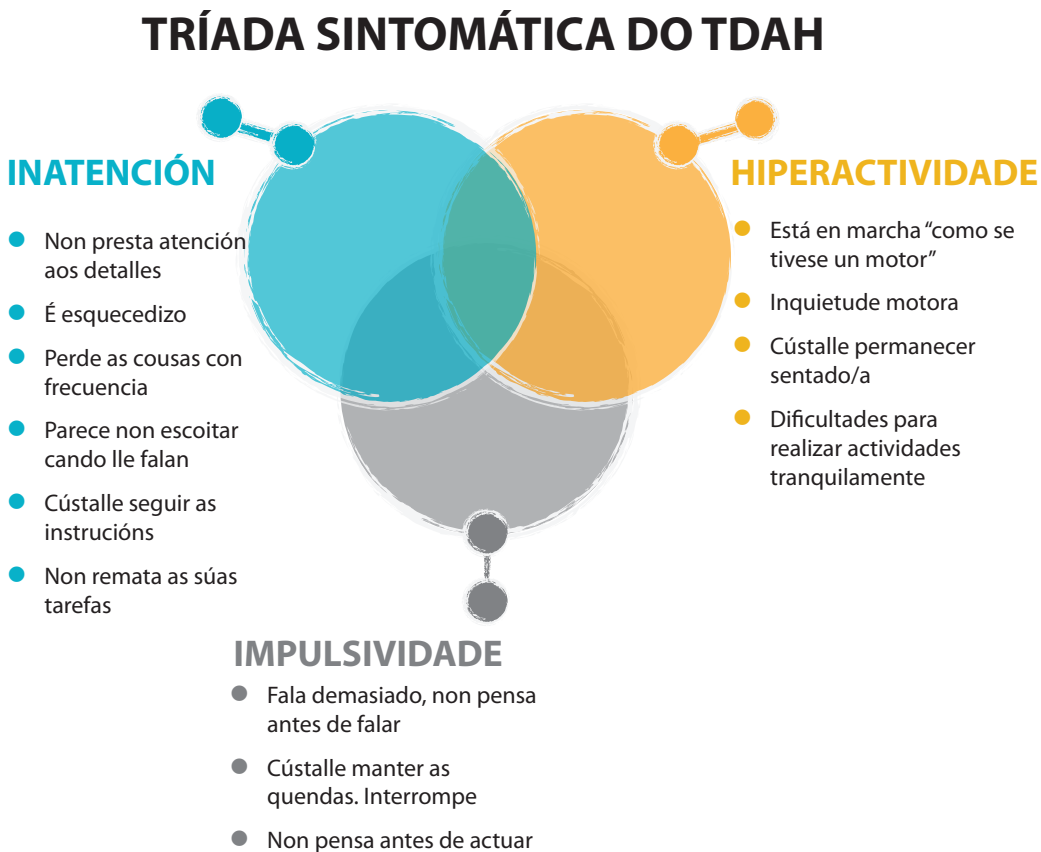
A súa presentación clínica é heteroxénea, é dicir, varía dun individuo a outro. Caracterízase por unha serie de síntomas nucleares definidos (tríade do TDAH): déficit atencional, hiperactividade e impulsividade, que poden darse de forma illada ou combinada. Estes síntomas non son categóricos (téñense

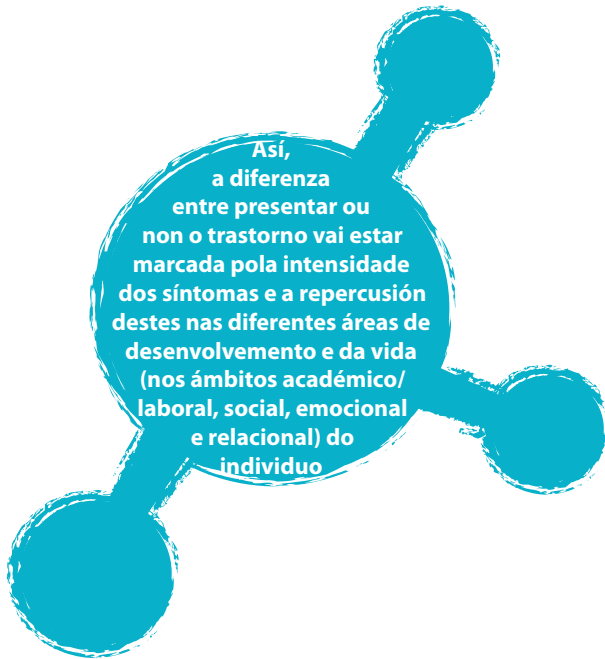


O trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) é un trastorno neurobiolóxico e do neurodesenvolvemento, é dicir, ten o seu inicio na infancia temperá e pode persistir na idade adulta. Trátase dun trastorno crónico

ou non se teñen), senón que son manifestacións (ou trazos) condutuais que poden estar presentes en todos os individuos. Ademais, ocasiona dificultades na autorregulación emocional e condutual, o que provoca que as persoas que o presentan teñan problemas para adaptarse ás normas esperadas para a súa idade.

Figura 2. Tríada sintomática do TDAH. Fundación Ingada. Elaboración propia.





2.2 Etioloxía do TDAH: cales son as súas causas?

Actualmente descoñécese con exactitude que causa o TDAH. Con todo, a investigación sinala a evidencia dunha base xenética como principal factor etiolóxico. A implicación xenética no trastorno estímase entre o 70-80 % (Posner et al., 2020). Con todo, certos factores ambientais poden exercer un papel modulador que xustificaría as diferenzas na variabilidade sintomatolóxica (Harold et al., 2013; Ramos-Quiroga et al., 2007). Isto significa que a causa do trastorno estaría condicionada nun 20 % polo ambiente e nun 80 % pola carga xenética do individuo.

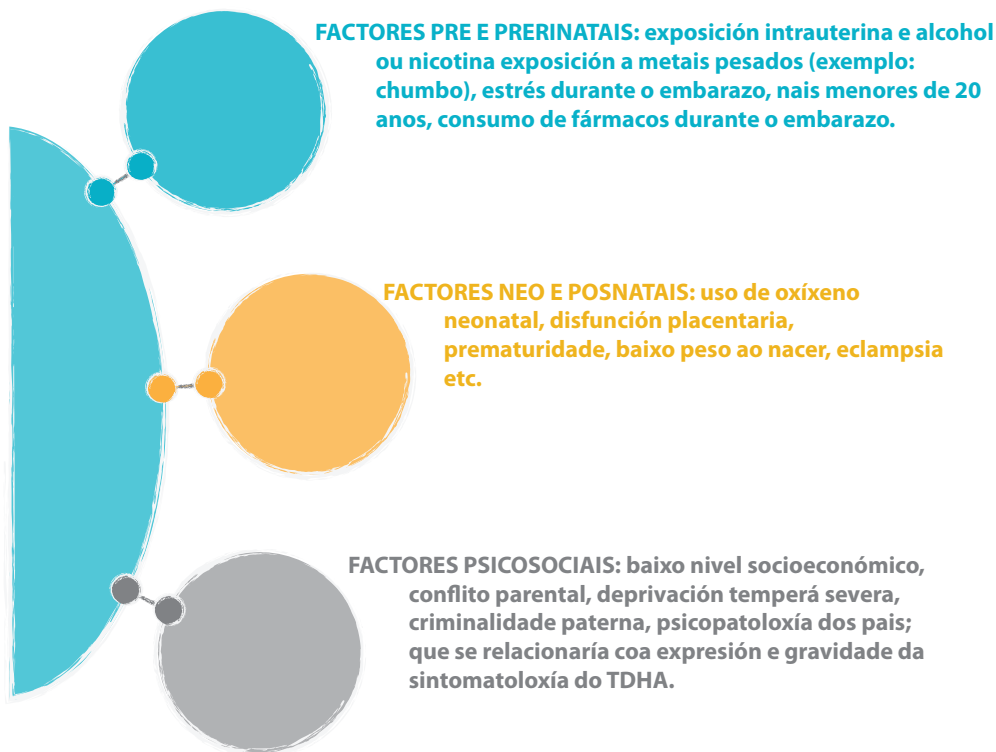
O TDAH é un trastorno polixénico, é dicir, existen diferentes xenes implicados na transmisión do risco de ter o trastorno. Isto é, que unha persoa presente algún/s dos xenes implicados (exemplo: DRD4, DRD5, DAT1, DAT5...) non implica, necesariamente, que se desenvolva o trastorno, só predispón. Será a conxunción dos xenes de risco xunto aos factores ambientais os que incrementarán a probabilidade de manifestalo. Os xenes implicados no TDAH codifican receptores e transportadores de Dopamina (Da) e Noradrenalina (Na). Ademais, nas persoas con TDAH, existen alteracións na

neurotransmisión cerebral como consecuencia dunha alteración nestes xenes, principalmente na corteza prefrontal (relacionada coas funcións executivas e o autocontrol) e os ganglios da base (núcleo estriado e núcleo accumbens) implicados na inhibición de respostas automáticas, a recompensa e a impulsividade.

Esta polixeneidade, xunto á heteroxeneidade xenética en persoas co mesmo diagnóstico, implica que poidan darse moitas combinacións diferentes. Isto explicaría a variabilidade na sintomatoloxía, así como a alta comorbilidade con outros trastornos.

Pola súa banda, entre os factores ambientais (externos) relacionados co TDAH, que poderían interferir no proceso de maduración cerebral, atópanse:

Figura 3. Factores ambientais (externos) relacionados co TDAH.

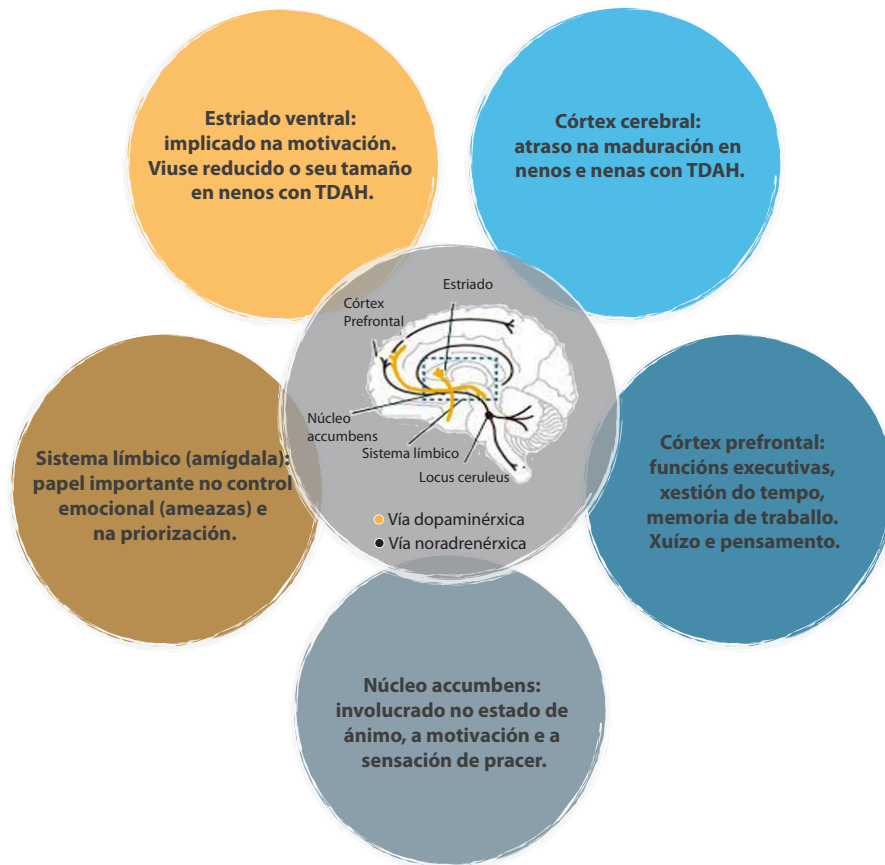


O risco de presentar TDAH incrementa en función do número de factores de risco implicados. Tamén se relacionarían cunha maior probabilidade de presentar trastornos de aprendizaxe e cun incremento da deterioración da funcionalidade na súa vida diaria, en especial en homes (Biederman *et al.*, 2002).

Así mesmo, numerosos estudos sinalan unha alteración a nivel químico e estrutural no funcionamento do lóbulo prefrontal nas persoas con TDAH. Esta alteración traduciríase nun déficit no funcionamento executivo (capacidade para atender a un estímulo, planificar e organizar accións, inhibir respostas e reflexionar sobre as consecuencias da conduta...), o que, pola súa vez, ocorre en resposta a unha desregulación na conectividade funcional (neurotransmisión) e/ou conectividade anatómica de redes neurais fronto-estrio-parieto-cerebelosas. O cerebelo, en concreto o vermis, desempeña un importante papel na regulación e modulación da actividade global cerebral e no balance entre diferentes sistemas.

Figura 4. Áreas cerebrais implicadas no TDAH.

ÁREAS CEREBRAIS IMPLICADAS NO TDAH



Doutra banda, ademais do déficit no funcionamento executivo, as persoas con TDAH presentan dificultades noutros procesos cognitivos como: a memoria de traballo, a atención sostida e selectiva, o control inhibitorio (relacionado coa impulsividade) e o procesamento temporal (estimación do tempo).

2.3 Epidemioloxía: a quen lle afecta?, cal é a súa prevalencia?

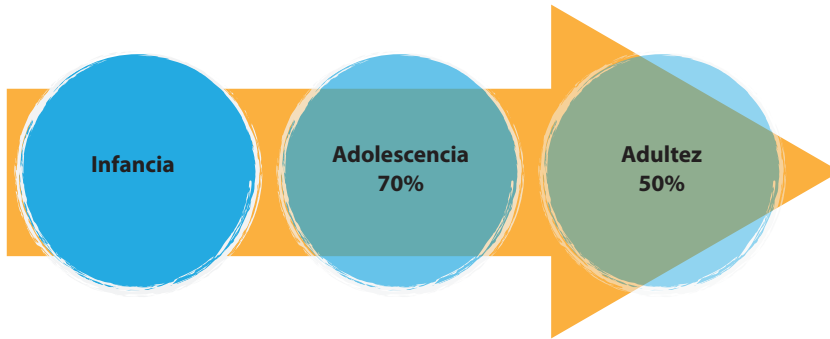
A prevalencia documentada mediante criterios diagnósticos DSM-5 calcúlase nun 5 % para nenos e nenas en idade escolar e un 2,5 % en adultos.

O TDAH é o trastorno do neurodesenvolvemento máis frecuente na idade escolar. Por tanto, é moi probable que no voso centro conviva algún menor con TDAH. Presenta unha prevalencia variable segundo os estudos, oscilando entre un 7-10 % na idade infantil (Lingineni et al., 2012), e un 2,5 % a 5,5 % na idade adulta (Barkley et al., 2011) e implica importantes problemas de adaptación psicosocial (Escobar et al., 2005). A prevalencia documentada mediante criterios diagnósticos DSM-5 calcúlase nun 5 % para nenos e nenas en idade escolar e un 2,5 % en adultos (APA, 2014). No caso de España, unha metaanálise realizada estima a prevalencia nun 6,8 % (Catalá-López et al., 2012).

No relativo á distribución por sexos, viñéronse constatando maiores prevalencias en homes ao longo de toda a vida (aínda que máis claras no neno e adolescente). A magnitude da diferenza varía segundo o tipo de mostra empregada en cada estudo. Desta forma, os estudos realizados con mostra de poboación xeral suxiren un cociente de 3:1, mentres que as mostras clínicas chegan a ser ata de 9:1 (Arnold, 1996). Aínda que é certo que as devanditas diferenzas en canto ao xénero poden ser debidas a un posible infradiagnóstico no caso das mulleres, debido a que adoitan pasar máis desapercibidas e presentan menores problemas a nivel condutual fronte á sintomatoloxía anímica.

En canto á evolución do trastorno, inicialmente tendíase a considerar que se producía unha diminución da sintomatoloxía na adolescencia e idade adulta, con todo, os últimos estudos indican que a sintomatoloxía persiste nun 70 % dos casos na adolescencia e nun 50 % na idade adulta (Barkley et al., 2011). Nestes períodos o que se observa é unha evolución da sintomatoloxía: diminúen os síntomas de hiperactividade-impulsividade e prodúcese un incremento dos síntomas de inatención (Larsson et al., 2011).

Figura 5. Evolución do trastorno.



2.4 Características do TDAH: manifestacións clínicas

En ocasións asóciáanse certas crezas aos e ás menores con TDAH tales como "*faino por amolar; é moi vago/a; non lle dá a gana; non obedece a nada...*". Entender que moitos dos seus comportamentos non son malintencionados e coñecer as dificultades que presentan axudará a axustar as expectativas e a guiar a intervención con eles e elas. Así mesmo, será esencial potenciar os puntos fortes que todos os mozos e mozas presentan. No capítulo 3 ofrécese ferramentas e pautas para axudarvos a saber como poder abordar estas dificultades. Pero antes, imos aprender un pouco máis sobre as características do TDAH.

Como mencionamos anteriormente neste capítulo, os principais síntomas do TDAH son a inatención, a hiperactividade e a impulsividade. Con todo, na convivencia no centro, **como se manifestan estas características no día a día?**

1) Dificultades na atención e na memoria de traballo:

- Cústalle manter a atención en tarefas rutineiras.
- Distráese con facilidade.



- Non lembra instrucións longas ou se se lle din varias á vez.
- Comete erros frecuentes por descoidos.
- Parece que “está no seu mundo”, “está como nas minchas”.
- Parece que non escoita cando se lle fala.
- Esquece o material ou non retén ou perde información sobre que ten que facer. Pode perder a carteira, as chaves, documentos... Esquece as citas ou as entregas de traballos.
- É lento ou lenta á hora de realizar as tarefas.
- Maior variabilidade no rendemento do seu traballo (unhas veces o rendemento é bo e noutras ocasións é moi baixo).
- Dificultades para memorizar.
- Esquece unha información mentres traballa noutra cousa.
- En ocasións, posúe a información, pero non é capaz de utilizala para guiar a súa conduta cara a un obxectivo. Dificultade para priorizar tarefas.
- Desorganización e incapacidade para organizar as tarefas.
- Problemas na xestión do tempo: impuntual, deixa as tarefas para última hora polo que é probable que non as realice. Pode ir moi rápido en tarefas que requiren ir amodo ou viceversa. Por exemplo, tarda media hora en lavar os dentes; fai unha ficha nun minuto...

2) Hiperactividade

- Excesiva actividade motora (movemento constante de pés ou mans, actúa coma se “o impulsase un motor”).
- Móvese constantemente en situacións nas que debe estar sentado/a.
- Sensación de inquietude constante.
- Se é pequeno/a, corre, rube, salta... en situacións inapropiadas.

- Fala en exceso, e mostra dificultade por respectar o silencio cando así se require.
- Dificultades para dedicarse tranquilamente a unha actividade de lecer.

3) Impulsividade:

- Dificultades para esperar a súa quenda (nunha conversación, nunha cola etc.).
- Interrompe frecuentemente conversacións, xogos ou actividades.
- Colle ou toca cousas doutros sen esperar a recibir permiso.
- Dificultades para inhibir unha conduta ou un pensamento.
- Dificultades na demora da recompensa (polo que mostra dificultades na consecución de obxectivos a medio-longo prazo; necesita recompensas frecuentes).
- Móstrase impaciente, carece de paciencia para diferentes actividades.
- Fai comentarios inapropiados.
- Toma decisións de maneira impulsiva, o que o pode poñer en situacións de risco (non valora os perigos).

4) Outras dificultades asociadas:

- Presenza de agresividade e irritabilidade.
- Baixa tolerancia á frustración.
- A medida que vai crescendo aprécianse máis as dificultades na organización e planificación.
- Cústalle seguir as regras.
- Dificultades para regular a conduta e/ou as emocións (ex. “explosións” de rabia).
- Dificultades para facer ou manter amizades.



- Dificultades na resolución de conflitos.
- Presenta rixidez cognitiva (móstrase “cabezón/a”, cústalle ceder, non lle gustan os cambios...).
- Parece emocionalmente máis “inmature/a” que os seus iguais.
- Dificultades no recoñecemento e na xestión das emocións.
- Dificultades na automonitorización: darse conta de se o está facendo ben ou mal e corrixirse cando fallou, interromper as súas accións cando xa non son adecuadas etc.
- Móstrase moi dependente da motivación: é capaz de facer moi ben aquilo polo que se atopa motivado/a, pero se non é así cústalle moito.
- Presenta dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Problemas na interacción social.
- Baixa autoestima.
- Pode presentar dificultades de aprendizaxe.
- Problemas para obedecer e conduta desafiante.
- Na adolescencia, frecuentemente aparecen consumo de tóxicos e decisións impulsivas (maior risco de embarazo ou accidentes).

Toda esta sintomatoloxía, que pode presentarse no seu conxunto ou só en parte, provoca repercusións en moitas áreas da súa vida, incluíndo a convivencia no centro. Por iso, é relevante que os e as profesionais que estades en contacto estreito con persoas con TDAH teñades información veraz e recursos adecuados, tanto para axudalos no seu día a día como para facer fronte ao desgaste físico, mental e emocional que en ocasións supón esta convivencia.

Doutra banda, é importante mencionar que o feito de que un neno, nena ou adolescente presente algunha das características non significa que padeza TDAH. Nin tan sequera que presente ningunha patoloxía! Noutras ocasións, a sintomatoloxía é debida a outras dificultades (por exemplo: algún problema no centro escolar ou con algún compañeiro

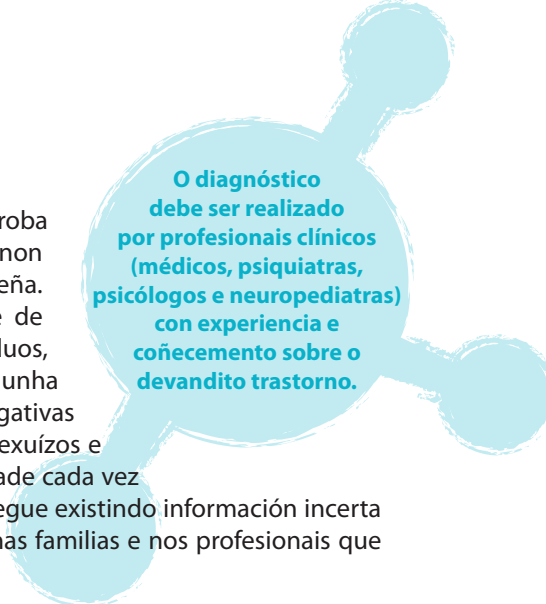
ou compañeira, unha citación xudicial etc. que lles xere preocupación ou sexa unha fonte de tensión).

2.5 Diagnóstico do TDAH: como se diagnostica?

O TDAH non ten un marcador biolóxico nin unha proba que determine se a persoa o presenta, dado que non se trata de características que un teña ou non teña. Atopámonos ante unha dimensión, é dicir, trátase de trazos que poden estar presentes en todos os individuos, en maior ou menor medida, pero que se presentan nunha intensidade maior e/ou xeran máis repercusións negativas no seu día a día. Esta situación xera, en ocasións, prexuízos e mitos ao redor deste trastorno. É certo que a sociedade cada vez se atopa máis sensibilizada e informada, con todo, segue existindo información incerta e sen evidencia científica que xera moitas dúbidas nas familias e nos profesionais que traballades con este colectivo.

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico e está baseado no cumprimento dos criterios definidos no DSM-5 (APA, 2014) ou na CIE-11 (Organización Mundial da Saúde, 2011). Débese especificar (no caso de empregar os criterios propostos no DSM-5) se a presentación do trastorno é predominantemente de non atención, de hiperactividade/impulsividade ou combinada; así como o grao de afectación: leve, moderado ou grave. Pode atoparse esta información no anexo 1.

O diagnóstico debe ser realizado por profesionais clínicos (médicos, psiquiatras, psicólogos e neuropediatras) con experiencia e coñecemento sobre o devandito trastorno. Para iso debe realizarse unha minuciosa exploración psicopatolóxica que debe comezar cunha exhaustiva anamnese (historia clínica) a partir dunha entrevista cos titores legais dos e das menores. Nela é importante recoller, entre outros: datos evolutivos (fitos de desenvolvemento, temperamento, alimentación, patróns de sono,



O diagnóstico debe ser realizado por profesionais clínicos (médicos, psiquiatras, psicólogos e neuropediatras) con experiencia e coñecemento sobre o devandito trastorno.

medos infantís...), antecedentes persoais psiquiátricos, antecedentes familiares de TDAH, fitos da aprendizaxe escolar (dificultades, medidas de apoio ou adaptacións escolares), organigrama familiar (estrutura familiar, estilos de crianza, patróns relacionais, posibles factores estresantes...), actividades de lecer e tempo libre, problemas de conduta e información doutros profesionais consultados (se a houbese). Tamén se avaliará a existencia de trastornos comórbidos e a repercusión que os síntomas teñen na vida dos mozos e das mozas.

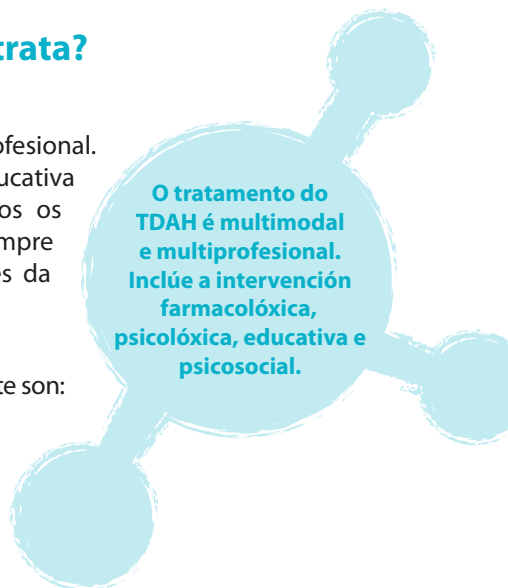
Ademais da historia clínica, os e as profesionais poden empregar escalas e cuestionarios que os axuden a establecer o diagnóstico e a avaliar a resposta ao tratamento. Nos casos nos que se precise determinar o perfil cognitivo e apoiar o diagnóstico, pode solicitarse unha avaliación neuropsicolóxica.

2.6 Tratamento do TDAH: como se trata?

O tratamento do TDAH é multimodal e multiprofesional. Inclúe a intervención farmacolóxica, psicolóxica, educativa e psicosocial. Neste deben estar implicados todos os axentes que forman parte da vida do e da menor. Sempre debe ser individualizado e atender as necesidades da persoa.

O tratamento debe estar baseado en obxectivos terapéuticos claros e ben definidos. Os obxectivos deste son:

- Controlar os síntomas do TDAH.
- Minimizar a sintomatoloxía comórbida.
- Reducir o risco de complicacións.
- Informar e ofrecer psicoeducación á persoa con TDAH e ao seu contorno sobre o trastorno.



O tratamento do TDAH é multimodal e multiprofesional. Inclúe a intervención farmacolóxica, psicolóxica, educativa e psicosocial.

- Adaptar o contorno ás necesidades da persoa con TDAH.
- Mellorar as habilidades de abordaxe dos educadores e coidadores.
- Traballar as expectativas do tratamento.

Unha primeira medida terapéutica e preventiva é a psicoeducación nos diferentes contornos do e da menor.

Tratamento farmacolóxico: se non existe contraindicación aconséllase pautar medicación a calquera menor con TDAH grave ou cun impacto funcional secundario á sintomatoloxía presente. O criterio de idade para o inicio do tratamento farmacolóxico son os 6 anos. Nalgúns casos xustifícase o seu uso antes desa idade debido á repercusión negativa na funcionalidade do e da menor. Sempre se valora o risco/beneficio para cada persoa.

No caso do TDAH existen dous grandes grupos de fármacos:

- Estimulantes: son considerados de primeira elección para o tratamento. Existen dous grupos: Metilfedinato e Lisdexanfetamina.
- Non estimulantes: Atomoxetina e Guanfacina.

Para a elección do fármaco deben terse en conta: a comorbilidade psiquiátrica, os efectos secundarios e a posibilidade de poder cumprir coas indicacións do tratamento.

Terapia psicolóxica: a terapia psicolóxica para o TDAH debe ser integral e holística, é dicir, debe abarcar a todo o sistema que rodea a persoa con TDAH: titores legais, persoa con TDAH e contorno escolar e profesional. Ten como obxectivos axudar a:

- Coñecer as características do trastorno e o impacto que pode ter na súa vida.
- Achegar e ensinar estratexias para a abordaxe dos síntomas cognitivos e condutuais do trastorno.
- Aprendizaxe de estratexias de xestión e manexo emocional e da ansiedade.

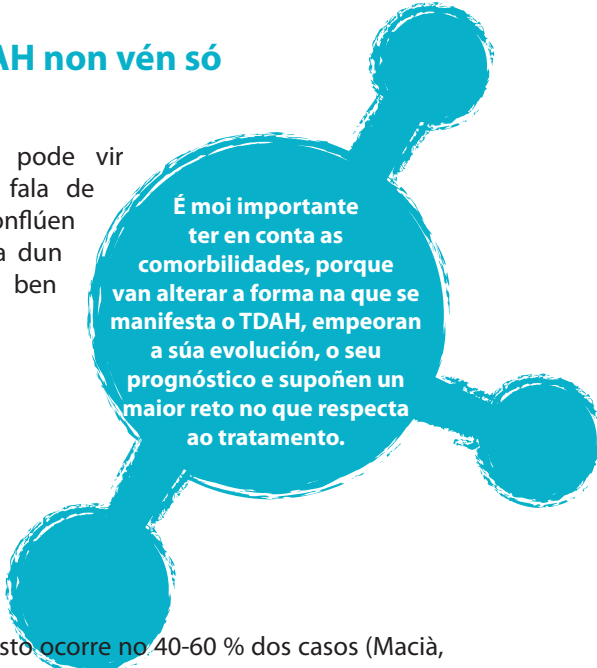
A intervención psicolóxica debe axustarse sempre ás necesidades e características de cada menor e atender a un plan de tratamento personalizado. Terá que incluír as áreas onde a persoa con TDAH presenta algún problema: cognitivo, emocional ou condutual (ou todas). Ademais, debe estar orientada cara á etapa vital que atravesa o individuo.

Os aspectos e técnicas que se traballan desde este enfoque son os seguintes: psicoeducación, adestramento en autoinstrucións, autorregulación emocional, organización da conduta a partir da terapia cognitivo-condutual, adestramento en habilidades coa terapia de modificación de conduta, adestramento en habilidades sociais e en técnicas de manexo de tensións e ansiedade.

Intervención psicopedagóxica, que inclúe: pautas educativas, reforzo educativo, técnicas de estudo e organización e planificación das tarefas.

2.7 Comorbilidade: cando o TDAH non vén só

Como se sinalou anteriormente, o TDAH pode vir acompañado doutros trastornos. Cando se fala de comorbilidade referímonos a trastornos que conflúen á vez nunha persoa, ben porque a existencia dun trastorno predispón á aparición doutros ou ben porque teñen unha mesma orixe.



É moi importante ter en conta as comorbilidades, porque van alterar a forma na que se manifesta o TDAH, empeoran a súa evolución, o seu pronóstico e supoñen un maior reto no que respecta ao tratamento.

No caso do TDAH algúns estudos indican que isto ocorre no 40-60 % dos casos (Macià, 2012); especialmente con:

- Trastornos de ansiedade: os síntomas ansiosos adoitan estar asociados a eventos ou feitos concretos (estresores, medos...). Moitos nenos e nenas con TDAH presentan sintomatoloxía ansióxena como: medo a durmir sós, ansiedade de separación, preocupación excesiva, somatizacións etc. que adoitan asociarse coas experiencias previas de fracaso escolar e críticas e rexeitamento recibido polo seu contorno. Maniféstase frecuentemente en persoas con TDAH (ata un 25 %), sendo máis habitual na presentación inatenta.
- Trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar): estímase que entre o 6 e 9 % dos nenos, nenas e adolescentes con TDAH teñen un diagnóstico comórbido de depresión. Esta situación incrementa a súa sensación de tensión e exacerba as dificultades cognitivas propias do TDAH (déficit atencional e no funcionamento executivo).



- O trastorno bipolar na infancia e o TDAH adóitanse solapar a nivel clínico, e chega mesmo a confundirse. En ambos predomina a baixa tolerancia á frustración e a dificultade para a demora da recompensa.
- Trastornos específicos de aprendizaxe: entre un 20-40 % das persoas con TDAH teñen asociado un trastorno de aprendizaxe. A presenza de ambos os trastornos é a causa frecuente dun baixo rendemento escolar ou mesmo fracaso escolar se non son detectados e abordados adecuadamente.
- Trastorno por uso de substancias (TUS): é unha das comorbilidades máis frecuentes (entre o 25-35 % dos adolescentes que consomen tóxicos cumprirían criterios TDAH). As e os menores cun TDAH non tratado presentan un maior risco de desenvolver unha adicción que os que non teñen TDAH. As mozas e os mozos con TDAH tenden a iniciar antes o consumo de substancias que os seus pares e pasan máis rápido ao uso, abuso e dependencia de substancias.
- Tics e trastorno de Gilles de la Tourette: os tics asociáronse ao TDAH de maneira frecuente. En concreto, a forma máis grave, o Trastorno de Gilles de la Tourette (onde se asocia a aparición de múltiples tics con alteracións condutuais) supera o 60 % en comorbilidade.
- Trastorno de espectro autista: entre o 30-50 % dos casos TEA teñen asociados sintomatoloxía TDAH (aínda que non cheguen a cumprir todos os criterios) como: hiperactividade, impulsividade ou distraibilidade. Estas comorbilidades supoñen maiores dificultades de adaptación funcional.
- Trastorno opoisionista desafiante (TOD) ou negativista desafiante (TND): é un trastorno de inicio na infancia caracterizado por un patrón de comportamento negativista, desafiante, desobediente e hostil cara a figuras de autoridade. Os síntomas adoitan aparecer antes dos 8 anos, presentan escasa variabilidade durante o desenvolvemento e mantéñense ata a adolescencia (a partir desta etapa habería que valorar a presenza dun trastorno disocial). O TOD adoita ter unha alta comorbilidade co TDAH de presentación combinada e co trastorno disocial.

No seguinte apartado centrarémonos na relación existente e solapamento entre o TDAH e o trauma relacional, dado que ambos os trastornos son habituais en menores en risco psicosocial e atendidos en centros como nos que traballades.

2.7.1 TDAH e trauma

É de especial interese pararnos a explicar as similitudes e diferenzas entre o TDAH e o TTD, trastorno traumático do desenvolvemento (trauma relacional) e/ou o trastorno de tensión postraumática complexo (DESNOS) en nenos, nenas e adolescentes, dado que poden manifestar unha sintomatoloxía similar e tamén outras comorbilidades comúns.

É habitual que cando as nenas e os nenos presentan problemas de comportamento e a nivel atencional, o primeiro que “pase pola cabeza” é que presentan un TDAH. Pero non hai que esquecer que a exposición a eventos traumáticos (especialmente provenientes das figuras de apego: abandono, negligencia, abuso...) poden causar síntomas similares aos que se dan no TDAH. Isto provoca que o trauma quede sen o tratamento adecuado cando se produce un diagnóstico erróneo de TDAH. Trátase dun aspecto moi relevante para vós, debido ás especiais características e vulnerabilidade da poboación coa que traballades nos vosos centros.

Que entendemos por trauma?

Cando un ou unha menor sofre abusos ou negligencia, ou simplemente vive en situacións vitalmente estresantes como pobreza ou inseguridade, pode acabar presentando trauma complexo, que afectará a súa capacidade de autorregulación (Abrams e Shapiro, 2014).

Algúns autores falan de “trauma interpersonal temperán” e “trastorno traumático do desenvolvemento”, aínda que non se reflicte como unha categoría diagnóstica no DSM nin na CIE. Trátase dun tipo de trauma que deriva da exposición continuada a distintos tipos de vitimización, en ocasións crónica, por exemplo no caso de malos tratos ou violencia intrafamiliar (Van der Kolk et al., 2009). Un dos signos deste trastorno sería precisamente a deterioración en capacidades evolutivas normais como o mantemento da atención ou o desenvolvemento da aprendizaxe. Podedes atopar máis información no anexo 2.

Cando hai unha exposición temperá a eventos traumáticos isto reflíctese no desenvolvemento cerebral. En diversos estudos obsérvase que existe unha forte relación entre a exposición prolongada a eventos estresantes e un impacto negativo nas partes reguladoras do cerebro (Goldsmith e Davidson, 2004; Kliethermes et al., 2014). Os nenos e nenas con trauma por malos tratos dos seus cuidadores presentan con frecuencia desregulación, inquietude, hiperactividade, incapacidade para concentrarse e dificultades sociais (Music, 2013).

Así mesmo, outros autores sinalan que o TDAH e o trauma complexo comparten similitudes como as dificultades de atención ou a hiperactividade. Cando unha persoa experimenta un trauma as súas capacidades sociais, emocionais e cognitivas pódense ver afectadas (Lieberman et al., 2011).

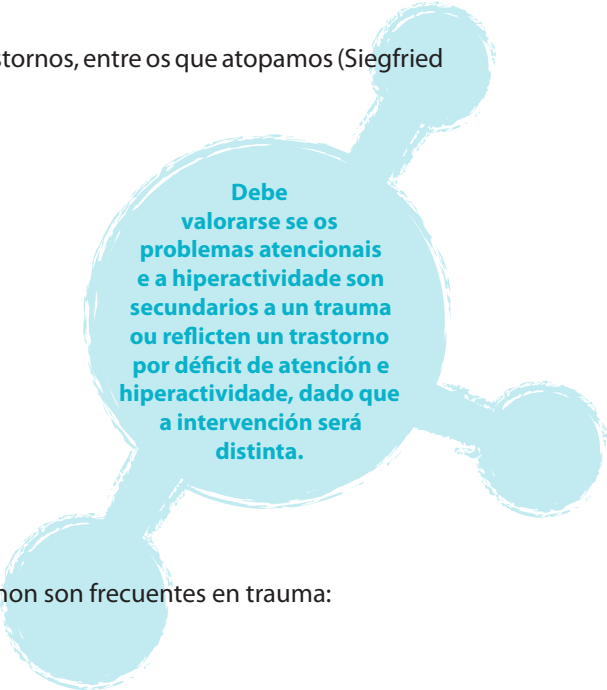
Algúns estudos indican que o TDAH é un diagnóstico frecuente en mozos con historia traumática (Lipschitz et al., 2002). Ademais, a bibliografía reflicte que os nenos e nenas con TDAH presentan un menor número de amigos en comparación con aqueles sen o trastorno e ademais reciben reprimendas constantes (Mattox e Harder, 2007), o cal pode supoñer vivir máis sucesos estresantes que outras persoas. Outros autores tamén sinalan a potencial causalidade entre a conduta asociada ao TDAH e a súa maior vulnerabilidade a abusos por parte dos seus cuidadores como medio para facer fronte ás dificultades temperamentais e os problemas de conduta (Fuller-Thomson et al., 2014).

Debe valorarse se os problemas atencionais e a hiperactividade son secundarios a un trauma ou reflicten un trastorno por déficit de atención e hiperactividade, dado que a intervención será distinta. Para realizar un bo diagnóstico o principal será coñecer a historia vital da persoa, aínda que debe terse en conta que non toda persoa que experimente unha situación traumática desenvolverá un trauma complexo. Ademais, en xeral, os nenos e as nenas con trauma complexo poden presentar pesadelos ou recreacións do evento traumático, o que non ocorre no TDAH.

Cando hai unha exposición temperá a eventos traumáticos isto reflíctese no desenvolvemento cerebral.

Existen algúns síntomas comúns a ambos os trastornos, entre os que atopamos (Siegfried e Blackshear, 2016):

- Dificultades para concentrarse e baixo rendemento académico.
- Distraccións frecuentes.
- Parecer non escoitar.
- Desorganización.
- Hiperactividade.
- Inquietude.
- Dificultades para durmir.



Debe valorarse se os problemas atencionais e a hiperactividade son secundarios a un trauma ou reflicten un trastorno por déficit de atención e hiperactividade, dado que a intervención será distinta.

Outras dificultades son propias do TDAH, pero non son frecuentes en trauma:

- Dificultades para manter a atención.
- Dificultade para seguir instrucións.
- Dificultades coa organización.
- Retorcerse ou moverse no asento con frecuencia.
- Dificultade para esperar quendas.
- Falar excesivamente.
- Esquecer ou perder obxectos.
- Interrupcións constantes a outros.

Por último, entre as dificultades propias de trauma, pero non do TDAH, atopamos as seguintes:

- Sentimentos de medo, impotencia, incerteza, vulnerabilidade.
- Incremento da excitación, nerviosismo e axitación.
- Evitación de estímulos que lembren o trauma.
- Irritabilidade, enfados frecuentes.
- Sentimentos de culpa ou vergonha.
- Disociación, sentimentos de irrealidade ou sentirse “fóra do seu propio corpo”.
- Sentimento constante de alerta por ameaza ou perigo.
- Mostrarse inusualmente imprudente, agresivo ou realizar condutas autodestrutivas.

En liñas moi xerais, os tratamentos efectivos ante o trauma xeralmente inclúen polo menos algúns dos seguintes compoñentes (Siegfried e Blackshear, 2016):

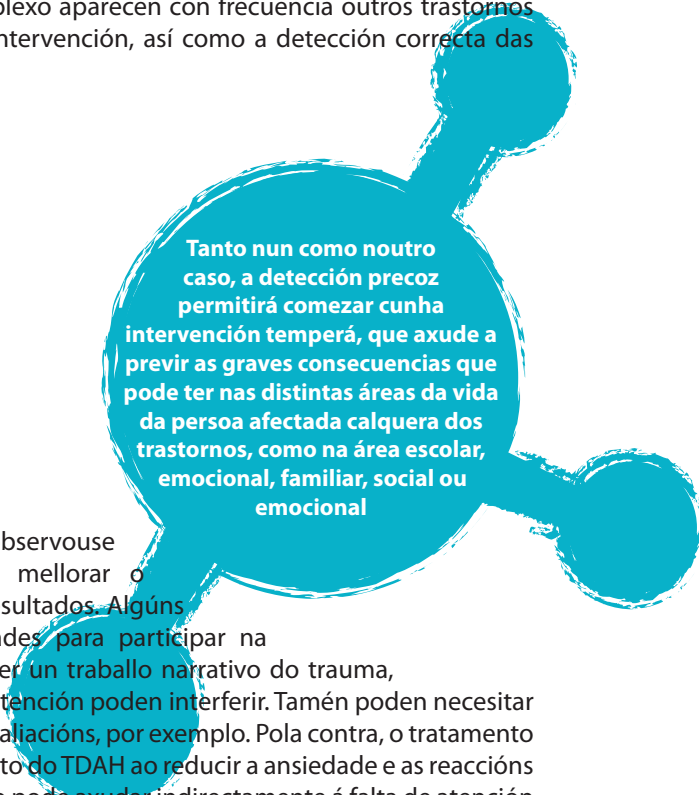
- Promover a sensación de seguridade e crear rutinas e hábitos estables.
- Traballar o afrontamento da tensión e diminución da activación fisiolóxica para axudalos a soportar os recordos do trauma.
- Facilitar a expresión emocional e permitir falar do evento traumático.
- Reestruturación cognitiva, especialmente sobre ideas acerca do que sucedeu e por que.
- Adestramento da autorregulación emocional e condutual.

A teoría do trauma propón que unha das accións máis terapéuticas en caso de trauma é o establecemento dunha relación segura entre o ou a menor e o adulto ou a adulta que traballa co neno ou nena, como neste caso, vós.

Doutra banda, as pautas de intervención no TDAH e manexo para as dificultades a nivel emocional e condutual neste abordaranse no capítulo 3.

Importancia da intervención en ambos os casos

Tanto no TDAH como no trauma complexo aparecen con frecuencia outros trastornos comórbidos, o cal pode complicar a intervención, así como a detección correcta das dificultades subxacentes.



Tanto nun como noutro caso, a detección precoz permitirá comezar cunha intervención temperá, que axude a prever as graves consecuencias que pode ter nas distintas áreas da vida da persoa afectada calquera dos trastornos, como na área escolar, emocional, familiar, social ou emocional

Cando coexisten ambos os trastornos, observouse que o tratamento do TDAH pode mellorar o tratamento do trauma e mellorar os resultados. Algúns nenos con TDAH poden ter dificultades para participar na terapia centrada no trauma, como facer un traballo narrativo do trauma, porque os seus problemas de falta de atención poden interferir. Tamén poden necesitar máis tempo para completar tarefas e avaliacións, por exemplo. Pola contra, o tratamento do trauma pode contribuír ao tratamento do TDAH ao reducir a ansiedade e as reaccións dos nenos e nenas á tensión, xa que isto pode axudar indirectamente á falta de atención ou a impulsividade (Siegfried e Blackshear, 2016). Para os pacientes diagnosticados con TDAH e trauma, a psicoterapia e a medicación a miúdo funcionan ben xuntas. Non existen recomendacións establecidas sobre que trastorno tratar primeiro ou se ambos deben tratarse ao mesmo tempo. En calquera caso, sempre debe planificarse un tratamento individualizado.

2.7.2 TDAH e problemas condutuais

Como acabamos de explicar, unha das comorbilidades máis frecuentes en casos de TDAH é o trastorno oposicionista desafiante (TOD) ou TND. Os estudos estiman que entre un 40-60 % dos casos con TDAH terán nalgún momento un TOD e que entre o 69 e 80 % de preadolescentes con TOD cumpren criterios para o TDAH (Rigau-Raspiñeira et al., 2006). Existen algunhas hipóteses sobre por que existe esta alta comorbilidade entre TOD e TDAH (Coolidge et al., 2000):

- Un trastorno representa un factor de risco para o desenvolvemento subseguinte do outro trastorno.
- Os trastornos comparten os mesmos factores de risco ou outros relacionados.
- Existe unha base sintomática subxacente (ex. impulsividade) común para un ou máis destes trastornos.

O TOD ou TND caracterízase por un patrón de enfado e/ou irritabilidade (por exemplo, perder a calma con facilidade, mostrarse resentido), con discusións frecuentes, actitude desafiante ou vingativa de polo menos 6 meses de duración e que se presenta na interacción con polo menos unha persoa que non sexa un irmán. Este patrón xera malestar ou repercusións negativas na propia persoa ou no seu contorno. No anexo 3 podedes atopar os criterios para o TND segundo DSM-5.

A pesar desta alta comorbilidade, non todas as persoas con TDAH presentarán un TND. Pero si é frecuente que se manifesten ou ben problemas internalizantes (por exemplo, síntomas de ansiedade ou depresión) ou ben externalizantes (problemas de conduta) (Del Corral, 2003). Isto pode entenderse se temos en conta que os síntomas nucleares do TDAH, tales como a excesiva actividade motora e/ou verbal, as dificultades para inhibir accións ou a desregulación tanto condutual como emocional, provocan que con frecuencia estes nenos e nenas reciban mensaxes negativas tanto no ámbito escolar como

familiar e social, comportando unha baixa autoestima, desmotivación e sentimentos de tristeza. Este é o cóctel perfecto para a aparición de dificultades no ámbito condutual. Por iso a intervención non se centrará exclusivamente a nivel individual (por exemplo, dotando o individuo de recursos propios para a resolución de problemas, o adestramento en habilidades sociais ou a regulación emocional) senón que tamén é imprescindible a intervención contextual, tanto no centro educativo (medidas pedagóxicas) como no fogar, neste caso, no centro (mellora das habilidades de comunicación, fomento das interaccións positivas entre os membros).

Que entendemos por problema de conduta?

Conxunto de condutas aprendidas que, en función da súa intensidade, frecuencia, duración e impacto, tanto sobre a persoa como sobre a sociedade, xeran unha limitación significativa na súa participación social ou poñen en risco a súa integridade física ou a dos demais. Supón unha limitación clara das actividades do individuo e unha restrición importante do acceso aos recursos e servizos da comunidade (Emerson, 1995).

Que facemos cando existen problemas de conduta?

En casos de problemas de conduta, será esencial:

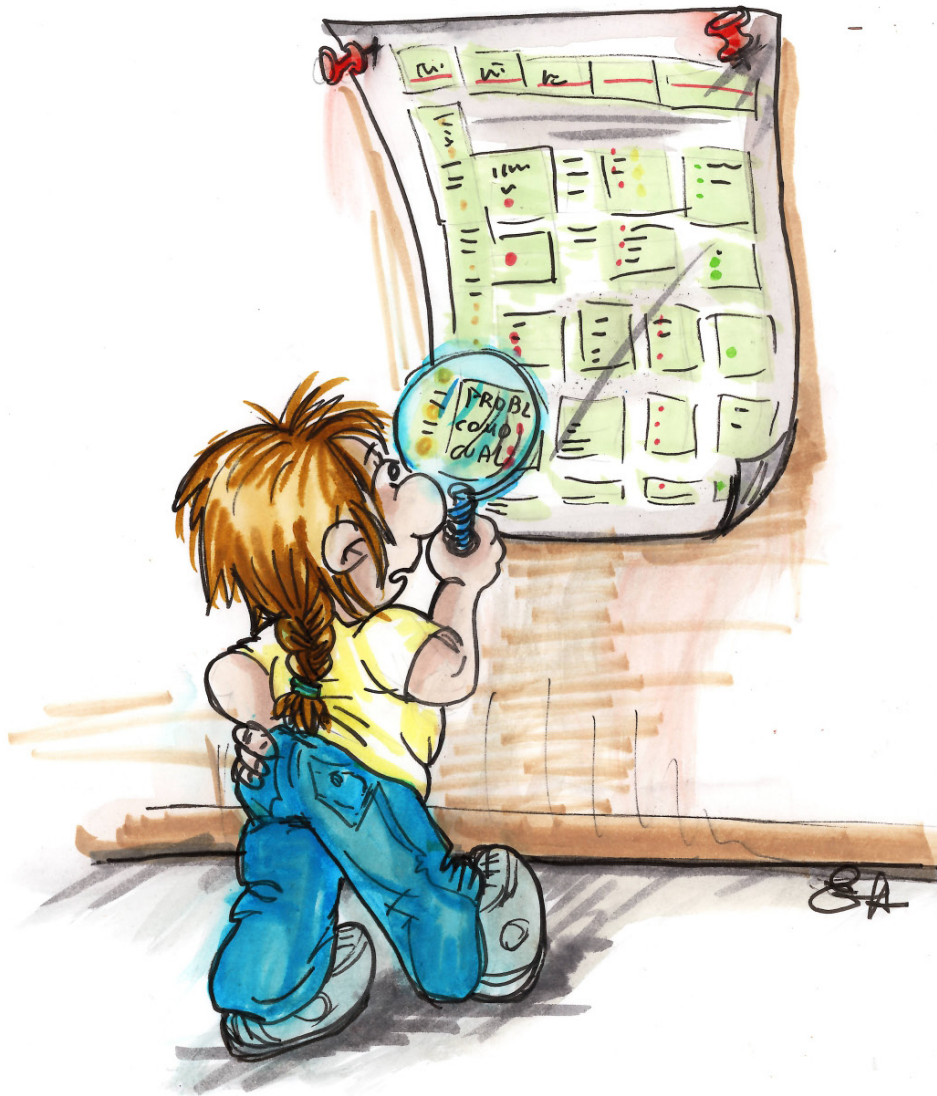
- Mostrar unha actitude tolerante, flexible e paciente.
- Actuar como modelo.
- Aceptar a persoa tal e como é e facerllo notar.
- Mostrar afecto.
- Facilitar a expresión emocional.
- Mostrarse empático.

No próximo capítulo mencionaremos algunhas pautas que nos poden axudar cando unha ou un menor do noso centro presenta problemas de conduta, aínda que debemos ter claro que cada persoa é distinta, así como o son as súas circunstancias, polo que non existe unha fórmula máxica que nos vaia servir sempre, senón que deberemos **individualizar** sempre toda intervención. Tendo isto claro e de maneira complementaria ás ferramentas que se expoñerán no seguinte apartado, será importante seguir a seguinte estrutura:

- Por unha banda, coñecer posibles factores que poidan influír ou favorecer a aparición da conduta disruptiva.
- E, por outro, comprender cal é a función desa conduta para a persoa.

No seguinte capítulo veremos máis estratexias útiles cando temos que facer fronte ás dificultades xenuínas do TDAH, que non teñen por que implicar trastornos de conduta, pero si poden condicionar a convivencia no centro. Debemos ter en conta que a inatención, a hiperactividade e a impulsividade dificultan a autorregulación da conduta; o que implica unha maior necesidade de regulación externa que incida na adquisición dunha maior autonomía e autocontrol.

Cada persoa é distinta, así como o son as súas circunstancias, polo que non existe unha fórmula máxica que nos vaia servir sempre, senón que deberemos individualizar sempre toda intervención.



CAPÍTULO 3

ESTRATEGIAS XERAIS PARA A XESTIÓN DE DIFICULTADES FRECUENTES NO CENTRO

Unha vez conceptualizados os temas da presente guía, neste capítulo intégranse diferentes pautas ou estratexias que se deben empregar ante as dificultades máis frecuentes nos centros de menores. Coñecer e aplicar estas pautas é especialmente adecuado na convivencia con menores con TDAH, posto que as características deste trastorno, expostas no capítulo 2, dificultan a autorregulación condutual e emocional, o que implica unha maior necesidade de regulación externa.

En primeiro lugar, neste capítulo alúdese ás pautas comunicativas, pois considéranse un alicerce fundamental para unha interacción adecuada entre o educador ou educadora e a persoa menor, explicando diferentes elementos como a escoita activa, os estilos comunicativos e o contido da comunicación. En segundo lugar, faise referencia á xestión das emocións, cuestión que inflúe notablemente no desenvolvemento individual e social das persoas, sendo importante dispoñer de ferramentas que permitan axudar a xestionar de maneira adaptativa as emocións que experimentan os e as menores no centro. En terceiro lugar, expóñense diferentes pautas de carácter xeral para manexar os comportamentos disruptivos que presenten os devanditos menores, co fin de que os educadores e educadoras apliquen aquelas que mellor se axusten á situación e ás características do menor. Finalmente, abordase de maneira detallada a intervención en situacións de crises, pois requiren dunha abordaxe específica por parte do equipo de profesionais.

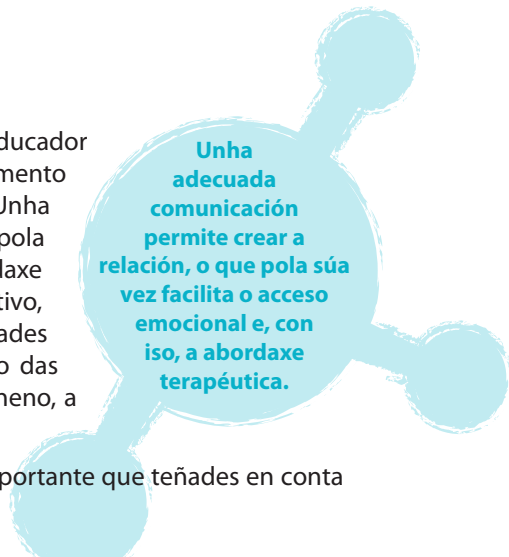
Coñecer e aplicar as pautas de actuación máis favorables na convivencia con persoas con TDAH é esencial dado que presentan maior necesidade de regulación externa.

3.1 Estratexias comunicativas

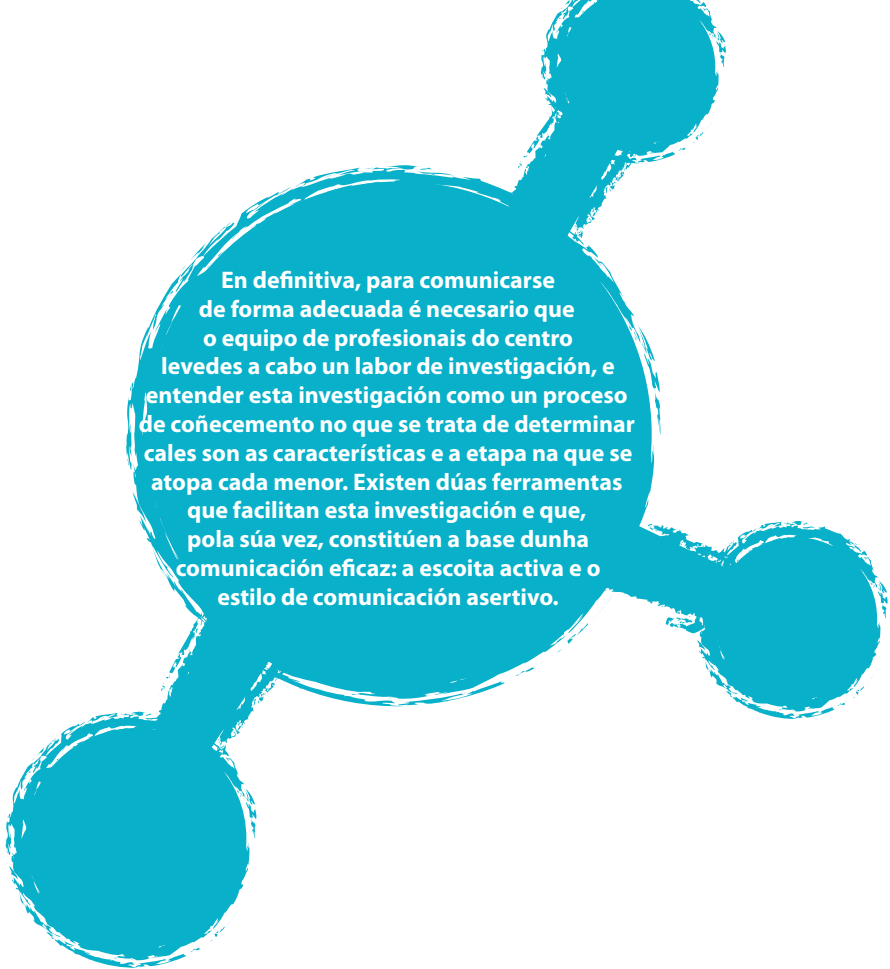
A comunicación constitúe a base da interacción entre o educador ou educadora e a persoa menor, polo que é un elemento fundamental durante toda a súa estancia no centro. Unha adecuada comunicación permite crear a relación, o que pola súa vez facilita o acceso emocional e, con iso, a abordaxe terapéutica. Dada a relevancia do proceso comunicativo, é adecuado que os educadores e as educadoras sexades conscientes da forma na que se comunica e o contido das devanditas intervencións desde o momento no que o neno, a nena ou o adolescente entra no centro.

Para lograr unha comunicación eficaz, consideramos importante que teñades en conta as seguintes pautas xerais:

- Ter en consideración o desenvolvemento cognitivo, psicosocial e da linguaxe da persoa menor, para así poder axustar a forma e o contido da comunicación.
- Ter en conta o contexto sociocultural do que procede a persoa menor, posto que os factores socioculturais afectan tanto á expresión como á interpretación dos contidos da comunicación.
- Utilizar unha linguaxe comprensible para o neno, nena ou adolescente, e coidar a adecuación da linguaxe verbal e non verbal.
- escoitar activamente o menor, e atender tanto a linguaxe verbal como non verbal. Desta maneira, poderedes coñecer as súas necesidades emocionais, así como os sinais que el mesmo proporciona sobre o espazo interpersoal e o contacto físico.
- Ser consciente das propias actitudes, crenzas e sentimentos respecto aos e ás menores e ao seu contorno, xa que todo iso ten influencia na comunicación.



Unha adecuada comunicación permite crear a relación, o que pola súa vez facilita o acceso emocional e, con iso, a abordaxe terapéutica.



En definitiva, para comunicarse de forma adecuada é necesario que o equipo de profesionais do centro levedes a cabo un labor de investigación, e entender esta investigación como un proceso de coñecemento no que se trata de determinar cales son as características e a etapa na que se atopa cada menor. Existen dúas ferramentas que facilitan esta investigación e que, pola súa vez, constitúen a base dunha comunicación eficaz: a escoita activa e o estilo de comunicación asertivo.

3.1.1 Escoita activa

A forma activa de escoitar intenta captar e comprender a mensaxe a través da aceptación. Por tanto, para levar a cabo a escoita activa debemos mostrar desexos de escoitar o menor desde unha actitude libre de prexuízos, e comunicar aceptación por medio da linguaxe verbal e non verbal.

a) Formas non verbais

A non intervención e o silencio constitúen dúas formas non verbais de comunicar aceptación, debido a que permiten escoitar sen emitir un xuízo de valor. Así mesmo, é importante ter en conta a nosa expresión facial e corporal, e tratar de que vaia en sintonía coa mensaxe que estamos a recibir do ou da menor.

b) Formas verbais

A aceptación pódese comunicar empregando formas sinxelas de expresión que convidan o outro a falar, a compartir as súas propias ideas, xuízos e sentimentos. Algunhas destas expresións son as seguintes: *"Xa vexo como te sentes"* *"De verdade?"* *"En serio?"*, *"Fíxechelo?, que ben!"*, *"Que interesante!"* *"Pasouche iso?, cóntame"*, *"Gustaríache falar sobre iso?"*, *"Gustaríame escoitarte"*, *"Gustaríame coñecer o teu punto de vista"*, *"Parece que iso é moi importante para ti"*.

Estas expresións estimulan e manteñen a comunicación, centrando a atención na mensaxe. Desta maneira, producen o efecto contrario aos consellos, ás críticas e aos comentarios descualificadores.

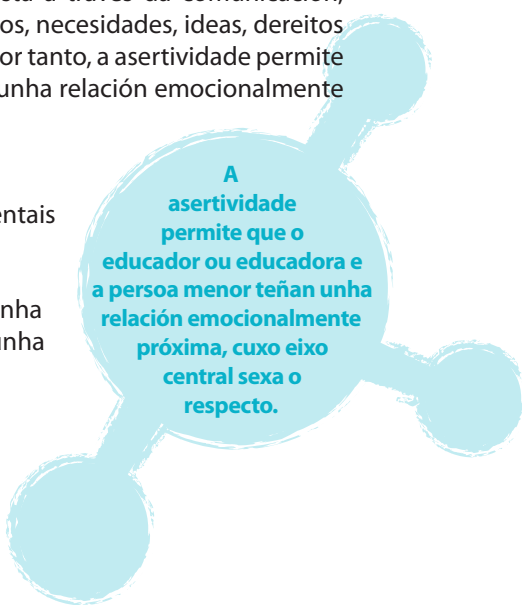
Con todo, unha comunicación na que prime a aceptación contribuirá ao desenvolvemento e crecemento persoal do ou da menor, e producirá cambios construtivos baseados na aprendizaxe.

3.1.2 Estilo comunicativo asertivo

Constitúe un estilo de comportamento que se manifesta a través da comunicación, baseado en expresar abertamente os propios sentimentos, necesidades, ideas, dereitos lexítimos e opinións sen ameazar ou agredir os demais. Por tanto, a asertividade permite que o educador ou educadora e a persoa menor teñan unha relación emocionalmente próxima, cuxo eixo central sexa o respecto.

A continuación, presentamos algunhas pautas fundamentais para empregar o estilo asertivo:

- Comportamento non verbal caracterizado por unha expresión facial e corporal relaxada, así como unha mirada directa.



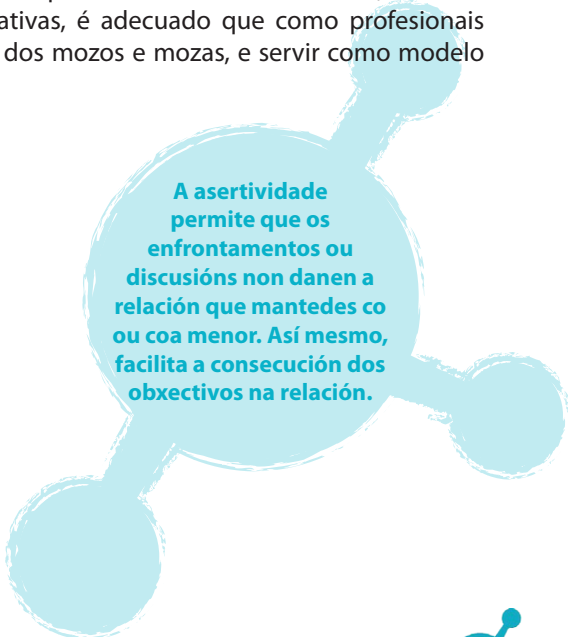
A asertividade permite que o educador ou educadora e a persoa menor teñan unha relación emocionalmente próxima, cuxo eixo central sexa o respecto.



- Fala modulada e fluída, sen vacilacións nin retrousos.
- Mensaxes referidas á exposición e defensa dos propios dereitos, de forma clara e aberta.
- Expresión de opinións e sentimentos desde o eu: *"eu penso, opino, sinto que..."*.
- Consideración das opinións e sentimentos dos demais: *"que che parece, que pensas..."*

Con todo, a asertividade permite que os enfrontamentos ou discusións non danen a relación que mantedes co ou coa menor, debido a que estimula un comportamento controlado e eficaz ante os ataques persoais percibidos, e evita reaccións impulsivas e irracionais. Así mesmo, facilita a consecución dos obxectivos na relación (chegar a acordos, establecer puntos en común) e mantén o afecto dos demais e o respecto por nós mesmos.

En suma, o estilo asertivo é unha ferramenta clave no proceso comunicativo e, por tanto, a relación entre o educador ou educadora e a persoa menor. Por esta razón, ademais de empregalo nas intervencións comunicativas, é adecuado que como profesionais fomentedes o devandito estilo en cada un dos mozos e mozas, e servir como modelo para eles.



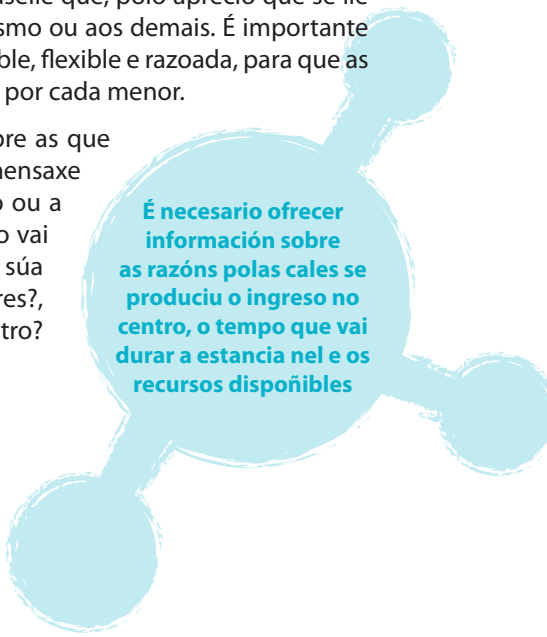
A asertividade permite que os enfrontamentos ou discusións non danen a relación que mantedes co ou coa menor. Así mesmo, facilita a consecución dos obxectivos na relación.

3.1.3 Contido da comunicación

Ata o de agora centramos a atención na forma de comunicarnos, e achegamos dúas ferramentas fundamentais que sentan as bases dunha comunicación adecuada entre profesional e usuario. Con todo, debemos dar un paso máis alá e reflexionar sobre que comunicar, isto é, o contido da comunicación.

Cando a persoa menor accede ao centro, o obxectivo da comunicación debe ser chegar seguridade e aclarar posibles dúbidas. Por esta razón, é necesario ofrecer información sobre as razóns polas cales se produciu o ingreso no centro, o tempo que vai durar a estancia nel e os recursos dispoñibles. Con respecto ao motivo do ingreso, daremos aquela información que lle permita ao neno, á nena ou ao adolescente dotar de significado a súa entrada no centro. Por outra banda, trataremos de establecer o encadre normativo, e facer alusión ás normas internas, as obrigacións, responsabilidades e dereitos que terá durante a súa estancia. Iso implica partir da consideración de que tanto no centro como fóra del existen unha serie de normas que deben respectarse, cuxo cumprimento será esixible de forma coordinada. Así mesmo, comunicaráse que, polo aprecio que se lle profesa, non se vai permitir que se faga dano a si mesmo ou aos demais. É importante transmitir esta información dunha maneira comprensible, flexible e razoada, para que as normas propostas sexan recibidas de forma adecuada por cada menor.

A continuación, preséntanse algunhas preguntas sobre as que pode reflexionar para asegurarnos de que a mensaxe emitida chegou adecuadamente á persoa: entende o ou a menor por que está no centro?, entende canto tempo vai estar no centro?, sabe que recursos e apoios están á súa disposición?, coñece cales son os seus dereitos e deberes?, comprende cales son as normas de convivencia no centro?



É necesario ofrecer información sobre as razóns polas cales se produciu o ingreso no centro, o tempo que vai durar a estancia nel e os recursos dispoñibles

Posteriormente, a comunicación constituirá un elemento máis da intervención terapéutica, polo que a través dela abordaranse temas relevantes para o desenvolvemento persoal e social.

Algúns destes temas son os seguintes:

- **Relacións positivas cos outros.**

Orientarase o menor no desenvolvemento de relacións adecuadas co equipo do centro, cos seus iguais e con outras persoas significativas. Para iso, ademais de proporcionar retroalimentación sobre as interaccións que mantén, se se considera oportuno realizarse un adestramento en habilidades de comunicación e de interacción social.

- **Resolución de problemas e toma de decisións.**

Proporcionaráselle orientación e apoio ao menor para entender as opcións que se lle presentan, así como as consecuencias potenciais das súas decisións. Así mesmo, proporcionaráselle retroalimentación sobre as decisións que vai tomando na vida diaria, e procurarase que tamén reciba retroalimentación por parte dos seus iguais.

- **Autoestima e desenvolvemento da identidade persoal.**

Acompañarase o menor na construción da súa propia identidade, e permitirase que coñeza e aprecie esta identidade en todas as súas posibilidades. Por outra banda, axudaráselle a adquirir recursos e habilidades para lograr a autonomía que corresponda á súa idade.

- **Habilidades para manexar a tensión.**

Orientarase o menor para que identifique as causas de tensións na súa vida, de maneira que poida anticiparse e afrontalas. A este respecto, acompañaráselle na procura de formas adecuadas de manexar a tensión.

- **Autoorganización.**

Axudarase o menor para poñerse obxectivos a curto prazo, realistas e que se poidan alcanzar en diferentes etapas. Así mesmo, informarémolo sobre a relación entre obxectivos a curto prazo e metas a longo prazo en cuestións tales como a educación, o emprego ou o manexo do diñeiro.

A abordaxe deste tema é especialmente relevante no TDAH, dada as dificultades derivadas do trastorno.

- **Actitudes e valores.**

Orientarase o menor na adopción de actitudes e valores cos que poida guiar o seu comportamento con respecto a si mesmo, os demais (comportamento prosocial, desenvolvemento moral) e a tarefa (responsabilidade, motivación de logro).

- **Sexualidade.**

Proporcionaráselle ao menor a información sexual necesaria de acordo ao seu momento evolutivo, axudándolle a coñecer e entender o seu desenvolvemento sexual. A partir deste coñecemento, abordarase o concepto de responsabilidade sobre o seu comportamento sexual, no que teña cabida tanto o autorrespecto como o respecto ao outro.


- **Preparación para o seu futuro.**

Axudarase o menor para entender a necesidade da reunificación familiar ou da alternativa considerada a esta cando esta non sexa posible, así como á procura de emprego. O obxectivo debe ser que poida afrontar ese futuro coas maiores garantías de éxito posibles.

En definitiva, a comunicación constitúe un elemento clave na relación entre o educador ou educadora e a persoa menor desde o momento do ingreso desta ao centro, así como un medio para a intervención en todos os ámbitos. Por este motivo, como profesionais é necesario que consideredes o como (a forma de comunicarse) e o que (o contido da comunicación) do proceso comunicativo, co obxectivo de que sexa o máis adecuado para cada un dos e das menores. Só desta maneira, a orientación e o acompañamento darán lugar a un proceso de aprendizaxe que se manterá no tempo.

Como profesionais é necesario que consideredes o como (a forma de comunicarse) e o que (o contido da comunicación) do proceso comunicativo, co obxectivo de que sexa o máis adecuado para cada un dos e das menores.

3.2 Estratexias para a xestión das emocións



A xestión emocional é un dos aspectos máis importantes para o desenvolvemento persoal e social de cada menor no centro, polo que debe ser considerado como tal na intervención. A este respecto, existen diferenzas individuais entre os e as menores na forma de experimentar, percibir e expresar emocións, que se deben coñecer para poder abordar cada caso de forma personalizada.

Observar e comunicarse cos nenos, nenas e adolescentes permite achegarse á forma que teñen de vivir as emocións, así como ás crenzas que manteñen sobre cada unha delas. A importancia de traballar sobre as crenzas radica en que condicionan a forma na que se experimenta e, por tanto, se xestiona cada emoción. Neste sentido, unha das crenzas erróneas máis comúns é a de considerar que existen emocións positivas e negativas. Desta maneira, se o ou a menor mantén a crenza de que a tristeza é negativa, experimentaraa como algo prexudicial, que debe evitar de todas as formas posibles (p. ex., exercendo control sobre esta emoción, suprimíndoa, evitando falar dela)/dela). A psicoeducación e a reestruturación cognitiva constitúen as dúas técnicas principais para abordar as crenzas erróneas.

Con todo, de maneira previa a que o ou a menor adquira a habilidade de regular as emocións, é fundamental consolidar outras habilidades de menor complexidade, como son: a percepción ou identificación emocional, a facilitación emocional e a comprensión emocional, que conforman a intelixencia emocional.

De maneira previa a que o ou a menor adquira a habilidade de regular as emocións, é fundamental consolidar outras habilidades de menor complexidade, como son: a percepción ou identificación emocional, a facilitación emocional e a comprensión emocional, que conforman a intelixencia emocional.

En primeiro lugar, a percepción emocional refírese á habilidade para recoñecer e identificar emocións propias e alleas, é dicir, a autoconciencia e expresión dos propios sentimentos, así como tomar conciencia de como se senten os demais. Para adestrar esta habilidade, unha ferramenta útil é a autoobservación dos nosos propios estados emocionais, facendo un rexistro das emocións experimentadas ao longo do día co fin de poder coñecer de que sensacións físicas e pensamentos veñen acompañadas (anexo 4). En segundo lugar, a facilitación emocional refírese á influencia das emocións, tanto nos procesos cognitivos (atención, memoria, toma de decisións etc.) como na conduta (no que digo e como o fago). Nesta liña, durante o exercicio de autoobservación tamén se analiza como as emocións que experimentamos ao longo do día inflúen en nós. En terceiro lugar, a comprensión emocional refírese á habilidade para comprender a información que achegan as emocións, é dicir, identificar a causa da emoción e entender por que e para que sentimos así. Deste xeito, para poder xestionar a emoción é preciso tomar conciencia tanto da causa da emoción, como das consecuencias (que farei? que pensarei?). Unha ferramenta útil para desenvolver esta habilidade é formular preguntas de autorreflexión, por exemplo, por que me sinto así?, que pasou antes?, cal foi a causa? Neste sentido, cobra especial relevancia a expresión de sentimentos desde o eu, que permitirá tomar conciencia e comprender as nosas emocións.

Así pois, unha vez adestradas as habilidades previamente expostas, o seguinte paso é abordar a capacidade para xestionar as propias emocións, o que implica modular o inicio, mantemento, intensidade e duración dos estados emocionais, en definitiva, a xestión emocional. Para iso, cando o obxectivo é xestionar de forma competente as emocións, póñense en marcha procesos dirixidos a transformar a experiencia emocional subxectiva e a expresión emocional, é dicir, estratexias de regulación emocional. A continuación, presentamos algunhas pautas que consideramos oportunas para que o equipo de profesionais poidades promover a regulación emocional nos e as menores ao voso cargo:

- É importante aprender a escoitar e observar a reacción emocional da persoa menor, sen xulgar nin intervir no momento onde a emoción está na súa máxima intensidade.
- Aceptar as emocións que se experimentan, xa que a xestión emocional non implica a evitación das emocións, senón a súa experimentación sen que cheguen a dominar a nosa conduta. Para iso, o primeiro paso, como se explicou anteriormente, é identificalas e aceptalas.
- Validar a emoción que están a experimentar, con expresións como “esa situación debeu de ser dura para ti, non a esperabas...”, “entendo que sintas tanta rabia porque para ti iso era moi importante”, “é normal que te sintas triste”. Pola contra, débese evitar empregar expresións como “non é nada”, “iso é unha bobada”, “non te poñas así”, xa que contribúen a infravalorar o estado no que se atopa o mozo ou a moza.
- Promover a identificación das emocións a través de preguntas tales como “que che sucede?” “como te sentes?”, unha vez o neno, nena ou adolescente se atope máis tranquilo, así como tratar de que atope unha solución ao seu estado emocional, xa que son eles mesmos os que poden proporcionarse as mellores estratexias para diminuír o malestar emocional.
- En particular, o afrontamento de situacións interpersoais de enfado é complexo, especialmente cando o enfado é intenso e se expresa a través de condutas agresivas físicas e/ou verbais. Ante esta situación é importante ter en conta que, xeralmente, o enfado ten forma de curva, é dicir, unha fase inicial de estalido e de subida, e posteriormente o enlenteceamento ou arrefriado. Con todo, para que o equipo de profesionais poidades xestionar o enfado do ou da menor dunha maneira adecuada propoñemos o seguinte:
 - Expor como obxectivo inicial reducir a intensidade das manifestacións negativas:
 - Procura dun lugar adecuado (saír do sitio público e buscar un lugar privado ou tranquilo, se é necesario).
 - Permanecer en calma, é dicir, non entrar na provocación da outra persoa e actuar como o seu espello.

- Manter unha postura firme e serena con movementos relaxados.
- Dar sinais de escoita activa (ton de voz tranquilo, volume relaxado e escoitar a súa exposición sen interromper).
- Cando a situación se complica é prudente abandonar o lugar e indicar a preferencia por falar noutro momento cando a persoa acougue.
- Unha vez que o enfado comeza a diminuír a súa intensidade:
 - Empatizar co ou a menor: “nótote....”, “percibo que....”
 - Mostrar comprensión ao seu sentimento: “é normal que te sintas así”.
 - Non emitir xuízo nin facer reproches ata que a persoa acougue.
- Cando a persoa está totalmente acougada:
 - Expresar os propios sentimentos, argumentos e puntos de vista dunha forma asertiva.
 - Ofrecer axuda ao menor, preguntando “como podo axudarte?”.
 - Agradecer a súa comunicación.
- Outra cuestión importante é **dotar doutras ferramentas aos e ás menores que poidan favorecer a súa xestión emocional**. Algúns destes recursos son:
 - Identificar os síntomas físicos (palpitacións, suores) e psicolóxicos (pensamentos) que indican que a emoción está a incrementar a súa intensidade. A identificación temperá permitiralle desenvolver estratexias que contribúan a diminuír a intensidade emocional, antes de que chegue a desbordarse.
 - Practicar a atención consciente no momento presente (mindfulness), que axudará a alcanzar un equilibrio emocional. O exercicio continuado de mindfulness contribuirá a diminuír o malestar orixinado por pensamentos e imaxes intrusivas relacionadas con situacións pasadas e futuras.
 - Levar a cabo exercicios de respiración, onde se traballa a conciencia da propia respiración. No anexo 5 expónse un exemplo.

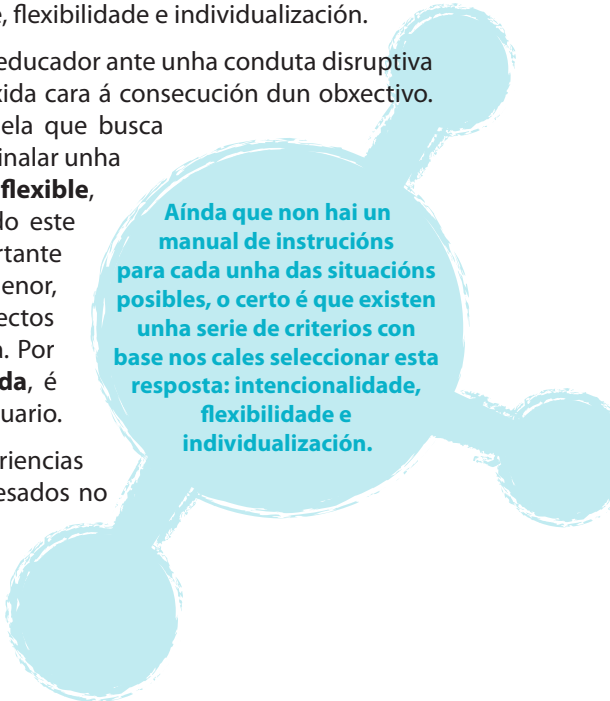
- Levar a cabo exercicios de relaxación, que permitirán diminuír a activación fisiolóxica dalgunhas emocións intensas.
- Realizar unha lista con recursos dos que poderemos facer uso nos momentos estresantes (anexo 6). Algúns exemplos destes recursos son: quedar ou chamar a alguén importante, practicar unha afección (p. ex., escoitar música, escribir, bailar, saír pasear, practicar un deporte).

3.3 Estratexias para a xestión de comportamentos disruptivos

A xestión dos comportamentos disruptivos emitidos por cada menor do centro constitúe un gran reto para os e as profesionais, cuxa intervención se espera que restableza a calma de maneira inmediata. Aínda que non hai un manual de instrucións para cada unha das situacións posibles, o certo é que existen unha serie de criterios con base nos cales seleccionar esta resposta: intencionalidade, flexibilidade e individualización.

En primeiro lugar, a intervención realizada polo educador ante unha conduta disruptiva debe ter unha **intencionalidade**, é dicir, ir dirixida cara á consecución dun obxectivo. Neste sentido, unha resposta adecuada é aquela que busca unha repercusión educativa e non unicamente sinalar unha conduta ou reprimila. Así mesmo, debe ser **flexible**, isto é, estar adaptada ao contexto, entendendo este pola situación e o momento. Por tanto, é importante reflexionar sobre a estancia na que está o ou a menor, as demais persoas presentes, e outros aspectos relevantes á hora de axustar a resposta emitida. Por último, a intervención debe ser **individualizada**, é dicir, estar adaptada ás características de cada usuario.

Con todo, debemos ter en conta que as experiencias educativas de moitos dos mozos e mozas ingresados no



Aínda que non hai un manual de instrucións para cada unha das situacións posibles, o certo é que existen unha serie de criterios con base nos cales seleccionar esta resposta: intencionalidade, flexibilidade e individualización.

centro consistiron na aplicación de consecuencias incoherentes ou erráticas, onde a mesma conduta podía ser eloxiada, castigada ou non provocar ningunha reacción. Por esta razón, un aspecto fundamental é crear un espazo seguro, no que cada menor poida entender a relación entre a conduta emitida e a consecuencia resultante. Para iso, á hora de establecer as consecuencias debemos ter as seguintes características:

- a) **Respectar os dereitos básicos das persoas menores:** os dereitos non constitúen un beneficio que se poida ofrecer ou eliminar, senón unha condición estable e necesaria coa que os e as menores contan. Desta maneira, consecuencias como dar unha labazada ou deixar sen cear, son inadmisibles.
- b) **Aplicarse de maneira inmediata:** na medida do posible as consecuencias deben aplicarse inmediatamente despois da emisión da conduta disruptiva, de forma que a persoa menor poida establecer unha relación clara entre o comportamento e esta.
- c) **Ser lóxicas: é importante que as consecuencias teñan relación coa conduta disruptiva e se axusten á súa gravidade, de maneira que teñan sentido para o neno, nena ou adolescente. Por tanto, non deben ser establecidas arbitrariamente.**
- d) **Ser naturais:** en ocasións a conduta disruptiva prodúcese de maneira natural, é dicir, sen intervención do educador, unha determinada consecuencia. Estas consecuencias son inmediatas e teñen unha relación directa co comportamento, polo que debemos priorizalas. Por exemplo, se o ou a menor rompe a televisión, non poderá ver o seu programa favorito.
- e) **Estar consensuadas:** as consecuencias deben ser expostas e razoadas con cada menor, de tal forma que non obedezan a criterios persoais tomados sobre a marcha e produto da improvisación.
- f) **Aplicarse de forma individualizada:** cada menor ten unhas características e condicións únicas, polo que as consecuencias deben estar axustadas a estas.
- g) **Ser reparatorias:** é importante que as consecuencias sexan útiles e produtivas tanto para o ou a menor que presentou a conduta como para o agraviado (se o hai) e o resto do grupo. Para iso, deben inducir á reflexión (disciplina inductiva).

Un aspecto fundamental é crear un espazo seguro, no que cada menor poida entender a relación entre a conduta emitida e a consecuencia resultante.

h) Non ser exclusivamente condutuais: será necesario reflexionar xunto co mozo ou moza acerca dos efectos da conduta, buscar outras vías máis socializadas de alcanzar o mesmo fin.

En definitiva, a aplicación de consecuencias de forma adecuada é un aspecto fundamental para crear unha contorna segura que estimule a aprendizaxe, polo que é necesario que os profesionais do centro dediques tempo á elección destas e das estratexias a través das cales terán efecto. A este respecto, as consecuencias pódense aplicar por medio de técnicas de modificación de conduta, que permiten incrementar a probabilidade de ocorrencia de condutas adecuadas e diminuír a probabilidade de ocorrencia de condutas non desexadas. Entre estas técnicas destacan o reforzo positivo, o castigo, o custo de resposta, o tempo fóra e a extinción.

O **reforzo positivo** consiste en aplicar estímulos agradables tras a conduta desexada. Os devanditos estímulos, denominados reforzadores, poden ser de tipo tanxible (p. ex., diñeiro, obxectos desexados polo ou pola menor) ou social (p. ex., un sorriso, un encomio, un xesto de aprobación), sendo estes últimos os que contribúen a cambios condutuais máis estables. A este respecto, un estímulo actuará como reforzador sempre que sexa apreciado pola persoa menor, polo que se debe coñecer os gustos de cada un deles e elas para empregar esta técnica de modo eficaz. Así mesmo, previamente debemos identificar aquelas condutas que queremos reforzar, de modo que a aplicación do reforzador tras estas sexa inmediata.

Empregar o reforzo positivo para establecer as consecuencias non só contribúe a potenciar as condutas desexadas, senón que, ademais, permite diminuír a probabilidade de ocorrencia dos comportamentos disruptivos. A razón pola que sucede isto débese a que as condutas compiten entre si, polo que o incremento dunhas favorecerá a diminución das outras. Así mesmo, ademais do seu potente efecto sobre o comportamento en termos de aprendizaxe, o reforzo positivo produce experiencias agradables na persoa menor e o educador ou a educadora, influíndo no ton positivo da convivencia.

Por outra banda, o **castigo positivo** constitúe a estratexia máis coñecida para actuar sobre as condutas inadecuadas, a través da aplicación dun estímulo aversivo a continuación destas (p. ex., mostrar o noso descontento, impoñer unha tarefa extra). Aínda que é unha estratexia que permite diminuír a probabilidade de ocorrencia dos

comportamentos disruptivos, o certo é que o seu emprego frecuente e centralizado pode desencadear consecuencias negativas como o desgaste da relación co mozo ou coa moza. Por tanto, recomendamos ter en conta as seguintes indicacións:

- Empregar o castigo só ante determinadas condutas que se identificaron previamente (p. ex., romper obxectos do centro, agredir a un compañeiro).
- Razoar e negociar o castigo co neno, nena ou adolescente, de modo que este poida coñecelo, anticipalo e mesmo decidilo.
- Axustar a intensidade do castigo, tendo en conta a conduta realizada.
- Evitar totalmente o castigo de tipo físico.
- Aplicar o castigo sen perder a calma, e describir a conduta e a consecuencia de maneira serena.
- Aplicar o castigo de forma inmediata á emisión da conduta inadecuada.
- Aplicar o castigo de forma sistemática, é dicir, sempre que o ou a menor realice esa conduta que identificamos. Para evitar que isto sexa frecuente, as condutas seleccionadas polo educador suxeitas a castigo non deben ser moitas.

Con todo, é importante destacar que a través do castigo a persoa menor só aprende o que non debe de facer, polo que esta técnica débese combinar co ensino e/ou reforzamento de condutas alternativas ou incompatibles coas condutas castigadas. A este respecto, para obter efectos máis rápidos e estables, o compoñente de reforzamento debe predominar sobre o de castigo. Por exemplo, o castigo pola conduta de agredir a algún compañeiro debe complementarse co ensino de condutas alternativas, tales como levar a cabo tarefas en equipo.

Así mesmo, a eficacia do castigo aumenta se se razoan co mozo ou a moza os motivos para non executar a conduta castigada, expoñendo argumentos congruentes coas súas actitudes e valores. O feito de que o ou a menor interiorice o razoamento facilitará a supresión da conduta indesexable en ausencia do axente punitivo.

A aplicación de estímulos desagradables tras o comportamento disruptivo non é a única forma de aplicar a técnica do castigo, existen outros procedementos que poden ser de gran utilidade dentro do centro. Exemplo diso é a **sobrecorrección**, que consiste en realizar repetida ou prolongadamente condutas adecuadas que están directamente relacionadas coa conduta indesexada e á cal deben seguir continxentemente. Existen dous tipos de sobrecorrección:

- **A sobrecorrección restitutiva:** aplícase ás condutas que teñen un efecto perturbador sobre o ambiente, tales como romper obxectos ou insultar a outros. O ou a menor debe sobrecorrir as consecuencias do seu comportamento restaurando o ambiente a un estado mellor que o previo á conduta ou ben sobrecompensando a persoa á que lle causou un prexuízo. Por exemplo, cando o mozo ou moza desordena e descoida os recursos materiais do centro, debe poñer en orde e limpar todos os mobles dunha determinada estancia. Da mesma forma, a persoa que insultou a outra, debe pedirlle desculpas e axudarlle a realizar unha determinada tarefa.
- **A sobrecorrección mediante práctica positiva:** consiste en realizar de forma repetida ou duradeira unha conduta incompatible coa inadecuada, de forma continxente á súa emisión. Este tipo de sobrecorrección adóitase aplicar con maior frecuencia cando a conduta inadecuada non dá lugar a ningunha alteración ambiental. Por exemplo, cando o ou a menor deixa o prato sobre a mesa ao acabar de comer, debe colocar o prato na lavalouza, sacalo de novo, deixalo sobre a mesa e volvelo a colocar na lavalouza, e repetir este procedemento un número determinado de veces.

Para que a persoa menor realice as actividades de sobrecorrección de forma óptima, o educador ou educadora debe empregar instrucións verbais ou xestos, así como eliminar o acceso aos reforzadores positivos (p. ex., a aprobación e o encomio) durante o procedemento. A razón pola que non é adecuado empregar reforzadores positivos radica en que poderían reforzar tamén a conduta inadecuada que deu lugar á estratexia.

Por último, cabe destacar que a sobrecorrección non debe aplicarse con menores que se resisten enerxicamente a esta, debido a que podería xerar rexeitamento e potenciar o comportamento disruptivo. Nestes casos o mellor é considerar procedementos alternativos, como o custo de resposta, o tempo fóra ou a extinción.

O **custo de resposta** consiste en retirar un reforzador positivo (p. ex., tempo de ver a TV) continxentemente a unha conduta, co obxectivo de reduci-la ou eliminala. Da mesma forma que o castigo, o adecuado é que o ou a menor coñeza esta consecuencia de maneira previa á súa aplicación, así como que sexa avisado no momento das razóns polas cales se considerou oportuno aplicala. Pola súa banda, o **tempo fóra** implica a eliminación do acceso aos reforzadores positivos durante un determinado período temporal, de modo continxente á ocorrencia do comportamento disruptivo. A forma máis frecuente de executar esta técnica é mediante o illamento, é dicir, indicarlle ao menor que, tras a emisión da conduta, acuda a unha estancia do centro cos mínimos reforzadores posibles. O obxectivo é que permaneza durante un tempo nela tratando de baixar a intensidade emocional, para o que pode ter á súa disposición folios, pelotas brandas, un saco de boxeo ou outros recursos que permitan canalizar as súas emocións. Doutra banda, a **extinción** consiste en eliminar os reforzadores positivos que mantiñan un determinado comportamento. Unha maneira de facelo é deixar de prestar atención ante condutas disruptivas, a condición de que estas non impliquen un dano cara a un mesmo ou ao contorno.

Con todo, de maneira previa á aplicación de cada unha destas técnicas é fundamental que o equipo de profesionais realice un adecuado diagnóstico e proposta de tratamento, seguindo as pautas do traballo en rede expostas no capítulo 4 desta guía. A razón disto radica en **que hai técnicas que non deben empregarse ante determinadas condicións**, por exemplo o tempo fóra en menores que experimentaron vivencias traumáticas.

En suma, a xestión dos comportamentos disruptivos dos e das menores é un labor complexo que require de dedicación e planificación por parte do equipo de profesionais. Neste apartado presentamos as estratexias que consideramos máis importantes para realizar unha abordaxe adecuada das devanditas condutas. De forma complementaria, poderedes atopar nos anexos un protocolo de actuación (apoio condutual positivo) ante condutas problema (anexo 7) que plasmamos co obxectivo de establecer un procedemento útil e efectivo no voso día a día no centro.

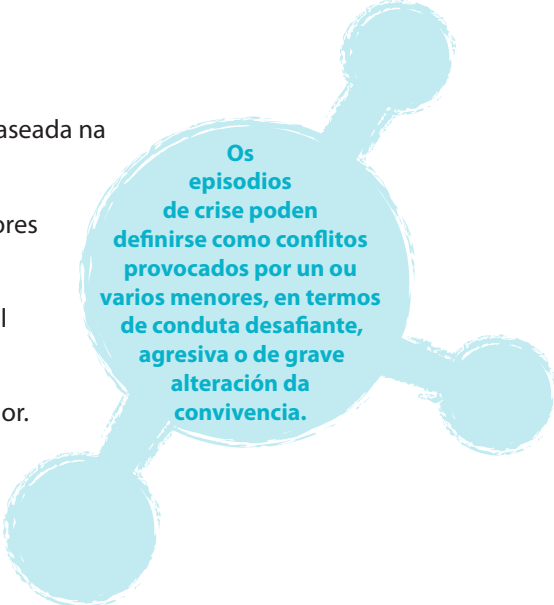
De maneira previa á aplicación de cada unha destas técnicas é fundamental que o equipo de profesionais realice un adecuado diagnóstico e proposta de tratamento, dado que algunhas non deben empregarse ante determinadas condicións.

3.4 Intervención en crise

Aínda que expuxemos diversas pautas e técnicas dirixidas ao manexo de comportamentos disruptivos desde unha perspectiva educativa, o certo é que durante a convivencia no centro poden ocorrer determinadas situacións que requiren dunha abordaxe máis específica. É por este motivo que consideramos fundamental dedicar un espazo á intervención nas situacións de crise. Estas situacións, denominadas episodios de crise, pódense definir como conflitos provocados por un ou varios menores, en termos de conduta desafiante, agresiva ou de grave alteración da convivencia.

Existen algunhas medidas xerais que preveñen os episodios de crise, xa que están dirixidas a crear un contorno seguro:

- Establecer un ambiente estruturado que axude a predicir situacións.
- Establecer normas e rutinas.
- Controlar ou eliminar obxectos perigosos.
- Ter unha relación próxima co e coa menor, baseada na comunicación.
- Estimular a comunicación entre os e as menores do centro.
- Adestrar as habilidades de xestión emocional con cada menor.
- Abordar as habilidades sociais con cada menor.



Os episodios de crise poden definirse como conflitos provocados por un ou varios menores, en termos de conduta desafiante, agresiva o de grave alteración da convivencia.

Con todo, dada a importancia destes episodios, o educador ou educadora debe estar preparado para xestionalos de maneira adecuada no caso de que se desencadeen. Para iso, a súa actuación debe estar fundamentada nun modelo teórico con suficiente evidencia científica. No presente subapartado, centrarémonos no modelo de intervención en crise denominado *intervención no espazo vital* (*Life Space Crise Intervention, LSCI*), unha proposta de Long, Wood e Fecser (2001) baseada na técnica da Entrevista no Espazo Vital, que foi desenvolta por Fritz Redl nos anos 60. Precisamente, esta intervención transcorre no espazo da vida cotiá, polo que non require dun escenario de psicoterapia externo ao da convivencia diaria para lograr efectos terapéuticos.


Aínda que o habitual é considerar os episodios de crise como unha ameaza que non debería ocorrer na vida cotiá, desde a *intervención no espazo vital* percíbense como unha oportunidade para propiciar cambios a nivel emocional e cognitivo no menor. Baixo esta consideración, o educador leva a cabo actuacións conscientes e razoadas, dirixidas non só a interromper o devandito episodio senón a producir reflexión e aprendizaxe.

Antes de expoñer as características principais da resposta ante as crises segundo a intervención no espazo vital, consideramos necesario comprender as fases deste tipo de comportamentos conflictivos.

Cando se produce unha crise, xa sexa cos educadores e educadoras ou cos compañeiros, o que ocorre é que a conduta deixa de ser gobernada desde un nivel racional para ser controlada por un nivel puramente emocional. A este respecto, existe un punto de saída a partir do cal comeza esta separación do nivel racional ao emocional, que pode ser unha reacción ante algo que é percibido pola persoa como un problema, xa sexa que se produza unha frustración das súas expectativas ou que se perciba atacado. En definitiva, desencadéase unha resposta emotiva intensa e descontrolada. Esta explosión emocional vai ascendendo ata alcanzar o punto de máxima intensidade e, a continuación, pasa por un punto de estabilidade ou enlentecemento no que, aínda que está lonxe do nivel racional, a intensidade das emocións vai perdendo forza.

Aínda que o habitual é considerar os episodios de crise como unha ameaza que non debería ocorrer na vida cotiá, desde a intervención no espazo vital percíbense como unha oportunidade para propiciar cambios a nivel emocional e cognitivo no menor.

Posteriormente, comeza unha curva descendente da crise, na que se produce un arrefriado das emocións e un regreso cara a niveis de control racional. Desta maneira, a persoa menor afronta a situación máis acougada, o que permite enfocar o episodio desde a perspectiva de solución de problemas.



Con respecto á intervención, o máis apropiado é que os e as profesionais evítedes responder á explosión emotiva desde un nivel emocional, posto que isto daría lugar a unha escalada de conflito, o que implicaría un incremento da gravidade da crise e as súas posibles consecuencias. Por tanto, a intervención debe ir dirixida cara á consecución de dous obxectivos: lograr que o menor retome o control desde o racional e, unha vez alcanzado isto, abordar o problema desde o diálogo, tratando de profundar no ocorrido.

A intervención no espazo vital expón unha resposta ás crises divididas en 7 fases, que constitúen o acrónimo **A ESCAPE** (ver resumo en anexo 8).

Figura 6. Acrónimo A ESCAPE.



Aínda que existen tres premisas básicas complementarias a estas fases que deben guiar a actuación do educador ou educadora: 1) garantir a seguridade no centro, 2) protexer o menor que experimenta a crise e 3) solicitar axuda no caso de que sexa necesario.

A- Apartar o menor do contexto conflictivo

Esta fase ten como obxectivo principal evitar a escalada do conflito. Para iso, é necesario frear a forza do estímulo grupal, xa que o contexto grupal funciona como estímulo e reforzo de comportamentos desafiantes. Por tanto, trátase de cambiar o escenario, trasladando o menor a un lugar tranquilo, neutro, que estea máis controlado e minimize o risco de producir algún dano. No centro podemos habilitar un espazo con estas características.

O traslado do mozo ou moza a este espazo débese realizar de forma instrucional e empregando un ton emocional neutro. No caso de que non sexa posible, convidarase o resto de menores a desprazarse a outra estancia.

Posteriormente, cobran importancia a escoita activa, a empatía e o control emocional do educador ou educadora, posto que estes tres recursos permitirán que o neno, nena ou adolescente diminúa progresivamente a intensidade emocional. Acompañalo, emitir verbalizacións de calma e producir silencios, contribuirá a este descenso.

Se a persoa menor ameaza con autolesionarse ou facer dano a algunha persoa e este risco é inminente, débese intervir empregando estratexias reactivas, isto é, un conxunto de procedementos de manexo situacional cuxo obxectivo é controlar a situación problema. Estas estratexias, presentadas a continuación, caracterízanse por ser inmediatas á conduta, rápidas e seguras.

- Escoita activa: deter a conduta buscando comprender a mensaxe que trata de transmitir.
- Refocalización atencional: redirixir a persoa cara a algunha tarefa ou actividade que a distraia.
- Retroalimentación: salientar o reforzamento das condutas adecuadas ou alternativas. Lembrar as consecuencias positivas que supoñen (Ex. se fas a tarefa, podes escoller hoxe a película).
- Adestramento continxente: aproveitar a aparición da conduta para practicar condutas alternativas.



- Control por proximidade: utilizar a nosa proximidade física para diminuír a probabilidade de aparición da conduta problema.
- Control mediante instrucións: empregar algún signo/palabra acordado coa persoa que o inste a controlar o comportamento.
- Cambio de estímulos: introducir repentinamente estímulos novos que permitan o control inmediato da conduta e gañar tempo.
- Restrición física de movementos (técnica máis invasiva que só usaremos cando nada do anterior serve). Por exemplo, abrazalo por detrás de maneira que poidamos bloquear os seus brazos e, desta forma, impedir que se golpee a si mesmo ou a outros.

E- Explorar o punto de vista da persoa menor

Esta fase comeza cando xa se produciu o arrefriado emocional que posibilita o diálogo. O certo é que non sempre será fácil chegar a esta situación despois dun episodio de descontrol, con todo, os profesionais do centro debedes destinar todos os vosos esforzos a propiciala.

Para comezar a conversar coa persoa menor, é adecuado que adoptedes un ton de voz acougado, que incite confianza, e realicedes preguntas abertas de carácter neutro (p. ex., que foi o que ocorreu?). O obxectivo é coñecer a vivencia persoal do mozo ou moza con respecto ao episodio de crise. A este respecto, débense evitar as cuestións dirixidas a buscar culpables ou establecer a causa do conflito.

Así mesmo, para explorar as emocións experimentadas polo mozo ou moza, é adecuado utilizar a empatía e as mensaxes espello. Escoitalo activamente e emitir mensaxes do tipo “estabas realmente enfadado/a!” ou calquera outra descrición dos sentimentos, supón unha invitación ao diálogo, así como unha mostra de interese e sintonía. Pola contra, as interrupcións, interpretacións e consellos prematuros por parte do educador ou educadora xeran rexeitamento, polo que as debedes evitar totalmente.

S- Situar o menor ante a nosa perspectiva

Unha vez superada a anterior fase, complementamos a súa visión do ocorrido coa nosa, con expresións como *“tal e como eu o vin, o que ocorreu foi...”*; *“baixo o meu punto de vista...”*; *“desde a miña perspectiva...”*. Desta maneira, o ou a menor poderá comprobar que ante unha mesma situación poden existir diversas perspectivas, sen necesidade de que unha sexa a correcta e as demais estean equivocadas.

Doutra banda, é o momento de explicar a intervención que realizamos durante o episodio, no contexto da perspectiva que expuxemos deste. Deste xeito, se foi necesaria a contención, indicaráselle as razóns polas que se considerou necesario e as súas consecuencias positivas.

C- Conectar a conduta da persoa menor con sentimentos e outros eventos

Unha vez realizada a descrición e expostas as percepcións de cada un de forma complementaria, esta fase trata de establecer a relación entre os sentimentos e emocións, por unha banda, e as accións, pola outra. Para iso, é adecuado lembrar antecedentes e episodios similares anteriormente experimentados (se é o caso). O obxectivo é analizar se teñen en común o mesmo patrón e se estaban implicadas as mesmas emocións descritas polo mozo ou moza. Así mesmo, é adecuado reflexionar sobre situacións nas que ante a mesma emoción, actuou dunha maneira máis adaptativa, e valorar e salientar as consecuencias da devandita resposta. Isto permite a cada menor tomar conciencia da súa capacidade para xestionar as emocións dunha maneira adecuada, o que contribúe a fortalecer a súa autoestima.

Con todo, falar de sentimentos e emocións adoita ser difícil para algúns mozos e mozas do centro. Por esta razón, debes axudalos na identificación e expresión de emocións como a frustración, os celos, a envexa, a dor... así como a relacionalos cos comportamentos e reaccións emitidas. Desta maneira, poderán coñecer patróns característicos do seu comportamento (p. ex., dor emocional-agresión) que son pouco adaptativos, debido a que teñen consecuencias negativas para eles mesmos e/ou os demais.

Non se trata de buscar a causa do conflito, senón de estimular o autoconhecimento, darlles sentido aos comportamentos e reflexionar sobre os sentimentos subxacentes.

A- Alternativas

Esta fase correspóndese co adestramento en habilidades de solución de problemas. Por tanto, consiste en axudar o menor para buscar comportamentos alternativos ante situacións similares á ocorrida e ante emocións similares á experimentada. É fundamental que sexa o propio mozo ou moza quen explore estas alternativas e propoña aquelas que considere adecuadas. No caso de que teña dificultade para iso, será o educador o que comece indicando algúns exemplos.

Unha vez que se expuxeron diversos comportamentos alternativos, reflexionárase sobre as súas vantaxes e os seus inconvenientes, tendo en conta a súa finalidade e consecuencias. O obxectivo é determinar a conduta máis adecuada á situación que desencadeou o episodio de crise.

P- Plan para o futuro

O educador ou educadora debe buscar o compromiso co menor para actuar de maneira diferente en próximas ocasións. Por tanto, trátase de comprometer o mozo ou a moza no esforzo de non repetir o episodio de crise, e lembrar a reflexión realizada na fase de alternativas.

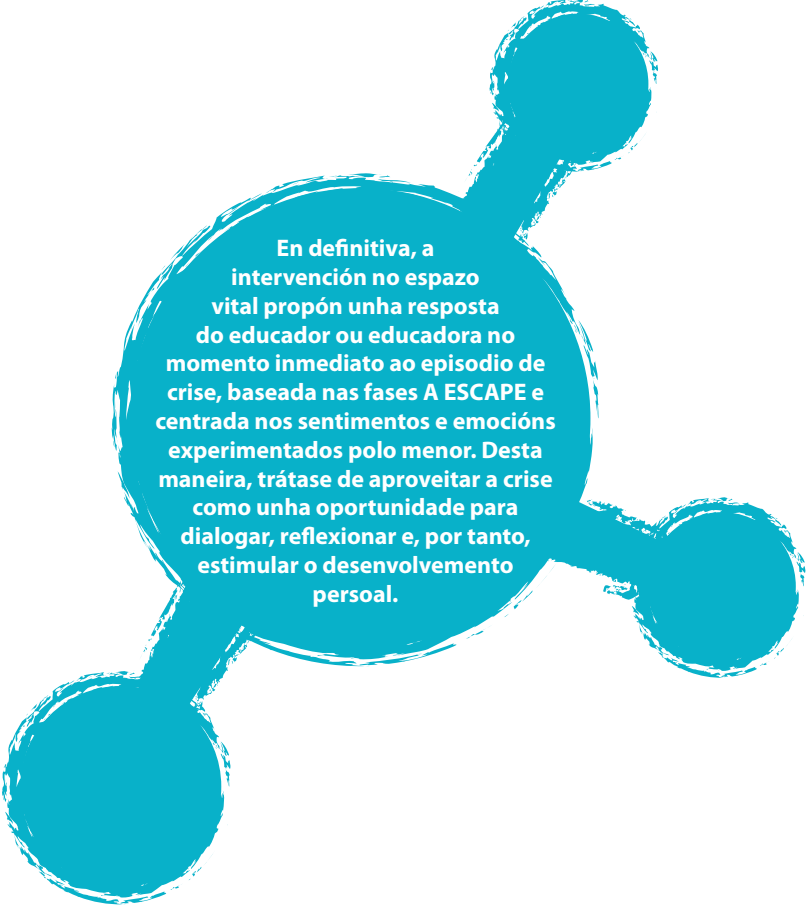
Para afianzar o devandito compromiso, o profesional pode facer uso de recursos como o contrato condutual (anexo 9), que permite expoñer por escrito o acordado. A este respecto, pódense establecer formas de rexistro por unha e outra parte, así como implantar sistemas de reforzo cando se cumpra a meta proposta.

Con todo, nesta fase resulta interesante axudar o menor a desenvolver sentimentos de competencia, que estimulen a motivación por emitir comportamentos adaptativos ante as emocións experimentadas.

E- Introducir o menor de volta á rutina

A intervención debe finalizar dunha maneira natural, e devolver o menor á súa situación orixinal. No caso de que estivese a realizar unha actividade en grupo, nesta fase o mozo ou moza reincorpórase a esta. A este respecto, é interesante observar o comportamento da persoa menor no seu regreso ao grupo, así como o dos demais integrantes, posto que isto constitúe un indicador de ata que punto logramos o noso obxectivo.

O feito de incorporar as fases da escape como parte do contexto educativo, contribuirá a facilitar a volta ao ritmo cotián tras un episodio de crise, tanto para o menor que a experimentou como para o resto de persoas presentes. Desta forma, evítase que alguén do grupo realice comentarios ou intente destapar de novo a situación de crise.



En definitiva, a intervención no espazo vital propón unha resposta do educador ou educadora no momento inmediato ao episodio de crise, baseada nas fases A ESCAPE e centrada nos sentimentos e emocións experimentados polo menor. Desta maneira, trátase de aproveitar a crise como unha oportunidade para dialogar, reflexionar e, por tanto, estimular o desenvolvemento persoal.





CAPÍTULO 4

TRABALLO EN REDE

As estratexias de actuación co ou coa menor que se describen no apartado anterior necesitan un equipo interdisciplinar que as leve a cabo. É importante que ese equipo pola súa vez traballe en rede con outros profesionais e coas familias. Por iso, no presente capítulo descríbese en que consiste o traballo en rede e como levalo a cabo.

A importancia do traballo en rede neste ámbito está mesmo definida no plano legal, tal e como reflicte a Orde do 1 de agosto de 1996, pola que se regulan os contidos mínimos do regulamento de réxime interno e o proxecto educativo dos centros de atención a menores (DOG, n.º 168 do 28.08.1996), que especifica no seu anexo I que o proxecto educativo deberá contar polo menos cunha serie de apartados entre os que se inclúe a relación educativa entre a institución e outros ámbitos.

Por tanto, para que exista unha relación efectiva entre a institución, a familia, outras institucións e outros profesionais, é necesario que se dea traballo en rede e a implicación activa por parte de todos eles.

Que exista unha relación efectiva entre a institución, a familia, outras institucións e outros profesionais, é necesario que se dea traballo en rede e a implicación activa por parte de todos eles.

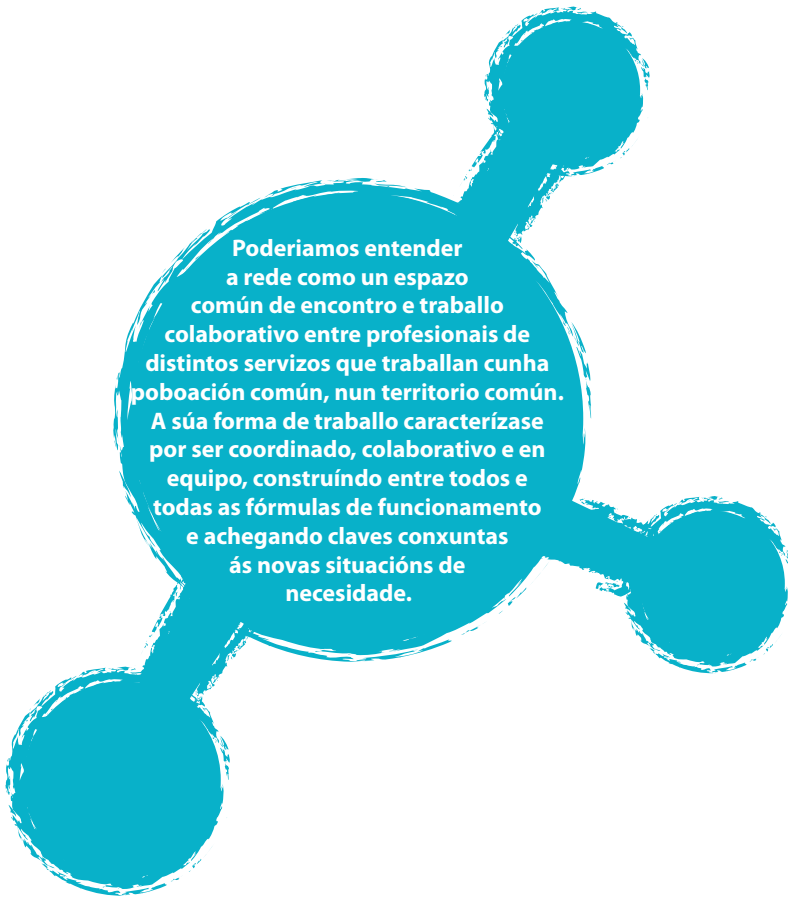
4.1 Rede profesional

O traballo en rede é unha metodoloxía que implica a construción de espazos de traballo común. As redes son entendidas como unha forma de organización social concreta que permite a un grupo de persoas potenciar os seus recursos e contribuír á resolución de problemas. A súa lóxica non é a de homoxeneizar os grupos sociais, senón a de contribuír á estruturación de vínculos entre grupos con intereses e preocupacións comúns que poidan facer fronte ás actuais situacións de fragmentación social (Rizo, 2006).

As redes de traballo implican a interacción social, e crean espazos sociais de convivencia e conectividade. En xeral son sistemas que resultaron abertos, formais e horizontais, e aglutinan a conxuntos de persoas que se identifican coas mesmas necesidades e problemáticas (García, 2003 citado en Martínez e Azcona-Martínez, 2020). No ámbito da atención á infancia, as redes de traballo agrupan os distintos actores que traballan con esa poboación nun territorio concreto. En todo proceso de intervención social en rede son imprescindibles os compoñentes de coordinación e traballo en rede.

O elemento coordinación defínese como un traballo en equipo que permite un proceso reintegrador capaz de xuntar as partes para reorganizar o sistema formado polos profesionais e outros participantes (Aylwin *et al.*, 1982). Por outra banda, o traballo en equipo contéplase como unha forma específica de grupo de traballo que se organiza e dirixe de maneira diferente á empregada para outros tipos de grupos formais, pero non reais. É un conxunto de individuos que coordinan os seus esforzos, achegan ideas e coñecementos, transfiren habilidades e toman decisións de pleno consenso. A súa variedade e aplicación é moi ampla (Pyrsa, 2001).

Neste sentido e a pesar de que ambas as referencias son destacadas como elementos que operan no traballo en rede, Castelo (2009) engade dous aspectos máis que explican o seu nacemento. En primeiro lugar, que son espazos de convivencia e de actividade que nacen desde a necesidade do encontro e da procura do obxectivo común, dando lugar á elaboración de acordos e estruturas internas para tecer a rede, desde a súa posta en marcha ata a avaliación da súa actividade. Doutra banda, buscan darlles resposta a novas realidades e situacións de necesidade desde o plano máis próximo á poboación, conformando espazos de crecemento e reflexión cara a novos horizontes e coñecementos expostos desde a ampla experiencia dos e das profesionais multidisciplinares que participan.



4.1.1 Análise da rede social do menor

O traballo en rede funciona cando se teñen en conta as necesidades do menor e da menor, pero para detectar esas necesidades é fundamental analizar a súa rede social.

O termo rede social refírese á estrutura e á cantidade dun conxunto de relacións interconectadas (Mitchell e Trickett, 1980 citado en Tracy e Whittaker, 1999). Pola súa banda, unha rede de apoio social constitúe un conxunto de relacións que proporcionan sustento e reforzo ao facer fronte á vida diaria (Whittaker e Garbarino, 1983 citado en Tracy e Whittaker, 1999), aínda que non todas as redes son socialmente sustentadoras, nin teñen comportamentos sociais positivos de reforzo.

Por tanto, é importante distinguir os vínculos estruturais da rede social dos recursos ou “apoios” intercambiados dentro da rede. Unha maior cantidade de recursos de rede social non implica necesariamente un maior apoio social. Tampouco é o caso que todos os intercambios se apoiem. Por esta razón, algúns autores observaron o apoio social dentro da teoría de intercambio social (Wellman, 1981), a pesar de ser esta unha forma de relación máis individualista xa que son aquelas relacións que xorden despois de valorar o seu custo-beneficio. Ademais, a percepción de que outros estarían dispoñibles para prestar axuda pode ser un factor clave na mediación da tensión (Cohen e McKay, 1984; Wethington e Kessler, 1986 citado en Tracy e Whittaker, 1999). Debido a estas complexidades, o apoio social é visto cada vez máis como unha construción multidimensional, consistente de recursos de rede social, tipos de intercambios de apoio, percepcións de dispoñibilidade de apoio e destrezas no acceso e mantemento de relacións de apoio (Heller e Swindle, 1983).

Unha maior cantidade de recursos de rede social non implica necesariamente un maior apoio social.

Para analizar a rede social do menor e da menor pódese empregar o recurso do mapa de rede social. Este recolle información sobre o tamaño total e composición da rede, o grao no que os membros da rede proporcionan varios tipos de apoio e a natureza das relacións dentro da rede, conforme os percibe a persoa que completa o mapa.

A administración do mapa implica enumerar os membros da rede en cada unha das sete áreas:

O apoio social é visto cada vez máis como unha construción multidimensional, consistente de recursos de rede social, tipos de intercambios de apoio, percepcións de dispoñibilidade de apoio e destrezas no acceso e mantemento de relacións de apoio.

- 1. Fogar (persoas con quen vostede vive).**
- 2. Familiares.**
- 3. Amigos.**
- 4. Persoas do traballo ou a escola.**
- 5. Persoas de clubs, organizacións ou grupos relixiosos.**

Para analizar a rede social do menor e da menor pódese empregar o recurso do mapa de rede social. Este recolle información sobre o tamaño total e composición da rede, o grao no que os membros da rede proporcionan varios tipos de apoio e a natureza das relacións dentro da rede, conforme os percibe a persoa que completa o mapa.

6. Veciños.

7. Axencias ou outros provedores de servizos formais.

O mapa de rede social proporciona, particularmente, información sobre os seguintes aspectos do funcionamento da rede social. Para cada aspecto pódense calcular tanto as cifras absolutas como as proporcións; o uso de proporcións permite comparacións entre as redes sociais de diferentes tamaños. No anexo 10 podemos observar o mapa de rede social e a cuadrícula de rede social.

- 1. O tamaño da rede:** o número total de persoas identificadas na rede.
- 2. O tamaño do dominio:** número/proporcións totais de persoas en cada un dos sete dominios.
- 3. Disponibilidade percibida de apoio emocional, concreto e informativo:** proporción da rede clasificada como “case sempre” dispoñible para proporcionar estes tipos de apoio.
- 4. Severidade:** proporción da rede percibida como “case sempre” crítica cara ao individuo.
- 5. Proximidade:** proporción da rede percibida como “moi próxima”.
- 6. Reciprocidade:** proporción das relacións da rede nas que “a axuda vai en ambas as direccións”.
- 7. Direccionalidade:** proporción de relacións da rede nas que a axuda vai principalmente do cliente á rede e proporción de relacións da rede nas que a axuda vai principalmente da rede ao cliente.

8. Estabilidade: duración das relacións (canto hai que se coñecen).

9. Frecuencia: frecuencia do contacto (canto a miúdo vén).

4.1.2 Análise de recursos e servizos do territorio

Unha vez que coñecemos a rede social que rodea o menor poderemos comezar a analizar os recursos e servizos do territorio que mellor se adaptan ás necesidades da persoa.

Para o diagnóstico da rede de recursos e servizos do territorio basearémonos no artigo “Modelos de traballo en rede” de Ubieto (2007), que propón observar e analizar os seguintes puntos:

1. Necesidades detectadas no territorio e referidas a familias con menores en risco social (económicas, laborais, sociais, escolares, persoais...).
2. Demandas recibidas nos servizos e/ou noutros recursos (asociacións, concello...) e referidas a familias con menores en risco social.
3. Listaxe de recursos existentes no territorio con competencias asignadas referidas a familias con menores en risco social.
4. Análise e valoración, un por un, de todos os recursos a partir dos datos e da experiencia recollida (puntos fortes, oportunidades, puntos débiles, riscos), destacando o grao de compromiso esperable dos profesionais que interveñen nos servizos.
5. Descrición e análise das experiencias de coordinación institucional (entre profesionais e/ou servizos) existentes (ou anteriores) valorando os avances e dificultades.
6. Valoración do posible soporte institucional a un proxecto de traballo en rede (apoio político, institucional, económico...) indicando quen podería liderar institucionalmente o proxecto e que grao de compromiso sería esperable.

O obxectivo é iniciar a construción da rede a partir dunhas primeiras actividades que axuden a crear cohesión, definir prioridades e localizar recursos.

Posta en marcha e construción do caso.

O obxectivo é iniciar a construción da rede a partir dunhas primeiras actividades que axuden a crear cohesión, definir prioridades e localizar recursos.

A proposta debe incluír, ademais do servizo social no que traballamos, o conxunto de servizos e/ou profesionais que definimos como colaboradores iniciais pola súa sensibilización ou ben polos antecedentes de colaboración noutras iniciativas xa realizadas ou en curso.

O plan de traballo en rede debe estar axustado á realidade territorial, ás necesidades, demandas e recursos existentes e debe partir da valoración do caso, dos recursos que se dispoñen e da posición da familia e os profesionais que interveñen. Dentro deste plan incluírase o servizo social desde o que se traballa, o conxunto de servizos e/ou profesionais que se considera que deben intervir e describir como facelo.

O plan de traballo en rede debe responder ás seguintes cuestións:

1. Que motivos (aspectos positivos que se van traballar) cres que xustifican, no traballo con esta familia, a súa inclusión nun proxecto de rede?
2. Que servizos/profesionais cres que deben compoñer o equipo do caso e por que?
3. Como exporías a construción da rede profesional? Quen debería ser o referente do caso e por que?
4. Que límites/resistencias poden facerse patentes no traballo de rede neste caso e como abordalas?
5. Que funcións corresponden a cada servizo/profesional?
6. Formulación dunha proposta de intervención.

O plan de traballo en rede debe estar axustado á realidade territorial, ás necesidades, demandas e recursos existentes e debe partir da valoración do caso, dos recursos que se dispoñen e da posición da familia e os profesionais que interveñen.

4.1.3 Guía de recursos do sistema de protección á infancia de Galicia

A continuación, móstranse os recursos que pertencen ao sistema de protección de menores de Galicia.

De apoio e intervención coa familia e os menores

1. Gabinetes de orientación familiar (GOF).

Regulados polo Decreto 279/1997, do 1 de outubro, polo que se regulan os gabinetes de orientación familiar (DOG n.º 195 do 09.10.1997)

Os gabinetes de orientación familiar son equipos técnicos de carácter multidisciplinar, compostos por profesionais do ámbito da Psicoloxía, do Traballo Social e do Dereito.

Atenden problemas relacionados con procesos de conflictividade familiar, dificultades de relación entre os membros da familia e situacións que impliquen un risco de ruptura con consecuencias desfavorables para os seus integrantes, tales como conflitos conxugais, crises paterno-filiais ou conflitos con outros membros da familia que interfiren na funcionalidade do núcleo familiar.

Ofrecen información sobre os recursos dispoñibles, a formación (proporcionándolles ás familias as habilidades necesarias para que a dinámica familiar se vexa fortalecida), a axuda persoal e emocional, a orientación e o asesoramento na toma de decisións, así como terapia e tratamento.

2. Mediación familiar

Regulada pola Lei 4/2001, do 31 de maio, reguladora da mediación familiar (BOE núm. 157, do 02.07.2001)

A través da mediación familiar, unha persoa allea que actúa de forma neutral, imparcial e confidencial (o mediador), facilita a comunicación entre os membros da familia, co fin de que xestionen por si mesmos unha solución aos conflitos que os afecten.

Con este procedemento favorécese a procura común de solucións satisfactorias para as partes e duradeiras no tempo, minimízase o custo emocional que todo conflito produce en cada membro da familia e evítase a instrumentalización dos demais integrantes da familia e, en especial, das e dos menores.

3. Puntos de encontro familiar

Regulados polo Decreto 96/2014, do 3 de xullo, polo que se regulan os puntos de encontro familiar en Galicia (DOG n.º 114, do 01.08.2014)

Os puntos de encontro familiar son un servizo que facilita o cumprimento do réxime de visitas establecido pola autoridade competente entre as e os menores e as súas familias cando, nunha situación de separación, divorcio, ou noutros supostos de interrupción da convivencia familiar, o exercicio do dereito de visitas resulta difícil ou conflictivo.

A intervención profesional no punto de encontro pode limitarse á supervisión da entrega e recollida da ou do menor, cando o réxime de visitas non se vai executar no propio centro; a poñer ao dispor das familias un lugar neutral e cómodo para realizar as visitas, especialmente cando o proxenitor non dispón de vivenda na localidade onde poidan realizarse; ou ben a controlar e supervisar os contactos entre o neno ou nena e a persoa visitante.

Tamén desenvolven programas psicossocioeducativos individualizados de intervención coas familias e as/os menores, co obxecto de conseguir a normalización das relacións familiares, e ofrecen orientación e asesoramento para favorecer a creación de relacións familiares óptimas e de actitudes positivas.

4. Programas de integración familiar (PIF)

Este programa, mediante unha intervención educativa, terapéutica e asistencial nos núcleos familiares, ten un dobre obxectivo:

- Conseguir a integración familiar de nenas e nenos separados das súas familias, especialmente os institucionalizados nun centro (reunificación familiar).
- Evitar a separación familiar e o previsible internamento das nenas e nenos (preservación familiar).

Leva a cabo unha intervención integral que abarca as áreas de intervención psicosocial (transmitindo estratexias que melloren o funcionamento persoal, familiar e social), de atención infantil (para garantir unha convivencia en condicións de seguridade e afecto para as nenas e nenos), de educación familiar (para a adquisición de habilidades e hábitos para cubrir as necesidades das e dos menores), de terapia familiar (para resolver problemas psicolóxicos, relacionais e condutuais), de inserción laboral (para facilitar a incorporación no mercado laboral dos pais das e dos menores que permita a estabilidade económica e social do núcleo familiar), de reforzo escolar, respiro familiar etc.

5. Atención de día

Mediante o programa de atención de día préstaselles aos e ás menores en situación de risco ou desamparo a cobertura das súas necesidades básicas en materia de alimentación, hixiene e vestido, apoio escolar, educación nas habilidades básicas, animación planificada do tempo libre e orientación psicoeducativa. Ademais, leva a cabo unha intervención socioeducativa coa familia de maneira que se favoreza o seu proceso de normalización.

6. Programas de avaliación e tratamento terapéutico

Trátase dun programa de tratamento terapéutico destinado a menores que presentan desaxustes emocionais e de conduta severos, orixinados ou relacionados coa situación de desprotección que experimentaron, coa separación da súa familia orixinada pola situación de desamparo, ou coa existencia de dificultades severas ou crónicas na convivencia dentro da súa familia, tamén relacionadas coa situación de desprotección que sufriron.

7. Programa de intervención ambulatoria con adolescentes

Este programa ten por obxecto a asistencia individualizada e especializada nos terreos psicolóxico e socioeducativo das e dos menores que presentan perfís caracterizados por condutas disociais, comisión de delitos, consumo de drogas, fracaso, expulsión e/ou violencia escolar, pertenza a cuadrillas disociais, trastornos psicopatolóxicos etc.

8. Programa de inserción social laboral MENTOR

O Programa Mentor pretende a inserción sociolaboral de mozos e mozas maiores de 16 anos, e menores de 21 (ampliable ata os 25 en casos excepcionais), que estean ou estivesen tutelados/as ou en situación de garda pola Xunta de Galicia, e que queiran incorporarse ao mundo laboral. O seu obxectivo é mellorar a calidade de vida destes mozos por medio dun proxecto individualizado que lles garanta unha inserción laboral e unha capacitación para a vida independente, de maneira que ao conseguir a maioría de idade poidan ser plenamente autónomos.

Os traballos de asesoramento e acompañamento á formación, procura de emprego e inserción laboral complementáanse con vivendas tuteladas, asistidas por persoal educativo, nas que os mozos participantes no programa prepáranse para a vida independente.

9. Programas de apoio socioeducativos e de tempo libre.

Dirixidos a menores en situación de risco social ou desprotección, especialmente adolescentes, teñen por obxecto favorecer procesos de inserción social das e dos menores e as súas familias a través dunha intervención socioeducativa e preventiva en diversos ámbitos: apoio e reforzo escolar, actividades de lecer, formación prelaboral, mediación escolar, mediación familiar e intervención comunitaria.

Para máis información sobre os recursos dispoñibles pódese consultar a seguinte ligazón:

<https://politicassocial.xunta.gal/gl/areas/familia-e-infancia/proteccion-da-infancia>

4.2 Traballo con familias

Unha vez percorrido e definido o mapa de recursos en rede do noso territorio relacionado coa intervención profesional multidisciplinar do TDAH, imos falar de como relacionarnos no día a día do noso traballo coas familias. Aínda que é certo que a relación entre profesionais do sistema de protección e as familias é universal e existen preceptos básicos aplicables independentemente das características do caso, é tamén necesario ter en conta o compoñente xenético do TDAH e o que iso pode supoñer.

A probabilidade de que un neno ou nena teña TDAH se un dos seus proxenitores o ten, atópase arredor do 60-90 %. Mentres que en sentido inverso, un familiar directo (proxenitores, irmán, irmá) dun neno ou nena con TDAH ten de 2 a 8 veces máis posibilidades de padecer este mesmo trastorno que a poboación xeral (Faraone e Doyle, 2005). Por tanto, é probable que non só o neno ou a nena que se atopa no centro desenvolvese TDAH, senón que membros da súa familia tamén o presenten, o que fai que debamos adaptar a nosa comunicación e a intervención para levar a cabo para que o logro de metas e obxectivos sexa o máis eficiente posible dada a situación. Así mesmo, isto fai necesario atender a certas particularidades da casuística familiar con estas características como é o grande impacto que pode xerar o trastorno no ámbito familiar derivado da falta de estratexias e habilidades para abordar os comportamentos disruptivos, a comunicación emocional deficiente e as consecuentes sobrecargas que iso supón, entre outras.

A intervención da familia no acompañamento dos tratamentos dos seus fillos considérase unha condición básica que garante bos resultados. Os pais necesitan ser educados sobre a problemática dos seus fillos e fillas, para o que son necesarios servizos de apoio e atención non só destinados ao menor, senón tamén aos pais e á familia en xeral (Foley, 2011).

É probable que non só o neno ou a nena que se atopa no centro desenvolvese TDAH, senón que membros da súa familia tamén o presenten, o que fai que debamos adaptar a nosa comunicación e a intervención para levar a cabo para que o logro de metas e obxectivos sexa o máis eficiente posible dada a situación.

A intervención da familia no acompañamento dos tratamentos dos seus fillos considérase unha condición básica que garante bos resultados.

A familia é unha agrupación humana que no curso do tempo elabora pautas de interacción que rexen o funcionamento de cada un dos membros, define a súa gama de condutas, facilita a súa interacción recíproca (Minuchin e Fishman, 1984), brinda elementos para o desenvolvemento psicosocial do suxeito e cumpre funcións coterapéuticas que contribúen significativamente na evolución dos tratamentos e/ou intervencións. Así mesmo, é importante ter en conta que educa os fillos e fillas directamente, polas súas intervencións educativas intencionadas, e indirectamente, polo ambiente no que viven diariamente. Por iso, é fundamental que exista no interior da familia un clima adecuado que satisfaga as necesidades de todos, á vez que estableza interaccións participativas por medio do contacto directo (Torio López *et al.*, 2008).

Comprobase que os tratamentos aplicados polos proxenitores en ambientes naturais, nos lugares e momentos nos que a conduta é realizada, son os máis efectivos. Por esta razón, o adestramento destes en estratexias de modificación de conduta é de vital importancia, xa que é no ambiente familiar onde se ven reflectidas as problemáticas produto da sintomatoloxía propia do trastorno (Delgado Mejía *et al.*, 2012).

O papel coterapéutico dos pais baséase no adestramento en técnicas de manexo condutual, como as que vimos no capítulo 3. Propostas como esta, de adherir á familia como un recurso indispensable no manexo do neno con TDAH, que están avaladas na literatura científica (Caballo e Simón, 2004), é na actualidade unha das máis importantes alternativas que poden atenuar os síntomas do trastorno e mellorar as condicións de relacións do grupo familiar que leve ao devandito sistema a experimentar unha mellor convivencia. Aínda que os factores psicosociais non se consideran causa deste trastorno, si se teñen en conta, posto que o desenvolvemento de conflitos no ámbito familiar presentes en nenos con esta patoloxía denotou o agravamento dos síntomas ou a aparición de comorbilidade a nivel condutual. Ademais, a aceptación do diagnóstico por parte dos proxenitores é o punto de partida para que o papel coterapéutico familiar dentro do tratamento multimodal se execute con eficacia.

Ter en conta o papel coterapéutico da familia é indispensable, dado que permite atenuar os síntomas do trastorno e mellorar as condicións de relacións do grupo familiar que leve ao devandito sistema a experimentar unha mellor convivencia.

Neste sentido, entidades especializadas na abordaxe multidisciplinar do TDAH levan anos traballando no desenvolvemento de pautas de actuación que axuden a que o tratamento deste tipo de trastornos sexa o máis eficaz posible a moi distintos niveis. Exemplo diso é o decálogo que a continuación podemos atopar, que define puntos clave sobre os que orientar o traballo coas familias e que foi desenvolto pola Fundación INGADA (2018); ademais do xa explicado no capítulo 3:

1. Establecer uns límites e normas e as consecuencias de non cumprilos.

Estes nenos e nenas deben ter claro cales son as normas que deben cumprir, e para iso téñense que prefixar con antelación mediante consenso. O máis adecuado é que estean expostas nun lugar visible.

2. Dar a orde de maneira adecuada. Para iso é importante captar a atención do neno ou a nena, dar as ordes de maneira clara e concisa e unha por unha, dar un tempo prudencial para que se cumpra, supervisar que o fai de maneira adecuada e eloxiar cando a cumpre, como reforzo positivo para consolidar a aprendizaxe.

3. Prestar máis atención positiva cando obedece ou cumpre as normas que cando se porta mal.

4. Desenvolver moita paciencia. Isto é algo difícil de lograr, pero no caso de nenos e nenas con TDAH, en moitas, ocasións a mala conduta non é intencional, senón o froito da combinación de síntomas que non pode controlar e falta de madurez. É importante tamén lembrar que todo cambio require un tempo.

5. A comunicación debe ser asertiva, tranquila e empática, evitar calquera tipo de mensaxe crítica ante os seus fracasos e intentar poñerse no lugar dos menores.

6. Establecer planificacións diarias. A organización diaria do tempo e do espazo e a creación de rutinas será necesario para facilitar a adquisición de hábitos de autonomía nos nenos.

7. Dar alternativas para que elixan dentro duns límites. Isto axudará a que sintan que se ten en conta a súa opinión e fáiselles responsables das súas decisións. Por exemplo "Imos ao parque. Podes elixir se levas o balón ou o

patinete". Na adolescencia, negociar axuda a que mozos e mozas perciban flexibilidade e comprensión á vez que autoridade por parte dos seus pais ou referentes.

- 8. Non esquecer que os pais ou titores son os seus mellores modelos a seguir, o seu guía nas súas actuacións día a día.** É importante que se, por exemplo, queremos que fagan a cama, é bo que tamén vexa os seus cuidadores facéndoa.
- 9. Distinguir persoa de conduta.** Non debemos esquecer que estes nenos e nenas teñen a autoestima debilitada debido a todos os fracasos que foron acumulando na súa vida, por iso cando lles fagamos unha crítica, esta debe ir dirixida á súa conduta. Por exemplo, dirémoslle: "o teu cuarto está desordenado", no canto de "es un desordenado".
- 10. Mellorar a súa autoestima.** É necesario compensar as súas dificultades, proporcionarlles os apoios necesarios e facer fincapé nas súas potencialidades. Debemos esixirlles en función das súas posibilidades.

Unha vez establecidos os puntos clave que nos orienten no traballo diario, imos ver que fundamenta a intervención a nivel de sistemas, de proposición de obxectivos e de intervención directa, referíndonos xa a constructos básicos e universais do traballo coas familias.

4.2.1 Mapa integral do sistema de intervención

Para poder ser o máis eficientes e eficaces posible, é importante que tratemos de ampliar o foco na nosa perspectiva para conseguir ver na súa totalidade, ou o máis amplamente posible, todos os factores que forman parte do sistema de intervención. Falamos do sistema directo de interacción con persoas usuarias e todo o que nel conflúe e interactúa, tal e como reflicte a figura 7.

Figura 7.

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





O sistema familiar configúrao todo o contorno de influencia da persoa que motiva a intervención, xeralmente a familia dun menor, que é o centro da acción. O sistema familiar pode incluír a familia extensa e persoas achegadas que teñen unha influencia importante no mantemento ou solución da dificultade que estamos a tratar. O sistema ten fortalezas -como a capacidade de traballo, a lealdade e compromiso de axudarse, o respecto- e debilidades derivadas dunha longa historia de desestruturación e dificultades nas relacións familiares e sociais. Doutra banda, o sistema directo da familia está composto polas persoas que participan nunha actuación determinada. Pero o *sistema indirecto* é importante tamén, ás veces moi decisivo, por exemplo membros da familia que non participan nas intervencións pero que desempeñan un papel central no problema e nas posibles solucións. O *ciclo de vida* é un aspecto vital do sistema do cliente, por exemplo a existencia de conflitos entre adolescentes e os seus proxenitores. Xunto ao ciclo de vida hai que poñer moita atención a acontecementos *vitais* do presente ou dun pasado recente. E tamén á forma de organizarse na familia, xeralmente marcada pola súa historia particular e pola súa cultura de orixe.

O sistema profesional inclúe todo o contorno do profesional que está a facer unha intervención determinada, o seu equipo de traballo, o programa e institución para o que traballa. O *sistema directo* neste ámbito configúrao o profesional ou profesionais que participan directamente da entrevista. Pero o *sistema indirecto* ten habitualmente unha influencia significativa no proceso da intervención: configura unha forma de traballo, unhas normas e límites do que se fai e de como se fai, xera unha influencia de peso no profesional ante decisións importantes na intervención cunha familia.

Podemos ver o sistema profesional de forma similar a un sistema familiar. Ten fortalezas e debilidades fáciles de recoñecer: na experiencia, os medios, a proxección do seu traballo, os recursos humanos etc. Ten tamén un ciclo de vida profesional: podemos ver equipos moi novos ou moi veteranos, equipos e servizos que pasaron por vicisitudes e cambios que se asemellan a un ciclo de vida familiar, e mesmo nalgúns servizos hai certas figuras parentais entre os profesionais máis veteranos e certa rebeldía adolescente nos mozos.

Tamén o sistema profesional ás veces está impactado por acontecementos *vitais*, como un cambio na dirección, a perda ou o incremento nunha subvención para o servizo, un cambio de edificio etc. E sen dúbida o estilo xerárquico, a dirección e coordinación

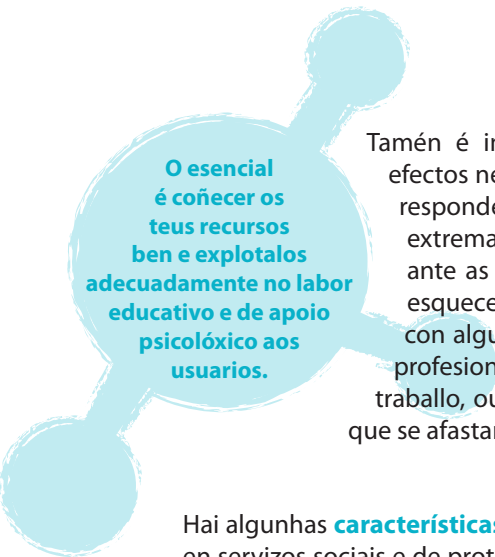
afectan o traballo técnico que se realiza coas familias. Hai modelos teóricos no sistema profesional que inclúen os seus mitos e os seus supostos sobre como se xeran os problemas e as patoloxías e que tipo de actuacións técnicas son as correctas.

Estritamente falando, a **persoa do profesional** está sempre integrada no *sistema profesional* e no *sistema directo* de intervención. Pero hai moitos aspectos persoais, privados, que non son coñecidos e que se manteñen alleos ao contexto profesional e á relación cos clientes. Hai características do técnico que son visibles e explícitas e que xa marcan unha certa influencia inicial. Por exemplo, cando a técnico é unha muller nova. Isto pode resultar facilitador inicialmente, pero noutros casos supón unha barreira inicial cando choca coas expectativas do cliente. Unha persoa podería sentirse mellor se tivese a cita cun profesional home e outro familiar podería preferir a unha muller maior, alguén da que inicialmente pensase que “ten experiencia da vida”. Outros aspectos non son visibles pero fanse presentes irremediabilmente no transcurso da intervención, por exemplo o feito de que unha técnico non teña fillos, ou noutro momento da intervención pode aflorar a súa relixión ou nacionalidade etc. E moitos aspectos importantes da vida privada do profesional están implícitos e en ocasións poden interferir -non sempre negativamente, ás veces para xerar unha conexión que empuxa o proceso de enganche e de cambio- no curso da intervención. Estas influencias son inevitables, o importante é a reflexión e o manexo adecuado dos seus efectos en calquera actuación de intervención coa familia.

Isto lévanos ás características persoais nas que si debemos poñer o foco no ou na profesional para que faga ben o seu traballo.

4.2.2 Características xerais e comúns do ou da profesional

O esencial é coñecer os teus recursos ben e explotalos adecuadamente no labor educativo e de apoio psicolóxico aos usuarios; todo o mundo ten recursos, hai que facer un bo traballo en coñecelos e poñelos a punto, saber como usalos. Hai profesionais cun gran sentido do humor que saben usalo no seu traballo; outros son moi reflexivos e empregan esa calidade para estruturar as súas entrevistas coas familias; outros son moi dinámicos e activos, creando desta característica un recurso que lles gusta ás familias e xera eficacia.



O esencial é coñecer os teus recursos ben e explotalos adecuadamente no labor educativo e de apoio psicolóxico aos usuarios.

Tamén é importante coñecer e mellorar aspectos que poden ter efectos negativos, e que en certo nivel deben evitarse, por exemplo, responder con autoritarismo ou crispación á falta de colaboración extrema dalgunhas familias, contaxiarse do ambiente de tensión ante as crises, ir demasiado rápido no proceso de intervención e esquecer o ritmo da familia coa que traballas, ou encariñarse moito con algunha familia e ter dificultade para marcar un límite entre o profesional e o persoal, como atender unha persoa fóra do horario de traballo, ou aceptar involucrarse en axudar unha familia en aspectos que se afastan das túas competencias etc.

Hai algunhas **características xerais e comúns do profesional** da intervención familiar en servizos sociais e de protección que son evidentes nos profesionais máis expertos e eficaces:

- Unha visión flexible e tolerante da realidade.
- Optimismo e convicción sobre a capacidade de cambio dos sistemas humanos.
- Resistir ben as crises, o imprevisto, a ambigüidade (non necesitar peches rápidos, saber “navegar en río revolto”).
- Non sentirse vulnerable emocionalmente con facilidade.

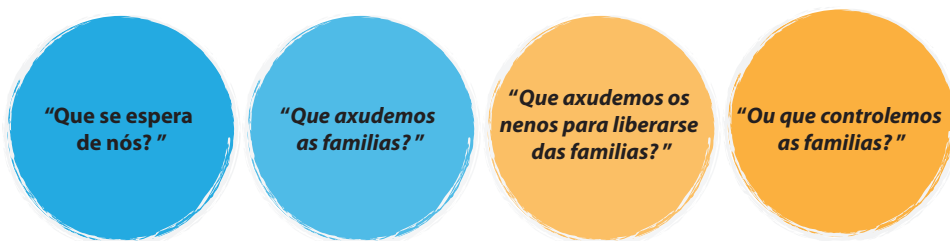
Sen dúbida hai moitos tipos de perfís entre profesionais que traballan ofrecendo apoio psicolóxico, social e educativo a familias nos servizos sociais; non hai un perfil máis adecuado que outro, hai centos de formas de xerar un equilibrio vital que permite a un educador ou a unha psicóloga traballar en contextos caracterizados polas crises e o conflito. Pero o optimismo quizais sexa unha característica común dentro do amplo abanico de perfís que pode darse. A este respecto, o optimismo é fundamental cando se traballa con familias que acumularon moitas frustracións e dificultades, debido a que xeralmente teñen unha visión pesimista sobre as súas posibilidades de melloría e

cambio. No proceso de intervención con familias dos servizos sociais adoitan aparecer moitas dificultades sobrevindas e inesperadas, debido ás múltiples fontes de tensións da familia. Tamén son frecuentes as “recaídas” en condutas sintomáticas debido a esa situación de familia moi estresada. Por iso, o optimismo do profesional no proceso de intervención é fundamental.

4.2.3 Variables básicas que se deben ter en conta na intervención e relación coas familias.

É normal que na práctica nos xurdan multitude de dúbidas na interacción directa coas familias como as seguintes:

Figura 8. Dúbidas na interacción directa coas familias .



Imos tratar de darlles resposta a estas dúbidas.

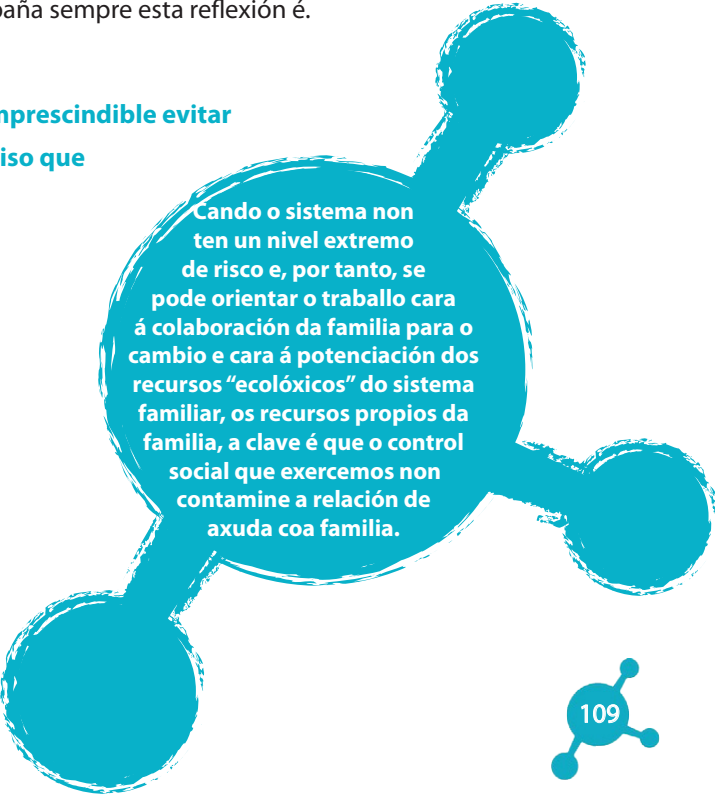
4.2.3.1 Axuda vs. Control

Este dilema ou paradoxo entre o control e a axuda é en certo xeito endémico neste contexto de traballo: a túa intervención para axudar as familias está sempre orientada ao benestar dos menores e persoas máis vulnerables, pero o control social, a contención das condutas de risco, está sempre presente.

O que se espera dos equipos de intervención familiar é que consigan axudar o sistema familiar para que os seus parámetros de vida cotiá permitan unha convivencia sen danos e sen riscos, de forma que os menores poidan vivir nun ambiente de seguridade e afecto. Iso implica que o labor fundamental é axudar as familias para xerar cambios; as expresións “apoio familiar”, “apoio terapéutico” e “apoio educativo” poden ser termos útiles para definir ese labor. **O que se espera, por tanto, dos usuarios do programa é que poidan utilizar eficientemente o apoio profesional para producir cambios que melloren a situación.**

Con todo, a pregunta que acompaña sempre esta reflexión é.

“e como facemos iso cando é imprescindible evitar danos a un menor e temos por iso que enfrontarnos á familia?”



Cando o sistema non ten un nivel extremo de risco e, por tanto, se pode orientar o traballo cara á colaboración da familia para o cambio e cara á potenciación dos recursos “ecolóxicos” do sistema familiar, os recursos propios da familia, a clave é que o control social que exercemos non contamine a relación de axuda coa familia.

“A axuda e o control han de complementarse e non contaminarse”.

É moi importante a forma en que ti como profesional da intervención manexes as obrigacións do sistema de control. Basicamente hai dúas formas:

- Como algo que lles impós ás persoas ás que vai dirixida a intervención.
- Como unha obrigación que vos afecta a todos, é dicir, como un compromiso.

A primeira forma confíreche control, quizais faga que sintas máis forte, exprésase en mensaxes á familia como *“non estades a cumprir os obxectivos que establecemos, e por iso non imos autorizar as visitas de fin de semana do neno”*, aínda que non sexa esta a mensaxe literal, é o que comunmente a familia vai percibir.

A segunda forma é a adecuada para preservar unha relación de apoio educativo e psicolóxico ata o final. Faite próximo e empático, non xera exhibición de poder e preserva a túa eficacia ata nos momentos máis críticos. Exprésase en mensaxes deste tipo: *“Establecemos un acordo para conseguir cambiar os horarios e que Manuel acudise ás reunións de exalcohólicos. A idea era que a partir diso pedísemos visitas para ver a Juanito (o fillo que está nun centro de protección), pero non fun capaz de conseguir de vós que avancemos niso, e vexo que no meu próximo informe non vou poder dicir que conseguimos moito; en realidade estou obrigado a informar que por desgraza estamos case como ao principio, que credes que é o que non está a funcionar?”*.

Unha forma de separar o control da intervención de tipo educativo é crear ámbitos (profesionais, servizos e equipos) diferentes para exercer esas funcións. Cando un equipo ten que valorar a situación dunha familia e resolver que é imprescindible separar un menor dos seus pais para evitar riscos de malos tratos ou abuso, faise difícil que ese mesmo equipo humano continúe ou reinicie a intervención (de apoio psicolóxico ou educativo) posterior á separación do menor. Mesmo cando a intervención ten o obxectivo claro e explícito de axudar a familia para xerar cambios que posibiliten a redución dos riscos e a volta do menor á súa familia.

4.2.3.2 Toma de decisións

Finalmente, o dilema do control e a axuda no contexto da intervención familiar está tamén relacionado coa toma de decisións. Cando no traballo cunha familia hai que tomar decisións que supoñen intervencións coercitivas e de obrigado cumprimento para as familias, é de vital importancia coñecer, respectar e utilizar a xerarquía apropiada de toma de decisións. En xeral, esa xerarquía pode simplificarse didacticamente no que chamamos un **triángulo de responsabilidades**, tal e como reflicte a figura 9.

Figura 9.

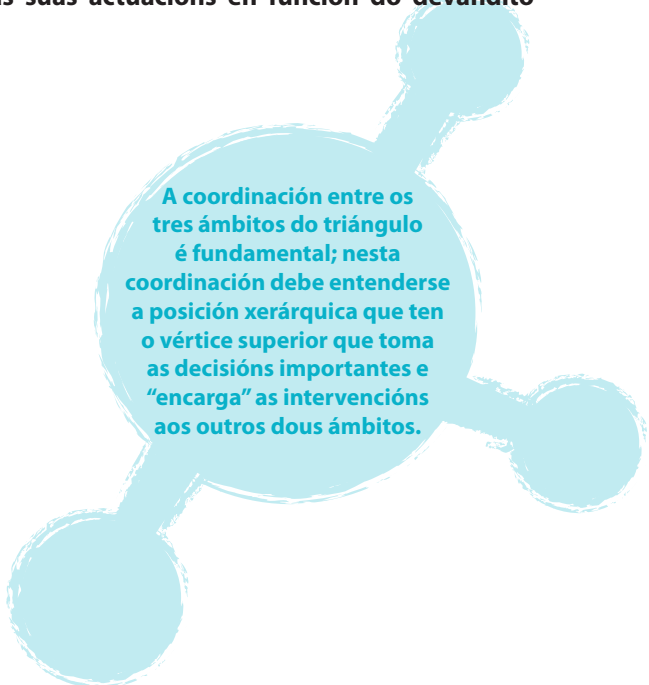
Triángulo de responsabilidades. Fonte: Guía práctica para a intervención familiar. 2ª Edición ampliada. (Escudero, 2020).



O vértice superior do triángulo ocúpalo os responsables de protección —Sección de Protección á Infancia—, que ten a potestade de promover resolucións administrativas

como a garda ou tutela dun menor. Ese vértice é o que asume a responsabilidade da toma de decisións, tanto no proceso de intervención como con relación ao resultado e ás medidas máis importantes. Desde esa instancia encárganse diferentes procesos a outros programas de atención á familia. Os outros dous vértices do triángulo ocúpanos, por unha banda, os programas que interveñen coa familia para producir cambios ante as situacións de risco ou necesidade especial -equipos do Programa de intervención familiar-, e por outro os programas ou centros que teñen o coidado e educación dos menores como obxectivo principal. Cando un menor está a vivir coa súa familia e está escolarizado de forma regular, é o centro educativo ao que acode regularmente o que ocupa ese vértice do triángulo. Cando o menor está nunha situación de acollemento, familiar ou residencial, é o centro ou programa particular de acollemento o que ocupa ese ámbito representado no vértice do triángulo.

A coordinación entre os tres ámbitos do triángulo é fundamental; nesta coordinación debe entenderse a posición xerárquica que ten o vértice superior que toma as decisións importantes e “encarga” as intervencións aos outros dous ámbitos. A coordinación entre os dous ámbitos de actuación directa de intervención é tamén moi importante, xa que ambos os ámbitos de intervención **-vértices inferiores do triángulo- deben manter un mesmo obxectivo e coordinar as súas actuacións en función do devandito obxectivo.**



A coordinación entre os tres ámbitos do triángulo é fundamental; nesta coordinación debe entenderse a posición xerárquica que ten o vértice superior que toma as decisións importantes e “encarga” as intervencións aos outros dous ámbitos.

4.2.3.3 Alianza de traballo no sistema profesional

Para que unha intervención se poida desenvolver de maneira eficiente, é fundamental que se estableza unha alianza de traballo, a diferentes niveis. Unha forma de enfocar a creación da alianza dentro do sistema profesional é aplicarlle ao devandito sistema as mesmas dimensións referidas á familia:

- Compartir os riscos para garantir a seguridade.
- Potenciar o sentido de compartir o propósito.
- Involucrar a múltiples profesionais nun plan de traballo coordinado.
- Conectar emocionalmente no plano persoal.

No contexto dos servizos de protección é importante avaliar os factores de risco para tomar decisións sobre o tipo de intervención e sobre o tratamento da familia. Pero tamén é esencial coñecer os recursos e fortalezas da familia para decidir sobre a planificación e o propio desenvolvemento da intervención.

Doutra banda, non sempre se dan as condicións adecuadas para unha intervención de apoio psicoeducativo baseada nos recursos da familia. En ocasións hai que realizar intervencións de carácter coercitivo ou de urxencia como a separación temporal dos menores do fogar familiar, ou a tramitación dunha solicitude de ingreso psiquiátrico dun membro da familia. No contexto dos servizos de protección é importante avaliar os factores de risco para tomar decisións sobre o tipo de intervención e sobre o tratamento da familia. Pero tamén é esencial coñecer os recursos e fortalezas da familia para decidir sobre a planificación e o propio desenvolvemento da intervención.

Por iso, é importante tamén coñecer todo o que ten que ver coa estrutura de recursos para o cambio, é dicir, aqueles factores de protección que poden activarse na familia. A estrutura de recursos da familia é tamén o produto ou interacción de factores biolóxicos, psicolóxicos, relacionais e sociais, aos que lles engadimos a posibilidade de conseguir unha alianza de traballo coa familia para o proceso de intervención. É dicir, é a “parte sa” na que nos enfocaremos para promover cambios, melloras e avances na familia polo benestar do neno ou da nena.

4.2.3.4 Alianza de traballo coas familias

Así mesmo, hai varios aspectos que de forma natural promoven as alianzas coa familia e que poden considerarse útiles na planificación da intervención familiar:

- Externalizar un inimigo común.
- Os obstáculos externos ou do ciclo vital.
- As ameazas á integridade familiar.

Con *externalizar un inimigo común*, referímonos a situacións nas que os membros da familia piden ou aceptan axuda para tratar con algo ou alguén que xera un malestar ou unha crise na familia. Por exemplo, a familia atribúe a fonte dos seus problemas a unha entidade ou a unha circunstancia externa. Todos os que participan están de acordo en que hai que planificar algunha acción para enfrontarse ao axente ou circunstancia problemáticos, enfrontarse a esa entidade que pon en risco o benestar ou a seguridade familiar. Esta situación só é positiva se non supón unha forma de buscar un chibo expiatorio que xustifique a inacción da familia. É unha forma de motivar o compromiso da familia cando se externaliza un problema que une a toda a familia para a loita por mellorar a situación. Por exemplo, sería contraproducente traballar para unir a familia contra un membro desta que xera conflictividade pola súa adicción ás drogas. Con todo, si sería interesante a unión da familia para tratar adecuadamente o problema de adicción dese membro da familia, apoiar a persoa que sofre a adicción e externalizar a adicción como foco da loita de toda a familia para mellorar a situación.

Cando se conseguen definir as *dificultades graves dunha familia como un obstáculo* contra o que todos deben loitar, a unión e o sentido de compartir o propósito vense favorecidos. En ocasións é interesante definir os obstáculos que aparecen ao longo da súa traxectoria vital particular ou do ciclo de vida familiar. Estes obstáculos poden estar relacionados co exercicio do papel de pais, as dificultades inesperadas cos fillos adolescentes, a desestruturación da familia ante unha separación conflictiva etc.

Unha situación moi relevante no contexto dos servizos sociais, que ben manexada pode levar ás persoas a ter un forte sentido de compartir o propósito, é a *ameaza á integridade familiar*. Unha circunstancia deste tipo é a posibilidade da perda/separación dos fillos. Tamén contextos traumáticos como o afastamento dun pai ou familiar que cometeu un abuso, o encarceramento dun membro da familia etc. Igualmente, as situacións de perda por falecemento de alguén que era un sustento importante da familia poden supoñer unha ameaza para o mantemento da integridade familiar. Todas esas circunstancias, manexadas adecuadamente, poden xerar unión e por tanto sentido de compartir o propósito da intervención entre familias e profesionais para que os resultados sexan o máis satisfactorios posible acorde ás circunstancias de cada caso.

Unha situación moi relevante no contexto dos servizos sociais, que ben manexada pode levar ás persoas a ter un forte sentido de compartir o propósito, é a ameaza á integridade familiar.

En conclusión, cando traballamos cunha ou cun menor nos nosos centros teremos que ter en consideración moitos factores, incluíndo tanto as particularidades do neno, nena ou adolescente, como da súa familia, o seu contorno e os recursos que temos dispoñibles. A información e o coñecemento sobre as características propias do TDAH é un recurso máis do que dispoñer para poder realizar o traballo de modo eficiente. Antes de finalizar, pasaremos a realizar unha breve reflexión sobre que opcións se lles presentan aos e ás menores unha vez saen do centro, e como abordar esta nova etapa.



CAPÍTULO 5

FUTURO DOS MENORES CON TDAH DESPOIS DO CENTRO

Para finalizar esta guía consideramos relevante tentar darlle resposta á pregunta que ocorre cos e coas menores unha vez saen do centro? Abordarase esta cuestión desde distintas ópticas de solución de vida do menor. Deberemos ter en conta que as situacións que se dan son moi variadas con múltiples alternativas, sen falar dos factores persoais e sociais que incidirán no desenvolvemento persoal fóra do centro. Así, falaremos da perspectiva económica, a perspectiva académica (formativa) e a perspectiva social.

5.1 Perspectiva económica

Ir crescendo supón asumir novas responsabilidades e obrigacións. Entre elas, o adolescente terá que comezar a xerar ou recibir ingresos. Con todo, a súa situación social pode ser moi diferente á dos seus pares, polo que existen opcións específicas, especialmente para aqueles que viviron nun centro de reforma.

Existe un subsidio para os e as menores liberados dun centro de reforma. Este segue as mesmas características e obrigacións ás que están suxeitos os maiores liberados dun encarceramento. Para acceder a el, a ou o menor deberá permanecer nunha medida privativa de liberdade de máis de seis meses e ter polo menos 16 anos no momento en que fose liberado do cumprimento da devandita medida. Ademais, deberá estar en

situación de desemprego e estar rexistrado como demandante de emprego. Tras saír do centro de reforma dispón do prazo dun mes para anotarse e despois debe pasar un mes antes de solicitar a axuda.

Así mesmo, outra das condicións que se lle esixe é subscribir o compromiso de actividade; así como non rexeitar ofertas de colocación adecuada nin negarse a participar en accións de promoción, formación ou reconversión profesional, desde a correspondente inscrición como demandante de emprego.

Tampouco debe ter rendas propias de calquera tipo que sumen máis do 75 % do salario mínimo interprofesional (SMI), así como non ter dereito á prestación contributiva por desemprego (“o paro”).

A duración do subsidio é de 6 meses, prorrogables ata un máximo de 18 meses sempre que continúen manténdose os requisitos. A súa contía é igual ao 80 % do indicador público de rendas de efectos múltiples (IPREM). O pago faise por meses vencidos, ingresándose na conta bancaria do desempregado o día 10 do mes seguinte.

5.2 Perspectiva educativa

Outro dos aspectos que se ha de ter en conta cos e coas menores unha vez terminan o período de cumprimento de medida ou de estancia nun centro, é a continuidade na adquisición das titulacións básicas ou complementarias que lle servirán para a incorporación ao mundo laboral. Aquí debemos distinguir entre os e as residentes nos centros de reforma e aqueles en centros de protección.

Nos centros de reforma atópanse menores que foron apartados do sistema educativo por un continuado fracaso neste, co que a non ser que a medida sexa longa no tempo ou que o abandono do sistema educativo se realizou cos estudos moi avanzados, pódese afirmar que conseguir a titulación básica é unha tarefa moi complicada. Polo que en moitos casos se opta por unha formación máis específica, inclinándose por cursos oficiais onde obteñen acreditacións en competencias profesionais, sempre pensando na incorporación ao mundo laboral. Nalgúns casos óptase pola formación básica en formación profesional ou a obtención de competencias básicas (ben nivel 2 ou 3,

Outro dos aspectos que se ha de ter en conta cos e coas menores unha vez terminan o período de cumprimento de medida ou de estancia nun centro, é a continuidade na adquisición das titulacións básicas ou complementarias que lle servirán para a incorporación ao mundo laboral.

segundo os estudos alcanzados), para a incorporación de formación do Servizo Público de Emprego.

Nestes casos, a continuación nos estudos é mínima xa que a incorporación ao seu contorno de vida, como se verá no seguinte apartado, influirá de maneira negativa.

No relacionado con menores en centros de protección, xeralmente mantense a escolarización, así como o obxectivo de conseguir as titulacións básicas e complementarias, tanto titulado en formación profesional ciclo formativo de grao medio como bacharelato. Nesta modalidade podemos falar de maior éxito, porque hai unha permanencia no tempo, o que implica un control sobre o traballo que está a realizar o menor para conseguir os obxectivos académicos marcados.

A importancia desta etapa educativa reside, ademais de na adquisición de coñecementos e a titulación correspondente, en que o ou a menor traballa tamén aspectos sociais, comunicacionais, temperamentais e emocionais, así como hábitos de estudo continuado. Estes aspectos son esenciais para o desenvolvemento de calquera adolescente, que benefician notablemente a creatividade, xa que terá a posibilidade de realizar novas e mellores asociacións mentais. Ademais, mellora a resiliencia ou a capacidade para afrontar os obstáculos da vida.

5.3 Perspectiva social

Neste punto tamén podemos establecer a diferenza entre menores que conviven nun centro de reforma e os que conviven nun centro de protección.

As familias dos e das menores infractores non se caracterizan xeralmente por ser un modelo de compromisos e obrigacións a longo prazo, senón que a evidencia demostra que os membros da familia fracasan co cumprimento destas funcións, sen falar de

problemas engadidos a estes grupos familiares. É por iso que aparecen unha serie de factores de risco que fan que as condutas se repitan. Entre estes podemos atopar:

- Disciplina familiar inadecuada: castigo por actos leves, non facer cumprir normas.
- Estilos parentais: crianza deficiente, negligencia, sobreprotección.
- Interacción pais-fillos: falta de agarimo, pobre cohesión familiar, problemas de comunicación.
- Transmisión de valores: confusión de valores na familia.
- Funcionamento familiar: desorganización e distanciamento, falta de normas e límites.
- Fontes de tensión intrafamiliar: cambio de residencia, perda de ingresos, baixos ingresos, emprego inestable.
- Modelado: antecedentes delituosos nun ou varios membros da familia.

A socialización inadecuada, ou máis ben a inoperancia do sistema familiar en canto ás súas funcións de socialización, parece por tanto relacionarse de forma importante co axuste dos fillos e das fillas.

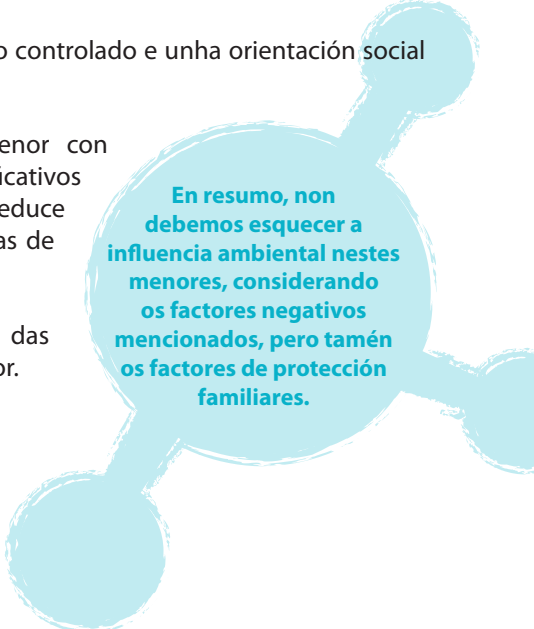
En resumo, non debemos esquecer a influencia ambiental nestes menores, considerando os factores negativos mencionados, pero tamén os factores de protección familiares, tales como o agarimo, a comunicación, a cohesión familiar, a exposición a modelos prosociais ou os aspectos educativos positivos que se mencionaron ao longo da guía. Estes crean intolerancia cara ás condutas agresivas. Por iso, aínda que ás veces se consigan cambios nas perspectivas anteriores, se non se consegue un cambio nesta dimensión, pódese dicir que é máis probable que o ou a menor volva saltar a lei.

En canto aos e ás menores que están en reforma, é moi importante o traballo coas familias, como xa vimos no capítulo 4, co fin de lograr unha convivencia máis organizada e promover o sentido do respecto cara aos demais e cara a un mesmo. A familia prepara os e as menores para a vida nunha sociedade que se rexe por restricións e obrigacións, que deberán aprender a cumprir, polo ben de todos. As normas axudan a poñer límites claros e coherentes aos impulsos e comportamentos, así como a crear condutas sociais e saudables. Ademais, aumentan o autocontrol da persoa e regulan o comportamento de acordo cun sistema de valores familiares. Contribúen a desenvolver unha boa autoestima e facilitan a adaptación social e emocional. En definitiva, as normas achegan consistencia á dinámica familiar e son a maneira en que se constrúe a vida familiar.

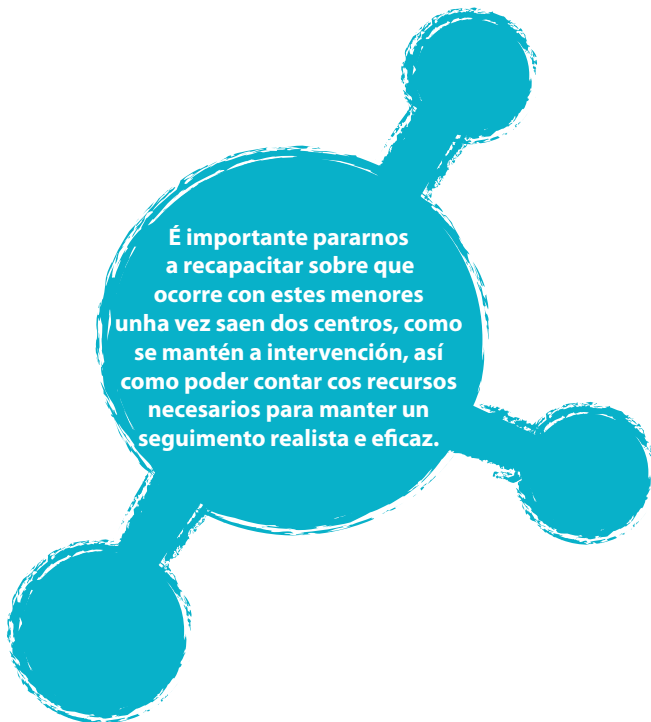
É imprescindible para que isto funcione proporcionarlles ferramentas ás familias, así como traballar cos e coas menores, para que a reincorporación ao contorno familiar e social sexa o máis exitosa posible e que o mozo ou a moza alcance os obxectivos de vida que se propoña, baixo a guía e tutela da súa familia, que é a que marca o carreiro de vida.

Por último, no plano social deben considerarse algúns factores que favorecen o comportamento prosocial, entre os que atopamos:

- Unha autoestima positiva, un temperamento controlado e unha orientación social positiva no adolescente.
- O tipo de vinculación emocional do menor con familiares, mestres, outros adultos significativos e compañeiros prosociais, o que reduce significativamente a implicación en condutas de risco.
- Uns criterios de conduta claros e positivos das persoas coas que está vinculado o ou a menor.



En resumo, non debemos esquecer a influencia ambiental nestes menores, considerando os factores negativos mencionados, pero tamén os factores de protección familiares.



En definitiva, desde a Fundación INGADA elaboramos esta guía coa intención de abordar os aspectos esenciais da convivencia nun centro tanto de protección como de reforma con menores con TDAH. Con todo, como xa recalcamos ao longo deste documento, cada persoa, centro, situación, é distinta e vós sodes quen mellor os coñecedes e podedes axustar as intervencións ao que necesitan. Desde a nosa entidade estaremos encantados de colaborar en todo aquilo que consideredes 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%20construccion%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.
- Marcia A. D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: concepto, evaluación y tratamiento*.
- Martínez Virto, L. y Azcona-Martinez, 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.



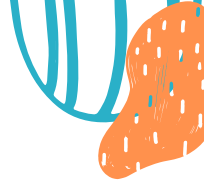
- Observatorio de la Infancia. (2021b). Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a personas menores de edad en conflicto con la Ley. Vol. 20. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- ONU (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.
- ORDEN de 1 de agosto de 1996, por la que 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.
- Psycsa. (2001) Formando el equipo perfecto. Material de estudio del curso: Formando el equipo perfecto. Bilbao, Psycsa.
- 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 diagnóstica 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>
- Ubieta, 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/11162/28255/00920073002095.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

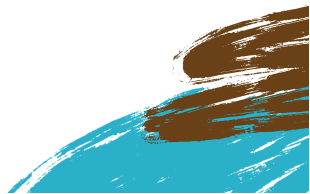


- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. y Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5. Unpublished manuscript. Verfügar unter: http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf (Zugriff: 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



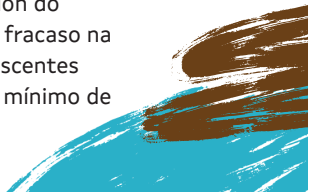



Anexo 1a. Criterios diagnósticos TDAH segundo DSM-5

A- Patrón persistente de inatención e/ou hiperactividade-impulsividade
Inatención

Seis (ou máis) dos seguintes síntomas mantivéronse durante polo menos 6 meses nun grao que non concorda co nivel de desenvolvemento e que afecta directamente as actividades sociais e académicas/laborais:

- a) Con frecuencia falla en prestar a debida atención aos detalles ou por descoido comete erros nas tarefas escolares, no traballo ou durante outras actividades.
- b) Con frecuencia ten dificultades para manter a atención en tarefas ou actividades recreativas.
- c) Con frecuencia parece non escoitar cando se lle fala directamente.
- d) Con frecuencia non segue as instrucións e non termina as tarefas escolares, os quefaceres ou os deberes laborais.
- e) Con frecuencia ten dificultade para organizar tarefas e actividades.
- f) Con frecuencia evita, desgústalle ou móstrase pouco entusiasta en iniciar tarefas que requiren un esforzo mental sostido.
- g) Con frecuencia perde cousas necesarias para as tarefas ou as actividades.
- h) Con frecuencia distráese con facilidade por estímulos externos (para adolescentes maiores e adultos, pode incluír pensamentos non relacionados).
- i) Con frecuencia esquece as actividades cotiás.


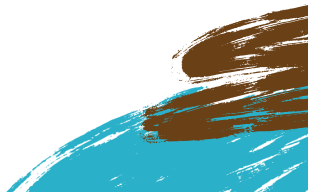


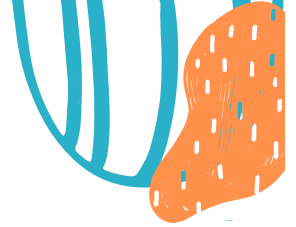
*Nota: Os síntomas non son só unha manifestación do comportamento de oposición, desafío, hostilidade ou fracaso na comprensión de tarefas ou instrucións. Para adolescentes maiores e adultos (a partir dos 17 anos), requírese un mínimo de 5 síntomas.



A- Patrón persistente de inatención e/ou hiperactividade-impulsividade Hiperactividade e Impulsividade

Seis (ou máis) dos seguintes síntomas mantivéronse durante polo menos 6 meses nun grao que non concorda co nivel de desenvolvemento e que afecta directamente as actividades sociais e académicas/laborais:

- a) Con frecuencia enreda ou golpea coas mans ou os pés ou retórcese no asento.
 - b) Con frecuencia levántase en situacións en que se espera que permaneza sentado.
 - c) Con frecuencia corríca ou rube en situacións nas que non resulta apropiado.
 - d) Con frecuencia é incapaz de xogar ou de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e) Con frecuencia está "ocupado", actuando coma se "o impulsase un motor".
 - f) Con frecuencia fala excesivamente.
 - g) Con frecuencia responde inesperadamente ou antes de que se concluíu unha pregunta.
 - h) Con frecuencia élle difícil esperar a súa quenda.
 - i) Con frecuencia interrompe ou inmíscese con outros.
- 
- 



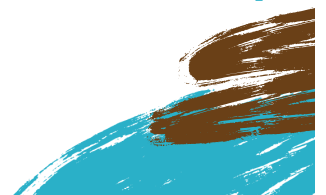
- B- Algúns síntomas de inatención ou hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes dos 12 anos.**
- C- Varios síntomas de inatención ou hiperactivo-impulsivos están presentes en dous ou máis contextos.**
- D- Existen probas claras de que os síntomas interfieren co funcionamento social, académico ou laboral, ou reducen a calidade destes.**
- E- Os síntomas non se producen exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou doutro trastorno psicótico e non se explican mellor por outro trastorno mental.**

En función dos resultados poderanse clasificar as seguintes presentacións:

Presentación combinada: se se cumpren o criterio A1 (inatención) e o criterio A2 (hiperactividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: se se cumpre o criterio A1, pero non se cumpre o criterio A2 (hiperactividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: se se cumpre o criterio A2 (hiperactividade-impulsividade) e non se cumpre o criterio A1 (inatención) durante os últimos 6 meses.






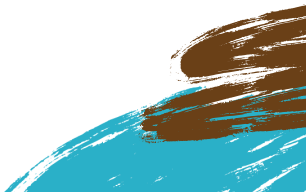
Anexo 1b. Criterios diagnósticos TDAH segundo CIE-11

Características esenciais (obrigatorias):

Un patrón persistente (p. ex., polo menos 6 meses) de síntomas de falta de atención e/ou unha combinación de síntomas de hiperactividade e impulsividade que está fóra dos límites da variación normal esperada para a idade e o nivel de desenvolvemento intelectual. Os síntomas varían segundo a idade cronolóxica e a gravidade do trastorno.

Inatención


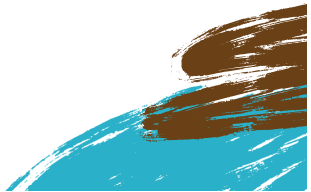
Varios síntomas de falta de atención que son persistentes e o suficientemente graves como para ter un impacto negativo directo no funcionamento académico, laboral ou social. Os síntomas adoitan ser dos seguintes grupos:

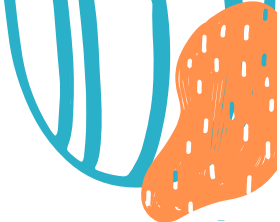

- Dificultade para manter a atención en tarefas que non proporcionan un alto nivel de estimulación ou recompensa ou que requiren un esforzo mental sostido; falta de atención ao detalle; cometer erros por descoido nas tarefas escolares ou laborais; non completar as tarefas.
 - Distráese facilmente con estímulos estraños ou pensamentos non relacionados coa tarefa en cuestión; a miúdo parece non escoitar cando se lle fala directamente; frecuentemente parece estar a soñar esperto ou ter a mente noutra parte.
 - Perde cousas; é esquecedizo nas actividades diarias; ten dificultade para lembrar completar as próximas tarefas ou actividades diarias; dificultade para planificar, administrar e organizar o traballo escolar, as tarefas e outras actividades.
- 
- 



Hiperactividade impulsividade

Varios síntomas de hiperactividade/impulsividade que son persistentes e o suficientemente graves como para ter un impacto negativo directo no funcionamento académico, laboral ou social. Estes tenden a ser máis evidentes en situacións estruturadas que requiren autocontrol condutual. Os síntomas adoitan ser dos seguintes grupos:

- Actividade motora excesiva; deixa o asento cando se espera que quede quieto; a miúdo corre; ten dificultade para sentar quieto sen moverse (nenos máis pequenos); sensación de inquietude física, sensación de incomodidade ao estar quieto ou sentado (adolescentes e adultos).
 - Dificultade para participar en actividades en silencio; fala demasiado.
 - Solta respostas na escola, comentarios no traballo; dificultade para esperar a súa quenda en conversacións, xogos ou actividades; interrompe ou inmíscese noutras conversacións ou xogos.
 - Unha tendencia para actuar en resposta a estímulos inmediatos sen deliberar ou considerar os riscos e as consecuencias (p. ex., participar en comportamentos con potencial de dano físico, decisións impulsivas, conducción imprudente).
- 
- 

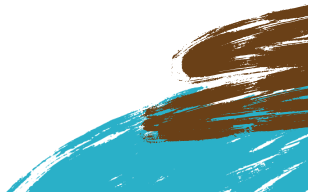



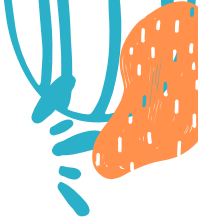
Evidencia de síntomas significativos de falta de atención e/ou hiperactividade- impulsividade antes dos 12 anos, aínda que algunhas persoas poden buscar atención médica por primeira vez máis tarde na adolescencia ou na idade adulta, a miúdo cando as demandas superan a capacidade do individuo para compensar as limitacións.

As manifestacións de falta de atención e/ou hiperactividade- impulsividade deben ser evidentes en múltiples situacións ou contornos.

Os síntomas non se explican mellor por outro trastorno mental.

Os síntomas non se deben aos efectos dunha substancia no sistema nervioso central, incluídos os efectos de abstinencia, e non se deben a unha enfermidade do sistema nervioso.




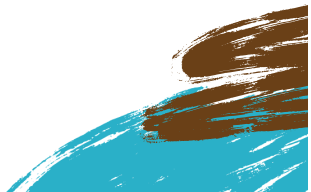




Anexo 2. Criterios do trastorno traumático do desenvolvemento, TTD (Van der Kolk et al., 2009)

A- Exposición. O neno ou o adolescente experimentou ou foi testemuña de múltiples ou prolongados eventos adversos ao longo dun período de polo menos un ano que comezaron na infancia ou na adolescencia temperá, incluíndo:

1. Experiencia directa ou ser testemuña de episodios repetidos e severos de violencia interpersoal, e
2. Disrupcións significativas nos coidados básicos como resultado de cambios repetidos de coidador primario, separación repetida do coidador primario, ou exposición a abuso emocional severo e persistente.

B Desregulación afectiva e fisiolóxica. O neno exhibe unha deterioración nas súas competencias evolutivas normais relacionadas coa regulación da activación (arousal), incluíndo polo menos dous dos seguintes ítems:

1. Incapacidade para modular, tolerar ou recuperarse de estados afectivos extremos (medo, anoxo, vergoña), incluíndo rabechas prolongadas e extremas ou inmovilización.
 2. Perturbacións na regulación de funcións corporais (perturbacións persistentes no sono, alimentación e control esfinteriano; híper ou hiporreatividade ao tacto e aos sons; desorganización durante a transición entre rutinas).
 3. Recoñecemento diminuído/disociación de sensacións, emocións e estados corporais (despersonalización, desrealización, descontinuidade nos estados afectivos, apatía afectiva, analxesia física e dificultade para o recoñecemento de emocións).
 4. Dificultade na descrición de emocións e estados corporais (dificultade para describir estados internos ou para comunicar necesidades tales como fame ou a evacuación e eliminación).
- 
- 



C. Desregulación atencional e condutual. O neno exhibe unha deterioración nas súas competencias evolutivas normais relacionadas co mantemento da atención, a aprendizaxe ou o afrontamento da tensión, incluíndo polo menos tres dos seguintes ítems:

1. Preocupación pola ameaza, ou dificultade para percibila, incluíndo unha mala interpretación dos sinais de seguridade e perigo.
2. Deterioración na capacidade de autoprotexerse, incluíndo condutas de risco ou procura de emocións violentas (condutas sexuais de risco, descontrol impulsivo, subestimación do risco, dificultade para comprender as regras, para planificar a conduta e anticipar as consecuencias).
3. Intentos desaxustados de autocalma (movementos rítmicos ou rocking, masturbación compulsiva) [inclúe consumo de substancias].
4. Autoinxuria habitual (intencional ou automática) ou reactiva (cortarse, golpearse a cabeza, queimarse, beliscarse).
5. Incapacidade para iniciar ou manter unha conduta dirixida a un obxectivo (falta de curiosidade, dificultades para planificar ou completar tarefas, abulia).

D. Desregulación do self (si mesmo) e relacional. O neno exhibe unha deterioración nas súas competencias evolutivas normais relacionadas co seu sentido de identidade persoal e involucración nas relacións, incluíndo polo menos tres dos seguintes ítems:

1. Preocupación intensa pola seguridade do cuidador o doutros seres queridos (incluíndo unha actitude temperá de coidado cara a outros) ou dificultades na tolerancia ao reencontro cos mesmos logo dunha separación.
2. Persistente sentido negativo de si- mesmo, incluíndo odio cara a si mesmo, impotencia, sentimento de falta de valía, ineficacia ou defectuosidade.
3. Desconfianza extrema e persistente, conduta desafiante ou falta de reciprocidade nas relacións próximas con adultos ou pares [inclúe expectativa de ser victimizado por outros].
4. Reactividade física ou agresión verbal [impulsiva, non intencionalmente coercitiva manipuladora] cara aos pais, cuidadores ou outros adultos.



D. Desregulación do self (si mesmo) e relacional (continuación).

5. Intentos inapropiados (excesivos ou promiscuos) de ter contacto íntimo (incluíndo –pero sen limitarse a– a intimidade sexual ou física) ou dependencia excesiva en pares ou adultos en busca de seguridade ou reaseguro.
6. Deterioración na capacidade de regular a activación empática (empathicarousal) evidenciado por unha falta de empatía por, ou intolerancia a, as expresións de tensións dos outros, ou excesiva resposta ao distrés/perturbación dos outros.

E. Espectro de síntomas postraumáticos. O neno exhibe polo menos un síntoma en polo menos dous dos tres criterios (B, C e D) de síntomas do TEPT.


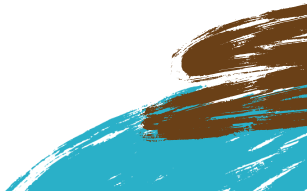
[B- Presenza dun (ou máis) dos síntomas de intrusión seguintes asociados ao(s) suceso(s) traumático(s), que comeza despois do(s) suceso(s) traumático(s). C - Evitación persistente de estímulos asociados ao(s) suceso(s) traumático(s), que comeza tras o(s) suceso(s) traumático(s). D- Alteracións negativas cognitivas e do estado de ánimo asociadas ao(s) suceso(s) traumático(s), que comezan ou empeoran despois do suceso(s) traumático(s)].


F. Duración do trastorno. Síntomas no TTD (criterios B, C, D e E) polo menos 6 meses.





G. Dificultades funcionais. O trastorno causa distrés/perturbación clinicamente significativa ou incapacidade en polo menos dúas das seguintes áreas de funcionamento:

- Escolar: baixo rendemento, inasistencia, problemas disciplinarios, deserción, fallas para completar o grao/ciclo, conflitos co persoal escolar, trastornos de aprendizaxe e dificultades intelectuais que non poden ser explicadas por trastorno neurolóxico ou outros factores.
 - Familiar: conflictividade, evitación/pasividade, fuga, desapego e procura de substitutos, intentos de danar física ou emocionalmente a membros da familia, incumprimento das responsabilidades dentro da familia.
 - Grupo de pares: illamento, afiliacións desaxustadas, conflito físico ou emocional persistente, involucración en violencia ou actos inseguros, estilos de interacción ou afiliación inadecuados para a idade.
 - Legal: arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcere, violación de liberdade condicionada ou doutras ordes legais, aumento na gravidade dos delitos, delitos contra outras persoas, desinterese pola lei ou as convencións morais estándar.
 - Saúde: enfermidade física ou problemas que non poden ser explicados por feridas físicas ou dexeneración, incluíndo os sistemas dixestivo, neurolóxico (incluíndo síntomas conversivos e analxesias), sexual, inmunolóxico, cardiopulmonar, propioceptivo, ou sensorial, ou dores de cabeza severos (incluíndo hemicrania) ou dor crónica ou fatiga.
 - Vocacional (aplica para os mozos que buscan emprego, ou son referenciados para o mesmo, ou para traballo voluntario ou adestramento para o traballo): desinterese no traballo/vocación, incapacidade para obter/manter empregos, conflito persistente con compañeiros de traballo ou supervisores, subempleo en relación coas capacidades que posúe, fallas no logro de avances esperables.
- 
- 



Anexo 3. Criterios trastorno negativista desafiante - TND-segundo DSM-5

A- Un padrón de enfado/irritabilidade, discusións/actitude desafiante ou vingativa que dura polo menos seis meses, que se manifesta polo menos con catro síntomas de calquera das categorías seguintes e que se exhibe durante a interacción polo menos cun individuo que non sexa un irmán.

Enfado/irritabilidade

1. A miúdo perde a calma.
2. A menos está susceptible ou se molesta con facilidade.
3. A miúdo está enfadado e resentido.



Discusións/actitude desafiante

4. Discute a miúdo coa autoridade ou cos adultos, no caso dos nenos e adolescentes.
5. A miúdo desafia activamente ou rexeita satisfacer a petición por parte de figuras de autoridade ou normas.
6. A miúdo molesta os demais deliberadamente.
7. A miúdo culpa os demais polos seus erros ou mal comportamento.

Vingativo

8. Foi rancoroso ou vingativo polo menos dúas veces no últimos seis meses.

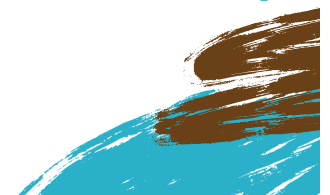
* Nota: débese considerar a persistencia e a frecuencia destes comportamentos para distinguir os que se consideren dentro dos límites normais, dos sintomáticos. Nos nenos de menos de 5 anos o comportamento debe aparecer case todos os días durante un período de 6 meses polo menos, a menos que se observe outra cousa (criterio A8). Nos nenos de 5 anos ou máis, o comportamento debe aparecer polo menos unha vez por semana durante polo menos 6 meses, a menos que se observe outra cousa (criterio A8). Aínda que estes criterios de frecuencia se consideran o grao mínimo orientador para definir os síntomas, tamén se deben ter en conta outros factores, por exemplo, se a frecuencia e a intensidade dos comportamentos pasan os límites do normal para o grao de desenvolvemento do individuo, o seu sexo e a súa cultura.





B- Este trastorno do comportamento vai asociado a un malestar no individuo ou noutras persoas do seu contorno social inmediato, ou ten un impacto negativo na áreas social, educativa, profesional ou outras importantes.

C- Os comportamentos non aparecen exclusivamente no transcurso dun trastorno psicótico, un trastorno por consumo de substancias, un trastorno depresivo ou un bipolar. Ademais, non se cumpren os criterios dun trastorno de desregulación disruptiva do estado de ánimo.



Anexo 4. Diario emocional

Emoción

Sensacións físicas

Pensamentos


Luns

Martes

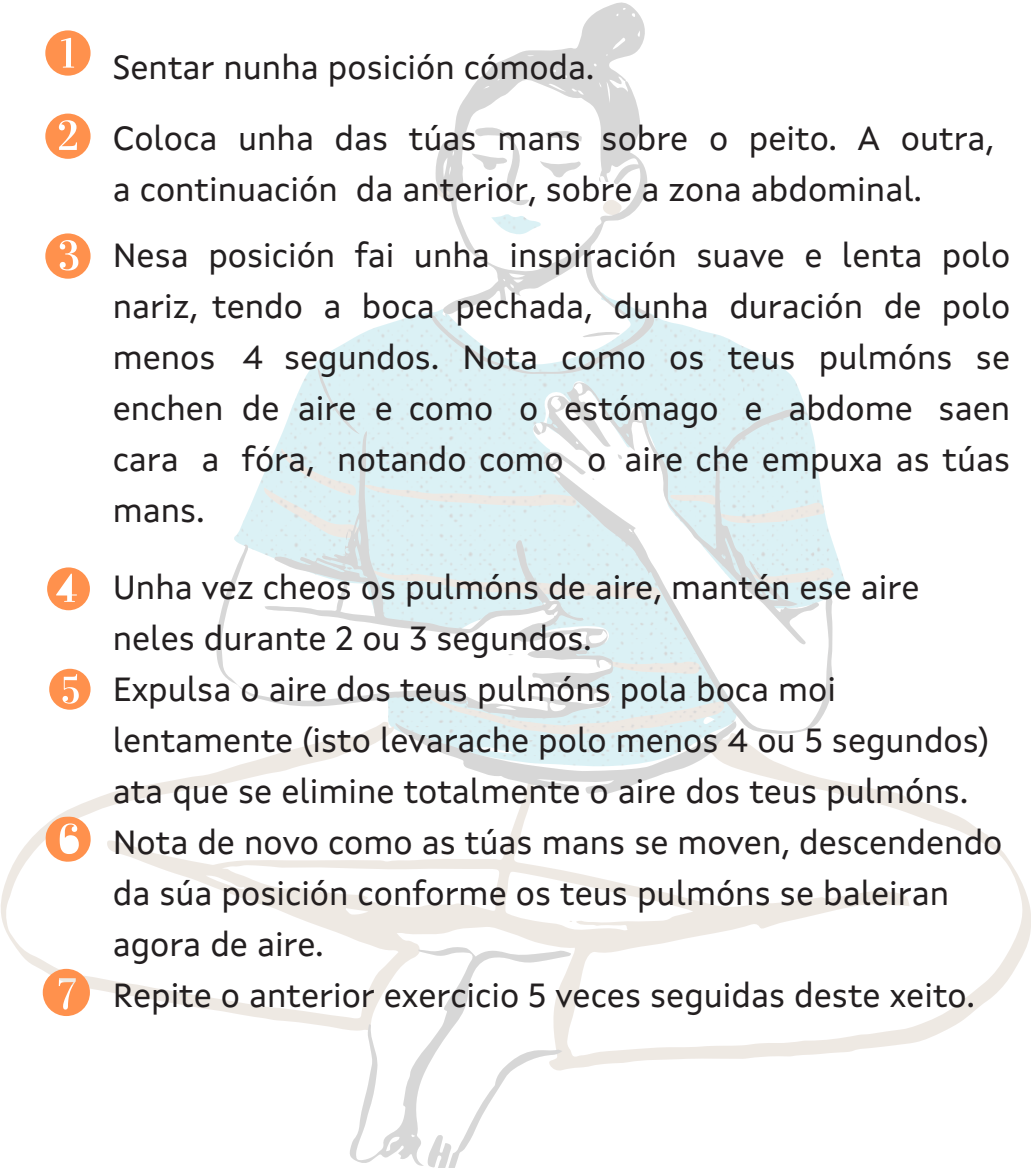
Mércores

Xoves

Venres



Anexo 5. Técnica de respiración diafragmática

- 
- 1 Sentar nunha posición cómoda.
 - 2 Coloca unha das túas mans sobre o peito. A outra, a continuación da anterior, sobre a zona abdominal.
 - 3 Nesa posición fai unha inspiración suave e lenta polo nariz, tendo a boca pechada, dunha duración de polo menos 4 segundos. Nota como os teus pulmóns se enchen de aire e como o estómago e abdome saen cara a fóra, notando como o aire che empuxa as túas mans.
 - 4 Unha vez cheos os pulmóns de aire, mantén ese aire neles durante 2 ou 3 segundos.
 - 5 Expulsa o aire dos teus pulmóns pola boca moi lentamente (isto levarache polo menos 4 ou 5 segundos) ata que se elimine totalmente o aire dos teus pulmóns.
 - 6 Nota de novo como as túas mans se moven, descendendo da súa posición conforme os teus pulmóns se baleiran agora de aire.
 - 7 Repite o anterior exercicio 5 veces seguidas deste xeito.

Anexo 5. Técnica de relaxación muscular progresiva

Trabállanse distintos grupos musculares paso a paso tensando e relaxando: tensión 5-10 segundos e relaxación 15 segundos.



IMPORTANTE

- Tensa ao máximo.
- Relaxa os músculos lentamente.
- Sincroniza a respiración: inspira ao tensar e expira lentamente ao relaxar.
- Presta atención a cada grupo muscular.

Anexo 6.

Lista de recursos para recuperar o benestar

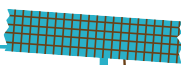
Anota en cada un destes post-it aquelas actividades, persoas, animais, obxectos etc., que che permiten recuperar o teu estado de benestar.



Para divertirme



Para cando me sinto triste



Para cando me sinto enfadado/a

Para cando me sinto estresado/a





Anexo 7. Fases de actuación ante as condutas problema




Fase 1. Identificar as condutas problemáticas

Descrición de cada conduta problemática. Frecuencia, intensidade e en que contexto se produce . Evolución e desenvolvemento da conduta no tempo.

Fase 2. Establecer unha orde de prioridade

Para identificar a conduta problema que require dunha avaliación e intervención máis inmediata, podemos preguntarnos:

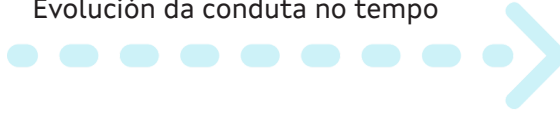
- 1-É unha ameaza para a vida ou a integridade física da persoa? E para os demais?
 - 2-Dificulta o proceso inclusivo da persoa? E o das outras?
 - 3-Causa danos materiais?
 - 4-Empeorará a conduta se non hai unha intervención inmediata?
 - 5-Dificulta que outras persoas acepten a quen presenta a dita conduta?
- 

Anexo 7. Fases de actuación ante a conduta problema

Fase 1.

Identificar as condutas problemáticas. Exemplo:

Evolución da conduta no tempo



Contexto (situación persoas)				
Intensidade do 0 ao 1				
Frecuencia Día, hora en que se produce				
Conduta				


Anexo 7. Fases de actuación ante as condutas problema

Fase 1. Identificar as condutas problemáticas. Exemplo:

Conducta Problema	Golpear mobiliario	Sair do taller/actividade	Total por período do día
10:00h - 13:00h	XXX	XX	5
13:00h - 16:00h			
16:00h - 20:00h	X	X	2
20:00 - 10:00h		XX	2
Total por tipo de conducta	4	5	9



Fases de actuación ante as conduta problema



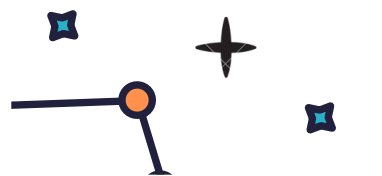
Fase 3. Realizar unha análise funcional multicompoñente

A análise funcional ten como obxectivo a comprensión da persoa no seu contexto. Para iso, terase en conta:

- a) Factores que inflúen na aparición da conduta (sen ser antecedentes).
- b) Condicións que se relacionan coa conduta e o seu contexto:
 - Factores de vulnerabilidade: factores sociais, aspectos familiares, factores psicolóxicos, condicións médicas.
 - Reforzadores (mantedores da conduta): por exemplo, condicións físicas favorables como xoguetes ou comida, reforzadores sociais como a atención, factores psicolóxicos tales como o reforzo positivo asociado ao sentimento de autovalía, condutas autolesivas para obter pracer ou enmascarar outra dor subxacente.

Fase 4. Xerar hipótese

Elaboración de hipótese sobre as posibles causas da conduta problema. Implica a análise e establecemento de relacións que permiten coñecer os procesos que orixinan e manteñen a conduta problemática. Permítenos coñecer cando ocorre e con que finalidade (é posible que una mesma conduta teña múltiples funcións).



Fases de actuación ante as conduta problema

Fase 3.

Realizar unha análise funcional multicompoñente

Consecuencia Que se fai. Resultado positivo ou negativo			
Antecedentes: persoais (estado emocional, malestar físico, fame, sono) Circunstancias (facer unha tarefa, recoller, dicirle que non, cambio de rutina etc.)			
Conduta Tipo (describir a conduta) Función (evitar, conseguir algo, estimulación etc.)			
Momento (hora do día) e contexto (onde)			

Anexo 8. Intervención no espazo vital (crise)

Crise = oportunidade para estimular o desenvolvemento persoal

A	Apartar o menor do contexto conflitivo	Obxectivo: evitar a escalada do conflito Se non é posible apartar o menor, invítase ao resto de menores a desprazarse a outra estancia *Estratexias reactivas de ser o caso
E	Explorar o punto de vista do menor	Obxectivo: coñecer como o viu o menor sen buscar culpables nin causas cando se produce o enfriamento emocional
S	Situar o menor ante a nosa perspectiva	Obxectivo: que o menor coñeza outros puntos de vista do sucedido sen necesidade de considerar un máis correcto ca outro
C	Conectar a conduta do menor con sentimentos e outros eventos	Obxectivos: que vaia coñecendo patróns propios da súa conduta e tome conciencia da súa capacidade para xestionar as emocións adecuadamente (autocoñecemento)
A	Alternativas	Adestramento en habilidades de solucións de problemas
P	Plan para o futuro	Obxectivo: buscar o compromiso co menor para actuar de maneira máis adaptativa en próximas ocasións
E	Enrolar o menor de cara á rutina	O menor volve ao grupo e obsérvase tamén a conduta do resto dos integrantes



Anexo 9. Contrato condutual

Data: _____

Contrato condutual entre

_____ e _____

Eu _____ comprométome a:

1.

2.

3.

4.

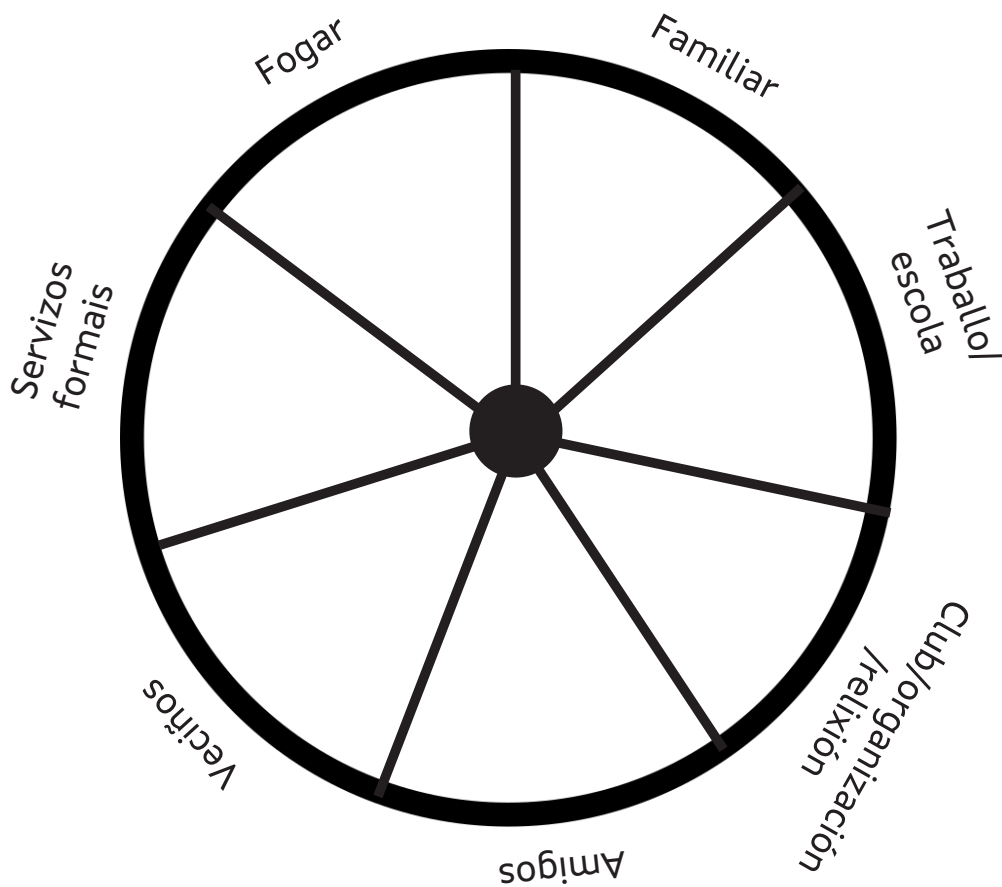
5.

Contrato vixente desde o día:

Asdo:



Anexo 8. Mapa e cuadrícula de rede social



Data: __/__/____

Persoa que responde:_____

Identificación:_____



CONSELLERÍA DE
POLÍTICA SOCIAL
E XUVENTUDE

