

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y FARMACOLÓGICA ANTE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DE INICIO EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

Vicente Félix Mateo*

*Doctor en psicología

Psicólogo Unidad Atención e Intervención PREVI - Valencia

1. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de intervención en los trastornos del comportamiento, hacemos alusión a un conjunto de técnicas o procedimientos que facilitan la reducción sintomatológica de un trastorno. Indudablemente, la edad del sujeto, la severidad con que presenta el trastorno, el ambiente psico-social en el que está envuelto, la cooperación familiar, sus características de personalidad, etc., van a hacer que distintos niños con un mismo trastorno, tengan una evolución totalmente diferente tras la intervención.

Como destaca Barkley (1998a), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno evolutivo esencialmente crónico, que no tiene "curación", por lo que la familia y los profesionales han de adoptar una actitud de "enfrentamiento, no de "curación". Asimismo ocurre con la mayoría de trastornos relacionados con el comportamiento: el trastorno oposicionista-desafiante y el trastorno disocial.

Los procedimientos de modificación de conducta, las técnicas cognitivo-conductuales y el tratamiento farmacológico son los mejores medios disponibles hasta el momento para manejar los trastornos de comportamiento y tratar de aminorar sus consecuencias a largo plazo. Por ello, resulta necesario un conocimiento exhaustivo de las técnicas que mejores resultados ofrecen en el tratamiento de las personas con impulsividad, así como aquéllas que muestran un oposicionismo manifiesto ante las figuras de autoridad, las que tienen dificultades significativas en el autocontrol, y para aquéllas que no han aprendido límites claros para regular su comportamiento. Como en la mayoría de problemas psicopatológicos en la infancia y adolescencia, la combinación de procedimientos es la que mejor resultado suele ofrecer a medio y a largo plazo. Por ello, creemos conveniente hacer un repaso de las principales técnicas de intervención, de cara a propiciar al lector una idea global de los procedimientos, así como de las ventajas e inconvenientes de su implementación.

Por último, comentar que un niño o niña afectado de un trastorno del comportamiento, necesitará a lo largo de su vida escolar una serie de medidas que den respuesta a las

necesidades que plantean, y que dichas medidas, pasarán necesariamente por los dos contextos donde más tiempo pasa: la casa y la escuela. Así pues, la cooperación de padres y profesores debe ser concretada desde el principio, llegando a acuerdos tácitos respecto a su aprendizaje y comportamiento.

2. EDUCACIÓN PRIMARIA

Las técnicas de modificación de conducta (TMC) han constituido durante mucho tiempo la forma habitual de intervenir ante los problemas de comportamiento dentro del sistema escolar. Dependiendo del momento histórico, y del marco teórico predominante en ese momento, han sido más o menos criticadas, aunque indudablemente constituyen un buen marco de acción para los problemas de comportamiento, especialmente con niños pequeños.

Básicamente consisten en un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas, y reducir o eliminar las conductas inadecuadas, asumiendo que están moldeadas por las contingencias ambientales. Este enfoque de tratamiento tiene varias ventajas, pues es relativamente fácil de implementar, rápido, de bajo costo y adaptable a múltiples contextos. En síntesis pueden distinguirse, en función del objetivo, tres grupos de técnicas para el manejo del comportamiento de los niños con problemas comportamentales. Por un lado las técnicas para incrementar los comportamientos adecuados, por otro lado, las técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados, y finalmente procedimientos combinados que pueden emplearse tanto para aumentar o mantener como para disminuir o eliminar comportamientos inadecuados (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

Una respuesta eficaz para promover la conducta positiva en el aula consiste en aumentar las recompensas y las aprobaciones verbales de una forma minuciosa y sistemática, si bien los estudios observacionales realizados en el aula muestran que las críticas y reprimendas tienen mayor frecuencia que las alabanzas (Martin, Linfoot y Stephenson, 1999). En el proceso de intervención, los profesores pueden aprender a aplicar técnicas de manejo de contingencias para promover la atención, la obediencia y/o reducir los comportamientos disruptivos e hiperactivos mediante la alteración de los antecedentes y consecuencias.

A la hora de llevar a cabo un programa de modificación del comportamiento en el aula, debemos atender a una serie de pasos o principios básicos previos a la puesta en marcha. Un primer paso, sería conocer la línea base de comportamientos. Para ello, es necesario realizar una hoja de registro en la que aparezcan los comportamientos que con más frecuencia presenta un alumno (o clase) en particular, para observar la frecuencia con la que aparecen dichos

comportamientos en el aula, así como los momentos en los que se intensifican o disminuyen. Este aspecto será crucial para posteriormente comparar la eficacia de la intervención.

Cuando ponemos en marcha el programa, aunque parezca obvio, procuraremos que el alumno sepa en cada momento qué puede y qué no puede hacer. Los adultos tenemos tendencia a castigar determinados comportamientos una vez ocurridos, sin haber pactado previamente con los niños la consecuencia de su emisión. Hay veces en las que es imposible anticiparnos a un comportamiento, bien porque es extraño, bien porque es improbable. Pero como podemos imaginar, la ocurrencia de dichos comportamientos es muy baja, por lo que en esos casos deberemos improvisar qué medida correctiva tomamos. En el resto de casos, resulta especialmente útil comentar con los alumnos en general (a través de una asamblea), o en particular (en el caso de que sólo vayamos a aplicar un programa de modificación del comportamiento con un solo alumno) las consecuencias positivas o negativas de la emisión de determinadas conductas. Resulta interesante incluir comportamientos que no deben ocurrir, así como otros (alternativas) que es positivo que ocurran. Una vez finalizado este proceso, se puede realizar un mural en el que aparezcan los comportamientos de forma visible para toda la clase.

A continuación exponemos un esbozo de las principales técnicas de modificación de conducta que mejores resultados ofrecen en el marco del contexto escolar. Están agrupadas en dos apartados: técnicas para favorecer la emisión de determinados comportamientos, y técnicas para disminuir o eliminar comportamientos disruptivos y poco adaptativos en el contexto escolar. Igualmente, habrá que decir qué técnica utilizar para cada comportamiento concreto que queramos modificar. Resulta especialmente útil hacer un balance a través de la línea base, de los comportamientos que aparecen con más frecuencia, para decidir la técnica o técnicas a utilizar.

La aplicación desde hace años de los procedimientos y principios conductuales a la educación, y su contribución al desarrollo de variados programas con distintos tipos de deficiencias y necesidades educativas, ha sido enormemente documentado en la literatura científica (Kazdin, 1983). Como en la mayoría de teorías, el conductismo ha tenido (y sigue teniendo en la actualidad) verdaderos defensores y detractores. Nosotros, buscando medidas más eclécticas y ecológicas, no trataremos de defender "a capa y espada" los procedimientos conductuales, sino más bien intentaremos extraer aquellas técnicas que mejor se adaptan al contexto escolar, siendo conscientes de sus limitaciones e inconvenientes para ponerlas en práctica.

Tabla 1. Principales técnicas conductuales para aumentar comportamientos

TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	ASPECTOS GENERALES
<i>Alabanza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser descriptiva. • Debe incluir comentarios positivos. • Debe ser sincera. • Contingente a la conducta • Con tono de voz agradable 	<ul style="list-style-type: none"> • Resaltar aspectos positivos – por pequeños que sean- en el comportamiento del niño. • Previene conductas negativas
<i>Atención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mirándole o sonriéndole • Haciendo un comentario rápido sobre su comportamiento. • Manteniendo una breve conversación con el alumno. • Realizando alguna actividad junto a él. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a diferenciar entre “llamar la atención” y recibir una atención adecuada. • Mejorar el comportamiento fijándonos en aspectos positivos de los alumnos.
<i>Contacto físico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentarse cerca del alumno. • Sentarse al niño sobre las rodillas. • Abrazos y besos. • Hacer cosquillitas. • Dar una palmadita cariñosa. • Acariciar el pelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el contacto físico como forma adecuada de relación y aprendizaje. • Desarrollo de la inteligencia emocional del niño a través de la expresión física.
<i>Recompensas y privilegios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las recompensas más apropiadas para cada alumno. • Dar siempre después de la emisión de la conducta objetivo, nunca antes. • Utilizar de forma sistemática. • Variar para evitar la saciación. • Dar privilegios en proporción al esfuerzo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se premia exclusivamente la emisión de la conducta, sino el esfuerzo que ha realizado el alumno por conseguirla.
<i>Técnica de la tortuga</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar conductas disruptivas en las que se quiere aplicar. • Enseñar al niño respuesta específica a la palabra “tortuga”: cerrar ojos, pegar brazos al cuerpo, meter cabeza entre los hombros y recogerse como una tortuga en su caparazón. • Aprender relajación en la posición de tortuga. • Generalizar la técnica in situ dentro del aula. Aplicar posteriormente en otras situaciones. • Enseñanza de estrategias de resolución de problemas interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es de fácil aplicación • Logra buenos resultados a largo plazo. • Instruye en habilidades necesarias para la vida en sociedad. • El niño aprende a afrontar los problemas de la vida diaria y a expresar sus emociones de forma adecuada.


Tabla 2. Principales técnicas conductuales para disminuir comportamientos

TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	ASPECTOS GENERALES
<i>Extinción</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar en una lista los comportamientos en los que utilizaremos esta técnica. • Anotar las cosas que podemos hacer cuando el niño presente dicho comportamiento (ej. dándole la espalda, atendiendo a otro niño, realizando otra actividad, etc.) • Prestar atención justo en el momento en que cese dicho comportamiento disruptivo, sonriéndole, habiéndole, mirándole, etc. • Si el niño intenta llamar la atención pateando, agrediendo a otros niños, rompiendo o lanzando cosas por el aire, aplicar aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige gran cantidad de autocontrol emocional por parte del profesor. • Ignorar no es lo mismo que no hacer nada ante un comportamiento disruptivo. • Es una forma eficaz de enseñar a nuestros alumnos que su comportamiento no merece nuestra atención. • Cuando llevamos a cabo esta técnica, estamos desanimando al niño a que vuelva a repetir dicho comportamiento.
<i>Costo de respuesta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Decida los comportamientos a manejar con esta técnica. • El privilegio debe ser algo que usted pueda negar en ese momento al niño. • De forma ideal, el privilegio que se quita al niño no debería afectar al resto de alumnos. • Especificar a priori el tiempo de supresión del privilegio (adaptando el tiempo de supresión a la edad del niño y gravedad del comportamiento). • No se deberían suprimir al mismo tiempo demasiados privilegios ni demasiado tiempo. • Cambiar los privilegios que se suprimen con cierta frecuencia, para que no pierdan eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño tiene que pagar con un beneficio la realización de una conducta inapropiada. • Aprende que todo comportamiento disruptivo lleva asociado una consecuencia negativa. • Resulta especialmente apropiada para niños más mayores.
<i>Rincón del pensamiento o del silencio (Time-Out)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo debe utilizarse para detener conductas o reacciones violentas como hiperactividad, agresividad o descontroles emocionales. • Es muy eficaz en niños entre 2 y 10 años. • El lugar donde se realice no debe tener ningún tipo de estimulación. • Es conveniente que antes de aplicarlo demos un aviso de advertencia. • El niño debe saber cuánto tiempo pasará en time-out. • Si el niño no quiere ir o sale antes, aplicar costo de respuesta. • Alabar la primera conducta positiva del niño después de regresar del time-out. • El tiempo máximo de aplicación del time-out no debería exceder los cinco minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de reflexionar sobre el propio comportamiento. • Relajarse un poco en un espacio tranquilo, antes de volver al grupo-clase.

A veces, resulta necesario combinar diferentes técnicas. Éste es el caso de los procedimientos basados en las *economías de fichas*, ya que combinan técnicas de incrementar comportamientos positivos y de disminuir comportamientos poco adaptativos. Es importante delimitar bien los comportamientos (que puedan contarse), e incluir de diversa severidad (fáciles de conseguir y de complejidad media). Habrá que pactar igualmente el refuerzo que se conseguirá por la adquisición de las distintas fichas (gomets, caras alegres, etc.), así como el momento en que se realizará el canje.

Figura 1. Ejemplo economía de fichas

Economía de fichas



Fecha:	Hasta el Patio	Después del patio	Tarde
SENTADO 			
SILENCIO 			
OBEDECER 			

Es posible que la aplicación de un programa de economía de fichas en el aula suscite problemas en la dinámica general del aula, pero estas dificultades suelen desaparecer si se acuerda que todos los alumnos obtendrán los privilegios cuando se consiga el objetivo señalado. Por otra parte, aunque estos programas se lleven a cabo fundamentalmente en el aula, suele incluirse el refuerzo de los padres por el progreso hacia la meta establecida.

2. EDUCACIÓN SECUNDARIA

De todos es conocido que la adolescencia es una etapa evolutiva caracterizada por la crítica por parte del adolescente hacia todos los modelos establecidos de autoridad. Es una etapa de cambio, de inseguridades, de descubrimiento, de adopción y consolidación de actitudes, normas y valores que perdurarán a lo largo de la vida adulta. Por ello, desde el contexto escolar se plantea además de la transmisión de conocimientos, el saber hacer y saber vivir y convivir en sociedad. Desde los centros de educación secundaria obligatoria, se viene observando en los últimos años un aumento de la violencia y de la agresividad, que se traduce

en un alto grado de disruptividad dentro de las aulas. El profesorado cada día se ve con menos herramientas para hacer frente a las ofensas, insultos, desafíos, y demás conductas delictivas que serán precursoras en un futuro inmediato de abuso de drogas, problemas con la ley, y sobre todo, desadaptación social. Por ello, resulta de vital importancia la implementación en los centros educativos de programas tanto preventivos y correctivos del comportamiento disruptivo.

Un ejemplo habitual en el manejo del comportamiento en la adolescencia son los **contratos de contingencias**. Como su propio nombre indica, esta técnica consiste en establecer una negociación, generalmente entre profesores y alumnos, o padres e hijos. En este contrato se especifica concretamente qué es lo que se pide al chico, bien en el plano académico bien en el plano conductual, y cuáles serán las consecuencias que va a conseguir con su cumplimiento. Es conveniente que se establezca un límite de tiempo para la revisión del contrato y, por supuesto que las condiciones que en él se establezcan sean justas para las dos partes intervinientes.

Respecto a las condiciones para su puesta en marcha, cabe resaltar que no suele ser efectivo con chicos pequeños o con escasa capacidad comprensiva; que debe ser negociado entre las partes que intervienen; deben explicitarse claramente las conductas en términos positivos que debe realizar el alumno y las consecuencias positivas (recompensas / privilegios) que obtendrá por las mismas, así como las consecuencias negativas (pérdida de privilegios) que se derivarán de su incumplimiento y que ha de revisarse periódicamente para evaluar su cumplimiento e introducir las modificaciones que se acuerden entre las partes.

Otra técnica útil en el manejo del comportamiento para adolescentes es la **autoevaluación reforzada**. Este procedimiento es una combinación entre la evaluación del comportamiento y los sistemas de economía de fichas. Puede aplicarse con niños de diferentes edades, pero especialmente resulta indicado con los alumnos de secundaria ya que, en este nivel educativo tanto los profesores como los estudiantes son reacios a la utilización de procedimientos de manejo de contingencias. Se trata de una técnica sencilla de llevar a la práctica que ha demostrado utilidad para: a) motivar y facilitar el cumplimiento de las reglas básicas de comportamiento en el aula; b) mejorar las interacciones sociales en el aula, ya que se refuerzan comportamientos socialmente positivos ; y c) ajustar la autoevaluación del comportamiento y de la ejecución de los estudiantes con problemas de conducta a los estándares normativos (ver Miranda, Roselló y Soriano, 1998). Consiste en confeccionar un registro de auto-observación y autoevaluación. En primer lugar, los profesores han de señalar las conductas inadecuadas que más frecuentemente realiza el chico, y formular una frase en la que aparezca este comportamiento. El estudiante, unos minutos antes de terminar la clase, se

autoevaluará su propio comportamiento (atención al profesor, postura en el asiento, interrupciones, molestar a compañeros, conductas oposicionistas, agresiones, etc.) señalando con un cruz la frase que mejor lo describa.

Por último, se realizará un diálogo profesor-alumno. Al final de la clase (basta 3 minutos), el estudiante se acerca al profesor para enseñarle su autoevaluación. Una vez que el profesor ha visto la autoevaluación del alumno, debe reforzarle lo positivo, enfatizándole mucho su esfuerzo, y debe señalarle aquello que debe mejorar para la próxima hora. A continuación, el profesor firma y el alumno guarda el registro para la próxima clase.

Figura 2. Ejemplo auto-observación del comportamiento

Después del patio...



Juego con mis compañeros siguiendo las normas ____
Cuando he tenido un problema, he acudido a un profesor ____
He sido un buen compañero. No he agredido a nadie ____



No he respetado las normas del juego ____
Ante un problema ... he pegado o insultado al compañero/a ____
He discutido con mis compañeros/as ____

Observaciones de profesor/a encargado/a del patio:

Con esta técnica, conseguiremos que el alumno sea capaz de observar su propio comportamiento, que sepa lo que el profesor espera en cada momento de él, y que se establezca una relación positiva profesor-alumno, al dialogar sobre su comportamiento, resaltando los aspectos positivos, e indicando aquéllos en los que debería mejorar en la siguiente clase.

Figura 3. Ejemplo auto-evaluación reforzada

HOJA DE AUTOEVALUACIÓN INDIVIDUALIZADA

Fecha:	1ª hora	2ª hora	3ª hora	4ª hora	5ª hora
Deberes					
Material					
Trabajo clase					
Firma Profesor					
Firma Padres					

4. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Uno de los resultados más consensuados a lo largo del tiempo en la investigación es que los tratamientos multimodales (fármacos y tratamiento psicoeducativo) son los que muestran mayor eficacia para reducir la sintomatología disruptiva de los alumnos. Por ello, no es extraño que muchos de los niños con problemas de comportamiento o emocionales, sean candidatos a recibir, de forma conjunta al tratamiento psicoeducativo, una intervención de carácter farmacológico (Forness y Kavale, 2001), aunque algunas formas leves pueden ser controladas exclusivamente desde un acercamiento psicoeducativo. Los expertos destacan fundamentalmente, dos razones para justificar el inicio de un tratamiento medicamentoso: la severidad de la sintomatología y el grado de tensión que suscite en el propio niño, en sus padres o en sus profesores. En los casos verdaderamente graves los fármacos constituyen el componente fundamental para que la intervención tenga éxito.

No resulta extraño que muchas veces sea necesario recurrir al tratamiento farmacológico en los problemas de comportamiento. Por ello es importante delimitar el trastorno del que estamos hablando, para así facilitar la eficacia del tratamiento medicamentoso, ajustando fármaco y dosis en función de la sintomatología que presente el niño, así como de su severidad.

Hoy en día muchos niños diagnosticados de TDAH reciben tratamiento farmacológico. Aunque algunas formas de sintomatología leve de TDAH se controlan solamente con tratamiento psicopedagógico, normalmente, el tratamiento de elección suele ser el **psicoestimulante**,

concretamente el metilfenidato, aunque no antes de los seis años de edad. Este fármaco produce mejoras cognitivas y comportamentales, reduciendo la impulsividad (Conners y Erhardt, 1998; Roselló, Pitarch y Abad, 2002) y mejorando la atención sostenida (Zeiner, Bryhn, Truyen y Strand, 1999). Los psicoestimulantes se absorben con rapidez y comienzan a producir efectos sobre el comportamiento, desde el primer día de su administración, a partir de los 15 ó 60 minutos de su ingestión dependiendo de los casos. Los efectos máximos del metilfenidato sobrevienen entre la hora y las dos horas, y mantienen su efecto entre las tres y cinco horas, por lo que se recomiendan dos o tres dosis al día. La dosis de la medicación se establece mediante una razón entre miligramos del fármaco y kilos de peso del niño, comenzándose por dosis bajas que suelen ir aumentándose progresivamente cada tres días hasta obtener el efecto deseado. La evaluación en la escuela de la eficacia del ensayo inicial del tratamiento psicofarmacológico es fundamental, ya que sólo el análisis de estos resultados ayudará a determinar la dosis más adecuada en cada caso. No obstante, algunas veces se producen efectos secundarios pocos deseados como efectos gastrointestinales (molestias abdominales o anorexia), dolor de cabeza, insomnio, tics, irritabilidad, nerviosismo, etc., por lo que es necesario utilizar otro tipo de fármacos. Por lo que respecta a la prevalencia de los efectos adversos, Wilens (2000) observó que aproximadamente el 24% de los sujetos estudiados presentaban cefaleas, seguida de insomnio (14%), pérdida de apetito (12%) y dolor abdominal (8%). También se utilizan a veces **antidepresivos** tricíclicos (imipramina, clomipramina), aunque su uso debe ser controlado en niños pequeños. Su efecto no es tan efectivo como los psicoestimulantes en la atención sostenida. Normalmente estos fármacos se utilizan cuando existe una intolerancia manifiesta al metilfenidato. Por último, se ha comenzado recientemente a comercializar en nuestro país la atomoxetina (inhibidor de la recaptación de noradrenalina), con una rápida absorción, alcanzando su máxima concentración plasmática tras 1-2 horas después de la administración. Resulta especialmente indicada para aquellas personas con TDAH que el metilfenidato les generaba como efecto secundario insomnio. A su vez, hay datos que sugieren que la atomoxetina empleada en el tratamiento de niños con comorbilidad de TDAH + Tics, dicho fármaco hace que los tics disminuyan, por lo que resulta un fármaco adecuado en el tratamiento de la hiperactividad cuando está acompañada de tics o insomnio.

En aquellos casos en los que el niño muestra un comportamiento excesivamente perturbador, como en el caso de un trastorno disocial, o un trastorno de conducta severo, se suele recurrir al uso de **neurolépticos**. Dentro de los neurolépticos clásicos, podemos resaltar el haloperidol, medicamento psicotrópico utilizado para el tratamiento de la psicosis, así como de los trastornos graves del comportamiento. Por lo que respecta a los neurolépticos atípicos,

podemos resaltar la risperidona o el tiapride, de la familia de las benzamidas, sin acción sedante, el cual facilita la acción de la dopamina. En el caso de los neurolépticos, cabe resaltar los efectos secundarios piramidales y extrapiramidales (como rigidez muscular, tortícolis, falta de expresión en la cara o incapacidad para permanecer quieto), el mareo, la sedación, cambios en el apetito, adormecimiento y la sequedad de boca (Fuentes, Cundin, Gallano y Gutiérrez, 2001). También se utilizan a veces, aunque como fármacos de segunda línea, **estabilizadores del humor**, como la carbamazepina, el ácido valproico y el carbonato de litio, aunque los resultados en la literatura científica no son concluyentes respecto a su uso.

Tabla 6. Fármacos para el manejo del comportamiento

Fármaco	Psicopatologías	Efectos deseados	Efectos adversos
Psicoestimulantes	TDAH	Mejora en los procesos de atención; reduce el exceso de actividad y la impulsividad.	Gastrointestinales (molestias abdominales o anorexia) Dolor de cabeza Insomnio Tics
Antidepresivos	TDAH Síntomatología depresiva	Reduce la impulsividad Reduce sintomatología depresiva	Sequedad de boca Sedación Mareos
Neurolépticos	TDAH Trastornos del comportamiento	Reduce impulsividad y comportamiento disruptivo y oposicionista	Piramidales y extrapiramidales Mareo Sedación Sequedad de boca

Un aspecto clave en el tratamiento medicamentoso es que no cura, por lo que debe convertirse en un apoyo para que el niño aprenda estrategias de autocontrol del impulso y de la atención, a través de técnicas psicológicas, para posteriormente ir retirando el tratamiento farmacológico. Sólo de esta forma tiene sentido dicha medicación, pues por desgracia, una vez que desaparecen los efectos del fármaco, el niño vuelve exactamente al nivel que tenía de disfunción sin el fármaco.

5. CONCLUSIONES

Respecto a la intervención psicopedagógica, ésta exige un elevado conocimiento de los distintos trastornos, así como de las técnicas. Por otra parte, muchas veces resulta complejo llevar a cabo intervenciones desde el contexto escolar, ya que no se trata de un alumno concreto, sino de una intervención donde aparecen otros sistemas y subsistemas, como es el

aula, el centro, la familia, etc. No obstante, la formación del profesorado, la implicación de los departamentos de orientación (en educación secundaria) y de los servicios psicopedagógicos escolares o gabinetes municipales (en educación infantil y primaria) facilitan la puesta en marcha de las distintas medidas preventivas y/o correctivas para los alumnos con dificultades en la autorregulación de su comportamiento. En esta línea, tradicionalmente los niños con problemas de comportamiento reciben entrenamiento en habilidades sociales de un terapeuta y fuera de la clase regular. En consecuencia, la transferencia y la generalización de las habilidades entrenadas se han convertido en una preocupación fundamental, ya que los programas se han focalizado sobre comportamientos en escenarios que tienen escasa relación con el contexto del aula regular y su ambiente social. Las intervenciones que han adoptado un enfoque de colaboración entre profesores y psicólogos escolares se han valorado como más aceptables por los profesores que idénticas intervenciones que se han implementado o bien por el psicólogo o bien por el profesor únicamente (Choi y Heckenlaible-Gotto, 1997).

Por lo que respecta a la intervención farmacológica, cabe señalar algunos aspectos generales. Primero, el tratamiento farmacológico no debería implementarse como única forma de intervención. Si bien es cierto que a corto y medio plazo produce efectos positivos, especialmente en el plano comportamental, a largo plazo es necesario que el niño aprenda una serie de habilidades que le permitan autorregularse sin necesidad de recurrir a ellos. Segundo, la implementación del tratamiento medicamentoso debe ajustarse a las necesidades del alumno en cada momento, por lo que es necesaria una revisión cada cierto tiempo, donde la información aportada por el contexto familiar y escolar permitirán al profesional de la salud (médico, pediatra, neuropediatra, psiquiatra, etc.) realizar un ajuste más preciso. Es evidente que desde esta línea apostamos por una colaboración estrecha clínica-hogar-escuela que incluya la familia en general, las instituciones de educación formal y no formal y la sociedad en general. En resumen, una intervención que integre los distintos contextos en los que se desarrolla el niño y, sobre todo, mantenida a largo plazo, que ayude a los estudiantes a comprender y a adaptarse a los cambios que se van a producir a lo largo de toda su vida (colegio, estudios superiores, amigos, relaciones de pareja, matrimonio, paternidad, integración en el mundo laboral,...etc.).

6. REFERENCIAS

- Abrantes, A. M., Hoffmann, N. G. y Anton, R. (2005). Prevalence of co-occurring disorders among juveniles committed to detention centers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 179-193.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Choi, H.S. y Henkeilable-Gotto, M.J. (1997). Classroom-based social skills training: Impact on peer acceptance of first-grade students. *The Journal of Educational Research*.
- Conners, C.K. y Erhardt, D. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. En Bellack, A.S. y Hersen, M. (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. New York: Pergamon Co, p.487-525.
- Forness, S.R. & Kavale, K. A. (2001). ADHD and a return to the medical model of special education. *Education and Treatment of Children*, 24, 224-247
- Fuentes, J., Cundin, M., Gallano, I. y Gutiérrez, J.L. (2001). *Sistema protocolizado de tratamiento psicofarmacológico en personas con autismo y otros trastornos del desarrollo*. Gautena: San Sebastián.
- Kazdin, A.E. (1993). Treatment of conduct disorder. Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
- Martin, A.J., A.J., Linfoot, K., y Stephenson, J. (1999). How teachers respond to concerns about misbehavior in their classroom. *Psychology in the Schools*, 36, 347-358.
- Matheson, A. y Shriver, M.D. (2005). Training teachers to give effective commands: Effects on student compliance and academic behaviors. *School Psychology Review*, 34, 202-219
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Algibe
- Miranda, A., Roselló, B. y Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Roselló, B., Pitarch, I. y Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34 (Suplem. 1), S82-S90.
- Tulley, M., Chiu, L.H. (1998). Children's perceptions of the effectiveness of classroom discipline techniques. *Journal of Instructional Psychology*, 25, 189-197.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S. y Tremblay, R. E. (2005). Kindergarten disruptive behaviors, protective factors, and educational achievement by early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 97(4), 617-629.
- Walker, H. M., Colvin, G., y Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school: strategies and best practices*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Zeiner, P., Bryhn, G., Bjercke, C., Truyen, K., y Strand, G. (1999). Response to methylphenidate in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 88, 293-303.