

**ELS PROBLEMES DE  
COMPORTAMENT EN EL CONTEXT  
ESCOLAR : CAUSES I MODELS  
D'INTERVENCIÓ EN L'EDUCACIÓ  
SECUNDÀRIA OBLIGATORIA.  
ESTUDI PSICOPEDAGÒGIC**

**Francesc Xavier Moreno Oliver  
Curs 2001/2002**

**GENERALITAT DE CATALUNYA  
DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT**

***ELS PROBLEMES DE  
COMPORTAMENT EN EL CONTEXT  
ESCOLAR : CAUSES I MODELS  
D'INTERVENCIÓ EN L'EDUCACIÓ  
SECUNDÀRIA OBLIGATORIA.  
ESTUDI PSICOPEDAGÒGIC***

**Memòria de la llicència retribuïda realitzada per:**

**FRANCESC XAVIER MORENO OLIVER**

**Sota la supervisió de la *Dra. M<sup>a</sup> Jesús Comellas  
Carbó* de la Universitat Autònoma de Barcelona**

**Curs 2001-2002**

# INDEX

Pág.

**INTRODUCCIÓ..... I**

## I.MARC TEÒRIC

<b>1. LA CONDUCTA PERTORBADORA A L'ESCOLA</b> .....	<b>1</b>
1.1. Delimitació del concepte .....	1
1.2. La conducta pertorbadora en l'àmbit escolar .....	5
1.2.1. Quan una conducta és pertorbadora a l'escola.....	10
<b>2. ETIOLOGIA DE LA CONDUCTA PERTORBADORA</b> .....	<b>19</b>
2.1. Estudi de les causes .....	23
2.1.1. La transició de primària a la secundària i la adolescència com a factors de risc específics .....	23
2.1.2. Altres aspectes determinants dels problemes de conducta pertorbadora .....	28
2.1.2.1. Factors biològics .....	30
2.1.2.2. Factores psicològics .....	32

2.1.2.3. Factors socials .....	34
2.1.2.4. Factors pedagògics .....	35
2.2. Factors de resiliència .....	36
2.2.1. El concepte de resistència .....	36
2.2.2. La protecció com a procés .....	37
<b>3. PROBLEMES DE COMPORTAMENT I PATOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
3.1. Determinació dels problemes de comportament patològics.....	39
3.2. La classificació en psicopatologia dels problemes de comportament .....	43
3.2.1. Evolució històrica .....	46
3.2.2. Epidemiologia .....	51
3.3. Aproximació nosològica dels problemes de comportament a través de la taxonomia del DSM-IV.....	54
3.3.1. Trastorns per dèficit d' atenció i comportament pertorbador .....	55
3.3.1.1. Trastorn de dèficit d' atenció amb hiperactivitat (TDAH) .....	56
3.3.1.2. Trastorn negativista desafiant .....	65
3.3.1.3. Trastorn Disocial .....	69
3.3.1.4. Trastorn de comportament pertorbador no especificat .....	77
3.4. Diagnostic diferencial dels trastorns per dèficit d' atenció i comportament pertorbador i altres patologies que cursen amb alteracions conductuals .....	77

<b>4. DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÒGIC .....</b>	<b>81</b>
<b>4.1. Concepte de diagnòstic psicopedagògic .....</b>	<b>81</b>
<b>4.1.1. Diagnostic de factors de risc predisponents                 dels problemes de comportament .....</b>	<b>85</b>
<b>4.2. Fundamentació del model tetradimensional del         diagnòstic .....</b>	<b>93</b>
<b>4.2.1. Dimensió Bioneuropsicològica .....</b>	<b>97</b>
<b>4.2.2. Dimensió Psicològica .....</b>	<b>101</b>
<b>4.2.2.1. Factores cognitius .....</b>	<b>103</b>
<b>4.2.2.2. Factors emocionals .....</b>	<b>105</b>
<b>4.2.2.3. Factors de personalitat .....</b>	<b>106</b>
<b>4.2.2.4. Factors psicoevolutius .....</b>	<b>107</b>
<b>4.2.3. Dimensió Socioambiental .....</b>	<b>108</b>
<b>4.2.3.1. Factors de clima social .....</b>	<b>110</b>
<b>4.2.3.2. Inadaptació social .....</b>	<b>111</b>
<b>4.2.4. Dimensió Pedagògica .....</b>	<b>112</b>
<b>4.2.4.1. Factors relacionats amb els hàbits i les                         estratègies d'aprenentatge .....</b>	<b>114</b>
<b>4.2.4.2. Factors relacionats amb el nivell de                         competències escolars .....</b>	<b>115</b>
<b>4.3 Bateria diagnòstica .....</b>	<b>116</b>
<b>4.3.1. Instruments .....</b>	<b>128</b>
<b>4.3.1.1. Introducció al tema.....</b>	<b>128</b>
<b>4.3.1.2. Instruments que disposem .....</b>	<b>131</b>

4.3.1.3. Premisses generals.....	135
----------------------------------	-----

4.4 El diagnòstic com a primera estratègia d' intervenció davant dels problemes de comportament .....	136
---	-----

## **II. OBJECTIUS**

### **OBJECTIUS I HIPÒTESI**

1. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ .....	140
1.1. Objectiu General .....	140
1.2. Objectius específics .....	140
1.3. Objectiu final .....	141
2. HIPÒTESI DE LA INVESTIGACIÓ.....	141
2.1. Formulació d' hipòtesi .....	142

## **III.METODOLOGÍA INVESTIGACIÓ**

### **METODOLOGÍA I DISENY**

1. MODALITAT D' ESTUDI .....	143
1.1. Perspectiva quantitativa .....	143
1.2. Investigació empírica analítica descriptiva .....	143
2. DISENY "EX POST FACTO" RETROSPECTIU .....	144
2.1. Població i mostra .....	145

2.2. Variables seleccionades .....	146
<b>3. INSTRUMENTS I TÈCNIQUES DE RECOLLIDA DE DADES</b> .....	<b>146</b>

## **IV ANÀLISI DE DADES**

### **TRACTAMENT ESTADÍSTICA I DISCUSSIÓ DE RESULTATS**

<b>1. ANÁLISI ESTADÍSTICA DE LA INFORMACIÓ .....</b>	<b>159</b>
1.1. Estudi de fiabilitat de l instrument .....	159
1.2. Estudi descriptiu de la recollida de la informació .....	159
1.3. Estudi de la especificitat i sensibilitat .....	167
1.4. Freqüències dels factors de risc .....	169
<b>2. INTERPRETACIÓ I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS .....</b>	<b>172</b>
2.1. Propietats dels instruments de mesura .....	173
2.1.1. Fiabilitat .....	173
2.1.2. Validesa .....	173
2.2. Diferències quantitatives entre les mostres estudiades	173
2.3. Tipologia dels factors de risc segons les mostres.....	174

## **V.CONCLUSIONS**

## **CONCLUSIONS I PROPOSTES**

<b>1. CONCLUSIONS DE LA INVESTIGACIÓ .....</b>	<b>177</b>
<b>1.1.    Suggeriments per a la solució del problema.....</b>	<b>180</b>
<b>1.2.    Noves línes d' investigació.....</b>	<b>181</b>

## **VI. RESENYA BIBLIOGRÀFICA**

### **BIBLIOGRAFÍA UTILITZADA EN LA INVESTIGACIÓ**

<b>BIBLIOGRAFÍA CITADA .....</b>	<b>183</b>
----------------------------------	------------

## **VII. ANNEX**

<b>1. PROTOCOL DIAGNÒSTIC .....</b>	<b>193</b>
-------------------------------------	------------



## INTRODUCCIÓ

L'existència d'alumnes que presenten conductes pertorbadores en el context escolar és un fenomen cada cop més habitual, segons ens demostren les estadístiques actuals sobre el tema i la seva corresponent incidència en els mitjans de comunicació.

És freqüent trobar alumnes que no s'integren en les dinàmiques educatives per causes diferents en cada cas, malgrat que el resultat final sigui el mateix: els problemes de comportament en el context escolar.

Els esforços dels diferents agents educatius aconsegueixen que bona part d'aquests alumnes, de manera progressiva, s'integrin en el seu procés d'escolarització; però, desafortunadament trobem a un percentatge important d'alumnes que no arriben a aconseguir aquesta integració.

Aquest últim col·lectiu d'alumnes a qui hem fet referència anteriorment són nens i nenes que, després d'estar rebent un tractament específic per part dels seus tutors, membres de l'EAP, mestres del Programa d'Educació Compensatòria, i en algunes ocasions, per part de recursos externs ( Centre de Salut Mental Infantojuvenil –CSMIJ-, educadors de carrer, etc.), el seu estat d'inadaptació a l'escola no se soluciona, sinó que, al contrari, se sol agreujar.

Són alumnes que a causa de la seva problemàtica conductual de base, van desenvolupant progressivament un retard escolar al no adaptar-se als ritmes de treball de l'activitat docent, acompanyat d'un procés de distanciament cap als mestres, companys de classe i en definitiva de la dinàmica general de l'escola.

L'increment progressiu d'aquesta problemàtica fa que d'una banda es deteriorin les dinàmiques de treball dels centres educatius afectant tant els professionals docents com a la resta d'alumnes que desitgen continuar una escolarització adequada. D'altra banda, aquest tipus de problemàtica està generant una bossa social de joves que no acaben la seva escolarització obligatòria o que si no n'hi ha no acrediten cap tipus

de formació acadèmica; amb les conseqüents repercussions a la seva projecció laboral, social i possible deteriorament psíquic.

La problemàtica exposada en l'apartat anterior, independentment dels motius que l'han causat des del punt de vista del diagnòstic nosològic del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (APA, 1.995) s'tendeix a situar-los com un "**Trastorn per dèficit d'atenció i comportament pertorbador**". En aquest sentit, el CIE-10 (OMS, 1992) presenta un altre tipus de codis respecte d'això, però coincideix amb els criteris diagnòstics del DSM-IV.

Tenint en compte les consideracions fetes anteriorment i prenent com a punt de referència el sistema de classificació del DSM-IV, les conductes perturbadores s'ubiquen dins la secció que fa referència als **Trastorns d'inici en l'infància, la infància i l'adolescència**. En aquesta secció, a més d'altres trastorns propis d'aquestes etapes es troba els que ja hem citat en el paràgraf anterior sota la denominació de: **Trastorn per dèficit d'atenció i comportament pertorbador**; en el que s'inclou:

*Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat*, que es caracteritza per símptomes manifestos de desatenció i/o impulsivitat-hiperactivitat. Es presenten subtipus per especificar la presentació del símptoma predominant: tipus amb predomini del dèficit d'atenció, tipus amb predomini hiperactiu-impulsiu, tipus combinat.

*Trastorn disocial*, que es caracteritza per un patró comportamental que viola els drets bàsics dels altres o les principals normes o regles socials pròpies de l'edat del subjecte.

*Trastorn negativista desafiador*, que es caracteritza per un patró de comportament negativista, hostil i desafiador.

Aquest apartat inclou així mateix dues categories no especificades:

*Trastorn per dèficit d'atenció no especificat*, que inclou trastorns amb símptomes prominents de desatenció o hiperactivitat-impulsivitat que no satisfan els criteris del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.

*Trastorn de comportament pertorbador no especificat*, que inclou trastorns caracteritzats per un comportament negativista desafiador que no compleix els criteris de trastorn disocial ni de trastorn negativista desafiador.

Vistos aquests subapartats del DSM-IV, el diagnòstic clínic d'una conducta pertorbadora només ha d'aplicar-se quan el comportament en

qüestió sigui simptomàtic d'una disfunció subjacent de l'individu i no constitueixi simplement una reacció davant el context social immediat. Fora d'aquest criteri queda un buit diagnòstic per a aquells alumnes que encara presentant problemes de conducta no poden ser considerats els seus comportaments com un trastorn clínic. D'altra banda, aquells subjectes que sí que compleixen els criteris de trastorn clínic, si bé li podem donar la denominació diagnòstica els factors de risc que ho han pogut determinar no es coneixen, situació que ens qüestiona la funcionalitat última del diagnòstic, que és tenir una pauta precisa per al tractament del problema. A títol il·lustratiu, ens podem trobar amb diversos subjectes que presentin un trastorn disocial, però que la causa d'un sigui purament social pel fet que el seu entorn familiar estigui molt desestructurat amb models delinquencials; i que al contrari, un altre cas, el seu entorn sigui totalment estructurat però la causa de les seves conductes tingui un origen de caràcter biològic per patir una xisclo-meua XYY. Com és evident, si bé les conductes que han determinat el diagnòstic de Trastorn Disocial poden ser les mateixes, el tractament que requeriran hauran de ser bàsicament diferent.

## I. MARC TEÒRIC

## **1. LA CONDUCTA PERTURBADORA A L'ESCOLA**

### **1.1. Delimitació del concepte:**

Hi ha múltiples definicions, sovint condicionades apriorísticament per la posició metodològica o ideològica dels qui les formulen, aplicables al concepte de "comportament".

En síntesi, i des d'una perspectiva "neutral", s'entén per "comportament" el conjunt de conductes -i les característiques d'aquestes conductes- amb què un individu o un grup determinats estableixen relacions amb si mateix, amb el seu entorn o contextos físics i amb el seu entorn humà, més o menys immediats.

En l'actualitat, per la seva amplitud i adaptabilitat, aquest terme tendeix a ser més empleat que el de "conducta", que sembla haver perdut la primacia que va mantenir especialment durant la dècada dels seixanta, quan van aconseguir major preeminència els plantejaments conductistes.

Amb la intenció de fitar un tant l'ús terminològic, vam acudir a l'etimologia, per si és possible agermanar l'ús del llenguatge quotidià amb el tècnic i fer així més assequibles les nostres consideracions, sense que amb això vulguem sostreure'ls la necessària precisió científica.

"Comportar-se", com ja vam avançar en la introducció, resulta de "portar-se amb-"; és a dir, tenir i mostrar actituds i activitats amb cert sentit dinàmic ("portar" és, en alguna de les seves accepcions, "portar") i en relació amb referents externs a aquesta dinàmica encara que no necessàriament al protagonista-autor del comportament. Per la seva banda, la "conducta" és l'expressió del mode en què el seu protagonista se "governa" o "conduïx" a si mateix (del llatí "ducere"), com a resposta a una motivació que posa en joc components psicològics, motrius i fisiològics.

Aquesta delimitació primària dels conceptes té importància com a punt

de partida, ja que l'aparició o no de problemes de comportament té a veure amb la motivació real, la qualitat amb què aquesta motivació és percebuda per l'autor de la conducta, i el mode en què -a partir de les seves capacitats cognitives i físiques, el seu aprenentatge o entrenament, i fins i tot el seu repertori de valors morals- reaccioni al que percep.

Després d'aclarir els aspectes definitoris, és obvi que, perquè puguem parlar de "personalitat problemàtica", caldrà traçar els possibles límits entre el "no problemàtic" i el "problemàtic", la qual cosa comporta el problema d'afrontar els paràmetres de la "normalitat" i la "absència de normalitat", situacions difícilment definibles i que en molts extrems estan subjectes a un alt grau de subjectivitat.

En aquest sentit, la personalitat no problemàtica, normal i en conseqüència "correcta", vindria definida en el quotidià i a grans traços com aquella que s'expressa mitjançant una conducta comprensible, consistent -és a dir, amb coherència en els seus components i manifestacions i equilibradament estructurada- i controlada, és a dir, dominada i dominable per l'individu de qui és manifestació externa dinàmica.

Tornem ara a trobar-nos amb els mateixos problemes que al principi, perquè la comprensibilitat, la consistència i la controlabilitat poden adoptar matisos diferenciats en els que les variables provocades per l'entorn i pel subjecte actiu o passiu resulten determinants i els "paràmetres rígids i absoluts" no tenen cabuda ni aporten solucions, la qual cosa ens porta, com en tantes altres qüestions, a la necessitat d'una atenció personalitzada per part del sistema educatiu i els seus agents.

Des d'una visió positiva i encaminada a la resolució de les qüestions, el problemàtic ha de ser definit amb referència al que s'entén per normal. Advertirem, així, l'existència d'unes discapacitats, la inexistència d'unes capacitats efectives, o certes dificultats d'adaptació davant del que la realitat demanda de l'individu, la qual cosa ens permetrà establir procediments per pal·liar els dèficits o desviacions així dictaminats.

Si considerem que hi ha una normalitat adequada a les circumstàncies, multiforme i adaptativa, tenim opció a establir tractaments individualitzats d'aquells comportaments no entrin dins els paràmetres definitoris d'aquesta normalitat. A més a més, tenir aquesta referència ens servirà d'element positiu, ja que la reparació de la conducta anirà dirigida al restabliment d'aquesta normalitat, a la recerca d'un objectiu definit i delimitat.

També hem de tenir a compta, perquè és fonamental per no caure en excessos, que no tots els problemes de conducta, i específicament els que es donen en el món escolar, corresponen, necessàriament a l'existència d'una conducta patològica..

En el procés d'evolució personal que l'individu s'adapta al medi i estableix la seva interrelació dinàmica amb el mateix, apareixen desajustos, episodis de conducta problemàtica (susceptibles d'arribar a conflictius) la superació del qual contribueix al procés de maduració personal, per la qual cosa, quan són esporàdics, puntuals o concrets, únicament són expressió

patent d'una conducta adequadament orientada i en evolució correcta que en un punt determinat no ha aconseguit establir l'equilibri buscat.

Hem de distingir, doncs, entre els problemes quotidians i normals i els problemes més seriosos que tenen un caràcter més freqüent o fins i tot permanent; i això no resulta senzill: “no hi ha una clara distinció entre les característiques d'un nen problema i les dels altres”, i “no hi ha símptomes absoluts de desajust”. El mateix autor afegeix que “vam necessitar saber com establir una distinció entre els diferents problemes (normals i no-tan-normals) que empaiten els nens”. Per a això, afegeix, no ens queda un altre remei que tair a compta que “sembla més profitós preguntar-se com un nen desenvolupa la seva conducta en general que limitar la qüestió a com desenvolupa una conducta problemàtica com tal”.

En aquest sentit, una aportació interessant és tair a compta que un nen qualificat com “problema” no ho és en la seva totalitat, i es tracta, més concretament, d'un nen amb “determinats problemes que li fan estar en condicions d'inferioritat”, citacions totes elles extretes de (Martín, 1992:14-17).

Abundant en les afermaments anteriors i taint a compta la dificultat per trobar la línia que separi ambdues situacions, la solució, com exposa Martín (1992), consisteix a concebre la “normalitat” i la “anormalitat” com els extrems d'un continuum, en el que la normalitat es converteix, gairebé imperceptiblement, en anormalitat i viceversa. D'aquesta manera és possible discernir a partir de la intensitat o de la freqüència amb què apareguin comportaments problemàtics, el que ens proporciona un esquema sistemàtic molt útil i ens donem compta que no ens trobem davant de fenòmens de ruptura, sinó de col·locació en una mateixa coordenada.

De la mateixa manera en què no hi ha ruptura entre un “volum alt” i un “baix”, i podem circular entre l'un i l'altre fins a obtenir l'adequat, no hi ha ruptura entre el que es considera “problemàtic” i “no problemàtic”, i això ens pot animar a la possibilitat de variar la ubicació d'una conducta o del comportament global de l'individu en aquesta línia continuada.

Així, utilitzant els constructes de Charlot (1992) i Gimeno (2000), podem considerar que una conducta problemàtica seria la “excessiva”, és a dir, aquella la intensitat o de la qual repetició de fets és molt apreciable (en els nens, per exemple, cridar o pegar, però també un excessiu quietisme o traços intensament adinàmics); la que és apropiada o normal en si mateixa però que es desenvolupa en contextos limitats o inapropiats, per la qual cosa no s'atè a la concepció del comportament com a ajust de l'individu al seu entorn (per exemple, és conducta que no crida l'atenció, per la seva adequació al context, la del nen que corre i persegueix el company al pati de recreació; no obstant això, la mateixa acció efectuada pel mateix nen a l'aula, en plena sessió de classe i sense que s'adverteixi en el seu autor consciència de la seva inadequació, ens indica que estem davant d'un problema); o la conducta que està absent o representada d'una manera pobra (en qualitat o quantitat) en el comportament general del nen (per exemple, el domini dels seus esfínters, o la seva capacitat d'atenció o, fins i tot, la seva curiositat i la seva necessitat d'experimentar amb el nou).

És a dir, i per sintetitzar l'anterior: una conducta problemàtica planteja problemes per excés, per defecte, o per inadequació.

Avui en dia s'ha superat la concepció de la "normalitat" com mera "absència de problema" pròpia d'una concepció mèdic-clínica (el que està sa és el que no està malalt), i s'tendeix a una interpretació positiva (estar sa és gaudir d'unes determinades capacitats físiques i mentals). Per això, ja no n'hi ha prou l'absència de patologia "per considerar l'estat individual com normal", (Jiménez, L. et al. 1994:20).

Això de cap manera contradiu el que hem apuntat en els apartats anteriors, quan parlàvem del problemàtic com contraposició amb el no problemàtic.

Per justificar-nos, tornem a insistir en la dificultat d'establir quantificacions o especificacions que determinin i concretin el normal i l'anormal i, en gran manera, no tenim una altra opció que basar-nos -com partida per a posteriors desenvolupaments- en percepcions intuïtives que en gran part depenen de la nostra pròpia experiència, condicionada per la nostra inclusió o pertinença a un determinat context. És per això, que hem d'atendre els límits extrems de les situacions i seguir el fil que els uneix.

Les nostres percepcions intuïtives de normalitat-anormalitat es produeixen des de la instal·lació en un equilibri complex i relatiu de què cal tenir a compta el seu dinamisme, ja que som producte encara no definitiu d'un procés de desenvolupament personal en el que han tingut una important intervenció, entre altres agents, el sistema educatiu (l'escolar), la influència dels entorns pròxims primaris i secundaris (família, amics) i la nostra pròpia capacitat de reflexió sobre els valors i contravalors que gradualment hem estat capaç d'assumir o rebutjar. D'altra banda, i això forma part del dinamisme del procés de desenvolupament personal, posseïm una capacitat de curiositat i qüestionament que ens porta a preguntar-nos sobre les coses que ens preocupen i que provoca, precisament, situacions com la que estem desenvolupant mitjançant aquestes pàgines en què intentem indagar i aportar noves vies de comprensió sobre el problema, ja antic, del comportament humà.

Per definir la "normalitat" podem recórrer a referències de tipus normatiu, com les que assenyala Bonals, citat per (Molina, 1995:294), en afirmar que els trastorns de comportament "són totes les alteracions o perturbacions del mateix respecte a la norma".

Aquesta norma pot determinar-se partint de criteris empírics i culturals, per la qual cosa en una societat amb grups culturals diferenciats poden existir diferenciades definicions del comportament normal; o pot determinar-se mitjançant una "distinció diagnòstica" els instruments de la qual, sovint, estan elaborats a partir d'un grup cultural que no coincideix amb el del subjecte avaluat i que és possible no tingui a compta que algunes de les manifestacions jutjades com a problemàtiques poden resultar, simplement, adaptatives en determinats moments i patològiques en altres.

Aquestes aportacions ratifiquen la necessitat d'abordar procediments



superadoris, i a això anem.

La "normalitat", que a partir d'ara hem d'entendre com una vida humana adequada, ve definida com una situació en què estan presents un estil i una sèrie d'elements que facilitin un determinat "nivell de qualitat". Amb això es posa de manifest que al costat de la dimensió individual de la conducta són essencials els components socioambientals, i "conseqüentment la significació que pot tenir el caràcter preventiu d'actuació, com a element essencial de protecció de l'ambient i l'individu", (Jiménez, L. et al. 1994:20).

Per desenvolupar aquesta nova concepció de la normalitat vam acudir a criteris de tipus molt variats:

-criteris estadístics: que permeten integrar la conducta humana dins la quantificació representada pels límits de la corba gausiana, tenint en compte que les desviacions en més o en menys dels índexs de freqüència d'un comportament infantil -en el cas que ens interessa- representarien inadaptacions casuístiques per la seva consideració de "desviació anòmla de la conducta".

-criteris culturals i socials: el normal és el que s'ajusta específicament a les normes socials.

-criteris utòpics: el normal té a compta la valoració dels aspectes fenomènics en l'estructura personal infantil (condicions i característiques de la comunicabilitat infantil; nivell d'adaptabilitat amb implicacions maduratives en els plans cognitius, afectius i socials; índexs de relació o dependència respecte a l'entorn més immediat; manifestacions objectivables de la dinàmica personal afectiva). L'aportació de Milió (citada per (Jiménez, L. 1994:23), "amb les matisacions i ajustos necessaris per a la seva aplicabilitat sobre les desviacions conductuals i de la personalitat del nen (...) en la mesura que aporta una síntesi recapituladora dels diversos components (individuals, relacionals, socials, etc) que integren la conducta normal infantil, pot ser una interessant aportació, dins el que per a aquest autor representaria una 'Síntesi psicoanalític-cognitiu-conductual de les funcions psicològiques', amb la qual cosa el dit terme implica".

El coneixement de les dificultats o problemes de comportament de l'alumnat resulta fonamental per a un correcte plantejament educatiu, pel fet que, seguint a (Molina, 1995:293), hi ha una "elevada presència d'aquest tipus de trastorns en l'àmbit escolar", la majoria d'elles "qüestionen la pràctica docent" (íbidem.) i, a l'últim, per la preocupació que el professor pugui sentir davant del fet que "aquests problemes puguin fer-se permanents i impedeixin una vida satisfactòria del nen" (íbidem.). Aquesta mateixa preocupació és assenyalada pel consell de redacció de la revista *Suports* en l'article "Les conductes desafidores: un problema o un repti?", en afirmar "una de les preocupacions més significatives davant de les conductes desafidores és l'impacte o les conseqüències que comporten", (*Suports*, 1997:82).

Conclou (Molina, 1995:293) que "si no hi ha un ambient adequat i una intervenció precoç", les dificultats de comportament poden acabar sent permanents, amb lo que la viabilitat, eficàcia i sentit del sistema educatiu queden reduïdes a cendres.

A més a més, la situació escolar resulta un àmbit fonamental per a la

manifestació de problemes de comportament i de comportaments problemàtics, ja que les seves peculiaritats i exigències col·loquen l'alumne en una situació continuada d'esforç i d'interacció amb el medi, en la que només pot respondre des del seu comportament personal.

(Molina,1995:295) aporta que Bower, a què cita Kauffman, descriu els nens amb dificultats emocionals com aquells que presenten una sèrie de dificultats sistematitzades en: incapacitat per aprendre, o el que és el mateix, discrepància apreciable atre l'acompliment acadèmic real i l'esperat; incapacitat per mostrar un comportament a un nivell que es correspongui amb la seva situació de desenvolupament, sobretot pel que fa a interessos, conducta i relacions amb els seus coetanis; incapacitat per mostrar confiança i seguretat en si mateix o per superar els sentiments de tristesa; incapacitat per enfrontar-se a situacions tenses a l'escola sense desenvolupar reaccions psicossomàtiques, o altres símptomes.

En la major part dels estudis sobre aquest tema, per a la definició i la delimitació dels problemes del comportament del nen i per discriminar quins dels seus comportaments han de ser considerats com a problemàtics i quins són simplement episodis, més o menys desajustats, d'adaptació a les circumstàncies, s'incideix en la necessitat considerar el nivell evolutiu del nen, les conseqüències negatives que aquests comportaments tenen en la seva educació i desenvolupament posterior, la referència a certes normes a què no s'ajusta el nen, la focalització en el símptoma o en l'estat general del nen, i, a l'últim, l'estabilitat dels comportaments objecte d'observació en el temps.

## **1.2. La conducta pertorbadora en l'àmbit educatiu:**

És cert que la història dels moviments pedagògics i dels sistemes educatius ens mostra plantejaments, pautes, tendències i moviments específics que debaten sobre l'especificitat del context escolar i la qüestionen en graus diversos, afirmant que no pot ni ha d'haver-hi distinció entre els contextos més pròxims i habituals a l'educand (el familiar, el del seu grup d'amistat, el de la societat en general) i el context escolar.

És ben cert també que no podem negar l'èxit d'un major rendiment o efectivitat en els casos en què el context escolar és capaç d'efectuar algun tipus d'adequació a la idiosincràsia de la resta de contextos en què l'alumne es veu immers al llarg de la seva etapa infantil, adolescent i juvenil, o cert acostament a ells.

Però no podem oblidar que la missió formadora que la societat atorga al seu sistema educatiu, de la que ho responsabilitza, i que de mode específic i principal es desenvolupa en el context escolar, obliga a aquest a unes característiques molt determinades, a qualitats molt concretes en les pautes internes establertes i en els seus mecanismes de funcionament.

Hem de tenir a compta que, en definitiva, el context escolar és

l'encarregat d'engegar els ressorts individuals dels seus protagonistes, de forma que aquests ressorts permetin als seus posseïdors el descobriment de les seves potencialitats personals, la màxima capacitat quantitativa i qualitativa de les mateixes, i el descobriment i màxim control i superació de les seves incapacitats, dins les pautes que la societat entén com "normals" per la seva generalització i habituabilitat.

Aquests plantejaments afecten tant als aspectes intel·lectuals, com a les habilitats de tipus manual i als aspectes més íntims i sovint més intangibles de la persona (valors, actituds, vivència de l'eticitat...). En resum, el cúmul d'exigències que la societat ha traslladat al context escolar el fan, de per si, summament complex.

No podem oblidar, a més a més, que algunes d'aquestes exigències vénen donades per delegació implícita o explícita d'altres contextos en què l'individu es veu immers des del seu naixement; i que aquests, gradualment, han anat distanciant-se del compromís educador o generador de coneixements, de tota mena d'habilitats i d'actituds, amb la qual cosa s'incrementa l'especificitat -i sovint la soledat- del context escolar, Gimeno (2000).

Vam comprovar com l'evolució del món laboral i dels costums, per exemple, ha implicat que la família hagi anat fent desistiment d'algunes de les funcions educadores que tradicionalment li corresponien, per adjudicarse-les gairebé en exclusiva a la institució escolar.

No discutim aquí la idoneïtat d'aquesta situació, no és el lloc ni el moment. Simplement exposem els fets, la realitat en què ens trobem i que deixa clara que el context escolar està clarament diferenciat de la resta de contextos i té implícites una sèrie de característiques que hem de tenir a compta a l'hora de qualsevol consideració.

No podem posar-nos una bena sobre els ulls. Ens agradi o no, estiguem d'acord o no, tinguem o no la pretensió d'establir mecanismes correctors d'aquesta situació de la societat a què pertanyem en la que sembla existir una clara estanqueïtat estructural entre els distints contextos, el ben cert és que la realitat social està parcel·lada de manera gairebé impermeable, i l'individu es veu obligat a transitar pels seus diferents contextos habituals adoptant en cadascú d'ells el que podríem denominar "la disfressa adequada", perquè no totes les nostres característiques i "habilitats" individuals resulten pertinents en tot lloc i moment.

L'especificitat assenyalada més amunt no implica l'aïllament del context escolar, fins i tot encara que el considerem del mode ampli que vam indicar en la introducció, ja que hem de tenir a compta les intrusions i interferències produïdes per altres contextos.

L'estada al centre educatiu ocupa una part considerable del temps i l'espai vitals de l'alumne - considerada pels adults com "la més important"- en aquesta etapa vital, però no la seva totalitat. I sovint, la percepció o vivència de

la seva "estada" en aquest context està distorsionada en l'educand per qüestions de distint tipus. És a dir, podem comprovar com l'alumne està a l'escola sense "estar totalment" en ella, perquè els seus interessos, les seves actituds o els comportaments amb què s'identifica poc han de veure o estan en clara disintonia amb el que el context escolar exigeix i ofereix.

Existeix sovint una sensació d'incomoditat en l'alumne, en el nostre cas l'alumne que ha acabat l'EPO i ara és introduït en L'ESO, Tedesco (1999) un sentiment d'estranyament i desarrelament quan es veu obligat a exercir el rol que li és assignat en el context escolar.

Les normes, no sentides com pròpies i a les que no es troba explicació perquè neixen d'una jerarquia superior -els majors, o pitjor encara, els professors, l'única missió dels quals és entremetre's i des d'una posició de poder no reconegut- amb la que no hi ha una identificació clara; els drets i deures, no compresos en si mateixos ni en la seva funció dins un procés formatiu global que l'alumne no concep, i que l'alumne arriba a sentir com quelcom extern i que no va amb ell; la disintonia entre l'escola i la família; la contradicció entre els valors que l'alumne intueix necessaris per ser reconegut en el seu entorn vivencial no escolar o en el seu futur entorn laboral, són una mostra d'episodis vitals en els que el context escolar, la vivència que del mateix té l'alumne, es veu interferit per agents dinàmics pertanyents a altres contextos.

En el context escolar, desgraciadament, es produeix un xoc d'exigències i de comportaments que es fan particularment sensibles en l'edat adolescent, quan l'alumne comença a tenir consciència de si mateix i està experimentant els vies de la seva pròpia llibertat, però encara manca del necessari domini sobre quant l'envolta, succeeix en ell, o sobre si mateix.

L'adolescent, el nostre alumne d'ESO, no entén el que ocorre al seu voltant, però tampoc entén el que li ocorre a ell. Vol prendre les seves decisions, el sistema li exigeix que les prengui, i al mateix temps sembla coartar-lo perquè aquestes decisions vagin canalitzades en uns sentits determinats.

Al mateix temps, el context sofreix la pressió de la família, que li exigeix o s'inhibeix (pares que desitgen que el centre educatiu assumeixi la responsabilitat de "tot" el que li ocorre al seu fill, pares que es despreocupen absolutament del que al seu fill li ocorre); el context extraescolar immediat a l'alumne, on les figures de prestigi poc tienen a veure amb els models que el context escolar proposa quant a comportaments, valors i actituds; el context constituït per la societat en general, que amb les seves contradiccions tampoc contribueix a aclarir el panorama (una societat que no té ben clar si el sistema escolar ha de servir per formar íntegrament la persona; per capacitar-la amb la finalitat que el dia de demà pugui ocupar un lloc en el món laboral, independentment de la vocació o l'interès profund de l'individu; o per convertir-la en un ciutadà d'acord amb el model propugnat pel sistema polític imperant en el moment...).

Encara que ens pesi, mentre els professionals de l'educació s'esforcen per conèixer millor el món dels seus alumnes com a col·lectiu i el món personal

i intransferibles de cadascuna de les persones que ho forma, la societat que posa en les seves mans una de les feines fonamentals per assegurar el present i guardar el futur projecta les seves contradiccions sobre el seu sistema educatiu i l'arrossega en un vendaval de tendències canviants que contínuament qüestiona objectius i procediments, com reflexiona Savater (1997) en els distints capítols de la seva obra.

No es tracta aquí d'advocar per un clima de neutralitat edulcoren-te i falta de compromís, ni es tracta tampoc d'establir la contundent independència del context educatiu de manera que els agents socials romanguin aliens i impertorbables a ell. Es tracta, simplement, de plantejar la necessitat d'un consens, aliè a radicalismes i intervencionismes, que una certa estabilitat de base proporcioni la tranquil·litat necessària perquè l'escola -i aquí venim emprant el terme com a sinònim de "sistema escolar", o de "centre educatiu", és a dir, com a lloc i espai determinat que una societat, a través d'uns professionals degudament capacitats per a això, proporcioni als seus nens, adolescents i joves el tipus de formació que la pròpia societat consideri adequada- pugui complir amb les funcions que li siguin encomanades.

De mode general, al sistema escolar (el context de què ara ens ocupem) se li assignen una sèrie d'objectius que sistematitzarem a continuació.

El principal objectiu és propiciar l'aprenentatge de l'alumne i promoure la seva educació en un sentit ampli, per aconseguir una correcta evolució del seu desenvolupament i l'exploració i potenciació de les seves capacitats personals (el que denominem "realització personal"), Perrenoud (1999).

Aquest objectiu atén no sols a la captació de coneixements sobre les distintes matèries, sinó al desenvolupament d'habilitats i establiment d'estratègies de tipus intel·lectual (capacitat de raonament...), pràctic i d'aplicació "manual" sobre la materialitat de l'entorn pròxim (i amb això vam al·ludir al desenvolupament de capacitats que podríem descriure com "tecnològiques").

A més a més, en l'actualitat s'insisteix que el caràcter canviant del món, i l'evolució accelerada dels coneixements i les exigències que l'individu ha de ser capaç d'afrontar fan necessària, al costat d'un bon cúmul de coneixements, la capacitat de continuar integrant nous coneixements en un futur; activitat que l'individu, en un determinat moment, ha de ser capaç de realitzar de mode autònom: és el que podem definir com "aprendre a aprendre".

És a dir, a grans trets, tenim els "continguts conceptuals" i els "continguts procedimentals".

No hem acabat encara. Més enllà del relatiu als coneixements, al sistema educatiu li incumbeix també gran part del que s'engloba sota la pretensió de la "formació integral", i aquí trobem qüestions referents a les actituds, i les pautes de socialització, d'adequació a l'entorn i d'acceptació crítica i constructiva (en el més optimista dels casos) de les normes i lleis que la societat estableix per aconseguir una correcta convivència.

De fet, el desenvolupament de la vida escolar constitueix l'experimentació del grau en què els objectius del sistema van sent aconseguits o assumits. L'alumne es veu en la necessitat mostrar que ha integrat o après uns certs coneixements; ha de donar compta de la seva creixent capacitat per manejar procediments (alguns d'ells de tipus intel·lectual, com per exemple resoldre un problema de matemàtiques; i altres de tipus "pràctic-material-tecnològic", com construir una maqueta o un petit circuit elèctric); ha de mostrar la seva capacitat d'autoaprenentatge en escometre petites investigacions sobre temes donats; i ha de mantenir uns determinats comportaments a l'aula i fora d'ella, d'acord amb les normes de convivència vigents al centre, i fins i tot pot formar part d'organismes de representació i opinió en què es discuteix, entre d'altres qüestions, d'aquestes normes, els casos d'incompliment de les mateixes, i la seva possible modificació o adequació a noves situacions, Meirieu (1992).

També se li demana participació en activitats "extraescolars" organitzades pel propi centre o estaments relacionats amb el mateix (clubs culturals, equips esportius...), i la implicació concreta i puntual en activitats o esdeveniments de certa rellevància (Dia del Llibre, Setmanes Culturals, efemèrides pròpies del centre o del barri o localitat on aquest està ubicat...).

En resum, un complex entramat d'exigències que requereixen una certa estructuració del grup social que deu afrontar-les, un clima adequat de respecte i col·laboració, i la salvaguarda i pràctica d'unes normes de convivència que propiciïn el dret de tots i cadascú dels alumnes a rebre els estímuls de tot necessaris per a la seva correcta i completa educació i el dret dels educadors a desenvolupar la seva tasca.

Assentades a grans trets les característiques de la comunitat escolar, i establerta la seva complexitat i multiplicitat de facetes, podem ara definir sense estridències ni radicalitats, d'una manera general, què són els problemes de comportament en aquest context.

La solució apareix ara més senzilla. Són problemes de comportament les actituds i fets contraris a les normes de convivència i que impedeixen en menor o major grau l'existència de l'ordre i el clima adequats perquè al centre escolar es pugui laborar per l'abast dels objectius que li incumbeixen.

Aquesta consideració ens permet centrar adequadament les actituds i els fets que d'una altra manera apareixerien com a situacions "predelictives" (o fins i tot delictives en alguns casos) i als que en general ens referim com "mal comportament".

No es tracta, així, que el comportament sigui correcte o incorrecte d'acord amb uns paràmetres discutibles per algun dels factors implicats en la convivència escolar (no sempre el questionament del correcte o l'incorrecte prové de l'estament dels alumnes, com pogué semblar; a manera d'exemple podríem prendre les opinions contràries que se susciten en alguns sectors de

pares quan un professor estableix per a les seves classes algunes pautes innovadores quant a l'ordre dels pupitres, el tipus de deures o de proves d'avaluació).

Es tracta, en realitat, que el comportament sigui adequat o inadequat al que es considera necessari perquè els membres de la comunitat escolar puguin exercir lliurement els drets que en ella tenen. Des d'aquesta perspectiva és més factible donar una consideració i un tractament adequats a múltiples situacions conflictives que sovintegen en les nostres aules: guardar silenci, respectar el material, no maltractar física o psíquicament al company alumne... no són fets bons o dolents en si mateixos (encara que sí ho siguin), són problemes de comportament en el context escolar perquè estan interferint en el dret d'altres alumnes a ser protagonistes de les seves possibilitats de millora, a aprofitar el que l'escola posa al seu abast.

Encara que el nostre raonament pot semblar assumible, la realitat que ens envolta no respon a la lògica aparentment irreprotxable del mateix.

La conflictivitat als centres escolars i el deterioració creixent de la convivència escolar, que greus successos que comencen a ser excessivament freqüents posen de manifest, s'estan convertint en un fenomen preocupant i de repercussió internacional. Els EUA i el Regne Unit són prova evident d'això, i a menor nivell podem assenyalar episodis concrets i climes evidents de conflictivitat en centres dels nostres entorns pròxims.

El model escolar és qüestionat des de l'interior i l'exterior del sistema. Els comportaments conflictius per part dels alumnes estan minvant la qualitat de l'ensenyament i la capacitat educativa dels professors, entre els que les malalties d'origen "professional" causades per la situació que viuen a l'aula i que no té res a veure amb les seves expectatives estan aconseguint índexs preocupants, com assenyala (Vallès, 1997:89).

Conceptes com "disciplina", "ordre", "atenció", "respecte", "puntualitat" són qüestionats i causa de transgressió per part d'alumnes que assequin com alienes les pautes mínimes per a una convivència constructiva en el "territori escolar". L'agressivitat, la incertesa, la desmotivació, i la tensió insolidària que en determinats moments caracteritzen la nostra vida social s'han introduït a les aules, patrocinades pel desencant i la falta de confiança en el futur que semblen ser les perspectives més percebudes per un percentatge majoritari dels alumnes.

No és aliè a aquesta conflictivitat el "utilitarisme" que les estructures socials atorguen al sistema escolar. Ja no es valora el que l'alumne desitja arribar a ser en la seva futura vida professional, no importa que la seva vocació -en un moment en què no es fomenta aquest concepte il·lusionant i motivador- es vegi frustrada. El que importa és el nombre de professionals de determinada branca que la prospectiva assenyala com necessari en un futur concret. El desencant i la desil·lusió s'imposen com la realitat més immediata per a l'alumne. El que se li ensenya a l'escola, els valors que li són inculcats es converteixen, a ulls de l'alumne, en un llast inservible, perquè en la seva

percepció intuïtiva són continguts inútils quan els contrasta amb els models en voga que encarnen l'èxit social.

I el desencant porta al qüestionament i a l'enfrontament. La recerca de la pròpia supervivència i de la pròpia afirmació es fa per negació i rebuig al que "el poder immediat" proposa. En crisi el model clàssic de família, cada vegada més fiançada la inexistència d'un model alternatiu de família que substitueixi a l'ara menys útil, l'adolescent es regira contra l'escola, única institució la solidesa de la qual ofereix possibilitat d'enfrontament.

### **1.2.1. Quan una conducta es pertorbadora a l'escola:**

Els problemes de comportament en el context escolar" ho són, específicament, perquè constitueixen un impediment -potser el major- perquè alumnes i professors puguin exercir lliurement el seu deure i el seu dret a l'educació, finalitat primordial per a la que el context escolar, materialització i concreció del sistema educatiu, existeix (Vallès, 1997:91).

I hem raonat fins a establir que aquest punt de vista en la concepció dels fets que ara ens ocupen -positiu i superador- permet desenvolupar un discurs basat en actituds constructives que deixen a un costat els plantejaments exclusivament punitius aplicats als comportaments incorrectes o no admesos en aquells sistemes on preval com a element sustentador de "el correcte" el manteniment de la concepció de la situació de poder per part del sistema i dels adults que en ell ostenten les posicions de domini.

Així, l'agressió física a un company, o una actitud d'enfrontament verbal amb un professor, actes repudiats per significar la ruptura de les pautes de disciplina, són problemes de comportament no únicament per ser el que són, sinó perquè impedeixen el clima adequat perquè a les aules i altres espais del centre escolar alumnes i professors puguin, junts, desenvolupar de forma efectiva el deure i el dret a l'educació.

Estem lluny d'una mera pedagogia del càstig com a element ejemplificador o dissuasori que tracti d'impedir o mantenir en límits mínims acceptables els actes problemàtics perquè el fonamental és "mantenir l'ordre i el respecte". La justificació bàsica és una altra: l'important és tenir la capacitat de prevenir les accions susceptibles de ser qualificades de mode negatiu, i, en el cas que aquesta prevenció falli, es pugui afrontar el fet d'una manera objectiu i serè, indagant en la seva etiologia i tractant de comprendre la complexitat i causes del seu origen, sense creure que aquestes accions, individualment o en el seu conjunt, formen part d'un conflicte sistemàtic entre l'alumne i el seu entorn (malgrat que en ocasions sí que estiguem davant d'una situació d'aquest tipus, possibilitat que no podem excloure del tot).

No es tracta, doncs, que els problemes de comportament ho siguin per constituir un enfrontament dels alumnes que els protagonitzen contra els estaments que, simbòlica o efectivament, representen i estructuren el poder o l'autoritat en el sistema escolar, de manera que tot quedi reduït a un mer problema d'indisciplina manifestada en múltiples formes.

Afortunadament, les concepcions actuals ens assenyalen la necessitat



d'una implicació col·lectiva total en l'èxit dels objectius encarregats per la societat al seu sistema educatiu -en un clima de col·laboració i repartiment de funcions d'acord amb les característiques i possibilitats específiques de cadascú dels actors- per part de tots els formen part que de la comunitat escolar.

Parlem d'objectius que aconseguir (els especificats en les normes i lleis que estableixen les funcions dels sistemes educatius en general i de cadascú de les seves etapes o cicles en particular), i hem de tenir a compte, per ser realistes i pràctics, que al costat dels objectius generals, necessàriament presents en el quefer quotidià de tots els estaments i persones que protagonitzen la vida escolar, hi ha els objectius particulars i específics autoassignats pels centres escolars d'acord amb la seva idiosincràsia, el seu ideari, o els valors específics de la comunitat pròxima en la que s'incardinen (no oblidem que el centre escolar assumeix un paper fonamental en la socialització immediata dels educands, i per a això és necessari tenir en compte les característiques -en carències i possessions- de l'entorn immediat format per la tipologia de les famílies, el barri o la localitat).

De la mateixa manera en què avui en dia es contempla i és repte irrenunciable l'educació en la diversitat, en tenir en compte que cada alumne és un ésser únic, irrepetible, que requereix un camí i un tractament específics, també hem de tenir en compte que aquestes irrepetibilitats o diferències identificadores es poden definir entre els distints centres escolars. Com a exemple de la contemplació d'aquests particularismes vam anotar el que exposa l'article 4 del Decret 266/1997 del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya: "Els òrgans de govern i participació i el professorat dels centres adoptaran les mesures preventives necessàries, integrades en el marc del projecte educatiu del centre i del seu funcionament habitual, per garantir l'efectivitat dels drets dels alumnes i per impedir la comissió de fets contraris a les normes de convivència del centre. Amb aquesta finalitat es potenciarà la comunicació constant i directa amb l'alumnat i els seus pares o representants legals", a més a més, aquest caràcter col·lectiu i participatiu respecte a les pautes específiques que en cada centre s'estableixin es recull en els articles 5 ("als centres docents sostinguts amb fons públics, el consell escolar avaluarà els resultats de l'aplicació de les normes de convivència del centre, analitzarà els problemes detectats en la seva aplicació efectiva i proposarà l'adopció de les mesures el propi centre per solucionar aquests problemes"), i 6 ("el reglament de règim interior contindrà les normes de convivència del centre que concretaran el que disposa aquest Decret en relació amb els drets i deures dels alumnes, així com les altres normes sobre organització i participació en la vida del centre que es considerin necessàries").

Vénen aquestes reflexions al fil de la possibilitat d'entendre que els problemes de comportament, o els comportaments problemàtics, a més a més dels seus elements comuns o coincidents, aquells que sorgeixen pel seu caràcter de ruptura amb el clima necessari per al desenvolupament normal de la vida quotidiana, i el respecte als drets i deures dels membres de la comunitat escolar, poden tenir característiques o "modalitats" específiques i motivades pel

caràcter diferent dels centres escolars, tal com es contempla en la legislació estatal i de les diferents comunitats autònomes en què es desenvolupen els deures i drets d'alumnes i professors, els procediments de correcció i sanció (quan correspongui aplicar-la), i les mesures pertinents que cal tenir en compte per salvaguardar les garanties de les persones.

La majoria d'aquests textos insisteixen, i vam prendre com a exemple l'al·ludit repetidament en aquest capítol Decret 266/1997, que “l'objectiu no és fer un catàleg de les conductes incorrectes o faltes i de les corresponents correccions o càstigs, sinó introduir els elements suficients perquè, dins el necessari marc d'objectivació de la correcta relació entre els membres de la comunitat educativa, es faciliti, en cas de comportaments incorrectes dels alumnes, la presa de consciència de la incorrecció i es potenciï l'actitud de responsabilització en les actuacions futures”.

D'aquesta manera, ens veiem obligats a establir una pautes generals, unes característiques compartides, en els problemes de comportament, i a contemplar una certa “plasticitat” en aquestes línies generalitzadores, segons les pautes que els centres escolars es donen a si mateixos.

Vam repetir, fins i tot a risc de ser reiteratius, el principi bàsic que ens interessa quedi afirmat amb claredat: els problemes de comportament sobre els quals estem tractant ho són, essencialment -i podríem afegir que específicament-, perquè tots ells “són conductes que van contra els drets personals dels alumnes a ser respectats pels companys i lesionen els drets a aprendre/ensenyar en un clima de pacífica i tranquil·la convivència escolar”, (Vallès, 1997:91).

No es tracta, perquè, d'atendre a valoracions subjectives en les que la concepció del correcte o admissible classifiqui de mode interessat o parcial (vam interessar el terme en el sentit de “provenir de part interessada”, no en el sentit de “no atendre a la globalitat”) els fets. Vam intentar definir i desenvolupar una posició objectiva: els problemes de comportament no ho són perquè qüestionen o violenten l'estatus del professorat en general o d'un professor en concret, no són actituds i comportaments contra un sector determinat i únic de la comunitat escolar. Ho són perquè provoquen o desenvolupen fets lesius que afecten persones -sense distinció de rang-, béns materials i fins i tot béns immaterials.

I aquests fets lesius causen disfuncionalidades, discapacitats o impediments que alteren o distorsionen en intensitats i graus diversos “les normes de convivència del centre” (Decret 266/1997, article 4), o violen de forma específica els drets especificats en l'article 10: el dret al respecte a la seva integritat física i la seva dignitat personal, el dret a un ambient convivencial que fomenti el respecte entre els companys; en l'article 11: el dret a participar en el funcionament i la vida del centre...

La sistematització de les conductes problemàtiques o dels problemes de comportament en el context escolar pot afrontar-se des de distintes perspectives, tal com pot apreciar-se en la bibliografia existent respecte d'això.

Un dels aspectes més repetits quan s'aprofundeix en aquest tema és la incidència negativa que aquests comportaments tenen sobre l'actitud i possibilitats d'actuació del professorat, i la repercussió que en els sistemes educatius dels països occidentals està tenint el problema, amb el deterioració greu detectat als EUA i el Regne Unit de Gran Bretanya, com a exemples més clars la projecció del qual sobre altres països va en progressió.

Tampoc és ocios recordar que, com assenyala Vallès (1997:89) “els comportaments disruptivos dels alumnes a l'aula són una font de preocupació per al professor compromès en la tasca difícil i complexa d'ensenyar (...) Aquests problemes de comportament dels alumnes com a elements causants de l'és-tres originen anualment un elevat índex d'incidències psicològiques entre el professorat, fins al punt d'arribar a situacions conegudes com (...) és-tres laboral assistencial, que es caracteritza pel tedi, la tensió, la irritació, el conflicte, la pressió, ‘els nervis’, el cansament, les repercussions psicossomàtiques, etc.”, situació també assenyalada per Ficklin, citat per (Vallès,1997:89).

No és el nostre objectiu elaborar un llistat, que de cap manera pot ser exhaustiu ni complet, i no atendria al nostre desig d'aportar elements que permetin preveure, atendre i resoldre els problemes. Descriurem, relacionant-los amb altres aspectes fonamentals en la vida escolar, els grans grups de fets conflictius.

Els textos legals que atenen a la comissió d'aquest tipus de fets i a la seva possible sanció estableixen les seves classificacions atenent a la seva gravetat o intensitat, i justificant la seva qualificació de fets problemàtics al relacionar-los amb l'agressió dels drets de la resta de membres de la comunitat escolar.

Per això, es refereixen als comportaments problemàtics d'acord amb la relació que mantenen amb els drets o els deures.

Així, es consideren comportaments problemàtics tots aquells que lesionen el dret a l'estudi dels alumnes; la seva dignitat; el respecte al seu origen, creences, valors o situació social; el manteniment de la seva integritat física i espiritual...

No cal efectuar grans raonaments per advertir que la major part d'actituds i comportaments que de mode intuïtiu es consideren problemàtics poden enquadrar-se en qualsevol dels grups establerts en el paràgraf anterior.

Per exemple, l'alteració per procediments diversos de l'ordre a la classe, el deterioració del material, el retard o entrebancada deliberada en les tasques acadèmiques, la no participació en les activitats de grup... lesionen el dret a l'estudi, ja que impedeixen que el professor actuï com dinamitzador del procés d'adquisició d'actituds, habilitats i coneixements, i que els alumnes puguin rebre i transformar de mode creatiu totes les incitacions positives que per a la seva afirmació, desenvolupament i millora personal els són ofertes. Al Costat d'això, les agressions d'obra o de paraula, la violència física o de qualsevol altre tipus, els protagonistes de la qual poden fins i tot pretendre justificar amb motius diversos, atempten contra la dignitat i la integritat dels membres de la comunitat

escolar que les sofreixen.

Si ens atenim al compliment dels deures, veiem com del seu oblit o transgressió es deriven situacions semblants a les que es donen quan es vulneren els drets, amb la qual cosa podem concloure que estem davant d'un sistema de drets-deures perfectament compensats, amb capacitat per estructurar de mode dinàmic i coherent la vida escolar, ja que la seva essència respon fonamentalment a la necessitat de que l'entorn escolar sigui capaç de garantir el lliure, adequat i ordenat desenvolupament de les capacitats personals dels educands.

Entre els deures el no compliment dels quals tragina la comissió de fets problemàtics destaca, com a eix de partida, el deure respectar l'exercici dels drets i llibertats dels membres de la comunitat educativa. Els mateixos fets que hem posat com a exemple en el paràgraf anterior ens serveixen ara com a elements exemplificadores, la qual cosa corrobora l'anteriorment afirmat sobre la coherència de l'entramat deures-drets i la necessitat d'afrontar el tema de les conductes problemàtiques des de la posició que venim mantenint.

Hi ha una sèrie de comportaments individuals respecte al deure mantenir una correcta actitud respecte al "deure de l'estudi" que en principi semblen no tenir molt a veure amb influències en la col·lectivitat però que, no obstant això, distorsionen el clima necessari al centre. Per exemple, la inassistència a les classes, la no participació en les activitats establertes en el calendari escolar, l'incompliment dels horaris establerts, la no realització de les tasques encomanades pels professors en l'exercici de les seves funcions docents són fets protagonitzats per alumnes a qui es considera com "conflictius" i que en gaires casos argumenten que es tracta de "el seu" problema. Aquesta justificació no és acceptable. La inhibició en les seves tasques per part d'un membre de la comunitat escolar, fonamentada en el supòsit dret a decidir per si mateix el que li convé o no, ja que al cap i a la fi el perjudicat serà ell mateix, altera els ritmes de la resta dels companys, distorsiona els procediments pedagògics que emprar i repercuteix negativament en les actituds i els climes adequats, perquè necessàriament la correcció d'aquests fets comporta situacions convivencials incòmodes en obligar al professorat a adoptar un paper corrector i punitiu.

Un altre tant cap dir de les actituds i comportaments que no respecten l'exercici del dret a l'estudi dels seus companys. Sovint vam assimilar els problemes de comportament o les conductes o comportaments problemàtics amb aquelles que mostren un cert to o tipus de violència. No obstant això, tots els professors poden constatar la presència a les aules d'alumnes que, aparentment, no mostren aquesta violència però són contumaces "especialistes" a fer preguntes o presentar qüestions extemporànies, a demanar -sense necessitat- que se li repeteixin les explicacions, o que enlenteixen fins a l'exasperació el correcte avanç de les activitats amb martingales molt variades. Quedi clar que no hem d'englobar aquí les situacions produïdes pels alumnes que experimenten alguna dificultat i que realment necessiten aquestes explicacions suplementàries o de les reiteracions que porten a un ritme distint i la presència del qual a les aules ve ja contemplada pels plantejaments bàsics de la personalització educativa.

Un altre apartat important en el que s'enquadren bona part de les actuacions problemàtiques correspon a l'incompliment del deure respectar les normes de convivència al centre. És aquest un punt problemàtic perquè un percentatge important d'alumnes no assequin com pròpies aquestes normes, a l'assumir-les amb dificultat perquè consideren que no han participat en la seva elaboració o que simplement reflecteixen la rigidesa del poder disciplinari. No és aquest el moment ni el lloc per proposar solucions respecte d'això, només ens competeix assenyalar que, dins i fora de l'aula, l'incompliment o la transgressió de les normes de convivència del centre constitueix l'origen d'una apreciable quantitat de comportaments problemàtics.

Un aspecte interessant seria establir la correlació que existeix entre els problemes de comportament detectats en aquesta "àrea" i els detectats respecte als ítems anteriors. Entenem que si anéssim capaços de localitzar en cada alumne amb conductes problemàtiques el percentatge de "infraccions" contra els deures-drets i el corresponent a "infraccions" de les normes de convivència del centre podríem extreure conclusions importants sobre aquestes conductes.

En alguns moments hem esmentat l'existència de conductes conflictives per actuar contra la integritat o la dignitat dels altres. Moltes d'aquestes conductes són el reflex de tendències latents -i cada vegada, per desgràcia, més patents- en la nostra societat. Diverses circumstàncies que condicionen les relacions socials en les nostres comunitats provoquen que el respecte "a l'altre" sigui un tarannà individual i col·lectiu no assumit d'una manera tan majoritària com deuria.

Per això resulta necessari tenir en compte que també hem de considerar un problema de comportament aquelles conductes contràries al respecte de la llibertat de consciència i les conviccions religioses, morals i ideològiques de tots i cadascú dels membres de la comunitat escolar; contràries al respecte a la dignitat, la integritat i la intimitat d'aquests membres; i les conductes que discriminen per raó de naixement, raça, sexe o qualsevol altra circumstància personal o social. No es tracta, simplement, de tenir en compte les conductes obertament racistes i xenòfobes que en les circumstàncies actuals poden quedar més de manifest. Als centres escolars es produeixen conductes de rebuig, empaitament i violència física i moral contra "el diferent". La crueltat o la falta d'escrúpols es materialitzen contra aquell que presenta alguna peculiaritat no compresa o admesa. No és ocios recordar que petits incidents (l'aïllament en determinats grups cap al qual no vesteix determinat tipus de penyores, per exemple; o la burla cap a algun defecte físic) que de vegades semblen sense importància són denigrants i dolorosos per als qui els suporten, i sovint es donen de manera soterrada, sense que els educadors siguin capaços de detectar-los fins que les seves conseqüències es fan evidents.

Un altre grup d'incidents que ocasionen situacions conflictives apareixen quan accions dels alumnes no respecten el caràcter propi dels centres, en els casos en què aquest caràcter existeix i està clarament establert d'acord amb la legislació vigent.

De nou vam trobar aquí elements de disintonia entre la institució escolar,

concebuda com a comunitat amb els seus propis senyals d'identitat, i l'alumne. I de nou hem de recordar que l'adolescència es caracteritza per la seva vocació d'enfrontament amb el que institueix. La falta de respecte cap a les tradicions del centre, el mostrar un cert "passotisme" cap als actes o activitats "tradicionals" en el mateix, la burla cap a algun dels simbolismes que representen a aquest centre són situacions habituals. Entre els alumnes "no queda bé" semblar un submís i devot seguidor de "el que estableix", quan els codis simbòlics d'aquestes tradicions estan allunyats dels codis simbòlics habituals en els adolescents. A aquest respecte cal filar molt fi, perquè no és fàcil distingir entre l'aparent "displacència" formal, que en un o un altre moment apareix en la major part d'alumnes, i l'oberta rebel·lia o dissidència de què qüestionen o vexen aquests elements d'identitat comunitària com a expressió conscient o inconscient de conductes associats.

Capítol important mereixen les conductes de tipus destructiu, que tenen com a blanc les béns mobles i les instal·lacions del centre, o els béns propis de membres de la comunitat escolar. Hi ha una "cultura de l'aldarull" que es manifesta en la falta de respecte cap als béns comuns, identificats com béns privats de la institució i per tant objectius que danyar o destruir. Aquesta és una altra de les situacions en què el context escolar no queda al marge del que quotidianament vam viure al carrer. És curiós veure com l'expressió d'idees o tendències radicals tragina la destrucció de béns, i com els protagonistes d'aquests fets destructius els justifiquen, en bona mesura, amb el pretext que actuen sota els condicionants de la "llibertat d'expressió" o amb l'argument que estan legitimats per destruir allò que materialment pertany o representa la institució o la situació amb què discrepen.

No ha d'estranyar-nos, perquè, que la falta de respecte cap al col·lectiu, o un estrany sentit de la possessió ("si és de tots, també és meu, i si és meu puc fer amb això el que se m'antull") ocasioni agressions cap al material, instal·lacions i la resta de mitjos que està dotat el centre acadèmic.

També hem de considerar com a conductes problemàtiques aquelles que impedeixen que un alumne o un grup participin i col·laborin activament amb la resta de membres de la comunitat educativa, la qual cosa no afavoreix el millor exercici de l'ensenyament, de la tutoria i l'orientació, i de la convivència al centre. Són coneguts casos d'alumnes que, no satisfets amb la seva decisió personal de "no participar", acovardeixen als seus companys perquè, contra la seva voluntat, els secundin, utilitzant tot tipus de mitjos per aconseguir els seus fins, fins i tot la coacció física.

En el "mostrari" que hem desenvolupat s'enquadren també conductes com les injúries i ofenses de tota mena, les agressions o amenaces, la suplantació de personalitat en actes de la vida docent, i la falsificació o sostracció de documents i material acadèmic.

Autors com Fernández, Pozar, Holins, Pelechano, Peiró i Fuster, esmentats per (Vallès 1997:90), han ofert a les seves obres repertoris de fets problemàtics concrets. Revisant-los, vam trobar especificades situacions a què hem al·ludit d'una manera general en els paràgrafs anteriors.

Per la seva banda, Peiró i Fuster, recordats de nou per (Vallès 1997:90),

ofereixen, a més a més, un altre punt de vista interessant en establir les categories que a continuació vam esmentar.

-Conductes moralment inadequades, amb la dificultat que té el definir què és el moral o immoral i el que adequa o inadequat. Encara que en principi puguem aplicar els paràmetres usualment admesos en la societat, que poden ser canviants i fluctuants, i poden provocar controvèrsia per la seva indefinició. De fet, algunes conductes poden ser considerades com “moralment inadequades” en alguns centres i, no obstant això, ser contemplades amb un major grau de permisivitat en altres.

-Conductes que reflecteixen dificultats personals d'integració social i de relació amb els altres. Aquest és un aspecte molt interessant, perquè ens fa enfrontar-nos amb episodis de patologia psicosocial que tenen un origen més profund i permanent que els problemes de conducta més habituals.

-Agressivitat. No hi ha res a comentar respecte d'això. Està molt clar quin tipus de conductes cal enquadrar en aquest grup i d'elles hem ofert ja alguns exemples i comentaris.

-Enfrontaments amb el professor. Sovintegen aquest tipus de conflictes des que s'ha produït un abandó de les concepcions estrictament autoritàries i la crítica a l'autoritat mantinguda únicament pel fet de ser-ho. Aquest tipus de situacions són causa, en l'actualitat, de desassossec en els professionals de l'ensenyament i provoquen situacions d'abandó; de defensa a ultrança, amb la qual cosa s'inutilitza la flexibilitat que l'activitat docent ha de mostrar sempre; o d'indiferència, amb la qual cosa el professor, desitjós d'evitar-se complicacions, fa desistiment de part de les seves obligacions com a garant que a l'aula es portarà a cap una acció pedagògica fructífera i adequada (és el típic “aclucar els ulls”, efectiu de vegades, però que no pot arribar a ser pauta de conducta permanent):

-Alteració de les normes de funcionament de la classe.

-I conductes contra altres companys.

Una altra manera interessant i productiva d'atendre al tema que vam desenvolupar és classificar els problemes d'acord amb els dèficits o excessos de conducta, segons estableixen autors com a Monges, citat per (Vallès, 1997: 90-91). Aquest tipus d'acostament enllaça amb l'estudi general de les psicopatologies, ja esbossat en capítols anteriors i que desenvoluparem en els següents.

Així podem parlar, en primer lloc, de conductes que són expressió de carències, i que es manifesten amb el situar-se al marge del grup com tal i de les seves activitats, la falta de sociabilitat -que pot ser símptoma de problemes d'integració en un moment específic o símptoma d'un problema general de sociabilitat-, la passivitat -que es pot confondre amb l'apatia o la falta d'interès-, i l'aïllament -que ha de ser tingut molt en compte, ja que a més a més de ser un problema en si mateix, és possible que indiqui l'existència d'altres problemes més greus i profunds. En general, hi ha un comportament-tipus de l'alumnemig, en el que és normal l'existència del dinamisme propi de l'edat que de vegades cal temperar, dels instints grupals alternats amb moments d'encabotament ensimismadora... Per això són problemàtiques les conductes que mostren un dèficit o carència de dinamisme.

I en segon lloc tenim els comportaments excessius, materialitzats per conductes actives amb disrupció o alteració de les normes i els drets dels altres, hiperactividad, agressions, burles, insults, amenaces, intimidacions. Es tracta de conductes actives que sobrepassen els límits del respecte i la convivència, i els alteren quantitativa o qualitativament. És propi dels protagonistes d'aquestes conductes el sostenir actituds vexatòries, provocar o trobar-se enmig de tot tipus de discussions i baralles, i el menyspreu als altres amb comentaris negatius o despectius.

Al Costat d'aquests dos tipus de conducta descrits, que corresponen a conductes "motores" és necessari afegir les corresponents a la dimensió cognitiva (idees, creences, pensaments). Per això, en definitiva: "Cal tenir en compte, així, els tres sistemes de resposta del comportament problemàtic: motor, cognitiu i afectiu, per poder identificar-lo en tota la seva dimensió. Els programes d'intervenció educativa que es dissenyin hauran de tenir en compte aquests tres sistemes", (Vallès, 1997:91).



## 2. ETIOLOGÍA DE LA CONDUCTA PERTORBADORA

### 2.1. Estudi de les causes

Una simple mirada al nostre voltant ens fa comprendre la impossibilitat d'escometre aquest tipus d'estudis si no som capaços de tenir a compta la complexa diversitat de l'individu i els seus components més íntims. Com podem deduir, es crea la necessitat de conèixer profundament el funcionament del psiquisme humà i els mecanismes que l'originen i condicionen. I d'altra banda, l'obligació d'establir amb la màxima precisió les pautes i les vies on es creen la interactuació d'aquest psiquisme amb l'entorn, els seus nivells i les circumstàncies en què aquest es manifesta. Al mateix temps és necessari, també, un coneixement actualitzat del propi entorn.

Això ens porta a una realitat ineludible: l'exigència d'escometre els estudis dels factors de risc de forma sistemàtica, rigorosa i imaginativa, sabent que, com afirma (Kazdin, 1998:53): “el coneixement essencial per a la identificació i utilització dels factors de risc per a la prevenció segueix incompleta”; no obstant això, hem de tenir a compta que els esforços realitzats no són erms, i en els últims anys les visions inter i multidisciplinàries i els esforços per comprendre la possibilitat de recuperar els individus que presenten problemes de comportament han reafirmat camins d'investigació en què, i citem de nou a (Kazdin 1998:41): “els esforços de prevenció es basen en una varietat de factors del nen, els pares i la família associats amb el risc”. Com veurem més endavant, ja hi ha establertes línies d'investigació fructíferes que han aconseguit aclarir i detectar alguns dels factors de risc percentualment més actius, i en aquest procés s'ha aconseguit la delimitació d'alguns dels factors que actuen com a protecció, encara que sobre aquests últims sapiguem, en l'actualitat, bastant menys que dels primers.

Per explicar què és un factor de risc, partim de la hipòtesi - no catastrofista- que en tot individu pot existir una certa probabilitat - en una escala percentualment gaire àmplia que podríem representar des d'un percentatge nul fins a un percentatge potencialment gairebé infinit o fins i tot infinit- perquè es doni un problema de comportament. Aquesta possibilitat de base, que de per si no ha d'implicar en un futur més o menys immediat l'aparició del tipus de comportaments que ara ens ocupen, es modifica positiva o negativament d'acord amb la concurrència de determinats factors (causes necessàries i/o contribuents) que determinen la probabilitat real que aquesta possibilitat es concreti en un o diversos problemes de comportament. Aquests factors són de natura biopsicosocial i actuen de forma fenotípica o genotípica.

Seguint a (Martí 1987:166), citant els plantejaments de Plaut, aquesta “expectància” o probabilitat està també en relació directa amb el temps d'exposició als factors de risc o factor d'exposició.

Així, factor de risc és la “possibilitat que un procés patològic (o la seva

complicació) ocorri o existeixi” (Martí, 1987:166), entenent com “procés patològic” la materialització de problemes de comportament o de comportaments problemàtics. A més a més, afegim per donar major amplitud a aquest àmbit definitori, els factors de risc que mostren major especificitat poden donar lloc a dificultats de conducta distintes i diferenciades segons els distints contextos i els distints moments del procés d'evolució personal.

Lemos, en (Buendia 1996:25), qui assenyala, al seu torn, que “hi ha certes situacions que, de manera conscient, faciliten l'aparició de diversos trastorns psicopatològics en els nens adolescents”- defineix el risc com “l'exposició a circumstàncies que augmenten la probabilitat de manifestar algun comportament desviat”, (idem., 27).

No volem passar per alt la primera de les afirmacions que hem reproduït. Per la seva rotunditat en incloure en ella el concepte “trastorns psicopatològics” ha de ser matisada en aquests paràgrafs definitoris.

És necessari que siguem capaços d'establir una distinció clara i ferma entre les “conductes problemàtiques”, en les quals podem percebre alguns traços de trastorn psicopatològic, i els propis trastorns, de natura més profunda i permanent. Des del punt de vista de la prevenció -sobretot a l'escola- i de la presa de consciència que respecte d'això han d'efectuar els educadors, el matís diferenciador és fonamental, ja que ens indueix a no caure en radicalismes estèrils i desesperançadors.

No tractem aquí de problemes de “salut mental”, de trastorns amb un caràcter gairebé permanent i destructiu; ens referim, simplement, a la detecció de conductes problemàtiques que, com ja hem vist, deterioren les possibilitats de desenvolupament i aplicació d'una política educativa, entenent aquesta no com els grans plantejaments amb què els legisladors estableixen els paràmetres de sistema educatiu sinó com el conjunt de reflexions i accions concretes i puntuals que l'educador o l'equip educador aplica perquè els educands tinguin la possibilitat d'anar assumint els objectius per a ells proposats en funció dels objectius generals del sistema i de les possibilitats individuals de cadascú d'ells.

No està de més tenir a compta que “es comprova amb freqüència que hi ha opinions discrepants respecte a si un determinat adolescent està o no ben adaptat; sobretot quan existeix més d'un informador o es comparen les opinions dels pares amb les dels propis adolescents”, segons paraules de Lemos, en (Buendia, 1996:25). Hem de recordar que s'entén per “adaptació” el fet que les respostes del comportament individual se situïn dins el ventall difícilment definible de la “normalitat”. I hem d'afegir, a aquests dos punts de vista esmentats, almenys dos més: el de la societat -que actua com referent- i el dels professionals de la salut.

Els factors de risc són, en bona mesura, els responsables de produir una major o menor vulnerabilitat de l'individu, i aquí podríem caure en un petit cercle viciós pel que fa a la prevenció, ja que si alguns d'aquests factors de risc són interns i inherents al propi individu, aquest individu ja és de per si

vulnerable, amb la qual cosa aquesta és una de les característiques que el defineix, per la qual cosa pot resultar difícil “desmembrar” la individualitat en tractar de “extreure-li” alguns dels seus elements constitutius, precisament aquells que constitueixen o hagin estat classificats dins els “factors de risc”.

Al Costat de les dificultats derivades de la complexitat de l'individu i de l'entorn, hem d'apuntar una altra variable important i que no sempre ha estat tinguda a compte en aquest tipus d'estudis. Ens referim al fet que el canvi i l'evolució social modifiquen els paràmetres de el “admissible” o allò que s'ha percebut com “conducta normal”, de manera que comportaments que en determinades èpoques o situacions han estat jutjats com a problemàtics, passen a no ser-ho quan la societat modifica els seus valors bàsics.

A aquest respecte recordem que les actituds d'enfrontament amb les normes preestablides han estat, sota determinats règims polítics o socials, considerades com a expressió de comportaments problemàtics o fins i tot antisocials, en tant que en situacions de major llibertat s'ha titllat de problemàtica la inexistència d'una certa rebel·lia, d'una certa capacitat de resistència personal enfront de les normes.

El mateix ocorre amb factors relacionats amb el desenvolupament de la creativitat personal. Tots coneixem casos en què després de conductes problemàtiques s'han descobert personalitats enormement creatives, que canalitzaven en aquestes conductes la incapacitat del sistema educatiu per respondre al repte i les necessitats de desenvolupament de les capacitats latents en aquests individus que, sense una atenció especial, poden quedar abocats a la marginalitat i a la creació permanent de conflictes.

Possiblement, en èpoques de transició social, la indefinició sobre “el que està bé i el que està malament” sigui un nou factor de risc que afegir, ja que - especialment en l'adolescència- la falta de coherència o de definició dels referents provoca inseguretat, i aquesta inseguretat es tradueix en comportaments desajustats o discontinus que, a més a més, s'estavellen davant del fet que no rebin una mateixa catalogació o consideració en funció de qui l'efectua o de l'entorn en què l'individu es troba.

És cert que un dels objectius del procés de maduració és que l'ésser humà sigui capaç d'emmotllar les seves respostes -sense necessitat de transigir en el que per a ell sigui essencial o fonamental- als entorns canviants i pugui, fins i tot, mantenir comportaments “ficticis” en funció de la seva capacitat per adonar-se de quines pautes són les que correspon tair a compte davant de cada situació, però aquesta necessitat de “empatia aparent amb l'entorn” pot convertir-se en perillosa quan aquesta maduració encara no s'ha aconseguit, i el que existeix és la inseguretat de percebre com a absència de pautes bàsiques el que no és més que variació de pautes d'acord amb les característiques de l'entorn.

La complexitat d'aquest procés l'admet Lemos en (Buendia, 1996:26): “Els models transacionals conceben el desenvolupament de l'adolescent com un procés dinàmic d'interacció de l'individu amb les característiques de

l'ambient. Des d'aquesta perspectiva, es concep el desenvolupament problemàtic com un desajust entre les necessitats de l'adolescent i les oportunitats que li proporciona el seu ambient social. El desajust pot tenir lloc quan les expectatives o demandes de l'ambient superen les capacitats evolutives de l'individu...”

I, què ocorre quan és l'ambient el que es mostra voluble o incoherent i l'adolescent encara no té capacitat per adonar-se que no hi ha un únic ambient, que el món que se li enfronta i que ha d'afrontar no és unidimensional?

És òbvia la necessitat d'un canvi a l'hora d'avaluar els factors de risc i les seves conseqüències respecte a models de conducta predeterminats, si volem tenir èxit en la seva delimitació i la recerca de solucions preventives o correctives a la seva existència.

En paraules de Lemos, (Buendia, 1996:26): “tradicionalment, els models explicatius de les conductes problemàtiques se centren en explicacions directes, a partir de factors de natura biològica, intrapsíquica o ambiental”, no obstant això -continuem amb la citació-, “aquesta tendència està canviant de manera evident en l'actualitat cap a models més interdisciplinaris, interactius i transacionals (...) Així, els models bio-psico-socials són un exemple d'interdisciplinarietat, en considerar que els canvis físics i hormonals comporten modificacions cognitives que van acompanyades de canvis en la natura dels ambients en què actua l'adolescent, així com en els rols que la societat defineix en cada context”.

Veiem recollits en la citació bona part dels principis que esbossem en les línies de l'apartat anterior, que l'autor ratifica en les seves següents afirmacions: “Els models interactius consideren un element fonamental la interrelació de factors per a l'estudi de l'adolescència, de la mateixa manera que el reconeixement que l'impacte de diversos contextos socials (la família, l'escola, els companys o el treball) depenen (sic) en part dels efectes mutus”, (Buendía, 1996:26).

Fins i tot subratllant de manera rotunda el risc de caure en el determinisme, i advertint el mateix, hem de comentar un dels valors importants que ens proporciona el coneixement dels valors de risc i el seu funcionament: el seu valor de predicció.

Els estudis empresos sobre aquests valors i la identificació dels mateixos no han de tenir simplement un caràcter sistematitzador i classificador. És molt correcte tair a compta que com més augmenti el nostre coneixement dels mateixos i la nostra capacitat per descobrir el sistema que pugui existir entre ells, a través de la seva classificació d'acord amb criteris diversificats, major serà la nostra capacitat per descobrir i discernir nous factors de risc o per modular la subtil diferència que pugui existir entre alguns dels ja coneguts.

Aquest coneixement no pot reduir-se a un paper estàtic, a un repertori amb què confrontar els problemes de conducta o les conductes problemàtiques

quan ja es manifestin. El coneixement profund dels factors de risc i de la manera en què afecten l'individu ens pot ajudar a prevenir l'aparició d'aquests problemes i aquestes conductes. És obvi tenir a compta que si coneixem l'existència de factors capaços de provocar algun tipus d'anomalia podem actuar tractant d'eliminar aquests factors o, si això no és possible, creant o reforçant estratègies que permetin resistir la seva escomesa.

La prevenció no pot tenir una activitat merament passiva en assenyalar les possibilitats de deterioració. És possible plantejar una prevenció activa que actuï de manera que en el moment en què el factor de risc passi de ser un element potencial a un element actiu es redueixi el seu percentatge de "possibilitat d'èxit".

Amb això, a més a més, evitem la temptació del determinisme amb què obríem aquest apartat. Va haver-hi èpoques en què estar "sotmès" a la influència dels factors de risc era concebut com una necessària i irremeiable caiguda en aquestes influències. Eren èpoques en què prevalia un fort i rígid estructuració social, una moralitat de caràcter notòriament prohibitiu i punitiu i un cert component elitista en els qui tenien en les seves mans el poder social fàctic. Era més senzill, llavors, condemnar per endavant a qui estava en situació de risc i, si era possible i en evitació de complicacions posteriors, aïllar-lo. Es creia que els descendents de progenitors amb problemes de conducta, irremeiablement, repetien els mateixos comportaments que els pares, i que gens o molt poc podia fer-se respecte d'això. El mateix succeïa respecte als factors de risc de tipus social. Qui naixia en un entorn negatiu arrossegava aquest estigma durant tota la vida i difícilment podia desprendre's d'ell. També, aquells que manifestaven des dels primers anys de la seva vida algun tipus de "anormalitat en el comportament" rebien una etiqueta que els classificava per a la resta dels seus dies.

No estem parlant de situacions que a tots ens recorden a les novel·les de l'Anglaterra victoriana, on per exemple les obres de Dickens ens revelen molt sobre la mentalitat que ara exposem. Al nostre voltant aquest determinisme negatiu segueix massa present i el seu desarrelament no està sent tasca fàcil.

Aquestes concepcions que denunciem, potser per comoditat, pel desig de mantenir el "estatus quo" social, o fins i tot per conviccions ideològiques, entenien que només un "miracle" o la concatenació afortunada de molts factors positius podien trencar i vèncer el destí fatalment negatiu dels sotmesos als factors negatius, i de vegades els seus partidaris, portats per la bona fe, o pel voluntarisme a què els obligaven les seves creences religioses o d'un altre tipus, tractaven de "col·laborar" per trencar el cercle viciós. L'èxit era percentualment sota, i creiem que cau en la situació de "exterioritat" des de la que es produïen aquests intents benefactors.

Només entenent que els factors de risc no són absolutament determinants, que en major o menys grau i tipus poden afectar a tots (és a dir, en principi ningú se salva, ni per origen, ni per situació econòmica, ni per nivell de coneixements, ni per la seva personalitat bàsica, d'estar exposat als mateixos), i que una adequada feina de prevenció i d'educació pot modificar i

arribar a minimitzar la seva incidència, té justificació aprofundir en el seu estudi.

### **2.1.1. La transició de primària a secundària i l'adolescència com a factors de risc específics:**

El pas ara universal i obligatori de l'Educació Primària (EPO) a L'ESO és, per les seves característiques i condicionaments, un moment de transició que coincideix, a més a més, amb el pas a l'adolescència en què estan immersos els seus protagonistes. De fet, (Funes, 1998-2:113) “amb la nova situació escolar, coincideixen al mateix temps dos processos de transició: comencen l'adolescència i comencen L'ESO. Amb la qual cosa se sumaran dues inestabilitats, dues fonts d'estímul i d'inestabilitat, dos panorames atractius i contradictoris, dos processos d'adaptació.” I, com assenyala (Gimeno, J. 1998:16): “hi ha un ampli consens sobre el fet que els alumnes tenen problemes en el moment de la transició, però es debat sobre l'extensió del dit problema.”

Un sistema educatiu coherent ha de tenir a compte el paral·lelisme entre l'evolució personal dels individus i l'itinerari escolar que s'estableix per a ells. Així, convé que l'evolució personal i l'itinerari escolar responguin a aquest paral·lelisme i estableixin pautes d'interdependència, doncs això permetrà als educadors una millor atenció als factors de risc que actuen en els moments de transició.

El canvi de l'EPO a L'ESO, com ja hem apuntat en altres capítols, és un moment de transició acusat en el sistema escolar, que coincideix amb un moment decisiu en l'evolució de l'individu: el pas de la infància a l'adolescència. Funes (1998-2) crida l'atenció sobre que les dificultats i conflictes específics d'aquests dos moments de transició poden superposar-se i crear l'estereotip de conflictivitat específic de l'alumne que ingressa en L'ESO.

Respecte d'això són fonamentals les consideracions que sobre els moments de transició com a ritus de pas de poder selectiu efectua, a partir de les afirmacions d'altres autors, (Gimeno, J. 1998:14-19), algunes de les quals utilitzarem més endavant.

Per centrar el tema, presentarem de mode sintètic algunes de les consideracions bàsiques generalment admeses per la literatura específica sobre l'adolescència.

Ningú dubte que “es tracta d'una etapa ingrata marcada per les transformacions físiques i psicològiques, que s'inicia cap als dotze o tretze anys i finalitza entre els divuit i els vint. Els seus límits són imprecisos, perquè l'aparició i la durada de l'adolescència varien segons el sexe, la raça, les condicions geogràfiques i el medi socioeconòmic”, (Sillami, 1996:13). Segons (Funes 1998-2:110), en ella els individus “es construeixen per oposició i per imitació”, d'aquí que, malgrat que pugui semblar paradoxal des del punt de vista dels adults, “s'oposen, es neguen, en la necessitat afirmar-se”, (íbidem.110).

És important no perdre de vista aquesta característica a l'hora de tractar

els problemes de comportament que es presenten, ja que sovint “no solem percebre que contestar, transgredir les normes, fumar o beure a la vorera, forma part de l'exercici de la provocació, forma part de la seva afirmació de la diferència”, (Funes, 1998-2:110).

Aquesta afirmació de la diferència és un element fonamental en uns individus que estan formant la seva personalitat i, possiblement per primera vegada, són conscients d'això, que s'individualitzen respecte al seu entorn, respecte a pautes, normes, convencions fins ara emanades des d'estructures exteriors i dotades d'una autoritat jeràrquica fins ara no qüestionada, i que poden trobar un punt de suport en els qui es troben en la seva mateixa situació, d'aquí la importància del grup en l'adolescència.

Els adolescents estan en una etapa convulsa, de descobrimat i d'afirmació, en molts casos, per abandó d'elements que els configuraven anteriorment.

D'aquí que siguin “personatges que busquen i practiquen la seva identitat a empentes, que viuen en la inestabilitat de qui d'una banda assegui que no és res, i per un altre fa ús de l'autoafirmació dura de qui considera que té tothom per davant”, (Funes, 1998-2:109), per la qual cosa viuen en “moments de crisi i contradiccions, amb demandes oposades sobre les maneres en què desitgen ser tractats”, (ídem 113).

No es tracta d'una etapa còmoda, perquè en ella els seus protagonistes són conscients del desallotjament sofert respecte a l'estabilitat que gaudien en l'etapa anterior i de la precarietat excessiva i sovint il·lusòria dels acomodaments que dificultosament van aconseguint, en un procés dolorós en el que, necessàriament, per a “ser” cal “deixar de ser el que s'era”, amb poques possibilitats que l'anterior pugui ser adaptat al següent, tal és sovint la fractura que es produeix a hores d'ara de transició.

Per ser l'adolescència una part del llarg procés de transició des de la infància a la vida adulta, “una part clau d'aquest itinerari està constituïda pel que es denomina el procés d'adquisició i integració en la seva persona de les lògiques de funcionament de la societat en què viuen. Aquest procés és habitualment difícil per a la majoria d'ells i es produeix en el que solem denominar un context de dominància múltiple. És a dir, no es produeix bàsicament ni en la família ni a l'escola, sinó sota la múltiple influència de les relacions informals, del carrer, dels espais d'oci, dels mitjans de comunicació, etc. És en aquest context múltiple on es troben els estímuls per viure” continuant amb la cita de Funes.

No és d'estranyar que en aquest panorama apareguin conflictes de l'individu amb si mateix i de l'individu amb l'entorn. Aquests conflictes, generalment, es materialitzen en formes de comportament caracteritzades com a problemàtiques.

No obstant això, com també assenyala (Funes, 1998-1:33), a partir de la consideració unitària bàsica de l'adolescència, és necessari tenir en compte que hi ha moments i seqüències temporals diferenciats en l'adolescència d'un mateix individu, i que aquest moment vital, d'altra banda, és viscut de manera distinta per cadascú els qui transiten per ell, de manera que els “personatges adolescents són diversos. Hi ha moltes adolescències i no una sola. Algunes,

fins i tot, enfrontades, oposades. La diversitat adolescent, a més a més, s'ha construït sobre diferències acumulades.” continuant amb la cita del mateix autor.

Malgrat que ens vam enfrontar amb un moment de canvi en què gairebé tot és radicalment nou, l'individu no pot desprendre's del que fins aquest moment ha estat, d'aquí que la vivència de tot l'anterior, i la consciència d'aquesta vivència, sovint deformada per la subjectivitat del propi individu són un llast o un trampolí cara a la nova etapa.

Per si no fos poc el que assenyala anteriorment, tant l'entrada en l'adolescència com el pas de l'EPO a L'ESO reuneixen les característiques dels denominats “ritus de pas”, que Van Genet citat per (Gimeno 1998:14) categoritza com la forma peculiar que determinats moments en la vida dels individus adopten al si de la cultura a què pertanyen; en ells han d'abordar la necessitat d'adaptar-se a normes de conducta diferenciades que impliquen reacomodacions en les formes del vida personal, en la relacions socials i també en les seves identitats personals. Potser el més negativament determinant en ells és que el preu del fracàs, de la no superació, “serà l'exclusió o l'assenyalament social”, Gimeno (1998:14).

L'autor esmentat especifica que el sistema escolar, tal com està concebut i establert mitjançant els seus successius cicles i etapes, no és aliè a aquests fenòmens de progressió i exclusió, ja que també en ell es produeixen “transicions, amb els seus corresponents ritus de pas, entorn dels quals es podrien analitzar canvis d'importància per als individus, en tenir aquests que realitzar esforços d'adaptació”, amb l'afegit que “el caràcter problemàtic d'un canvi per als alumnes no sols està en els desnivells a superar, sinó també en el tipus i nombre d'alteracions que acumula”.

Aquest moment de transició ens queda ara universalitzat amb la creació d'un nivell d'Ensenyament Secundari Obligatori, mitjançant el qual, com diuen Hargreaves i Tickle, citats per (Gimeno, 1998:16), es tracta de proveir un lloc intermedi, que no ho és només en el sentit cronològic, sinó pedagògic i social, ja que apareix com a punt de trobada de les pressions i influències procedents dels extrems superiors i inferiors del sistema educatiu.

Les característiques intrínseques dels “moments transició com a ritus de pas”, que assenyalem en el seu moment, també constitueixen factors específics de risc en els problemes de comportament que ens ocupen.

La personalitat es construeix mitjançant l'adquisició d'elements identificadors. Aquests elements són en la majoria de les ocasions “respecte a”. D'aquí que en l'adolescència, moment en què la persona s'assegui conscient de la seva diferenciació específica, necessiti intensificar en major o menor grau les seves característiques individualitzadores, la qual cosa farà mitjançant el contrast amb el “fons” proporcionat per l'uniformismo convencional creat pels qui, per a ell, ja han adquirit la seva pròpia individualitat i es creuen en el dret d'establir la dels altres.



Aquest procés estableix que la confrontació que porta al conflicte -sovint contemplat com a problema de comportament- és utilitzada per l'adolescent com un instrument d'afirmació personal, independentment que en aquest procés puguin intervenir altres procediments i mecanismes de desenvolupament personal que no siguin necessaris ni la confrontació ni el conflicte. (D'altra banda -el que vam aportar com a nota al marge- u dels objectius del sistema educatiu seria posar a disposició de l'adolescent els mitjans perquè pogués disposar d'aquests últims llits de desenvolupament).

És ara, després d'haver establert de mode resumit el marc de referència de la nostra reflexió, quan estem en disposició d'assenyalar succintament aquells factors de risc que hem de tenir en compte com a potencials creadors de problemes de comportament en el moment de la transició entre l'EPO i L'ESO en confluència amb la transició a l'etapa vital de l'adolescència.

En primer lloc apareixen aquells que són propis i específics dels moments de transició, especialment concebuts com un "ritu de pas" (Gimeno, 1998:14-19):

- La transcendència objectiva que el moment tingui per al futur del subjecte i la percepció subjectiva que d'això tingui el propi subjecte, a major transcendència o major percepció de transcendència, major inseguretat o dificultat.

- La possibilitat latent i percebuda pel protagonista de quedar exclòs pel fracàs en el "ritu de pas".

- Els possibles traumes o deterioraments personals experimentats pel protagonista tant abans com durant el moment de transició (és el que en un altre lloc vam esmentar com "història personal" de l'adolescent afectat).

- Les disparitats existents entre els ambients, el de partida i el d'arribada, pels que es transita.

- La vivència del temor pel desconeixement de l'avenir i els reptes que depara el pas "que es tradueix en desconcert i en increment de l'ansietat", (Gimeno, 1998:19), en citar Murdoch.

En segon lloc apareixen les condicions individuals dels alumnes (Gimeno, 1998:16), exposant les paraules de Youngman analitza el tema en alumnes del sistema britànic i obté dades que, per la seva obvietat –i malgrat el que afirmàvem en la introducció-, són extrapolables als alumnes del el nostre). Hi ha alumnes amb unes determinades característiques que els converteixen en més proclius al fracàs perquè es mouen en el tall de la zona de més risc, aquests alumnes són (Gimeno, 1998:16):

- Els més joves.
- Els menys madurs.
- Els de classe treballadora.
- Els tímids.
- Els ansiosos.
- Els que s'enfronten al pas amb pobres resultats acadèmics previs.
- Els que tenen un pobre concepte de si mateixos com a alumnes.

Un tercer grup de factors ve donat per la conjunció de les característiques específiques del moment (confluència del pas acadèmic i el pas evolutiu personal):

-La pròpia condició adolescent, que com ja hem anotat ha de ser contemplada des de la seva gran diversitat i tenint en compte que les diferències que la configuren, acumulades en les etapes infantils són “sovint, transformades en dificultat i conflicte” (Funes, 1998-1:33).

-La modificació de les exigències curriculars, i l'estructura del propi currículum.

-La capacitat d'acomodació enfront dels canvis.

-L'autovaloració, que és en laire grau dependent de la “història personal prèvia”.

-El nivell acadèmic i la capacitat d'hàbits de treball intel·lectual previs.

-La falta de connexió, teòrica o real, entre l'Educació Primari Obligatori i l'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO).

-El canvi de l'entorn (factor més decisiu per a aquells alumnes que han de canviar de centre), i que ha de ser analitzat com un “canvi de cultura grupal” amb tot el que això comporta.

-La brusca modificació de la metodologia emprada a les aules.

-L'actitud del professorat cap a l'individu (aquest factor de risc pot, no obstant això, constituir-se en factor d'èxit en els casos en què l'adolescent pot “desprendre's” d'una valoració negativa anterior).

-El paper primordial del grup (d'aquí que la intervenció educadora en aquesta edat hagi d'efectuar-se, en la major part de les vegades, a través del grup). Segons (Funes, 1998-2:112), “és el grup el que construeix les argumentacions vitals per interessar-se o no per les activitats de l'escola. És la necessitat de mantenir o no una pertinença la que condiciona convertir-se o no en acceptable escolar”.

-El canvi en les relacions socials.

-L'alteració en la percepció del que s'espera d'ell.

-L'adquisició, generalment, de més independència personal, coincidint amb una etapa plena de confusions i amb continus canvis de criteris i valors.

-El canvi de “estatus” en els distints àmbits socials en els que l'adolescent és ubicat (en la família, al centre escolar -si hi ha hagut canvi del mateix és possible que hagi passat “del grup dels majors” en l'EPO a ser de “els petits” en el nou centre d'ESO...).

-La poca tolerància dels adults, que tenen el prejudici de “adolescent com ser en essència conflictiu”, per un incorrecte enteniment del que l'enfrontament suposa com a element en el procediment de recerca i maduració.

-Possible pervivència en L'ESO de l'actitud selectiva pròpia del BUP, que no encaixa amb la “obligatorietat i universalitat” que està plantejada aquesta etapa i que els alumnes es vine, *volis nolis*, enquadrats en ella (aquest és un problema derivat de la prolongació de l'escolaritat obligatòria amb l'extensió d'un tram de la Secundària a tot el sistema).

-El canvi del professorat, dels professors concrets com de la seva titulació i actitud i capacitat pedagògica i metodològica, i de la seva “organització” com a equip.

-La possible falta de coordinació entre els professors del Centre,

coordinació que sovint serà esmenada amb el rodatge que en els pròxims cursos vagi adquirint l'ESO.

-La falta de contacte i comunicació entre els professors d'EPO i els d'ESO.

-La relaxació de la tutela -que provoca l'afloració de les realitats personals latents producte de la història personal- perquè s'espera de l'alumne una major autonomia, al mateix temps que ell la reclama com "llibertat personal".

En síntesi i en general, el risc és la percepció que s'està en un moment de ruptura amb l'anterior (tant en l'escolar com en el personal), i l'oposició entre la inseguretat que provoca el perdre les referències i l'estatus previ i la necessitat d'aconseguir una primerenca afirmació que proporcioni la seguretat i el "estatus" perduts. Per això, la història prèvia, l'autovaloració, la capacitat d'acomodació, les habilitats personals, la trobada de mitjos de desenvolupament constructius, una correcta i progressiva assumpció de responsabilitats és important perquè el risc de la conflictivitat pugui ser assumit i atès de manera adequada. No cal oblidar que "l'alumne en conflicte és prioritàriament algú que ha traspassat al procés d'escolarització totes les tensions de la seva adolescència sense que l'escola hagi tingut habilitat o capacitat per derivar-les o canalitzar-les", (Funes, 1998-2:108).

Com indica especialment l'esmentat autor, tinguem en compte que "en general, un conflicte sempre fa referència a una incompatibilitat. En l'ESO serà sovint una incompatibilitat entre la condició adolescent i les formes, les circumstàncies de l'acció educativa o entre el projecte educatiu necessari i el format institucional que adopta" (Funes, 1998-2:109).

### **2.1.2. Altres aspectes determinants dels problemes de conducta perturbadora:**

És possible determinar, de mode individual i específic, una gran quantitat de factors de risc, els quals poden ser sistematitzats i agrupats d'acord amb diversos criteris atenent a punts de vista específics. Aquesta determinació dels factors, que no ha de considerar-se completa ni tancada, s'incrementa a mesura que les línies d'investigació aprofundeixen en ells i en el coneixement dels distints àmbits que els originen.

No obstant això, malgrat aquest coneixement, que a hores d'ara podem considerar bastant exhaustiu, hem de tenir en compte que una de les complexitats que el tema presenta cau en les interrelacions susceptibles de produir-se entre diversos factors. Generalment, en analitzar els orígens d'una conducta problemàtica i determinar aquells factors de risc que poguessin estar a l'origen, vam descobrir que no es dona un únic factor, sinó que aquesta anàlisi ens descobreix i posa de manifest que, malgrat el possible domini quantitatiu o qualitatiu d'un factor que sembla clarament preponderant, apareixen agrupats al costat d'ell altres factors, del mateix "grup o origen" o dels descrits en altres àmbits diversificats. Així, al costat de l'existència d'una estructura familiar incorrecta -clar factor de risc en un alt percentatge de

problemes de conducta, és possible que apareguin un sota nivell de renda, un context social immediat inadequat i una escolarització insuficient o poc d'acord amb el que en el seu moment van ser les necessitats personals de l'individu, per exemple. I ens vam trobar davant d'una tessitura en què ens veiem obligats a convenir que "la coincidència fa difícil identificar la contribució individual de cada factor", (Kazdin, 1998:49).

Aquesta agrupació de factors pot ser simultània -és a dir, apareixen tots al mateix temps, com si l'individu es veiés sotmès a rebre i suportar una pluja difícilment controlable de factors de risc en un procés inevitable d'immersió-, o pot donar-se per acumulació successiva, que cregui interrelacions generadores de situacions i seqüències causals noves. I això complica fins i tot més el procés, ja que implica, en paraules de (Kazdin,1999:50) : "l'acumulació de factors de risc significa que el paper específic d'un factor donat en la seqüència causal que porta al trastorn pot ser difícil de discernir".

El fet de l'agrupació i la interacció dels factors de risc pot provocar la modificació de la seva transcendència, ja que la concatenació d'alguns d'ells en determinats casos ocasiona que es mitigui o orient en sentit distint el previsible resultat final. Com a exemple tenim el fet que una família nombrosa (factor considerat de risc en gran part de la literatura al respecte) que gaudi d'un adequat nivell de renda -encara que aquest nivell econòmic no abast una quantitat enterament satisfactòria en la que sigui clarament manifesta una correcta actitud dels pares pot deixar de ser factor de risc i reconvertir-se, fins i tot, en factor de protecció. Vam sintetitzar, anotant que no podem oblidar que la complexitat generada per la interacció entre potencials factors de risc modifica la condició dels mateixos, per la qual cosa en molts casos, en el pas de l'elaboració teòrica a la comprovació pràctica, no es produeix ni es pot comprovar l'estatisme unívoc de les definicions.

D'altra banda, el sexe i l'edat, tant en la vivència personal que dels seus propis té l'individu com en la consideració social dels mateixos o la localització específica i objectiva de l'individu des del punt de vista psicobiològic, interactúan amb els factors de risc.

Fem aquestes distincions perquè una és la realitat sexual i objectiva de l'edat de l'individu, una altra les consideracions i les assignacions d'adequabilitat de conducta que la societat estableix en funció d'aquests ítems, i en ocasions discordant amb les dos anteriors és la vivència que sobre la seva edat o la seva configuració sexual té l'individu. No és estrany, sobretot respecte a l'edat, que el concepte de maduresa-responsabilització que de si mateix té l'individu difereixi del que respecte a ell té la societat. En general, en les primeres etapes evolutives estenem a sentir-nos més madurs o de major edat respecte a la reclamació de drets o possibilitats (és típica la queixa dels adolescents en el sentit que "ja no són uns nens" quan els pares o educadors adueixen que "no tenen encara edat" atura segons quines coses), en tant que vam fugir o vam tractar de minimitzar la nostra responsabilitat en aquells aspectes o tasques que ens disgusten adduint que "encara és aviat per a això".

Existeixen en la societat una sèrie de prejudicis o de presumpcions

respecte a les expectatives i l'adequabilitat dels comportaments segons el sexe o l'edat dels individus. En conseqüència, aquests paràmetres tenen molt a veure amb la incidència dels factors de risc en els individus o amb el mode en què aquesta incidència és previnguda, malgrat la situació actual en la que la igualació social dels dos sexes és un objectiu generalment assumit.

En ocasions, un factor de risc ho és amb major intensitat -de mode genèric- per als individus d'un sexe que d'un altre, com han assenyalat per a casos específics. I el mateix ocorre respecte a l'edat, de manera que fins i tot no seria erroni arribar a considerar determinades franges d'edat com a potencials factors de risc. Recordem respecte d'això tot el que sobre l'adolescència i els moments de transició en l'evolució de l'individu hem assenyalat en altres capítols sobre aquesta anàlisi. Així, recorda (Kazdin 1998:50-51): "l'especificació de l'edat en què s'avaluen els resultats influeix en els factors específics que s'empen en una identificació precoç" i "a cada edat els factors emprats per identificar els nens amb alt risc o la importància conferida a un conjunt de factors pot variar". Això ve determinat per diferències de vulnerabilitat.

Hi ha múltiples models de classificació dels factors de risc, encara que la major part d'ells comparteixen una estructura molt semblant. Tsiantis i Macri en (Rodríguez, 1998:1194) divideixen aquests factors en tres grans grups:

-Les característiques pròpies del nen, encara que matisen que "no podem estar segurs si les característiques del comportament infantil són el resultat del comportament après, que accentués la importància de factors genètics (biològics), o de la interacció entre factors biològics i ambientals", (íbidem).

-Els factors aturin-tals i familiars. En aquest sentit es destaca el positiu de l'existència d'un vincle precoç i segur entre el nen i la mare, per la qual cosa la seva absència o deterioració ha de ser considerat com a factor de risc.

-Els factors ambientals i socials, entre els que es poden incloure els efectes de l'escolarització i el grup de veïnat, la pèrdua de llaços amb la xarxa social, la pèrdua de possibilitats de comunicació amb els sistemes de suport de la comunitat, disfuncions de les institucions socials, desbalances entre els valors adoptats pels sistemes econòmics i aquells que sustenten la família i la vida comunitària Tsiantis i Macri en (Rodríguez, 1998:1196).

Els mateixos autors anteriorment esmentats (Tsiantis i Macri) aporten un altre punt de vista en assenyalant els factors que "contribueixen al desenvolupament psicossocial i al comportament normal del nen", per la qual cosa és legítim deduir que la seva carència o el seu incorrecte funcionament poden constituir clars factors de risc en (Rodríguez, 1995:1197):

-Factors predisponents individuals (hereditaris, físics, mig familiar i educació...)

-Factors predisponents ambientals (clima escolar, clima cultural del

grup de referència, factors comunitaris...)

-Condicions de la vida diària (és-tres i crisi, factors protectors, xarxes de suport social...)

-Factors circumstancials (accés a narcòtics, alcohol...)

Per poder analitzar amb major objectivitat aquestes classificacions dels factors de risc, citarem amb major detall els que vam considerar més significatius i habituals, ja que la seva magnitud no ens permet poder realitzar un tractament exhaustiu dels mateixos.

Cadascú dels aspectes que citarem a continuació vaig poder ser o no, segons les circumstàncies de cada subjecte, un element, circumstància o influència dels factors específics, predisponents i/o desencadenants de l'etiologia dels problemes de comportament en el context escolar

Els factors específics, independentment de la seva etiologia, són els que fonamenten la conducta, els predisponents, els que influeixen de forma probable perquè es produeixi i els desencadenants els que la provoquen.

Aquests factors poden ser molt variats, i en ocasions bastant difícils d'identificar fins i tot pel propi subjecte que presenta les conductes.

La interrelació, el grau i la presència o absència de tots o alguns dels dits factors incidiran de forma única en cadascú dels alumnes.

El contingut dels mateixos el distribuïrem en quatre apartats diferenciats: biològic, psicològic, social i pedagògic.

### **2.1.2.1. Factors biològics:**

Inicialment començarem parlant de l'aspecte nutricional dels nostres alumnes, en moltes ocasions poc atenció pels seus responsables.

A títol d'exemple: un consum abusiu de certs aliments rics en metilxantinas, com la xocolata, l'alcaloide del qual és la teobromina o alguns refrescos rics en cafeïna entre altres, pot provocar estats d'excitació nerviosa. Al contrari, una alimentació deficitària pot ser també l'origen de certes alteracions de l'estat de l'ànim, com en el cas d'una lleugera hipovitaminosi de tiamina, o la falta de minerals i nutrients que descompensin el procés bioquímic del sistema nerviós central, Cervera et al. (1999).

Un altre aspecte que destacar són les reaccions adverses alimentàries, com l'al·lèrgia a les proteïnes de la llet de vaca, o altres immunoalergias o intoleràncies nutricionals que poden donar lloc a síndromes com el de tensió-fatiga o a estats de hipercinesia, . Malet, et al.. (1995).

Seguint dins aquest apartat, farem referència als tractaments farmacològics prescrits a molts dels nostres alumnes.

En ocasions, les reaccions adverses de certs tractaments farmacològics a causa dels seus efectes d'excitació o al contrari de bloqueig de la inhibició del S.NC, són un altre dels motius desencadenants dels trastorns conductuals, Goodman, et al. (1996).

L'administració terapèutica de substàncies com teofileta, niketamida, doxopran, etc. per al tractament de pneumopaties obstructives cròniques com

l'asma, o la utilització de metilfedinato en pacients afectes d'un trastorn per dèficit d'atenció, poden desencadenar, dins el propi marge de seguretat del principi actiu, reaccions adverses que alterin l'estat conductual dels alumnes a qui se'ls administra el fàrmac. El desconeixement dels dits tractaments, entre altres, per part del professorat, pot donar lloc a valoracions conductuals equívokes dels seus alumnes, sobretot quan són tractaments de llarga durada.

En aquest sentit, la farmacodinamia del consum habitual o esporàdic per part d'alguns alumnes de substàncies tòxiques, bé siguin psicodisléptiques, depressores o estimulants del sistema nerviós central, alterarà notablement la seva conducta.

Els aspectes inherents a la drogodependència, com la dependència física i psíquica, la síndrome d'abstinència, i la pròpia problemàtica econòmica i social que aquesta pràctica comporta, també influiran en el comportament de l'alumne consumidor, Velasco, et. al.(1988).

La simptomatologia patognomònica i associada de la majoria de les malalties orgàniques és un altre dels factors determinants de l'alteració conductual. L'absència de benestar físic d'una banda, i l'estat de preocupació que això comporta, es converteix en un element ansiògeno que influirà en el comportament, Hart (1994).

Existeixen també un conjunt de símptomes que poden confondre's amb patologies orgàniques, i l'origen del qual és de caràcter psicossomàtic, com l'asma, la cefalea, la migranya, el dolor abdominal, etc. Aquest últim bloc, molt habitual en el context escolar, té un valor altament significatiu, ja que es tracta d'un senyal d'alarma sobre l'estat psicològic de l'alumne afectat, Díaz, (1991).

Per acabar, tractarem dos temes poc coneguts en la seva relació amb les conductes perturbadores.

El primer d'ells fa referència als ritmes biològics, l'alteració del qual desencadena estats cronopatològics de l'organisme.

Una de les cronopatologies actives més habituals dels nostres alumnes és l'alteració del ritme circadiano, provocat per una disincronia en el binomi son-vigília.

Cada vegada és més habitual que els nens de primerenca edat es quedin jugant o veient la televisió amb el beneplàcit dels seus pares fins avançades hores de la nit, fins i tot havent de matinar l'endemà per anar a escola.

Aquesta alteració cronofisiològica del repòs genera un estat de fatiga psíquica caracteritzada entre altres trastorns per la irritabilitat, circumstància emocional que després aflorarà en l'activitat escolar, Testu (1992).

Finalment, parlarem dels factors bioclimàtics amb incidència sobre la conducta.

Els efectes biometereològics de la temperatura, humitat o de la pressió atmosfèrica poden determinar metereopaties conductuals, Battestini, (2000).

Una descompensació iònica de l'aire existent a l'aula, amb predomini de càrregues positives, actuarà augmentant els nivells de serotonina en sang i, en conseqüència, el nivell d'irritabilitat dels alumnes.

L'aire calent i sec es converteix en un agent estressant, que provoca una

reacció suprarenal. Aquesta situació bioclimàtica a l'aula pot provocar un estat inicial d'eufòria en l'alumnat, que posteriorment remetrà en un sentiment de cansament, astènia, apatia, etc.

Hi ha altres factors ambientals, com la il·luminació inadequada, la contaminació acústica, la incidència cromàtica, etc., que també poden influir en la conducta dels nostres alumnes.

### **2.1.2.2. Factors psicològics:**

Des de l'òptica nosològica del DSM-IV d'APA (1.995) els símptomes i signes a què estem fent referència queden majoritàriament definits com "*trastorn per dèficit d'atenció i comportament pertorbador*". En aquest sentit, la CIE-10 d'OMS (1992) presenta un altre tipus de codis respecte d'això, però coincideix amb els criteris diagnòstics del DSM-IV.

No obstant això, hi ha factors col·laterals, com per exemple un coeficient d'intel·ligència (CI) per damunt o per sota de la norma, que també poden convertir-se en un factor determinant de les conductes pertorbadores a l'aula. Raig (1997).

Ambdues situacions desencadenen normalment en l'activitat escolar una pèrdua de l'atenció sostinguda. En el primer dels casos, per semblar a l'alumne excessivament senzill el contingut que s'estigui treballant en classe, i en el segon, per la dificultat que li representa poder seguir el nivell del tema exposat. Aquesta pèrdua d'atenció sol desencadenar en els alumnes afectats un estat de baixa motivació i per tant una recerca alternativa de distracció que normalment es tradueix en l'execució de conductes jocosos a l'aula.

El següent aspecte psicològic que comentarem es refereix al factor temperamental.

Segons T. Ollendick (1.993), el temperament defineix la tendència constitucional de l'individu a reaccionar de cert mode davant del seu ambient. Algunes persones són més plàcides que altres, algunes més forts, algunes més tenses; probablement aquestes diferències són innates i recognoscibles des del moment del naixement.

En aquest sentit, un nen amb temperament innat colèric, irritable, independentment dels factors adquirits mostrarà una conducta a l'aula diferent de la del company el temperament de la qual és pacífic, accessible i adaptat. Per això, haurem de pensar que darrere tota conducta disruptiva pot existir un factor temperamental que condicioni part d'aquesta conducta.

En un altre sentit, els símptomes que vam descriure a continuació no són patognomònics d'una síndrome o trastorn, però sí que determinen una sèrie de comportaments i/o models cognitius, que poden desencadenar una psicopatologia concreta Moreno. et al., (1998). No obstant això, s'ha de tenir en compte que l'aparició i natura d'aquests símptomes estan subordinats, alhora, a la qualitat i poder de factors, tant externs (medi ambient en què es desenvolupa) com a interns (característiques psicològiques, temperament...)



que influeixen en l'alumne. La dita simptomatologia és la següent:

*-Baixa resistència a la frustració.* Aquest fet posa de manifest en l'alumne pertorbador la seva falta de seguretat personal tant a nivell cognitiu com conductual, que l'indueix a reaccions poc elaborades, normalment de tipus agressiu. La falta d'un pensament estructurat que doni pas a una racionalització del problema i a la recerca alternativa de reaccions cognitives comporta una situació de frustració.

*-Ansietat.* És una sensació que genera en l'alumne un malestar profund i constant. La conseqüència immediata és la inhibició en l'àmbit afectiu, que sol manifestar-se de diferents maneres: repressió de l'agressivitat, reactivació d'antics sentiments provocats per experiències doloroses, situacions quotidianes estressants, etc., que es converteixen en factors desencadenants d'angoixa. Les preocupacions que generen l'ansietat i la inseguretat coarten i inhibeixen el desenvolupament de l'individu, sent responsables de la inadaptació personal, escolar i/o social.

*-Sota autocontrol.* Hi ha condicions bàsiques necessàries perquè existeixi una estructura o un equilibri a nivell personal, i una d'elles és el control de les accions, pensaments i desitjos. La falta d'uns límits clars, precisos i raonats dificulta tant la comprensió del concepte com la realització del mateix per a aquest tipus d'alumnes, en els que no hi ha un mecanisme d'autocontrol interioritzat que els permeti reconduir els seus impulsos en les situacions estressants.

*-Impulsivitat.* La falta d'autocontrol que determina generalment el comportament hostil sol quedar reforçat negativament per l'alt grau d'impulsivitat que presenten aquests alumnes. La necessitat d'una resposta contingent als seus instints, pensaments i desitjos provoca un comportament irreflexiu amb tendència al "acting out". El mecanisme que regeix aquesta immediatesa és el principi del plaer-displaer el últim o únic objectiu de el seu acció del qual és la recerca del plaer, gratificació personal i l'evitació del displaer, sense tenir en compte les realitats i conseqüències exteriors.

*-Creences, pensaments i/o racionalitzacions distorsionades.* L'avaluació irracional i poc funcional que realitzen aquests alumnes sobre la seva realitat i entorn social, genera emocions i conductes que els bloquegen o dificulten el seu pensament no absolutista i racional. Les contínues exigències egocèntriques, sobre els altres i sobre l'entorn que els envolta, els provoquen una pertorbació del jo.

Aquesta pertorbació els desencadena una línia de pensament del *tot o res* ("tots m'odien"), de sobregeneralització ("no faig res bé"), d'endevinació del futur ("si faig això es riuran de mi"), entre altres constructes distorsionats.

*-Duresa emocional.* L'emoció no sols depèn de la natura de l'agent emocional, sinó de l'estat psíquic de l'individu, de la seva personalitat, del seu entorn i de les seves experiències anteriors. La majoria d'aquests alumnes tenen una vida emocional desequilibrada, amb puntes que poden arribar a ser

molt doloroses. La carència afectiva a la que es vine sotmesos és determinant al llarg de tot el seu desenvolupament, ja que repercutirà en les seves relacions humanes i en el seu entorn. L'existència de forma generalitzada d'un referent afectiu ambivalent en el seu context més íntim determina certes dificultats de relació, fins al punt de no voler establir cap tipus de nexes afectius per por al fracàs.

*-Baixa autoestima.* La imatge que tenen aquests alumnes de si mateixos és negativa. Però no sempre depèn de les seves pròpies accions, sinó de les reaccions i opinions dels altres. Els alumnes acaben sent el que creuen que són, a causa del que els altres pensen o esperen d'ells. Aquesta carència queda compensada amb conductes desadaptades, negativistes, hostils i agressives, per les quals destaquen i són el centre d'atenció. Dites conductes són el que millor saben fer i el *feedback* que reben del seu mig reforça aquestes accions. La infravaloració de la seva persona els induïx a estar insatisfets, no sols amb ells mateixos sinó també amb el seu entorn.

*-Disnomia escolar.* Es manifesta a través d'una sèrie d'aspectes com són les conductes disruptives a l'aula, actituds desfavorables cap a l'aprenentatge, els professors la institució, i l'incompliment de la normativa escolar. Tots aquests factors estan íntimament relacionats amb la inadaptació personal i/o social que sofreixen aquests alumnes. No obstant això, hi ha altres factors que no depenen de cap tipus de desajust o inadaptació. Un exemple clar el tenim en la comorbiditat existent entre qualsevol dels aspectes citats anteriorment i la didactogenia provocada per alguns professors.

En aquest sentit, la poca flexibilitat curricular, els continus comentaris d'acusació i infravaloració de les accions o comportaments d'aquests alumnes, els càstigs reiterats, i fins i tot la provocació deliberada per part de certs docents, són algunes de les dispedagógies que generen la disnomia escolar.

### **2.1.2.3. Factors socials:**

Iniciarem el primer dels apartats parlant d'un antagonisme social que té un paper important en l'àmbit conductual de la població escolar.

Concretament estem fent referència a la contraposició bastant generalitzada que existeix entre els valors socials actuals i els específics del context escolar. En el transcurs de les últimes dècades, la nostra societat ha protagonitzat un canvi important de valors. De forma majoritària i més específicament, la població jove ha desencadenat l'abandó dels valors de la modernitat per acollir-se als de la postmodernitat. Com bé indica Saludable (1997), la societat actual ha substituït la moral de la "brúixola" per la moral del "radar". No s'orienten amb relació a un nord, sinó que el seu punt de referència és la posició dels altres.

Els nous valors, molts d'ells implementats pels mitjans de comunicació han ocasionat enfrontaments generacionals i incomprensions entre els diferents

sectors socials. En aquest sentit, l'escola té un component altament institucional, és cronològicament graduada, i jeràrquica, els seus valors són els propis de la modernitat. Al contrari els seus usuaris, els alumnes, fora de l'àmbit escolar reben un bombardeig continu de valors postmodernistas, sobretot a través dels mass media, que segons E. Gervilla (1993) els condueix a un relativisme i subjectivisme que afecta a tots els àmbits del ser, del conèixer i del viure, i, en conseqüència, a un pluralisme o politeisme de valors. Res és absolut. Tot val, o és possible que valgui, ja que el valor ara sempre és circumstancial: "depèn de". Com defineix Hughes (1994) la nostra societat finisecular ha fet del victimisme i de la "cultura de la queixa" la seva raó de ser. Aquest antagonisme entre els valors de la modernitat que majoritàriament projecta l'escola actual i els valors de la postmodernitat cada vegada més arrelada en el seu alumnat són la font d'un enfrontament de procederes que en alguns casos pot traduir-se en un desajust entre les conductes exigides per l'escola i les presentades per alguns dels seus alumnes.

Seguint en l'àmbit social, un altre dels factors que tenen un pes específic sobre la conducta dels nostres alumnes és la incorporació en la seva vida diària d'un mitjà de comunicació social com és la televisió. En aquest sentit, com defensa Callabet, et al. (1994) hi ha tres aspectes que considerar: la font, és a dir, els mitjans de comunicació; el subjecte afectat, que és el nen; i la família, que tenen la clau del problema i pot modular tot aquest intricat problema.

Dins els patrons televisius té un paper predominant la violència, molt constant en tot tipus de programes. Si tenim en compte que els nostres nens i adolescents escolars són vulnerables als missatges de la televisió i que al seu torn es troben en un estat evolutiu permanent de recerca de la seva identitat a través de la imitació del món dels adults, aquest mitjà de comunicació es converteix en un factor de risc conductual.

Un consum abusiu i no controlat de la televisió per part dels nostres alumnes també pot convertir-se en un desencadenant de conductes pertorbadores del context escolar.

Les circumstàncies socioeconòmiques i d'estructura familiar també tenen una incidència directa sobre la seva conducta.

El funcionament psicològic dels nostres alumnes guarda una íntima relació amb aquells esdeveniments vitals de caràcter familiar que suposin canvis i/o successos especialment significatius enfront de les seves circumstàncies biogràfiques negatives.

En definitiva, tant els factors de desestructura familiar, com de privació econòmica greu tindran una incidència directa sobre l'estat afectiu del nen i per tant en el seu estat conductual.

Per finalitzar aquest bloc de contingut social, realitzarem una aproximació a un tema de caràcter cultural en ocasions poc considerat, que exerceix un paper important en la interpretació del comportament dels alumnes pertanyents a les diferents minories ètniques.

Hi ha costums i tradicions ètniques que portades a terme en un context cultural diferent poden ser interpretades de forma equívoca Jordán, (1994). Un exemple el podem trobar en l'ètnia gitana, en la que els nens són estimulats

cap a l'hipermovilidad entenent aquesta com un signe de salut i vitalitat. Al contrari, l'hiperactividad en el nostre context escolar, i més concretament a l'aula, es converteix en un tipus de conducta considerada com a pertorbadora.

En aquest sentit, podríem citar nombrosos costums i tradicions que tenen la seva incidència sobre el comportament d'aquests alumnes pertanyents a minories ètniques i que, com en el cas anterior, poden transformar-se en conductes disruptives en un context escolar emmarcat per una cultura distinta.

Finalment l'aparició de situacions xenòfobes i/o racistes també pot desencadenar climes conductuals capaços d'alterar l'ambient escolar.

#### **2.1.2.4. Factors pedagògics:**

L'estil educatiu que el nen rep en el context familiar també influirà notablement al seu perfil comportamental a l'escola.

Un model educatiu familiar hipernómico, punitiu amb excessius reforços aversivos, o al contrari una actitud per part dels pares permissiva, despreocupada, exempta de límits, provocarà en el nen una major predisposició cap a l'execució de conductes pertorbadores. La vivència continuada de discrepàncies o estils educatius diferents entre el pare i la mare, així com de conductes socials inadequades dels seus pares, desenvoluparà un procés d'aprenentatge vicari el modelamiento conductual del qual determinarà la replicación del mateix a l'escola Castro (1996).

Aquest tipus de dispedagogías no sols són específiques de l'àmbit educatiu familiar. Els efectes didactogénicos dels distints agents educatius dins els àmbits tant formal com informal també incidiran en la conducta dels discentes.

Per exemple, en el context escolar, una interrelació inadequada, la propostes d'activitats poc motivadores, un nivell de treball i de contingut que no correspongui amb el dels alumnes, són indicadors inherents a la conducta escolar pertorbadora.

## **2.2. Factors de resiliencia**

Ja hem avançat, en parlar dels factors de risc, que no podem tenir una actitud negativament determinista en percebre la quantitat d'aquests factors que podem descobrir en l'origen dels problemes de conducta de l'individu, ja que no hi ha una relació fatal i irreversible entre l'existència dels dits factors i la seva negativa materialització conductual.

Una observació objectiva de la realitat ens permet percebre que individus teòricament sotmesos als mateixos factors de risc elaboren conductes qualitativament distintes i positives, de la qual cosa es dedueix l'existència de mecanismes i processos que anul·len, minimitzen o actuen com atenuants dels factors de risc.

Entre aquests factors, la investigació dels quals no ha adquirit el desenvolupament i l'extensió que la dels factors de risc, són descrits els

“factors de protecció”, que “es refereixen a les influències que poden cancel·lar o atenuar l'efecte de factors de risc coneguts i incrementar d'algun mode la resistència”, (Kazdin, 1998:51).

La interpretació d'aquests factors de protecció i la manera en què actuen són encara una incògnita. Algunes opinions aventuren que potser el desenvolupament de la competència general de l'individu i d'un procés de maduració equilibrat pugui actuar com un instrument preventiu, però aquesta tesi no explica per què en aquest desenvolupament i en aquest procés de maduració no es produeix la intromissió pertorbadora d'algun dels factors de risc que estan a l'aguait.

També s'addueix que la complexitat interactiva dels factors de risc es repeteix pel que fa als factors de protecció, i que alguns d'aquests poden actuar de contrapès dels factors de risc, que, d'altra banda i com ja hem vist, varien en funció de l'edat, el sexe i la influència d'un ventall de variables.

El que a hores d'ara està molt clar és que “l'avaluació dels factors de protecció precisa més treballs ja que afavorir aquests factors representa un enfocament viable de la prevenció dels problemes de comportament”, (Kazdin, 1998:53).

### **2.2.1. El concepte de "resistència":**

Malgrat que disposem de poques respostes ant les qüestions plantejats front l'existència dels factors de protecció, la invulnerabilitat que exemplificada en la seva conducta mostren alguns individus enfront dels factors de risc, s'han definit alguns conceptes, entre els que adquireix primacia el de “resistència”, definit com “el procés o la capacitat d'aconseguir una adaptació reeixida malgrat circumstàncies ambientals desafiadors o amenantes”, segons Masten, Best, Garmezy, Masten, Morison, Pellingrini i Tellegen, citats per (Buendía 1996:37).

Així, hi ha autors que atribueixen a característiques individuals la “resistència”, ja que l'individu que la manifesta es presenta dotat de “recursos generals per trobar més solucions quan s'enfronta a una barrera, per mantenir un funcionament integrat davant de l'és-tres, per processar simultàniament dues o més estímuls competidors, per posar-se tant 'al servei del jo quan les exigències de la tasca requereixen aquesta forma d'adaptació”, (Buendía, 1996:53).

Altres investigadors, com Rutter, et al (1996) i (Buendía 1996:38), opinen que els factors de protecció estan presents tant en l'individu com en el context ambiental, i que es posen de manifest en les situacions més crítiques, no actuant ni interactuant quan les condicions són de “sota és-tres”. Això implicaria la possibilitat de comptar amb factors de protecció actius en situacions d'alt potencial negatiu, en tant que aquests factors inhibirien la seva actuació en situacions de menor conflictivitat, amb la qual cosa s'explicaria un gran nombre de conductes problemàtiques o amb lleugers desajustos, però no

conflictives, ja que la pressió mínima o mitja del risc no catalitzaria l'activació dels factors de protecció.

Aquest principi s'aplicaria al procés dialèctic que consisteix el procés de maduració i desenvolupament, perquè en ell, el nen afronta i resol uns problemes per trobar-se amb altres nous, amb la qual cosa la resistència, en síntesi de (Buendía 1996:38): “designa la capacitat del nen per fer front a un problema i utilitzar-lo per al creixement psicològic, sigui quina sigui l'adversitat ambiental que hagi de superar”.

Se'ns transmet, en aquests raonaments i plantejaments, la sensació que les situacions d'alt risc posen en acció els mecanismes restrictius del mateix: “Quan l'ambient presenta múltiples riscos, l'efecte de la restricció és el protegir al nen del perill; en canvi, en ambients de sota risc, la mateixa restricció actua limitant l'experiència del nen”, (Buendía, 1996:38) recollint les investigacions de Baldwin i altres.

### **2.3.2. La protecció com a procés:**

Enfront del caràcter més o menys estàtic de la delimitació de la majoria dels factors de risc -el que no implica que ells es manifestin amb aquest estatisme-, es conceben els factors de protecció com a mecanismes integrats en un procés, el procés d'interacció entre l'individu i l'ambient i d'adaptació d'aquell a aquest.

En conseqüència, i en tenir en compte que “vulnerabilitat” i “protecció” al·ludeixen a mecanismes específics de resposta individual respecte a situacions de risc, i de nou ens veiem obligats a citar a (Buendía, 1996:39): “són els pols negatiu i positiu del mateix constructe”, no perdent de vista que “quan es parla de protecció el procés que dóna lloc a l'increment o disminució del risc pot no significar que la variable o experiència sigui, en si mateixa, positiva o negativa”.

Els factors de risc operen conduint al trastorn i operen directament, en tant que els factors o mecanismes de protecció només s'activen en entrar en interacció amb els primers.

Així, no vam trobar la protecció en les característiques presents en un determinat moment, sinó en el mode en què cada individu es condueix en els canvis vitals o en les experiències que li sotmeten a pressió i li fan vulnerable a la influència dels factors de risc.

Amb referència a la delimitació de grups de factors protectors, seguint a Garmezy, que al seu torn sintetitza les investigacions de Sameroff , Seifer, Pianta , Schuldberg , Watt , Soukou , Downey i Walker, citats tots ells per Rodríguez (1998), és possible diferenciar entre tres grans grups de factors de protecció: les característiques personals del propi nen; la relació amb un adult acollidor i empàtic, i una ambient social que reforci i recolzi els esforços del nen per fer front a la situació.

Advertim com, en el tercer grup de factors, es recull la concepció dels factors de protecció com a elements que apareixen en el transcurs del procés d'adaptació del nen.

### 3. PROBLEMES DE COMPORTAMENT I PATOLOGIA

#### 3.1. Determinació dels problemes de comportament patològics

Hem de tenir a compta, seguint les concepcions de la psicopatologia evolutiva, que l'adolescència és un estadi en l'evolució psicopatològica de l'individu. La situació del subjecte en aquesta edat concreta consisteix en l'actualització de gran part de les característiques ja aparegudes i possiblement reflectides en l'etapa anterior, que els mecanismes d'adaptació-inadaptació i els condicionants cronodependents han pogut modificar en part, sense que hagi desaparegut la seva estructura primigènia.

La personalitat és, en definitiva, un "constructe" mental, caracteritzat pel manteniment d'estructures en el temps. En elles el nucli experiencial serà teixit i clau dinamitzadora de les estructures normals i patològiques, constituït per vivències múltiples unides entre si i que estan en "tot el que l'aparell mental té de direccionalitat, d'activitat dirigida cap a objectius", la "adaptació" així resultant no pot ser entesa sense l'emocional i el cognitiu, essència de l'experiencial i arrel de tota experiència, (Rodríguez, 1998:30).

Per això és important tair a compta quins són els àmbits bàsics "que intervenen en la constitució dinàmica del fet psicopatològic infantil", (Rodríguez, 1998:31), autor a qui vam seguir en aquesta síntesi.

Les situacions produïdes en aquests àmbits són les que condicionaran els quadres psicopatològics que més endavant puguem trobar en l'individu. No oblidem que la confluència de les característiques i l'etiologia que apareguin en ells formen un conjunt complex present en "un organisme autotransformen-te, adaptador i autoregulador (sic)", el desenvolupament normal del qual està format per "potencialitats i predisposicions que estan semicodificades en l'organisme a l'espera que en anar vivint, les experiències, en un esdevenir imparabile i imprevisible vagin acabant de configurar-se i constituir els patrons psicològics i psicopatològics", (Rodríguez, 1998:32).

En síntesi, els àmbits a què ens referíem són el propi organisme, concebut com a eix genètic-genésic propi, únic i irrepetible, en el que vam trobar "patrons de desenvolupament semicodificats, potencialitats i predisposicions"; els contextos, amb fort poder dinamitzador per la permanent relació d'intercanvi que amb l'organisme estableixen, la qual serà "clau de tot el procés experiencial i l'essència del contextual i el social"; i l'esdevenir existencial, *tempo* fugen-te que presideix i dóna sentit als altres dos àmbits.

A l'hora d'enfrontar-nos amb els trastorns psicopatològics, no hauríem d'oblidar que "el cervell infantil (és) òrgan sensible, vulnerable, canviant, capaç de contenir, mantenir, dirigir i aprendre, i que pot ser el 'millor medicament' que disposa el nen per resoldre els seus problemes, si li donem temps, llibertat i sabem esperar i confiar en ell i no ho vam interferir", (Rodríguez, 1998:31).



Està clar que l'aparició d'estímuls o models inadequats, o la carència dels adequats respecte a aquestes grans funcions provocaran l'aparició de desajustos que haurem d'incloure en l'àmbit del psicopatològic, tals com l'angoixa i la depressió; els sentiments d'inferioritat; dèficits d'autonomia o aprenentatge social; dificultats d'expressió i trastorns del llenguatge; tics, ritmies, distonies; trastorns en la ingestió i anorèxia, enuresi i encopresis, hiperkinasia; aïllaments en forma de psicosi, autisme o esquizofrènia; comportaments inacceptables; sexualitat col·lectiva amb direccionalitat o problemes no desitjats social o personalment...

Arriba el moment en què hem d'enfrontar-nos als símptomes i els problemes de conducta de què són avis.

Els símptomes són els senyals que l'individu emet per comunicar que alguna cosa no funciona. Aquests símptomes són expressió de malaltia o la seva targeta de presentació. No obstant això, el problema cau en el fet que no hi ha una correspondència i específica clara entre símptoma i síndrome, o entre el símptoma que es percep i l'autèntic símptoma que subjeu a l'aparent.

Pot donar-se el cas que "un mateix símptoma pot ser un signe aïllat sense major significació o bé pot estar ocultant-nos patologies molt serioses, la qual cosa pot induir a error en la seva valoració clínica", (Rodríguez, 1998:36).

Els símptomes tenen components conductuals, de fets empírics, fenòmens que ocorren, i això és com devem de primer tair a compta. Per això cal observar-los i descobrir-los tal com es presenten. Posteriorment cal atendre al seu interès diagnòstic, classificatori, epidemiològic..., però sense perdre de vista el seu valor intrínsec.

No sols és la freqüència el que determina la importància d'un símptoma, sinó que a més a més hem de tenir a compta criteris qualitius com la seva capacitat dinamògena o contaminant, la seva especificitat o patognomonía, les seves repercussions i el pes que tingui en el conjunt de la personalitat.

Existeixen símptomes amb especificitat pròpia i presència gairebé constant, com l'angoixa, la tristesa, l'autístic, les conductes violentes o hiperactives i les conductes psicomotors. Mes tots ells són ambivalents i poligènics i no és correcte aprofundir determinadament en cadascú d'ells, doncs han de ser considerats d'acord amb el conjunt que formen, atenent a la seva afinitat o pertinença a un mateix camp o àmbit.

Respecte d'això és important tenir en compta la proposta de Senn i Solnitt, recollida per (Rodríguez, 1998:39) en la que agrupen els símptomes atenent a la seva major o menor valor psicopatològic.

*-Psicopatologia menor:* sensibilitat excessiva davant de les noves experiències, amb manifestacions d'ansietat; dificultats d'aprenentatge i falta d'interès per aprendre; conductes regressives; trastorns psicomotors; queixes somàtiques; mentides sobre malalties del cos; agressivitat que expressa les dificultats i rivalitats amb els iguals i els adults; tendències destructives (en el nen, rabioles); inhabilitat o mala disposició per fer les coses per si mateix.

*-Psicopatologia major:* retraïment extrem, apatia, depressió, duel,

tendències autodestructives; fallades importants en l'apendizaje amb dificultats en llenguatge (el tartamudeig és un símptoma important); conducta antisocial i incontrolable (crueltat, furt, mentida crònica, destrucció, agressió...); conductes obsessiu-compulsives severes, fòbies, rituals, fantasies; hipersexualidad, assalts sexuals a altres, exhibicionisme sexual; fallades en el desenvolupament somàtic.

Aquesta classificació ens proporciona un bon punt de partida per distingir entre el que són problemes de conducta deguts a estats psicològics no patològics i els deguts a estats patològics, perquè entre els símptomes que hem relacionat amb la psicopatologia menor apareixen la major part de conductes passatgeres i conjunturals

Vam advertir un problema de conducta quan l'individu no es comporta d'acord amb les pautes concebudes com "normals", i presenta símptomes que ens avisen de l'existència d'algun conflicte, desajustament o disfunció. "La majoria de les persones tenen una idea sobre quals són els límits que no han de ser sobrepassats. Hi ha una indubtable sanció social que de vegades encerta de manera sorprenent i altres vegades s'equivoca amb estrèpit", (Rodríguez, 1998:74). El problema teòric sorgeix en el moment en què, deixant a un costat l'intuïtiu, hem de definir què és aquesta normalitat que vam utilitzar com referent, ja que és un concepte complex que necessita consens i respecte al qual poden produir-se desviacions en els seus àmbits extrems.

Tradicionalment s'han emprat tres criteris per valorar la normalitat: l'estadístic, el de funcionalitat, el d'idealidad.

-El *criteri estadístic* es mostra vàlid per al grup, però no tant per a l'individu, per la qual cosa en l'actualitat es dona primacia al qualitatiu sobre la dada estadística psicomètrica.

-És útil per a la psicopatologia clínica el *criteri de normalitat funcional*, centrat en les *funcions d'adaptació* amb el seu contingut evolutiu i autotransformen-te.

-El *criteri d'idealidad* o de normalitat com a utopia és "un judici global, valorador sobre l'acostament o allunyament d'una meta que serveix de comparació, o segons el compliment d'allò que s'ha exigít perquè pugui ser inclòs en una categoria que prèviament hem establert. Es tracta d'un criteri qualitatiu que dependrà de la posició o situació de l'avaluador, del que enjudicia, i per tant dels seus valors i dels prejudicis de l'entorn (...) El criteri de normalitat ideal té interès en casos que necessiten tractament psicoteràpic rehabilitador continuat o reeducatiu que té com a objectiu aconseguir uns resultats específics programats, amb metes clares", (Rodríguez, 1998:75).

En definitiva, i com a punt de partida, "les diferències entre una o una altra situació -l'anomenada normalitat i la d'anormalitat- cauria en la inhabilitat o la incapacitat per realitzar funcions psíquiques complexes i la dificultat per poder resoldre les demandes externes o internes del nen davant de les quals el menor reaccionarà de manera més o menys duradora adaptant-se, hiperadaptándose Beauchesne, (1999), tornant, inhibint-se, o amb patrons d'agressió, fugida, immaduresa Quay, (1998), trencant-se o amb respostes que

impliquen gravetat", (Rodríguez, 1998:76).

O sigui, que hi ha un problema de conducta quan es detecta desviació amb les pautes concebudes com a expressió de la normalitat.

És ara el moment de presentar la necessitat de no confondre el que són simplement problemes de conducta propis de la interacció sovint problemàtica entre l'individu i el seu entorn, amb les alteracions conductuals pròpies d'un estat patològic.

Ja sabem que l'adolescència és un moment d'especial fragilitat en l'evolució de la persona, fragilitat que a hores d'ara se suma a la conflictivitat provocada per la seva coincidència amb un canvi d'etapa escolar.

La necessitat d'autoafirmació de l'adolescent, els comportaments de reacció en la interacció o adaptació amb l'entorn, la inadaptació, la insatisfacció, la disconformitat poden provocar problemes de comportament en què la recerca d'un espai propi -sovint basada a l'oposició al normatiu entès com a imposició exterior no assumida- esdevé conflictiva.

És possible detectar en l'adolescent símptomes semblants als que presenten els estats patològics sense que corresponguin a ells.

No tot problema de comportament ni tota conducta conflictiva ha de ser considerat com a comportament psicopatològic. Per això cal tenir en compte, d'acord amb els principis esbossats més amunt, que en comportaments situats fora de la normalitat influeixen factors com: les conductes pròpies de l'adolescència, els propiciades per la transició de l'EPO a l'ESO, certes dispedagogías i didactogénias, el pes dels models educatius familiars i els referents immediats, el conflicte entre els valors generacionals amb la pugna entre les pautes de modernitat i postmodernidad, el fracàs escolar, la inadaptació escolar, l'ambient social i les relacions personals.

I hem d'admetre que, en moltes ocasions, no hi ha discontinuïtat ni límit específicament marcat que se salti entre la conducta normal-la conducta problemàtica-la conducta psicopatològica. "Recollint el sentir del pensament preponderant podem afirmar que el normal seria la gran proveïdora i que no hi hauria un salt quantitatiu sinó una transformació qualitativa en una franja àmplia amb canvis subtils en la majoria de les ocasions en què la dinàmica: progrés-desorganització, estabilitat-regressió, organització-desorganització-desestructuració es donen en el marc global del desenvolupament..." (Rodríguez, 1998:75).

Així, per evitar la confusió entre la conducta conflictiva patològica i la no patològica, atenem als criteris de Lang (1999), i de (Rodríguez, 1998:77), respecte als símptomes: brutalitat d'aparició; multiplicitat de signes; aparatosidad dels símptomes; índex de gravetat ja acordada d'alguns dels símptomes dels del total; la gravetat en l'estructura, segons el tipus de desorganització; l'evidència de descompensació; la no integració d'alguns símptomes d'organització inferiors en altres superiors; una evident disarmonia.

Hi ha diverses classificacions que es refereixen a les causes generals de les situacions psicopatològiques; encara que actualment la tendència és no realitzar divisions dualistes, i sistematitzar les causes de manera àmplia i no excloent. Així, els factors de causalitat i influència etiològica complementen les causes de natura preponderantment biològiques o experiencials en la seva acceptió més àmplia i genèrica.

Sistematitzant el quadre que ofereix (Rodríguez, 1998:47):

-Causes predominantment biològiques:

-Genètiques, (localitzades en un sol gen en què la penetració és total; en un sol gen amb penetració parcial; alteracions cromosòmiques).

-Amb participació del Sistema Nerviós Central (interferències sobre un cervell ben constituït fins al moment de l'afectació, anomalies congènites, conseqüències del dany cerebral i les malalties cerebrals)

-Causes amb especial presència de l'experiencial:

-Experiències d'índole individual (experiències diádicas inadequades, traumes, duels, separacions),

-Contextuals (absències, distorsions, agressions familiars, insitucionales i ecològiques, l'escola, el grup cultural)

-Causes de natura mixta: el temperament, la constitució i les disposicions individuals semicodificades. La dismaduració cerebral. La comorbilitat com a etiologia. Els factors "orgànics" i "físics" coneguts i desconeguts. Circumstàncies habituals d'és-tres, crisi o risc.

En conclusió a quant antecedeix, queda clar que hem d'atendre als problemes de conducta que presenten els alumnes i tractar de delimitar i avaluar els símptomes amb què es manifesten.

No devem, a més a més, perdre de vista que alguns d'aquests problemes i els símptomes perceptibles poden correspondre a l'expressió de conductes psicopatològiques que requereixen la intervenció de l'especialista.

No obstant això, és necessari tenir en compte, malgrat la dificultat que això comporta en ocasions, que hem d'esforçar-nos per distingir entre les conductes conflictives després de les quals hi ha un estat psicopatològic, i aquells fets que es presenten com a problemes puntuals de conducta i no són més que expressió gaire específica de la situació de la persona en una determinada etapa evolutiva.

És indubtable que un correcte diagnòstic podrà proporcionar-nos les dades precises per centrar i delimitar les situacions conflictives que hàgem d'enfrontar-nos.

### **3.2. La classificació en psicopatologia dels problemes de comportament**

A l'hora de tractar dels intents per aconseguir una classificació efectiva

dels problemes de comportament infantojuvenils que poden ser d'interès per a la psicopatologia, ens vam situar enfront de factors que hem de tenir en compte i l'entitat de la qual assenyalen algunes de les dificultats que cal vèncer en el procés.

És obvi, en primer lloc, recordar la influència molt favorable que al terreny de la investigació de les diverses etiologies, i fins i tot per a l'establiment dels tractaments més adequats i eficaços, té la possibilitat de trobar sistematitzats i classificats comportaments materialitzats i visibles, i símptomes darrere dels quals és possible anticipar la materialització d'altres comportaments que en el moment de l'estudi o del diagnòstic estan latents o en situació de potencial esclat.

D'altra banda, disposar del que Doménech i Ezpeleta (1998-1) denominen "artefactes que els homes introduïm en la natura per entendre-la i comunicar-nos entre nosaltres", (Rodríguez, 1998:121) propícia un millor intercanvi d'experiències, ja que ens dota d'un marc referent respecte al qual podem situar els distints aspectes comportamentals dels individus que requereixen l'ajuda del professional, i això permet contrastar procediments, evolucions i altres factors la dispersivitat dels quals impedeix, si no vam comptar d'alguna sistematització, l'oportú aprofitament.

A més a més, hem de tenir en compte que en qualsevol camp del coneixement humà que botiga a la consideració de "ciència", i aquest en què ens vam trobar ara no sols té aquesta aspiració sinó que, de manera definitiva, ha arribat a l'estatut de "ciència", la capacitat i la possibilitat d'estructurar sistematitzacions susceptibles d'evolució, millora i adaptació, i amb capacitat per integrar tant els nous coneixements com la revisió dels anteriors són un dels aqueixos fonamentals perquè es pugui produir la millora tant en els aspectes teòrics com en els pràctics.

Al Costat d'aquests aspectes, és indubtable que la possessió de marcs teòrics clars, sistemàtics, amb certa estabilitat que no exclouï la discussió interna, proporciona major seguretat als professionals, ja que l'existència de certes prèvies permet tant la recerca de les noves com el contrast quotidià de les ja existents. La innovació es tradueix, així, en un continu moviment d'evolució i adequació del quadre teòric sistemàtic, en un equilibri al caire del desequilibri que li manté en un moviment permanent de millora.

Tot això, sense perjudici de considerar que la pràctica clínica, immersa al dia a dia i en l'especificitat de cadascú dels casos a què atén, pot no sentir com necessària l'existència d'aquest marc sistemàtic comú, ja que qui se les veu dia a dia amb els pacients asseguï com individual i diferenciada la "anomalia" que presenta aquest ser humà que està sota el seu càrrec.

Aquesta sensació s'acreeix en aquells que es dediquen a la paidopsiquiatria, ja que el comportament infantil i juvenil, per correspondre a éssers el desenvolupament del qual està encara en els seus primers estadis i es mostra clarament inestable i incomplet, apareix com difícilment comparable amb el d'altres individus, en tant que el comportament adult, en haver exhaurit moltes de les possibilitats d'evolució i adaptabilitat, sobretot en el cas d'existir

anomalies o deficiències, apareix com una mica més rígid o encotillat en unes categories preestablides.

És evident que la realitat del psiquisme humà i del comportament en què es materialitza, a través de múltiples i variades manifestacions, obliga a una reflexió i una anàlisi seré quan vam tractar d'establir elements que es repeteixen o algun tipus de línies mestres que poguessin ser enteses com a paràmetres capaços d'una classificació sistemàtica.

En un període de temps relativament reduït, l'inici del qual podem situar a meitat del segle XX, ha estat possible establir uns sistemes de classificació dels problemes de comportament infantojuvenils que, mitjançant procediments de millora interna han anat oferint gradualment quadres més i més detallats que en l'actualitat se'ns revelen com enormement potents en ser aplicats a la realitat.

Quan les classificacions per als problemes de comportament dels adults eren ja un fet, i s'estaven fins i tot produint controvèrsies molt productives entre els qui les estaven establint, encara ens trobàvem lluny que s'apliquessin els mateixos criteris i procediments respecte a les casuístiques presentades en el comportament infantojuvenil.

Segons Doménech i Ezpeleta (1998-1), el naixement de la psiquiatria científica moderna, es deu al descobriment de les propietats antipsicòtiques de la clorpromazina el 1952 i a la publicació dels criteris diagnòstics de Feighner el 1972, ja que van ser aquests criteris la base del DSM-III el 1980, fonamental perquè la "utilització de les classificacions en psiquiatria de l'adult", pogués convertir-se en realitat habitual i consolidada, segons cita de (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:22)

Només en el moment en què comença a aclarir-se el mètode classificatori en la psiquiatria de l'adult comença a prendre cos i a augmentar l'interès per classificar els trastorns psiquiàtrics dels nens. Aquestes classificacions, fins i tot en l'actualitat són "molt dependents de la nosografia pensada per a l'adult", encara que sigui molt important "la major participació de paidopsiquiatres en l'elaboració del DSM-IV" i "esperançador el fet que molts psiquiatres francesos de tendència dinàmica i antinosogràfica fins fa poc temps, hagin participat en la redacció de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfance* de Misès i altres el 1988, que té el mèrit de centrar-se molt específicament en els nens i adolescents" paràgraf citat per (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:122).

Aquests sistemes de classificació que hem esmentat "són fonamentalment el DSM i la CIE", (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:124), que corresponen al tipus clínic, categorial -perquè "la unitat de classificació és la categoria basada en l'observació i el judici clínic" (op. cit. 124)- i descriptiu o ateorético -és a dir, que els trastorns "figuren en forma de característiques clíniques observables" (op. cit. 124)- de les síndromes clíniques.

En aquests sistemes s'ha produït una evolució evident, ja que des dels

primers models de tipus lineal (els trastorns es classificaven seguint un criteri únic), s'ha passat a una estructuració multiaxial que permet l'aplicació de criteris diversos, la qual cosa és molt més ajustat a la multiplicitat que es dona en la realitat. CIE-9, CIE-10, DSM-III, DSM-III-R i DSM-IV corresponen a aquesta descripció.

Arriba ara el moment de concretar, ja que hem esmentat, encara que sigui de manera introductòria, l'existència de sistemes eficaços en la psiquiatria de l'adult, i la seva influència sobre les classificacions esbossades en paidopsiquiatria.

Ja no es discuteix la utilitat de disposar d'aquestes classificacions per poder actuar amb relació als problemes de comportament infantojuvenils, no obstant això, no podem deixar a un costat que fins i tot els sistemes classificatoris més avançats dels que disposem en l'actualitat "tenen poc en compte el factor evolutiu així com les diferències d'expressió dels símptomes segons l'edat", (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:122). A més a més, en els sistemes al·ludits, no es tracta específicament el psiquisme infantojuvenil excepte en espais proporcionalment gaire reduïts, situació, aquesta, que és, simplement, herència històrica del mode i els criteris amb què aquestes classificacions s'han anat succeint. Segons Doménech i Ezpeleta, (1998-2), ni tan sols DSM-III-R del 1987 ni DSM-IV de 1995 milloren excessivament aquesta situació respecte a CIE-9 del 1978, que va suposar una millora quantitativa respecte a CIE-8 de 1967 o el DSM-II de 1968, que "només considerava dues categories infantils: la reacció d'adaptació i l'esquizofrènia infantil", (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:123).

És de destacar, també, la falta de concordança entre les categories diagnòstiques de les tres classificacions més emprades a Europa (CIE-10, DSM-IV i la també esmentada anteriorment *Classification française des maladies mentales*). Aquesta falta de concordança que assenyala importants dificultats per definir símptomes i criteris i sistematitzar-los posa dóna manifest, a més a més, un altre dels factors que ja hem apuntat en altres llocs: la dificultat de delimitar els trastorns en la infància, sobretot per sota dels sis anys, en ser molt important la comorbiditat en els nens i adolescents, i no estar gaire clar quines dels símptomes que apareixen en aquestes edats corresponen realment a trastorns del comportament o són, en algunes ocasions o moments, mostra d'una certa intensitat, per excés o defecte, d'actuacions o situacions lògiques en un determinat moment evolutiu de l'individu (ja veurem més endavant, per exemple, que no tota activitat que pugui ser qualificada de "hiperactiva" és símptoma del trastorn que a ella pot anar associat).

Part d'aquests problemes, com indiquen (Doménech i Ezpeleta, 1998-2:123), es poden resoldre, encara que llavors sorgeixen altres, "si en comptes d'utilitzar una classificació categorial un opta per una classificació quantitativ-matemàtica". El problema és, llavors -i vam seguir citant les mateixes autores-, que els "síndromes amb escassa prevalència com és l'autisme infantil no queden reflectits en la classificació", (ibídem.).

### 3.2.1. Evolució històrica

Podem afirmar que des que va existir consciència de la presència d'anomalies comportamentals que poguessin tenir el seu origen en alteracions psíquiques de l'individu, es va iniciar el camí de la determinació categoritzadora d'aquestes anomalies i els seus orígens.

Aquest intent classificador, si bé en alguns casos no és absolutament necessari perquè el professional sigui capaç d'aportar algun tipus d'ajuda a l'individu que presenta trastorns conductuals, és summament útil a l'hora de poder posar en comunes experiències, delimitar pautes d'actuació, orientar les observacions i realitzar inventaris sistematitzats de les casuístiques observades i les seves especificitats.

No obstant això, la complexitat, varietat i variabilitat de la conducta humana, ja apuntades i comentades en altres apartats, junt amb els distints punts de vista des dels que es pot pretendre el seu estudi, fan difícil trobar consensos amplis que poguessin donar cabuda a tanta multiplicitat. Aquesta dificultat es fa més evident i augmenta quan l'objecte d'aquesta pretesa sistematització se centra en els fenòmens que apareixen en l'edat infanto-juvenil, perquè l'estat evolutiu dels seus protagonistes multiplica els valors de variabilitat, mutabilitat i falta de fixesa i concreció en els ítems observables.

Amb tot, els esforços nascuts des de la convicció de la necessitat d'aquesta sistematització han aconseguit, amb el temps, successius sistemes de classificació alhora que han anat variant tant els conceptes com les denominacions dels problemes de comportament.

La consideració bàsica de l'essència d'aquestes anomalies ha variat al llarg de la història, depenent, en cada moment, de la confluència dels coneixements científics respecte d'això i dels valors ètics i morals propis de l'època, perquè han estat aquests, en gran manera, els que han indicat en determinats moments els paràmetres enjuiciadores i valoratius que havien de ser aplicats a les conductes anòmales, jutjades, molts cops, no com a alteració del psiquisme individual o col·lectiu, sinó com a enfrontament o ruptura amb les normes morals.

És conegut que durant segles es va creure que els qui presentaven conductes trastornades sofrien una certa "possessió" per part de les "forces del mal". Aquesta creença "medieval", que arrenca un somriure per parts dels qui posseeixen una formació científica "moderna", va estar, més o menys atenuada però present, fins i tot en el segle XIX, perquè encara en els seus començaments, Piñel parla de "*Manie Sans Deliri*" (mania sense deliri), el 1819 Grohmann tràfic dels trastorns de conducta emprant el terme "*Degeneració Ètica*", i el 1837 Prichard empra la denominació "*Moral Insanity*" per a "descriure pacients que no eren psicòtics i presentaven conductes antisocials de forma recurrent", com afirmen (Mojarro i Benjumea, 1998:767) de "Els trastorns de conducta en la infància"; és a dir, que en el segle XIX els trastorns de conducta era considerats com una desviació respecte a la norma



eticomoral, amb tints de perversió. Segons Mojarro i Benjumea (íbidem.), se suposava que aquests trastorns consistien en “un defecte ètic selectiu, una pèrdua del poder de la consciència, desenvolupant-se amb normalitat la resta de les facultats”.

Quan el 1891 Koch introdueix el terme "*Psicopatia*" (Psychopathic inferiority) ens introduïm en una visió del problema més científica i contemporània.

És el segle XX el que vas agafar a aproximacions fins i tot més diversificades respecte d'això. Per exemple, el 1915 Kraepelin “considera les conductes antisocials recurrents com a manifestacions de formes de psicosi frustrada” (íbidem.); mentre que W. Healy, el 1926, estableix la consideració de la natura hereditària de les deficiències físiques i mentals dels delinqüents, manifestades mitjançant alteracions conductuals. Aquesta afirmació obre una de les línies de pensament més controvertides sobre el tema, i entra en discussió amb l'afirmació de Burt, 1925, en el sentit que en la delinqüència es troben implicades múltiples causes, tant de tipus biològic com de tipus social. (íbidem)

Una aportació clarificadora és la de Cleckley (*The mask of sanity*, 1941), que a la seva obra, en analitzar tant la teoria constitucional com la psicodinàmica i afirmar que ambient i herència són a un temps influències en ella, assenyalava com a traços principals de la psicopatia la carència de sentit de la responsabilitat; la negativa a acceptar culpes per equivocació; l'absència de sentit de la vergonya, la humiliació o el remordiment; les mentides o els fraus; la incapacitat per aprendre de les experiències; necessitat de ser el centre interferint amb la capacitat afectiva cap als altres; la pobresa d'afectes; l'absència de “insight”; la tendència al consum d'alcohol; certes peculiaritats sexuals; i la impossibilitat per seguir un camí adequat, de tot la qual cosa es dedueix, inevitablement, un estil de vida caòtic.

És Partridge, el 1930, qui introdueix el terme "*Sociopatia*" en la terminologia diagnòstica, a què el 1931 s'uneix "*Neurotic character*" (Kahn) o "*Psychopathic state*" d'Henderson, el 1939.

Una passa molt important el donen Jenkins i Hewitt, en realitzar el 1944 un primer treball sobre trastorns de conducta de la infància, en el que identifiquen tres tipus, segons (Mojarro i Benjumea, 1998:768-769):

-Reacció infrasocialitzada agressiva, definida en els nens que “experimenten constantment rebuig matern, no són desitjats, s'abusa d'ells i se'ls mou d'un lloc a un altre, no tenint oportunitats per incorporar valors prescrits”, (Jenkins i Hewitt, 1944, recollit per (Mojarro i Benjumea, 1998:768-769), per això expressen sense discriminar els seus impulsos primitius, es condueixen d'acord amb el principi del plaer, mostren insolència, agressivitat i falta de respecte a les normes i són associa'ls.

-Reacció delinqüent associada, definida en els nens que experimenten “abandó matern, el pare està prompte absent o és ineficaç”, Jenkins i Hewitt, 1944, recollit per (Mojarro i Benjumea, 1998:769), i la socialització del qual

ocorre principalment al carrer, per la qual cosa es troben bé amb altres nens del mateix tipus i participen en grup; les seves conductes van contra les regles formals, la propietat i les pautes i codis de conducta, en tant que es mostren menys agressives cap a les persones que en el primer tipus.

-Reacció sobreansiosa, definida en els nens que creixen “en un ambient en el qual un dels pares, més probablement la mare, és rígida, demandant i dura per agradar. Prompte el nen aprèn que les expressions de desig invoquen disgust als pares i còlera”, Jenkins i Hewitt, 1944, recollit per (Mojarro i Benjumea, 1998:769) per això aprenen a reprimir els sentiments egosintònics i arriben a ser tímids, aïllats, ansiosos i per això desenvolupen símptomes d'ansietat i malson.

La primera classificació categorial de les malalties mentals de l'APA apareix el 1952, que codifica en el DSM-I el “Diagnòstic de trastorn de personalitat sociopàtica” en quatre subtipus (Mojarro i Benjumea, 1998:768):

-Reacció antisocial: “individus que estan sempre amb problemes, no treuen profit de les experiències ni càstigs i no mantenen lleialtat a les persones, grups o normes” (íbidem.), freqüentment cruels i hedonistes, amb marcada immaduresa emocional i absència del sentit de la responsabilitat, de judici i amb inhabilitat per racionalitzar la seva conducta, per la qual cosa per a ells apareix com “raonable i justificada”.

-Reacció disocial: adults que “no fan cas de les regles socials i freqüentment entren en conflicte amb elles, amb el resultat de viure en un ambient moral anormal. Són capaços de ser lleials i no mostren desviacions de personalitat significatives” (íbidem.).

-Desviació sexual.

-Alcoholisme i addicció a drogues.

Pel que fa a la infància, no es contempla el diagnòstic de trastorn de conducta.

Mitjançant el diagnòstic de “Trastorn de Personalitat Sociopàtic: reacció antisocial i disocial”, Freedman i Kaplan el 1967, esmentat per (Mojarro i Benjumea, 1998:769), descriuen nens “que estan sempre amb problemes i no treuen profit d'experiències o càstigs” (íbidem), quadres que podien ser causats per variades condicions, entre les que és factible incloure el dany cerebral i la psicosi. I el 1969 Rutter aporta una classificació en què inclou una categoria per a trastorns de conducta amb formes d'accions il·legals.

El 1966 el “Sistema de Classificació del Grup per a l'Avanç de la Psiquiatria” aporta una classificació recolzada en una perspectiva psicodinàmica. Les seves característiques principals són les següents (Mojarro i Benjumea, 1998:769):

-No es descriuen trastorns antisocials.

-S'usa el terme de Trastorn de Tensió-descàrrega per referir-se a nens amb conductes desordenades.

-Es divideix aquesta categoria en dos subcategories: la primera, "personalitat impulsiva" descriu el nen socialitzat que mostra relacions superficials i baixa tolerància a la frustració; la segona, "trastorn de personalitat neuròtica" descriu el nen socialitzat, amb relacions més càlides, les conductes antisocials del qual són degudes a una "reacció inconscient per a la intensificació de conflictes" (ibidem.).

La classificació de Quay el 1964, esmentada per (Mojarro i Benjumea, 1998:770), és de gran interès perquè mitjançant l'anàlisi factorial analitza factors socioculturals, de la qual cosa s'obté la identificació de tres tipus de delinqüents:

-Delinqüent Socialitzat Subcultural, que viu en un ambient que recolza la seva conducta, caracteritzat per "pobresa, famílies nombroses, models de conducta criminal i pares inadequats" (ibidem.), també són freqüents en ell un sota quocient intel·lectual i pobre desenvolupament acadèmic.

-Delinqüent No Socialitzat Psicopàtic, que és incapaç de desenvolupar i mantenir relacions estretes amb altres persones i estén a oposar-se de forma activa contra l'autoritat.

-Delinqüent Amb Trastorn Neuròtic, generalment acompanya a altres problemes de conducta (retard mental, neurosi, psicosi, dany cerebral...).

Als quadres que vam adjuntar es pot apreciar l'aparició-desaparició d'algunes denominacions, o el canvi de les mateixes, com per exemple el "Trastorn de conducta socialitzat", no contemplat en el DSM-II de 1968 i present en la majoria de classificacions, o el canvi del terme "Trastorn del Comportament" pel de "Trastorn de Conducta" que es dona en el DSM-III, amb la introducció de 4 categories diagnòstiques.

Els estudis dimensionals són més enriquidors, perquè aporten la identificació de nombre més gran de factors. Quay, recollit en (Mojarro i Benjumea, 1998:771), assenyala 6 factors en la població infantil, dels quals dos són "trastorns de conducta": "Trastorn De Conducta" i "Socialitzat Agressiu".

Atenent als enfocaments en la categorització, assenyalarem com més importants tres d'ells:

1.- Identificació dels símptomes prominents i determinació de si els traços familiars, caraterístiques associades, respostes al tractament i pronòstic varien entre els individus que presenten aquests símptomes.

En aquesta línia, Patterson, esmentat per (Mojarro i Benjumea, 1998:771), distingeix entre els nens antisocials aquells el símptoma primari dels quals és "agredir" d'aquells en què ho és "furtar", aglutinant entorn

de cadascú d'aquests dues símptomes primaris un feix de símptomes secundaris (històries de baralles i conductes agressives, més aversives i coercitives, amb major desobediència -en el primer cas-, furts repetitius, contacte amb la justícia, menor contacte emocional dels pares -en el segon).

2.- Consideració d'una dimensió bipolar de conductes antisocials manifestes i encobertes.

Les "manifestes" serien del tipus baralles, discussions, hiperactividad, rabioles... i s'equipararien al grup de Quay de "trastorn de conducta". Les "encobertes" serien del tipus furts, absentisme escolar, mentides, incendis, ús d'alcohol i/o drogues i serien equiparables als "socialitzats agressius" de Quay.

3.- Consideració de l'edat d'aparició del quadre. El que donaria "inici primerenc/tardà".

NOMENCLATURES UTILITZADES EN ELS SISTEMES DE CLASSIFICACIÓ		
Classificacions dimensionals	1944- Jenkins i Hewitt	TRASTORN DE CONDUCTA: 1. Reacció Infrasocialitzada Agressiva 2. Reacció Delinqüent Socialitzada 3. Reacció Sobreansiosa
Nomenclatura i classificacions en trastorns de conducta	1964- Quay	1. Delinqüent Socialitzat Subcultural 2. Delinqüent No Socialitzat Psicopàtic 3. Delinqüent Amb Trastorn Neuròtic
	1967- Freedman i Kaplan	TRASTORN PERSONALITAT SOCIOPÀTIC: Reacció Antisocial i Disocial
	1982- Patterson	Trastorn de Conducta (Agressivitat) Trastorn de Conducta (Furts)
	1985- Loeber i Schamaling	Trastorn Conducta Tipus Manifesta Trastorn Conducta Tipus Encoberta
	1986- Quay	TRASTORN DE CONDUCTA. Socialitzat Agressiu
Classificació nosològica D.S.M.	DSM-I (1952)	TRASTORN PERSONALITAT SOCIOPÀTIC 1. Reacció Antisocial 2. Reacció Disocial 3. Desviació Sexual 4. Alcohol i Addicció a Drogues
	DSM-II (1968)	TRASTORN DEL COMPORTAMENT

		EN LA INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA -Reacció infrasocialitzada Agressiva de la Infància
	DSM-III (1980)	TRASTORN DE CONDUCTA 1. Infrasocialitzat Agressiu 2. Infrasocialitzat No Agressiu 3. Socialitzat Agressiu 4. Socialitzat No Agressiu
	DSM-III-R (1988)	TRASTORN DE CONDUCTA 1. Grupal 2. Agressiu Solitari 3. Indiferenciat
	DSM-IV (1994)	TRASTORN DISOCIAL 1. Presentació En La Infància 2. Presentació En L'Adolescència
Classificació nosològica C.I.E.	CIE-9 (1978)	-Trastorn De Conducta Infrasocialitzat -Trastorn De Conducta Socialitzat -Trastorn De Conducta Compulsiu -Trastorn Mixt Conduca I Emoció
	CIE-10 (1992)	TRASTORNS DISSOCIA'LS -Trastorn Disocial Limitat al Context Familiar -Trastorn Disocial En Nens No Socialitzats -Trastorn Disocial En Nens Socialitzats -Trastorn Disocial Desafiador i Oposició

**Quadre núm. 1** :(Realitzat a partir dels Quadres I, II i III de (Mojarro i Benjumea,1998:772-773).

### 3.2.2. Epidemiologia

A hores d'ara és pràcticament impossible, en consultar la literatura de referència, trobar dades numèriques clarament homologables o compartides pels distints autors pel que fa als aspectes epidemiològics dels trastorns. Així, veiem que les taxes de prevalència dels distints trastorns que s'indiquen en els treballs consultats abracen un arc relativament ampli i no és fàcil extreure conclusions numèriques que per la seva coincidència puguin ser preses com a referències generals i més encara aplicables al nostre context. Stahl (1999)

En principi, pot semblar estrany o aliè al rigor de la investigació científica el fet comentat i fàcilment constatable; no obstant això, en atendre les causes que sens dubte estan en l'origen d'aquesta diversitat potser sigui possible entendre millor les enormes dificultats amb què encara es troben tots els intents

de quantificació a l'ús:

- La diferent conceptualització i delimitació simptomatològica: és a dir, la coexistència de diversos sistemes i models de delimitació-definició dels símptomes fa que els autors no s'estiguin referint a la mateixa realitat clínica en les seves investigacions, ja que els subjectes o els símptomes estudiats ocuparien distints "llocs" en els epígrafs dels quadres estadístics de les investigacions en funció de la diferent conceptualització inicial. Serien necessaris un tractament i una presentació analítica cas per cas -la qual cosa resulta aliè a l'objectiu de síntesi que té el tractament estadístic, i impossible en tenir en compte el nombre d'elements que han d'existir perquè cada estudi estadístic adquireixi la necessària fiabilitat i representativitat-, perquè en efectuar la comparació dels resultats numèrics dels diversos estudis poguessin extrapolar-se uns en altres.

- Els distints instruments i criteris diagnòstics emprats per a la detecció de casos (categorials-dimensionals): aquesta variable és concurrent amb l'anterior. Símptomes i criteris diagnòstics estan en íntima relació, per la qual cosa si dalt apuntàvem que la distinta posició respecte a aquells feia gairebé inviable la comparació dels distints estudis, un altre tant hem d'afirmar respecte a aquests. És a dir, la diferència entre els criteris diagnòstics emprats implicarà, necessàriament, que no pugui establir-se homologació entre els resultats numèrics obtinguts en quantificar els casos.

- Les característiques de les poblacions estudiades (clínica-general, urbana-rural, rangs d'edat inclosos...): els estudis no es realitzen sobre la mateixa població, poblacions iguals o poblacions de característiques semblants; i caldrà esperar que aquests estudis es realitzin sobre mostres de població estadística i universalment rellevants -acudint als procediments més avançats de la sociologia estadística- perquè es puguin establir conclusions generals. Fins ara, les investigacions es realitzen sobre col·lectius molt determinats i de característiques pròpies molt accentuades, i difícilment comparables entre si.

La categorització necessària per poder sustentar mostres estadístiques depèn unívocament de l'enfocament amb què es realitzi; i els seus resultats, per tant pot variar en funció d'aquests plantejaments apriorístics:

-L'edat d'aparició dels quadres simptomatològics o de la seva detecció influeix en la classificació, tant diagnòstica com dels segments de població afectats. Hem de recordar que hi ha trastorns que poden tenir inici primerenc o inici tardà, que hi ha símptomes d'alguns trastorns que romanen latents pel que l'existència del trastorn pot ser, en realitat, anterior al seu diagnòstic, i que hi ha símptomes de trastorns que poden estar en complementarietat amb els d'altres, per la qual cosa si l'anàlisi es realitza en un determinat estrat d'edat no és estrany que el diagnòstic no sigui tan específic com degué.

-El fet que en alguns trastorns puguin existir conductes manifestes i encobertes (assenyalat especialment en les conductes antisocials), per la qual cosa és raonable tenir en compte que no sempre els investigadors disposen de

totes les dades, perquè el reconeixement de les conductes encobertes pot ser posterior a la determinació de símptomes i trastorns a partir de les conductes manifestes.

-La identificació dels símptomes prominents, junt amb la determinació de les variacions dels traços familiars, les característiques associades, les respostes al tractament i els pronòstics, que en definitiva constitueixen, en cada individu afectat, un quadre específic que és reflex d'un món personal, potser comparable o tangent amb el d'altres individus afectats, però mai compartit, ja que el trastorn és individual i intransferible. Donem un repàs a la manera en què apareixen les taxes de prevalència.

Tenim estudis en què es valoren exclusivament símptomes aïllats, com el de Lapouse i Monk (1998), que assenyalen que el 31% de nois i 21% de noies entre 6 i 12 anys tenien problemes en el control de la conducta. Aquestes xifres tan altes poden provocar cert alarmisme si vam oblidar que l'aparició dels símptomes aïllats no significa l'existència de trastorns i que, en realitat, és obvi que en algun moment del procés d'ajust que es produeix en l'adolescència és normal trobar algun problema de conducta, que en la major part dels casos no té transcendències posteriors o no s'associa amb altres problemes en una seqüència determinant de l'existència d'un trastorn clar.

La mateixa conclusió cap en analitzar les dades que proporciona Quay (1998). En el seu estudi assenyalen que, segons la valoració de professors de primer i segon grau, el 31% i 26% dels nois es barallen i desobeeixen, mentre que per a les noies les xifres són del 6% i 11%, respectivament. No és arriscat aventurar que aquestes xifres, proporcionades pels qui sense desitjar-lo es vine clarament afectats en la seva més directa activitat professional pels fets dels alumnes, estan subjectes a un subjectivisme explicable i excusable, i que no existeix en les xifres, la qual cosa seria necessària discriminació entre actes greus i actes molt concrets i de baixa intensitat. D'altra banda, no vam comptar amb l'element discriminatori dels paràmetres d'observació, necessaris per certificar la pertinència de les dades.

Per raons semblants cal tenir cautela en manejar les xifres que presenten Quay i Werry (1999), resultants de l'autoavaluació dels adolescents de 13 a 18 anys que presenten conductes específiques pertanyents al trastorn. Dels enquestats, més del 50% admeten robar, el 35% assaltar, el 45% destruir propietats i el 60% admeten tenir més d'un tipus de conducta antisocial (agressivitat, abús de drogues, vandalisme...). És indubtable que les xifres són elevades, però cal tenir en compte que es donen sobre un univers molt concret, format per individus ja assenyalats com a problemàtics, que possiblement tenen consciència d'això, i que en un percentatge no determinat de casos poden entendre com un senyal de "prestigi" el fer gala d'alguna conducta problemàtica, com a reforç de la seva pròpia conducta.

En poblacions psiquiàtriques les taxes són també, com no podia ser menys, altes. Els citats autors, assenyalen que els trastorns de conducta representen el diagnòstic més freqüent entre adolescents, de forma que d'1/3 a

½ de tots els nens i adolescents referits a consulta externa psiquiàtrica són diagnosticats de tenir el trastorn.

Fins ara ens hem referit a xifres obtingudes d'estudis que se centren en segments de població marcats per característiques que els fan proclius a donar xifres de prevalència anormalment altes.

Per tant no pot estranyar que estudis realitzats en "població general" reflecteixen que les taxes disminueixen en utilitzar criteris diagnòstics més estrictes.

Rutter et al. (1996) quantifiquen que, entre nens de 10-11 anys, el 4,2% presentaven trastorns de conducta en àrees rurals (6,2% barons, 1,6% dones) sent el trastorn psiquiàtric més comú en el sexe masculí. Aquests mateixos estudis, realitzats en àrees pobres urbanes (Londres) amb mètodes semblants, donen que la proporció de trastorns de conducta es doblegava. No obstant això, les taxes són quelcom superiors en àrees urbanes (8%), amb la qual cosa és impossible extreure conclusions estadístiques de valor universal.

No són únicament els criteris utilitzats responsables de les diferències en taxes. Està clar que moltes altres variables repercuteixen en la diversitat de xifres, l'edat, per exemple, sembla un factor clarament influent. Segons aquest últim autor, en estudis amb nens de 4 a 6 anys i on utilitzen com a criteris diagnòstics el DSM-III on es recull informació de pares i professors mitjançant escales (nens de 4 a 11 anys) i de pares autoavaluades (de 12 a 16 anys), s'observa que la freqüència de símptomes de menor gravetat disminueixen amb l'edat; en canvi, els símptomes de major gravetat augmenten amb ella.

Pel que fa a les diferències segons el sexe, i altres factors del citat estudi, hi ha pràctica unanimitat a afirmar que hi ha taxes superiors en els barons respecte a les que apareixen en les dones, amb variacions de les proporcions. Sent la proporció de 3 nois per cada noia.

Les diferències entre sexes no són les úniques que apareixen en valorar la presència o no del trastorn. L'edat de presentació del mateix sembla també rellevant, i sembla que en els barons la presència s'anticipa.

Aquestes diferències semblen corroborar-se al comparar-les amb les autoavaluacions realitzades en adolescents. En elles, a l'autoavaluar-se retrospectivament, més de la meitat dels nois (57%) referien començar el quadre abans dels 10 anys, mentre que en les noies el rang d'edat anava de 14-16 anys (ibide).

A més a més de les diferències respecte al sexe, de taxes i edat de presentació, també són distints els símptomes per què es requereix assistència mèdica: els barons més per conductes com a robatori i agressió i les noies més per alteracions en la conducta sexual.

### **3.3. Aproximació nosològica dels problemes de comportament a través de**



## la taxonomia DSM-IV

El DSM-IV és la versió més actualitzada (1994) del sistema de classificació dels trastorns mentals elaborat per la Societat Americana de Psiquiatria (APA), que ha tingut versions anteriors com DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987). Com veiem en altres apartats d'aquest treball, aquest sistema de classificació coexisteix amb classificacions com la coneguda com CIE-10, que ha estat tinguda en compte per dotar a la DSM-IV de la flexibilitat operativa amb la que sobrepassa les rigideses en què poguessin encotillar-la els seus traços definitoris.

Al DSM-IV s'ha arribat després de la revisió crítica de les versions anteriors del DSM, amb canvis evidents, per exemple, en la modificacions de DSM-III-R a DSM-IV de la subclassificació de la categoria “Trastorns d'inici en la infància, la infància o l'adolescència”, en la modificació de criteris respecte al *retard mental* per fer-los més compatibles amb allò que s'ha definit per l'American Association of Mental Retardation, la reducció a 12 del nombre de criteris per a l'autisme, junt amb algunes reorganitzacions internes del tipus aparició del “trastorn de l'alimentació en la infància”, o la inclusió en “trastorns de la ingesta” de l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa. Una anàlisi detallada d'aquestes modificacions se'ns ofereixen en (Doménech i Ezpeleta 1998-2:130-133).

Les característiques específiques del sistema DSM, i especialment de la versió que coneixem com DSM-IV el fan molt adequada a les nostres finalitats, ja que ens proporciona la sistematització i la claredat de continguts que vam necessitar. El seu objectiu fonamental és “oferir descripcions clares de les categories diagnòstiques per facilitar als clínics i investigadors el diagnòstic, la comunicació, l'estudi i l'atenció a les persones amb diversos trastorns mentals”, (APA, 1994)

El DSM-IV (1994) és, en primer lloc, un sistema “categorial” (estableix classificacions a partir de sèries de criteris amb traços definitoris); és a dir, utilitza un mètode d'organització dels continguts general en molts sistemes d'informació de què ens són habituals en la vida diària i que és enfocament fonamental en el món del diagnòstic mèdic, alhora que resulta molt adequat quan pretenem establir classificacions en grups homogenis, amb límits clars entre aquests grups, i amb delimitació de les exclusions mútues entre cadascú d'aquests mateixos grups. Encara que en el DSM-IV, a partir de les categoritzacions bàsiques vam trobar la possibilitat de flexibilitat que proporciona el fet que no “assumeix que cada categoria de trastorn mental sigui una entitat separada, amb límits que la diferencien d'altres trastorns mentals o no mentals” APA (1994), ja que reconeix l'heterogeneïtat dels casos clínics en incloure criteris polítètics mitjançant els quals basta amb què es donen un nombre determinat d'entre tots els que formen la llista general definitiva de cada trastorn, la qual cosa permet que a partir dels “casos límits” es pugui recollir “major afirmació clínica addicional que vagi més enllà del diagnòstic” APA (1994).

Una altra característica del DSM-IV és el seu “caràcter jeràrquic”,

mitjançant el qual obtenim una estructura d'organització en forma d'arbre expandit d'esquerra a dreta, de forma que a partir d'una primera definició del trastorn se'n va procedint a subdivisions progressives en les quals s'augmenta l'especificitat de la definició. Igual que comentàvem respecte a la categorització, existeix en el DSM-IV una flexibilitat que ha suavitzat l'aplicació de les "regles jeràrquiques" que fa més possible la realització de diagnòstics múltiples.

A l'últim hem d'esmentar la "multiaxialidad", és a dir, el fet que cada cas s'avaluï en diversos aspectes rellevants per planificar el tractament.

En definitiva, la nostra elecció del DSM-IV es deu a la claredat de la seva categorització, que ajuda de manera evident a concretar els traços específics de cada cas, al caràcter jeràrquic del mode en què en ell vam arribar als traços més específics, i la multiaxialidad que permet la utilització de diversos aqueixos per plantejar el diagnòstic i les accions que d'ell hagin de derivar-se.

### **3.3.1. Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador**

Vam trobar en el DSM-IV una secció -"Trastorns d'inici en la infància, la infància i l'adolescència"- que engloba distints apartats amb trastorns el diagnòstic primer de la qual és més freqüent o gairebé específic dels primers anys o etapes de vida de l'individu, fins a l'adolescència. Aquesta especificació diferenciadora s'estableix per criteris de practicidad i ve determinada, exclusivament per la referida aparició primerenca dels símptomes.

Com assenyalava la documentació bàsica que es maneja respecte d'això (APA, 1995:39) "no es pretén suggerir que existeixi alguna distinció clara entre trastorns 'infantils' i 'adults'". També cal tenir en compte que el diagnòstic dels mateixos és possible que es realitzi en l'edat adulta, malgrat que el seu inici estigui arrelat en etapes infanto-adolescentes. No obstant això, el normal és que molt jove els individus afectats hagin requerit assistència clínica, a causa de la manifestació d'alguns dels símptomes, ja en els primers moments de l'o dels trastorns, Pierce (1999).

L'anterior no vol dir que els trastorns inclosos en el grup de què ara ens vam ocupar siguin específics de les primeres edats de la vida de l'individu, ni que en aquestes primeres edats aquests trastorns siguin els exclusius.

De fet, el nen i l'adolescent pot sofrir la pertorbació d'altres trastorns no inclosos aquí.

D'altra banda, com ja s'especifica en el desenvolupament detallat que fem dels trastorns que vam tractar en el conjunt d'aquestes pàgines, s'indica amb l'expressió "en remissió parcial" el diagnòstic que s'efectua, en edat madura, de la persistència en forma atenuada o residual d'un trastorn de diagnòstic general molt jove.

Les dades d'APA (1997) indiquen que: "S'estima que entre el 12 i el 15% dels nens presenten un trastorn mental. Les taxes de prevalència del Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad oscil·la (sic) entre el 2,2 i el 9,9% en

contextos no clínics. La taxa de prevalència del Trastorn disocial es troba entre l'1,5 i el 5,5% amb taxes considerablement més elevades en els nens que en les nenes”.

El nom general dau als trastorns que semblen més específics de les primeres edats és el de “Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador”.

La generalitat de l'etiqueta indica l'ampli ventall de símptomes contemplats i abraça els traços definitoris dels trastorns concrets que s'agrupen sota ella. És interessant advertir els dos grans aqueixos establerts: el dèficit d'atenció amb les dificultats per al control de la sensorialidad i els estímuls, i l'amplitud de comportaments que, d'una o una altra manera, poden ser considerats “pertorbadors”.

Els trastorns recollits en aquest apartat són els següents:

- El *Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad*, caracteritzat per la manifestació de símptomes de desatenció i/o d'impulsividad-hiperactividad, amb subtipus que especifiquen la presentació del símptoma predominant (tipus amb predomini del dèficit d'atenció, tipus amb predomini hiperactivo-impulsivo i tipus combinat).

- El *Trastorn disocial*, amb els seus comportaments violadors dels drets bàsics dels altres o les principals normes o regles socials pròpies de l'edat del subjecte.

- El *Trastorn negativista desafiador*, manifestat per un patró de comportament negativista, hostil i desafiador.

- Cal incloure, així mateix, altres “dues categories no especificades: *trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad no especificat i trastorn de comportament pertorbador no especificat*”, (APA, 1995:40).

### **3.3.1.1. Trastorn de Dèficit d'Atenció amb Hiperactividad (TDAH)**

En l'actualitat, s'engloba sota aquesta denominació un grup heterogeni de manifestacions clíniques les materialitzacions conductuals més visibles del qual, a grans trets, són l'hiperactividad, la impulsivitat i la dificultat per mantenir l'atenció.

Els estudis realitzats en distints països i cultures, entre els que podem assenyalar Laposue, Monk , Rutter i Luk, citats per (Benjumea i Mojarro, 1998:737), coincideixen a assenyalar les característiques conductuals d'activitat motora, inquietud, inatenció i distraibilidad, malgrat el que hi ha un cert nivell de discrepància, ja que autors com Taylor el 1986, deixen a un costat la “impulsivitat”, per l'ambigüitat generalitzadora del concepte, en tant que, per exemple Barkley el 1982, recull el trastorn com “significativa deficiència respecte a l'edat d'atenció, control d'impulsos i govern de la conducta”, segons cita de (Rodríguez,1998:737).

Aquestes manifestacions apareixen unides a una etiologia encara no excessivament definida, el progressiu coneixement de la qual ha anat

ocasionant canvis en la denominació i en els criteris diagnòstics. Aquesta evolució assenjala l'interès i la millora de la informació i la comprensió que en aquest àmbit han aconseguit els estudis multidisciplinaris escomesos per psiquiatres, psicòlegs i pedagogs.

És precís, abans de continuar la la nostra anàlisi, que ens detinguem en els significats d'alguns dels termes (*hiperactividad, dèficit atencional, i impulsivitat*) que s'han utilitzat com a referències per denominar el Trastorn que ara ens ocupa.

En primer lloc ens vam ocupar del terme "*hiperactividad*", que etimològicament significa "gran activitat", sense tipus algun de connotació negativa, i que no obstant això ha adquirit sentits clarament pejoratius en ser aplicat a conductes o temperaments en què s'ha observat alguna desviació, algun dèficit, o alguna síndrome o malaltia. Com assenjala Taylor el 1986 ha estat aquesta inadequada utilització la que provoca les confusions terminològiques que podem detectar, i el que fa necessari que distingim entre "sobreactividad" e "hiperactividad" e "hipercinesia", com recullen (Benjumea i Mojarro 1998:737-738).

Per "sobreactividad" entendríem una quantitat excessiva de moviment, és a dir, un grau d'activitat que supera el que entén dins els paràmetres que defineixen la normalitat tenint en compte altres variables com l'edat o la situació de l'individu.

La "hiperactividad" qualifica més un estil de conducta, un conjunt, que un acte individual. L'actuació hiperactiva és confusa, caòtica, falta de proporció i lògica en l'aplicació d'esfuezos i intensitats, i en el nen és provocada per la combinació desproporcionada de "inquietud" e "inatenció".

Aplicaríem el terme "hipercinesia" a la síndrome psiquiàtrica caracteritzada, essencialment, per inquietud i inatenció; aquesta síndrome englobaria variables clíniques dependents i interdependents de l'hiperactividad i la inatenció, per la qual cosa la "hiperactividad" resultaria un integrant de la síndrome hiperkinésica. Això porta a la necessitat de contemplar la qualitat i quantitat amb què es presenta aquesta hiperactividad com recullen (Benjumea i Mojarro, 1998:738), segons ens cita l'autor per a Firestone, Martin i Zental, només és rellevant la quantitat, i la seva variabilitat dependent de les situacions (íbid) Scheleifer, Weiss, Cohen, distingeixen "hipercinéticos situacionals" - hiperactivos només en algunes situacions-, i els "hiperactivos profunds" - hiperactivos en la major part de situacions; aquests últims es caracteritzen per tenir més accentuats -segons Sachar el 1981, Samberg el 1978, i Campbell el 1977- els aspectes negatius de dèficit cognitiu, anomalies en exàmens de neurodesarrollo, dèficit atencional, trastorns psiquiàtrics en el començament de l'estudi i en el seu seguiment posterior, erraticidad de l'estil cognitiu... cites totes elles de (Benjumea i Mojarro, 1998:738)

Pel que fa al "*dèficit atencional*", com sintetitzen (Benjumea i Mojarro, 1998:739-740) i vam citar textualment- és dable establir que pot correspondre a un problema aïllat sense major significat, una condició específica de l'individu o,

la qual cosa seria més problemàtic, component d'un trastorn psiquiàtric general. També en l'aplicació d'aquest terme vam trobar diferències segons els diferents autors que l'esmenten. Així, tenim sentits aparentment tan dispars com "fallada d'orientació" -Cohen i Douglas-, "dèficit en el control d'impuls" -Douglas -, "diferència en estratègia de processament" -Messer -, "diferència en vigilància" -Kupiez i Richardson -, "fallada d'atenció sostinguda" -Sykes-, o "disfunció d'atenció sostinguda" -Dykman-.

El que sí que és evident sense cap mena de dubte és que en els individus hiperactius és constatable l'existència d'un dèficit cert d'atenció mantinguda, a causa de deficiències en alguns dels tres mecanismes sobre els quals aquesta atenció ha de sostenir-se: manteniment en el temps, organització i autodirecció i quantitat d'esforç invertit. Però també respecte a aquestes variables hi ha opinions diferenciades. En utilitzar diferents tipus d'esment tals com: "dèficit d'atenció mantinguda", en oposició al "dèficit d'atenció selectiva"; en realitzar diferenciacions amb relació a estímuls en temps prolongat, mentre queda minimitzat en tasques atencionales "de breu durada

A l'últim ens vam trobar amb la "*impulsivitat*", (Benjumea i Mojarro, 1998:739-740) citen textualment que en els nens afectats per aquest quadre, la referida a la cognició (ser ràpid i incorrecte en resoldre problemes per no detenir-se a pensar abans d'actuar en pro de la resolució, la qual cosa Kagan, va denominar "impulsiu *versus* reflexiu") i la referida a la conducta (falta de control en la conducta buscant gratificacions immediates i sense tenir en compte conseqüències posteriors). Així, vist l'anterior, en cap cas cal confondre la impulsivitat amb la facilitat per mostrar rapidesa en les respostes.

Atenent als criteris diagnòstics, en general, i malgrat que en gran quantitat de casos, amb la realització de l'anamnesis, és possible recollir símptomes des dels primers mesos de vida, la detecció del quadre clínic sol concretar-se durant "els primers anys preescolars" (Benjumea i Mojarro, 1998:736).

Com a símptoma bàsic s'estableix la denominada "dicotomia hiperactivitat-dèficit atencional", (íbidem), sense que existeixi acord sobre quin dels dos elements de la mateixa és la causa o origen primari que provocaria l'existència de l'altre.

És necessari assenyalar que no ha estat possible establir proves de laboratori diagnòstiques en l'avaluació clínic del Trastorn, si bé és cert que en alguns grups d'afectats ha estat donat observar rendiments anòmals respecte als individus del grup de control en proves que requereixen processament mental persistent, encara que no s'ha definit quin és el dèficit cognoscitiu responsable d'aquest fenomen.

Tampoc hi ha característiques físiques evidents associades al Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, malgrat que es poden donar algunes de les denominades "anomalies menors" (hipertelorisme, implantació baixa dels pavellons auditius, paladar ogival) i una major freqüència de lesions físiques produïdes per accidents.

En les sistematitzacions a l'ús, concretament la del DSM-IV (APA, 1995:82-89), s'ha establert que els criteris per al diagnòstic del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactividad són els següents:

-Criteri A: persistència d'un mínim de 6 símptomes de desatenció, i un mínim de 6 símptomes de hiperactividad-impulsividad, durant un període mínim de 6 mesos, amb un nivell d'intensitat que els fa desadaptatius i incoherents respecte al nivell de desenvolupament general de l'individu.

-Criteri B: generalment, la detecció té lloc abans dels 7 anys d'edat, "no obstant això, bastants subjectes són diagnosticats havent estat presents els símptomes durant diversos anys", (APA, 1995:82).

-Criteri C: que els problemes generats o relacionats amb els símptomes es donen en almenys dues de les situacions o els ambients quotidians freqüentats pel nen. No és normal que un individu present un mateix nivell de disfunció en tot tipus de situacions o de mode permanent en la mateixa. De mode general, hi ha empitjorament en aquelles situacions amb exigència d'atenció o esforç mental sostingut, o faltat d'atractiu o novetat en si mateixes. L'observació d'aquests comportaments és difícil, perquè poden quedar latents o simplement no donar-se, si l'individu es troba sota un control estricte, que no li permeti desenvolupar una conducta pròpia, o rep una apreciable i freqüent gratificació en observar el comportament adequat. També hem de tenir en compte que són més freqüents els símptomes en situacions de grup, per la dificultat d'ajustar la conducta a uns paràmetres col·lectius, que en situacions de soledat.

-Criteri D: existència de clares mostres d'interferència en l'activitat pròpia del nivell de desenvolupament en els àmbits socials, laborals o acadèmics.

-Criteri E: a l'últim, és necessari que els símptomes per al diagnòstic apareguin aïllats, no associats a altres alteracions majors de la personalitat, és a dir, que la seva presència "no apareix exclusivament en el transcurs d'un trastorn generalitzat del desenvolupament, esquizofrènia o un altre trastorn psicològic, i no s'explica millor per la presència d'un altre trastorn mental", (APA, 1995:89).

En APA (1995) vam trobar perfectament sistematitzades les característiques diagnòstiques a les que es refereix l'establert Criteri A.

Pel que fa a la *Desatenció* tenim (APA, 1995:88):

-Sovint no hi ha la suficient atenció als detalls, amb el subsegüent error per descuit en les tasques (escolars o laborals), o en altres activitats.

-Amb freqüència l'individu té dificultats per al manteniment de l'atenció en activitats o tasques lúdiques.

-En la major part d'ocasions no sembla escoltar quan se li parla directament.

-És usual que no segueixi instruccions ni finalitzi les tasques escolars, els encàrrecs, o les obligacions laborals (atenció: aquest comportament no ha d'estar motivat per un comportament "negativista" o per la dificultat de l'individu per entendre les instruccions, perquè en aquest cas ens trobaríem davant d'un altre tipus de trastorn).

-La renuència, l'evitació o el disgust respecte a les tasques que requereixen un esforç mental sostingut són freqüents.

-També apareix una continuada "facilitat" per extraviar els objectes i en general el material que es requereix per a la realització de tasques o activitats.

-Estímul irrellevants per a altres individus són, sovint, causa de distracció.

-També sovint, i podríem assenyalar que en general, és descuidat en les activitats diàries.

Pel que fa a l'Hiperactividad (recordem que la quantificació o més de sis o més d'aquestes característiques diagnòstiques es realitza conjuntament amb les referides a la Impulsivitat) tenim:

-L'individu es remou al seu seient sovint, i mou excessivament les mans i els peus.

-En classe o en altres situacions en què s'espera que romangui assegut abandona amb freqüència el seu seient o el seu lloc.

-Presenta tendència, que materialitza, a córrer o saltar excessivament en situacions en què és inapropiat fer-lo; aquesta conducta, en individus adolescents o adults, que poden tenir una major capacitat de control del seu hiperactividad, pot limitar-se a sentiments subjectius d'inquietud.

-Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats d'oci.

-Sovint "està en marxa", o actua com si tingués un motor.

-És notòria la seva tendència a parlar en excés.

Pel que fa a la Impulsivitat (recordem que la quantificació de sis o més d'aquestes característiques diagnòstiques es realitza conjuntament amb les referides a l'Hiperactividad) tenim:

-Té tendència manifesta a precipitar respostes abans que hagin estat completades les preguntes.

-Li és pràcticament impossible esperar que li arribi el torn.

-Sovint interromp o interfereix en les activitats d'altres.

En el moment en què persisteixen els símptomes detectats anteriorment, però sense el compliment de la totalitat de criteris, el diagnòstic ha de ser de "Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad, *en remissió parcial*".

Si en el moment del diagnòstic, desconeixent l'existència o no anterior de símptomes, vam apreciar la presència de símptomes sense el compliment total dels criteris, el diagnòstic ha de ser de "Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad *no especificat*".

Pel que fa a la simptomatologia associada, cal assenyalar el següent (APA, 1997): En termes estadístics, s'ha establert que entre el 50-70% dels nens amb aquest trastorn presenten altres trastorns mentals, entre els que es troben el Trastorn Negativista desafiador i el Trastorn disocial (40-50%), Trastorns de l'estat d'ànim (15-20%), Trastorns d'ansietat (25%) i Trastorns de l'aprenentatge (20%).

Existeix, també, un bon cúmul de símptomes secundaris i associats corresponents a les àrees de la conducta social, l'acadèmic, l'emocional, i el físic (Benjumea i Mojarro, 1998:741-744):

-L'agressivitat per l'explosivitat de la conducta, sense els traços de planificació, sadisme i acompanyament de problemes com l'oposicionisme o el robatori amb què aquesta agressivitat es mostra en els nens amb Trastorn de Conducta.

-Desobediència, que té caràcter patològic i en gran part es deu a la incapacitat per a la comprensió de les ordres o instruccions rebudes i del perquè del càstig que la desobediència impliqui.

-Escàs autocontrol, acompanyat per mentides, robatoris, llenguatge irrespectuós, inhabilitat per a la resolució de problemes socials, actitud agressiva i bel·ligerant.

-Pobresa de relacions amb els altres, ja que la impulsivitat i els problemes d'atenció no permeten un correcte contacte amb els altres. Els pares i els adults que envolten el nen poden tenir una bona capacitat de percepció d'aquest símptoma.

-També hi ha dificultats evidents d'aprenentatge, causades possiblement per l'escassetat en la concentració, la impossibilitat per culminar tasques i processos, immaduresa en l'estructuració i sosteniment d'estratègies d'aprenentatge, magatzematge i posada en disponibilitat de la informació. Són molt significatius els percentatges que presenten les investigacions portades a terme: Connors qui afirma que només un 19% de hiperactius NO presenta



problemes d'aprenentatge; Saffer i Allen que arriben a resultats semblants, perquè per a ells el 78% de nens hiperactius si que té problemes d'aprenentatge, i el 39% de nens amb aquest tipus de problemes són, a més a més, hiperactius; Lambert i Sandoval que ens indiquen que en el grup de hiperactius que estaven controlant el 53% estava per sota del nivell acadèmic esperat cites totes elles de (Benjumea i Mojarro, 1998:742).

-No és rar trobar en aquests nens depressió, sota nivell d'autoestima, excitabilitat, immaduresa afectiva, escàs control emocional, tendència a la frustració, canvis constants d'humor i conductes imprevisibles.

-Paral·lelament, alguns trastorns de tipus físic o fisiològic, com els del sos, la incoordinació muscular i immaduresa motora, l'increment de signes neurològics menors, enuresi i encopresis, increment d'infeccions respiratòries superiors, otitis mitges, al·lèrgies, anomalies físiques menors, alta tolerància al dolor, estan presents també en els nens afectats pel Trastorn que vam estudiar.

En el diagnòstic diferencial i la comorbiditat, no hem d'oblidar que la multiplicitat dels símptomes establerts per al diagnòstic, i el fet que en molts casos són, simplement, comportaments no anormals la inadequació del qual, descontrol o intensitat són el senyal del desajust, obliga a tenir en compte procediments de diagnòstic diferencial per no prendre com a símptoma del trastorn que estem tractant el que no són més que actituds intenses d'individus normals, o símptomes d'altres trastorns. O per poder diagnosticar aquells casos en què realment ens vam trobar davant de situacions de comorbiditat en les que el Trastorn Hiperactiu es troba clarament associat amb un altre dels trastorns definits.

Respecte d'això, cal tenir molt atenció per no confondre els comportaments propis de l'edat en nens actius (la creació constant de sorolls o l'afany per vagarejar sense parar) amb els símptomes de Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat.

El mateix atenció cal tenir amb els possible símptomes de desatenció, ja que nens amb sota CI escolaritzats en centres inadequats a la seva capacitat intel·lectual els presenten, en quedar "despenjats o ressagats en l'activitat acadèmica normal". Només l'excés en la presència de símptomes de hiperactivitat o desatenció aconsella un diagnòstic addicional.

Curiosament, la mateixa situació es pot produir en els nens amb elevada capacitat d'intel·ligència i que estan situats en centres inadequats per a la mateixa. La falta d'estímul i d'incitació en aquest ambient acadèmic produeix en el nen una evident falta d'interès i la consegüent desatenció, que no és estrany porti a confusió als profans.

Tampoc cal confondre amb els símptomes del Trastorn les dificultats que nens procedents d'ambients inadequats (caòtics, desorganitzats, amb deficient estructura familiar, amb deterioració en les pautes de comportament interpersonal, amb falta de jerarquització en els mitjans o els fins, amb

incorrecte nivell de discerniment entre el correcte o adequat i l'incorrecte o inadequat) tenen per comportar-se dins determinades pautes encaminades a un objectiu preestablert. Està clar que aquests nens poden presentar símptomes aparents de dèficit d'atenció o de hiperactivitat, amb conductes que, simplement, indiquen la carència d'un nivell mínim d'autocontrol sobre les pròpies accions o carència de discerniment clar sobre elles.

El rebuig a la realització de tasques o al seguiment de pautes predeterminades pot així mateix provocar confusió de diagnòstic, ja que es dona també en subjectes com *comportament negativista*.

A l'últim, cal tenir molt en compte que aquest Trastorn no se diganostica si la presència d'un *altre trastorn mental* (estats d'ànim, ansietat, frustració, canvi o pertorbació de la personalitat per causes diverses...) explica millor els símptomes observats. Generalment, aquests altres trastorns presenten els símptomes de desatenció amb posterioritat als set anys d'edat, i l'anàlisi de la història escolar de l'individu no presenta episodis rellevants de comportaments desatents, hiperactius o impulsius, per la qual cosa és deduïble que l'aparició d'aquests símptomes correspon, pel moment en què es produeix a Trastorns diferenciats del que ara estem analitzant.

A més a més, l'existència d'un *Trastorn generalitzat del desenvolupament* impedeix el diagnòstic del dèficit d'atenció amb hiperactivitat si les seves símptomes es perceben en el transcurs de la presència dels dos primers esmentats en aquest paràgraf.

De la mateixa manera, en nens menors de 7 anys, parlarem de *Trastorn relacionat amb altres substàncies no especificat* si els símptomes són detectats en període d'ingesta de medicació els efectes dels quals provoquen símptomes de dèficit d'atenció o hiperactivitat

Quant als estudis sobre comorbiditat, vam destacar les següents conclusions (Benjumea i Mojarro, 1998:745-749):

-Trastorn hipercinètic-Trastorno emocional: les dades de comorbiditat oscil·len en una escala àmplia que va entre el 15 i el 75%, amb un solapamiento no gaire ampli que, no obstant això, quan existeix, té pitjor pronòstic. Segons sembla hi ha un alt component de vulnerabilitat familiar en aquests casos, sobretot en els qui comparteixen trastorns hipercinètics i trastorns depressius majors.

-Trastorn hipercinètic-Trastorno d'aprenentatge: el solapamiento oscil·la entre el 10 i el 92%. Aquesta divergència dels índexs es deu a la distinta metodologia emprada en els estudis i en els traços comuns compartits per ambdós quadres, per la qual cosa hi ha confusió entre ambdós. D'altra banda, l'aplicació de criteris com el C.I. pot modificar els índexs. En ocasions es planteja que el trastorn provoca el fracàs acadèmic, en tant que pot donar-se la situació contrària: que el fracàs pugui donar lloc a inatenció i hiperactivitat.

-Trastorn hipercinético-Trastorno d'ansietat: segons sembla, l'associació ronda nivells del 25% i sembla existir una interrelació familiar entre ambdós quadres. S'ha comprovat que el risc de trastorn d'ansietat augmenta en els familiars de pacients amb trastorn hipercinético, i que el risc de trastorn d'ansietat és significativament més alt en parents de nens amb síndrome hipercinético i trastorn d'ansietat en comparació amb els parents dels nens amb el primer i sense el segon de les esmentades síndromes.

-Trastorn hipercinético-Trastorno de conducta disocial: la problemàtica respecte d'això és molt àmplia. El fet que molts dels símptomes secundaris del trastorn hipercinético corresponguin a l'àrea de la conducta, i que símptomes del trastorn de conducta tinguin símptomes nuclears de hipercinesia complica la situació.

Per abordar aquest fet, s'intenta l'establiment de dos grans àrees: les funcions cognitives i les característiques socials. A partir d'elles, els distints autors assenyalen diferències o no entre la població clínica i la general i es van establint relacions i correlacions, encara que els resultats no tenen l'homogeneïtat suficient en tots els autors, i el fet que els nens que presenten un dels dos quadres tenen símptomes clars de l'altre complica fins i tot més la situació.

Per això s'estén a delimitar subgrups dins ambdós quadres, amb la qual cosa s'estableixen els distints graus de cada Trastorn i els símptomes que apareixen clarament associats (per exemple: hipercinéticos amb agressivitat associada), per a així establir diferències cognitives, psicopatològiques o socials.

Els primers indicis del trastorn es mostren a través d'una activitat motora excessiva en els nens petits, coincidents amb el "desenvolupament de la locomoció independent", (APA, 1995:86).

Però no tots els nens sobreactius desenvolupen el trastorn, que sol diagnosticar-se en els primers anys d'escolaritat, en veure's afectada l'adaptació escolar.

Es detecta estabilitat en els primers anys de l'adolescència, donant-se en molt individus certa atenuació a mesura que aquesta etapa de la vida avança i s'aconsegueix la vida adulta. Generalment, en aquesta evolució està més present la desatenció, en tant que l'hiperactividad i la impulsivitat semblen atenuar-se o ser millor controlades pels individus afectats. Una minoria dels afectats presenta el quadre complet en edat adulta. Com ja vam assenyalar en un altre apartat, s'utilitza l'especificació "en remissió parcial" per a aquells adults en què només es mantenen alguns dels símptomes.

La taxa de prevalència estimada en l'actualitat se situa en el 3 i el 5%, en els nens en edat escolar. En tant que són molt imprecisos les dades respecte a l'adolescència i la vida adulta (APA, 1995:86).

S'estima, també, que els nens tenen una probabilitat aproximadament triple que la de les nenes, i en alguns autors vam trobar proporcions que

oscil·len entre 4:1 i 9:1, en funció de si la mesura s'efectua en població general o població clínica (APA, 1995:86).

Atenguem ara als aspectes complementaris que hem de tenir en compte en el trastorn que estem desenvolupant plantejats al quadre núm. 6 segons els següents criteris:

*Subtipus:* La major part de subjectes que sofreixen el trastorn que estem tractant presenten símptomes tant de desatenció com de hiperactividad-impulsividad, sense que sigui impossible que pugui predominar algun dels dos patrons. Per això s'han establert tres subtipus d'acord amb el patró simptomàtic predominant en els sis últims mesos. Aquests tres subtipus, junt amb la seva codificació, són el que a continuació es relacionen (APA, 1995:84):

*-F90.0. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad, tipus combinat [314.01]:* Persistència durant un període mínim de 6 mesos de 6 o més símptomes de desatenció i 6 o més símptomes de hiperactividad-impulsividad. En aquest subtipus s'inclouen la major part de nens i adolescents amb aquest trastorn, sense que es tinguin dades significatives sobre si el mateix ocorre amb els adults.

*-F98.8. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad, tipus amb predomini del dèficit d'atenció [314.00]:* Persistència durant un període mínim de 6 mesos de 6 o més símptomes de desatenció i menys de 6 símptomes de hiperactividad-impulsividad.

*-F90.0 Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad, tipus amb predomini hiperactivo-impulsivo [314.01]:* Persistència durant un període mínim de 6 mesos de menys de 6 símptomes de desatenció i 6 o més símptomes de hiperactividad-impulsividad.

No és estrany que els individus amb aquest trastorn puguin passar d'un a un altre subtipus, per això és necessari recalcar la necessitat de tenir en compte el patró simptomàtic durant els sis últims mesos d'observació.

Aquesta trastorn “ocorre en distintes cultures”, (APA, 1995:85), i els distints índexs de prevalència del trastorn que es manegen en els distints països occidentals es deuen més als procediments de diagnòstic que a la diferències objectives en la presentació del quadre.

Al llarg d'aquestes pàgines estem parlant de l'edat de 7 anys com un terme per poder discernir sobre els símptomes detectats, però al mateix temps cal tenir en compte que les característiques evolutives de la infància, amb el seu dinamisme i la seva volubilitat intrínsecs o per les situacions quotidianes en les que es vine immersos, fa summament complex i fins i tot inexacte l'establiment diagnòstic en menors de 4 o 5 anys.

Respecte d'això cal tenir en compte que l'exigència del manteniment de l'atenció, per exemple, es va augmentant amb l'edat, en tant que els nens en

situació preescolar o anterior rarament es vine sotmesos a aquest tipus de requisit.

La controlabilidad cinètica és un altre dels factors de difícil discerniment, ja que també la mobilitat amb cert descontrol és una característica pròpia d'aquestes edats primerenques. No obstant això, l'entrecruet de dades obtingudes per observadors diversos en àmbits i situacions diverses pot aportar suficients elements per impulsar la necessitat d'un primer diagnòstic.

A mesura que s'avança en el procés de creixement (APA, 1995:86), els símptomes estenen a ser menys visibles o cridaners, és a dir, que els símptomes de hiperactividad poden limitar-se a "inquietud motora" o "sentiment intern de neguit", en tant que la desatenció afecta a la vida acadèmica i més tard a la laboral, i la impulsivitat distorsiona, sobretot en l'adolescència, el compliment, amb la consegüent alteració, de les normes que regeixen, sobretot, la vida col·lectiva.

Estadísticament, s'ha observat la freqüència del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactividad en els familiars biològics en primer grau dels nens que el presenten. Els mateixos anàlisi suggereixen l'existència, en les famílies d'aquests nens, d'una major prevalència de trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, trastorns de l'aprenentatge, trastorns relacionats amb substàncies i del trastorn antisocial de la personalitat (APA, 1995:86).

Per això, no és obvi assenyalar, com a possibles orígens del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactividad les causes de tipus psicobiològic, les ambientals, i les ambientals -relacionades amb l'entorn o els antecedents familiars-, al costat de les sensorials visuals o auditives i les neuropsicomotrices -intrínseques a l'individu.

En alguns casos estudiats s'han posat de manifest situacions del tipus "història infantil de maltractament o abandonó", "diferents situacions d'adopció o acollida", "exposició a neurotóxics (p.ex., enverinament per plom)", "infeccions", "exposició *in úter* a fàrmacs", "escàs pes en el naixement" i "retard mental" (APA, 1997).

### **3.3.1.2. Trastorn negativista desafiador**

Contràriament al que ocorre amb altres dels trastorns que estem tractant, "en aquesta categoria conductual han estat especificats escassos criteris de definició" (Jiménez, L. et al 1994: 165); és a dir, resulta difícil assenyalar traços definitoris generals d'aplicació als subjectes suposadament afectats pel trastorn, sense que ens vegem obligats a arribar a les concrecions diagnòstiques.

Malgrat això, és possible exposar un conjunt de notes que ens permeten establir una sèrie de generalitzacions. Per exemple, els individus afectats per aquest trastorn expressen una tossuderia persistent, resistència a les ordres, i

reticència i escassa o nul·la inclinació a adquirir compromisos i cedir o a negociar amb adults o companys. Les provocacions usualment manifestades poden incloure entre els seus objectius bàsics, al costat del fet essencial del desafiament, la comprovació deliberada o persistent dels límits comportamentals socialment establerts, usualment mitjançant la ignorància d'ordres i indicacions, la discussió, o la no acceptació de les acusacions provocades pels actes propis.

L'hostilitat manifestada pot dirigir-se contra els adults o els companys, i es materialitza molestant amb deliberació als altres o agredint-los verbalment. En general, aquestes agressions en forma verbal o de molèsties es presenten sense les agressions físiques més serioses que s'observen en el trastorn disocial.

Aquest trastorn es manifesta, gairebé invariablement, en l'ambient familiar, i és possible que no es posi de manifest a l'escola ni en la comunitat en què es trobi l'individu. D'altra banda, els símptomes del trastorn es mostren de forma més evident en les interaccions i relacions amb adults o companys als qui el subjecte coneix bé i, per tant, poden no manifestar-se durant l'exploració clínica.

És corrent que els subjectes afectats per aquest trastorn no es considerin a si mateixos negativistes ni desafiadors, i que justifiquin el seu comportament com una resposta necessària i ineludible davant de les exigències o circumstàncies que per a ells apareixen com no raonables. Aquesta limitada consciència dels actes i actituds pròpies és un aspecte exteriorment destacable dels individus aquí al·ludits.

La característica essencial del trastorn negativista desafiadors és un patró recurrent de comportament *negativista, desafiadors, desobedient i hostil*, dirigit a les figures d'autoritat, amb una persistència del menys sis mesos (Criteri A), i es caracteritza per la freqüent aparició d'almenys 4 dels següents comportaments d'APA, 1995, recollit per (Larroy et al., 1997:25):

- Accessos de còlera (criteri A1).
- Discussions amb adults (criteri A2).
- Desafiar activament o negar-se a complir les demandes o normes dels adults (criteri A3).
- Portar a terme deliberadament actes que molestaran altres persones (criteri A4).
- Acusar a altres dels seus propis errors o problemes de comportament (criteri A5).
- Ser repelós o sentir-se fàcilment molestat per altres (criteri A6).

-Mostrar-se iracund i ressentit (criteri A7).

-Ser rancorós o venjatiu (A8).

És necessari que aquests comportaments apareguin amb més freqüència de la típicament observada en subjectes d'edat i nivell de desenvolupament comparables, i a més a més han de produir un deterioració significatiu de l'activitat social, acadèmica o laboral (Criteri B).

És important que tinguem en compte que no s'estableix aquest diagnòstic quan el trastorn de comportament apareix *exclusivament* en el transcurs d'un *trastorn psicòtic* o d'un *trastorn de l'estat d'ànim* (Criteri C), o si es compleixen criteris de *trastorn disocial* o de *trastorn antisocial de la personalitat* (en aquest cas, en un subjecte major de 18 anys).

Els símptomes i trastorns associats varien en funció de l'edat del subjecte i de la gravetat amb què el trastorn es manifesta (APA, 1995:97).

Ha pogut ser observat que en els barons el trastorn és més prevalent entre els qui, al llarg dels seus anys escolars, tenen temperaments problemàtics o una gran activitat motora; així el consideren Loeber i Patterson, en afirmar que “quan els comportaments desobedients són extremadament freqüents i no desapareixen amb l'edat poden acabar donant pas a problemes més seriosos de conducta (conducta oposicionista, trastorn de conducta, conducta antisocial, etc.)”, recollit en (Larroy et al. 1997:26).

Durant els anys escolars pot haver-hi sota nivell d'autoestima , perceptible labilitat emocional, baixa tolerància a la frustració, utilització de paraules grollers i un consumismo precoç d'alcohol, tabac o substàncies il·legals. Són també freqüents els conflictes amb els pares, professors i companys. En la materialització d'aquests conflictes patern-filials, pot concretar-se un cercle viciós que la confrontació entre el pare i el nen provoqui que ambdós posin de manifest com existeix de pitjor en cadascú d'ells.

El trastorn negativista desafiador apareix amb més freqüència en individus pertanyents a famílies en què les cures del nen queden pertorbats per la successió de distints cuidadors, o en famílies en què les pràctiques educatives són totalment inapropiades per la seva duresa, la seva incoherència o la negligència amb què es desenvolupen.

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad es presenta amb una freqüència apreciable en nens amb trastorn negativista desafiador. També els trastorns de l'aprenentatge i els trastorns de la comunicació estenen a presentar-se associats a aquest trastorn. Així l'assenyalen Doke i Flippo i el recull textualment (Larroy et al. 1997:26), quan, en referir-se als nens amb el trastorn que ara ens ocupa, afirma: “Amb freqüència, aquests nens presenten altres problemes associats, entre els que destaca l'hiperactividad i els

problemes d'aprenentatge”.

Hem de tenir en compte (APA, 1995:98) que els comportaments perturbadors dels subjectes amb trastorn negativista desafiador són d'una natura menys greu, i sense objecte de causar agressió o dany físic (encara que sí que hi ha agressió verbal i intencionada, és a dir, amb objectiu), que les de subjectes amb trastorn disocial, i típicament no inclouen agressions cap a persones o animals, destrucció de propietats, ni un patró de robatoris o fraus Gross, recollit en (Larroy et al., 1997:26).

Ja que totes les característiques del trastorn negativista desafiador solen mostrar-se presents en el trastorn disocial, *el trastorn negativista desafiador no es diagnòstica si es compleixen criteris de trastorn disocial.*

El trastorn negativista és una característica comunament associada a trastorns de l'estat d'ànim i a trastorns psicòtics de nens i adolescents i *no ha de ser diagnosticat separatament si els símptomes apareixen exclusivament en el transcurs de trastorn de l'estat d'ànim o d'un trastorn psicòtic.*

És possible distingir els comportaments negativistes del comportament perturbador resultant de la desatenció i la impulsivitat pròpies del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. *Quan coexisteixen ambdós trastorns (el negativista i el de dèficit d'atenció amb hiperactivitat) és necessari que siguin diagnosticats els dos.*

En subjectes afectats per retard mental, només cal establir un diagnòstic de trastorn negativista desafiador quan la materialització d'actituds i comportaments propis del comportament negativista és notablement major que la que s'observa amb freqüència habitual en subjectes d'edat, sexe i gravetat del retard mental comparables. En aquests casos, quantificació i qualitat de les conductes són els índexs que determinen l'establiment o no del diagnòstic.

“El trastorn negativista desafiador també ha de distingir-se de la incapacitat per seguir normes” (APA, 1995:98), present en alguns individus, resultant d'una alteració de la comprensió del llenguatge, malgrat que algunes de les conductes presentades puguin, a simple vista, fer creure el contrari. És precís, per tant, aprofundir més enllà de la materialització conductual superficial, perquè la seva mera percepció pot portar a equívocs i confusió.

El comportament negativista -o els comportaments o conductes que el caracteritzen, amb els seus components d'oposició o cuestionamiento- és una manifestació típica de certs estadis del desenvolupament de la persona, especialment d'aquells en què la recerca de l'autoafirmació porta a la confrontació amb paràmetres normatius o pautes exteriors no interioritzades o assumides, o simplement posades en dubte. Només ha de considerar-se el diagnòstic de trastorn negativista desafiador si els comportaments en qüestió apareixen més sovint i tenen conseqüències més greus que les observades típicament en altres subjectes de nivell de desenvolupament comparable, i, per tant, condueixen a un deterioració significatiu de l'activitat social acadèmica o



laboral. Aquesta deterioració, llavors, es converteix en significant. L'aparició en l'adolescència de comportaments que per les seves característiques poguessin ser qualificats de negativistes pot deure's, de mode natural, al normal procés d'individualització que ha de desenvolupar-se en tota persona i que en alguns adolescents es manifesta i desenvolupa d'una manera més traumàtic, problemàtic o conflictiu.

Aquest trastorn sol posar-se de manifest abans dels 8 anys d'edat i no és normal que el faci més tard de l'inici de l'adolescència (APA, 1995:97).

Els símptomes negativistes acostumen a aflorar en l'ambient familiar, encara que amb el pas del temps puguin produir-se en altres ambients. El seu inici és típicament gradual, i solen mantenir-se al llarg de mesos o anys. "En una proporció significativa de casos el trastorn negativista desafiador constitueix un antecedent la evolució del qual desembocarà en el trastorn disocial", (APA, 1995:97).

S'han trobat taxes de trastorn negativista desafiador situades entre el 2 i el 16%, en funció de la natura de la població estudiada i dels mètodes d'avaluació (APA, 1995:97). (Larroy et al. 1997:26) assenyala aquests mateixos percentatges en relació a "nens i adolescents", i reitera que és més freqüent en nens que en nenes, encara que passada l'adolescència "no hi ha diferències entre ambdós sexes".

Aquest fet que el trastorn sigui més prevalent en barons que en dones abans de la pubertat, però amb probable igualació de les més tard apareix esmentat en la major part de la bibliografia respecte d'això. Els símptomes solen ser semblants en cada sexe, amb l'excepció que els barons poden incórrer en més comportaments de confrontació i presenten els símptomes amb major persistència.

Respecte als factors d'edat i sexe, tenint en compte les taxes de prevalència actualment admeses, i els comportaments d'enfrontament que - com ja hem assenyalat- caracteritzen determinades etapes de l'evolució de l'individu en què hem d'incloure també als nens preescolars, és necessari ser cauts en establir el diagnòstic de trastorn negativista desafiador, especialment durant els dits períodes del desenvolupament. No hem d'oblidar, per descomptat, que el nombre de símptomes negativistes presenta un certa tendència d'increment amb l'edat.

Ja hem al·ludit en aquestes pàgines a la presència de determinats factors familiars en l'aparició i desenvolupament d'aquest trastorn negativista desafiador: aquest té possibilitats de ser més freqüent en les famílies en què almenys un dels pares compta amb una història de trastorn de l'estat d'ànim, trastorn negativista desafiador, trastorn disocial, trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorn antisocial de la personalitat o trastorn per consum de substàncies.

A més a més, alguns estudis suggereixen que les mares amb trastorn depressiu compten amb més probabilitats de tenir fills amb trastorn negativista; si bé, i respecte d'això, no està clar en quina mesura la depressió materna és el resultat del comportament negativista dels nens o es converteix, precisament, en la seva causa.

A més a més, convé afegir que el trastorn negativista desafiador és més freqüent en famílies on hi ha conflictes conjugals greus.

És possible establir diversos subtipus en aquest trastorn: entre ells cal destacar, seguint a (Larroy et al. 1997:25), un subgrup de comportaments desobedients que excedeixen els límits de la “normalitat”, tant per l'excés de la seva freqüència com per la gravetat qualitativa de les conductes exhibides. És a dir, tindriem un subtipus del trastorn en què el determinant, per sobre d'altres símptomes que no es presentarien amb un nivell de gravetat alarmant, seria la presència d'un component conductual de desobediència quasi patològica.

És també interessant, per completar la nostra informació, efectuar una síntesi comparativa del mode en què DSM-IV i CIE-10 defineixen i delimiten el trastorn negativista desafiador: els sistemes comparteixen idèntics criteris diagnòstics, però *difereixen en les seves condicions diagnòstiques*.

La definició de trastorn negativista desafiador de CIE-10, *en assenyalar que fins a 2 de les seves símptomes poden extreure's dels criteris diagnòstics del trastorn disocial*, pot incloure casos molt més greus. I en el mateix sistema classificatori, el trastorn negativista desafiador es considera un subtipus més de trastorn disocial.

### **3.3.1.3. Trastorn disocial**

Malgrat les similituds que aparentment poden presentar les conductes que com a generalitat manifesten determinat nivell de ruptura amb les pautes generals de comportament social, no cal caure en l'error de confondre o considerar que són una mateixa situació el “Trastorn disocial”, les conductes delinqüents, o les conductes antisocials, malgrat que entre elles hi ha relació i en totes hi ha elements de transgressió de les pautes socials.

De fet, i per sistematitzar, la conducta disocial engloba els comportaments que “es desvien dels patrons socials en curs en la societat en què es desenvolupen, sense entrar en conflicte jurídic amb la mateixa” (Jiménez, et al. 1994:239), i els que sí que estableixen aquest conflicte, considerats habitualment com “Conducta Delinqüent”, englobadora, al seu torn, dels comportaments tipificats comos “Conducta Antisocial”.

Així, dins el concepte que inclou la Conducta Disocial, hem de considerar els actes que -sense comportar responsabilitats jurídiques- transgreden els hàbits o pautes socialment admesos; aquells actes (d'omissió)

dels que -per la passivitat que comporten- “es derivarien serioses repercussions per a un altre o altres membres de la societat” (Jiménez, et al. 1994:239), és a dir, aquells actes no realitzats en situacions en què el normal, lògic i ètic seria realitzar-los, i les actuacions que contravenen les regulacions/prohibicions de les normes establertes per la societat, per la qual cosa podrien ser potencialment punibles des d'un punt de vista jurídic/*penal*.

Aquestes consideracions obliguen que atenguem tant les conductes l'activitat de les quals genera problemes socials com les que els propicien per la seva passivitat o omissió en el compliment dels deures socials. Aquesta complexitat i concurrència de situacions variades condueix a dificultats de classificació, en ser distints els paràmetres de la “legalitat” i “el socialment admès o repudiat” en els distints països i fins i tot en els distints grups socials.

També ens obliguen a precisar alguns dels conceptes habitualment utilitzats en les referències a la conducta social i les anomalies que en ella es plantegen. El 1815 es va encunyar a Anglaterra el terme “conducta Delinqüent”, per referir-se a “conductes desviades socialment que infringeixen clarament les normes legals del país on es produeixen i que per tant incorren en responsabilitats penals”, (Jiménez, et al. 1994:241). Una altra categoria seria la de “Conducta Asocial”, per denominar els comportaments aliens a les normes vigents, però que generalment es donen en individus pertanyents a col·lectius “que estableixen els seus propis patrons i regles, regits per criteris molt rígids, presumiblement estrictament jerarquizats i que només entrarien en clara confrontació amb l'entorn social en el que es desemboliquen quan se'ls pretén imposar la normativa vigent”, (Jiménez, et al. 1994:241). Per la seva banda, la “Conducta Antisocial” representa una actitud clara d'enfrontament contra el mig social i les seves regles Kazdin i Buela-Casal, esmentats en (Jiménez, et al.1994:240). Més general, almenys en la seva utilització quotidiana, és la “Conducta Inadaptada”, que engloba els comportaments que mostren la incapacitat de l'individu per a “ajustar-se” al socialment admès, permès, o esperat; la rigidesa i la permanència d'aquesta inadaptació arriba a provocar situacions de marginació social; és important, a més a més, advertir si aquest comportament expressa “un procés de possibles arrels psicopatològiques més profundes a les estrictament conjunturals d'una moda...” (Jiménez, et al.1994:240), perquè en aquest cas ens trobaríem davant de la possibilitat d'un trastorn que portaria a una “Conducta Antisocial”.

També hem de tenir en compte, abans d'atendre als criteris diagnòstics que tracten de sistematitzar els símptomes pertinents al cas, que el caràcter evolutiu de l'etapa infantojuvenil pot motivar, respecte d'això, una percepció equívoca de les conductes, per la qual cosa és important tenir en compte les indicacions de Robins, que cita (Jiménez 1994:242).

Aquest autor manté que hi ha una sèrie de conductes infantils de les quals es pot inferir l'existència de “anomalies estables futures” (Jiménez, et al. 1994:242): repetició de robatoris i agressions que comportin reclusions institucionals; actes ofensius cap a pares, professors o fins i tot estranys; anomalies de comportament del tipus “violacions”, “homosexualitat” (sic)...; escàs sentiment de culpabilitat; falta de sentit de la realitat i irresponsabilitat; i/o facilitat per mentir.

El 1991, Robins presenta una major concreció en la seva exposició, ja que, determina com a factors de predicibilitat tant el nombre de manifestacions negatives del nen com el moment en què aquestes apareixen. A saber en (Jiménez, et al. 1994:242):

*-Nombre petit de desviacions (tres o quatre):*

Si es donen abans dels 6 anys, hi ha un 3,2% de possibilitat de desviació comportamental en l'adult.

Si es donen entre els 6 i els 12 anys, el percentatge es redueix a l'1,9%.

Aquest percentatge queda establert en el 0,9% quan els símptomes (en la quantitat indicada) són posteriors als 12 anys.

*-Nombre moderat de desviacions (de cinc a set):*

La probabilitat de desenvolupament de conducta antisocial és del 24% si es produeixen abans dels 6 anys.

La probabilitat disminueix al 16% si les conductes apareixen entre els 6 i els 12 anys.

Amb un inici datat després dels 12 anys l'esmentada probabilitat queda reduïda al 10%.

*-Nombre elevat de símptomes (8 o més):*

Seguint els mateixos grups d'edat, les probabilitats tenen percentatges del 71%, 53% i 48%.

És a dir, un nombre més gran de símptomes i una major precocitat proporcionen majors percentatges de probabilitat d'aparició, en la vida adulta, de conductes desviades.

Una altra aportació casuística la vam trobar en els estudis d'Achenbach i Edelbroch , que en analitzar les informacions de les mares de 2.600 nens entre els 4 i els 16 anys van trobar que les primeres conductes desviades dominants són la testarrudesia, l'oposicionisme, l'argumentació... que donen pas més tard al robatori, la piromania... i conclouen en conductes violentes, vandalisme, abús en el consum de drogues... (Jiménez, et al.1994:243).

Seguint la sistematització del DSM-IV, es diagnosticarà el Trastorn Disocial atenent a la concurrència dels següents símptomes:

A. Existència en l'individu d'un patró repetitiu i persistent de

comportament en què es violin els drets bàsics d'altres persones o normes socials importants pròpies de l'edat, amb manifestació de la presència de tres o més dels següents criteris durant els últims 12 mesos i almenys d'un criteri durant els últims 6 mesos:

-Agressió a persones i animals:

- (1) Sovint fanfarroneja, amenaça o intimida a altres.
- (2) Sovint inicia baralles físiques.
- (3) Ha utilitzat un arma que pot causar dany físic greu a altres persones.
- (4) Ha manifestat crueltat física amb persones.
- (5) Ha manifestat crueltat física amb animals.
- (6) Ha robat enfrontant-se a la víctima.
- (7) Ha forçat a algú a una activitat sexual.

-Destrucció de la propietat:

- (8) Ha provocat deliberadament incendis amb la intenció de causar danys greus.
- (9) Ha destruït deliberadament propietats d'altres persones (distint de provocar incendis).

-Fraudulència o robatori:

- (10) Ha violentat la llar, la casa o l'automòbil d'una altra persona.
- (11) Sovint esmenti per obtenir béns o favors, o per evitar obligacions.
- (12) Ha robat objectes de cert valor sense enfrontament amb la víctima.

-Violacions greus de normes:

- (13) Sovint roman fora de casa de nit malgrat les prohibicions paternes, iniciant aquest comportament abans dels 13 anys d'edat.
- (14) S'ha escapat de casa durant la nit almenys dos cops, vivint a la casa dels seus pares o en una llar substitutiva (o només un cop sense tornar durant un llarg període de temps).
- (15) Sol fer jònecs a l'escola, iniciant aquesta pràctica abans dels 13 anys d'edat.

B. A més a més, cal constatar que el trastorn disocial provoca deterioració clínicament significatiu de l'activitat social, acadèmica o laboral.

C. Si l'individu té 18 anys o més, no compleix criteris de trastorn antisocial de la personalitat.

El trastorn disocial pot presentar, associades, característiques descriptives i trastorns mentals associats.

En els subjectes que sofreixen aquest trastorn disocial és possible apreciar escassa empatia i poca preocupació pels sentiments, els desitjos i el benestar dels altres. Especialment en les situacions ambigües, els subjectes agressius afectes d'aquest trastorn reben malament les intencions dels altres, a l'interpretar-les com més hostils i amenaçadores del que són en realitat, per la qual cosa responen amb agressions que des del seu punt de vista són raonables i justificades.

Al mateix temps és probable en aquests individus una clara insensibilitat, amb carència de sentiments apropiats de culpa o remordiment. De vegades és difícil avaluar si el remordiment experimentat és genuí, ja que aquests subjectes aprenen que la manifestació de culpa pot reduir o evitar el càstig. Això porta a què els subjectes amb trastorn disocial poden estar disposats a donar informacions sobre els seus companys i no és estrany que intentin acusar a altres de les seves pròpies malifetes.

En ells, l'autoestima és usualment baixa, malgrat que el subjecte pugui projectar una imatge de "duresa". També són característiques associades a aquest trastorn l'escassa tolerància a la frustració, irritabilitat, arravataments emocionals i imprudència.

A més a més, les taxes d'accidents semblen ser superiors en els subjectes amb trastorn disocial en comparació amb altres que no el pateixen.

El trastorn disocial sol associar-se a un inici primerenc de l'activitat sexual, la beguda, el consum de tabac i de substàncies il·legals i l'incórrer en actes caracteritzats per la seva perillositat i la seva natura temerària. En un cercle viciós en el que conseqüències, factors de risc i factors d'origen interdependen, el consum de substàncies il·legals ja apuntat pot incrementar el risc de persistència del trastorn disocial. No és estrany que els comportaments propis del trastorn disocial traguin suspensions o expulsions escolars, problemes en l'adaptació laboral, conflictes legals, malalties de transmissió sexual, embarassos no desitjats i lesions físiques produïdes en accidents o baralles. Aquests problemes poden impedir l'assistència a escoles ordinàries, la vida amb els pares, o en una llar adoptiva. Altres aspectes que tenir en compte són la presència d'ideació suïcida, i la constatació que les temptatives de suïcida i els suïcidis consumats es donen, en el col·lectiu afectat per aquest trastorn, amb una freqüència superior a l'esperable.

En un altre ordre de coses, el trastorn disocial pot associar-se a un nivell intel·lectual que pugui ser considerat inferior a la mitjana. El rendiment acadèmic, especialment en lectura i altres habilitats verbals, sol situar-se per sota del nivell esperat en funció de l'edat i intel·ligència del subjecte, podent justificar el diagnòstic addicional de trastorn de l'aprenentatge o de la comunicació.

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad és freqüent en nens amb trastorn disocial.

El trastorn disocial també pot associar-se a un o més dels següents trastorns mentals: trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim i trastorns relacionats amb substàncies.

S'ha pogut identificar una sèrie de factors que predisposen al desenvolupament d'un trastorn disocial: el rebuig i abandó per part dels pares; un temperament infantil difícil; haver de suportar pràctiques educatives incoherents estructurades sobre una disciplina dura i l'existència d'abusos físics o sexuals; carència de supervisió en el procés evolutiu i de desenvolupament; viure els primers anys de vida en institucions; freqüents canvis de cuidadors; pertinença a una família nombrosa; l'associació a un grup de companys delinqüents, i certs tipus de psicopatologia familiar.

Una breu anotació sobre les troballes de laboratori. Alguns dels estudis realitzats han observat una freqüència cardíaca i una conducta dèrmica més baixes en subjectes amb trastorn disocial que en altres sense aquest trastorn. Malgrat aquesta dada, els nivells d'activació (arousal) fisiològica no són diagnòstics d'aquest trastorn.

Malgrat que el trastorn negativista desafiador inclou algunes de les característiques observades en el trastorn disocial, no està entre elles el patró persistent de les formes de comportament més greus, precisament aquelles que impliquen la violació dels drets bàsics d'altres persones o de les normes socials pròpies de l'edat del subjecte.

Quan el patró comportamental del subjecte satisfà els criteris del trastorn disocial i del trastorn negativista desafiador, el diagnòstic de trastorn disocial ha d'ocupar el lloc preferent i el trastorn negativista desafiador no ha de diagnosticar-se.

Malgrat que els nens amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad solguin exhibir un comportament hiperactiu i impulsiu que pot ser pertorbador, aquest comportament no viola per si mateix les normes socials pròpies de l'edat i, per tant, no és habitual que compleixi els criteris de trastorn disocial. Si es compleixen simultàniament els criteris de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad i de trastorn disocial, *ambdós diagnòstics han de ser establerts*.

Normalment, la irritabilitat i els problemes comportamentals que solen ocórrer en nens o adolescents amb un episodi maníac es distingeixen del patró de problemes comportamentals propi del trastorn disocial mitjançant el curs episòdic i les característiques simptomàtiques acompanyants d'aquest tipus d'episodis. Si els criteris d'ambdós trastorns es compleixen, *han de registrar-se tant el diagnòstic de trastorn disocial com el de trastorn bipolar I*.

D'altra banda, el diagnòstic de trastorn adaptatiu (amb alteració del

comportament o amb alteració mixta de les emocions i el comportament) ha de ser tingut en compte únicament en el cas que els problemes comportamentals clínicament significatius que no satisfan els criteris d'un altre trastorn específic es desenvolupin en clara associació amb l'inici d'un és-tres psicossocial. Alguns problemes de comportament aïllats que no compleixen criteris de trastorn disocial ni de trastorn adaptatiu poden codificar-se com a comportament antisocial en la infància o l'adolescència. *Només es diagnostica el trastorn disocial en el cas que els problemes comportamentals representin un patró repetitiu i persistent que s'associï a alteracions de l'activitat social, acadèmica o laboral.*

En els subjectes amb més de 18 anys d'edat *només s'aplicarà un diagnòstic de trastorn disocial quan el trastorn no compleix també criteris de trastorn antisocial de la personalitat.* No cal oblidar que el diagnòstic de trastorn antisocial de la personalitat que estem tractant ara no pot atribuir-se a subjectes menors de 18 anys.

L'inici d'aquest trastorn pot produir-se cap als 5 o 6 anys d'edat, més usualment s'observa al final de la infància o a l'inici de l'adolescència. És estrany que aparegui més enllà dels 16 anys. El seu curs és variable.

En una majoria de subjectes aquest trastorn remitent en la vida adulta, però una proporció apreciable dels individus afectats pel mateix continua manifestant en l'etapa adulta comportaments que compleixen criteris de trastorn antisocial de la personalitat. Hi ha una alta proporció de subjectes amb aquest trastorn -especialment els de tipus d'inici adolescent o els qui presenten símptomes lleus i escassos- que aconsegueixen en la vida adulta una adequada adaptació social i laboral.

Com ja es va indicar en la introducció, un inici precoç prediques un pronòstic pitjor i un risc creixent en la vida adulta de sofrir un trastorn antisocial de la personalitat i trastorns per consum de substàncies.

Els individus amb trastorn disocial corren el risc d'experimentar posteriorment trastorns d'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, trastorns somatomorfos i trastorns per consum de substàncies.

Sembla haver incrementat durant les últimes dècades la prevalència d'aquest trastorn, que pot ser més elevada en els nuclis urbans que a les zones rurals.

Les taxes de prevalència varien àmpliament segons la natura de la població estudiada i els mètodes d'anàlisi: en els barons d'edat inferior a 18 anys les taxes oscil·len entre el 6 i el 16%; en les dones les taxes es mouen entre el 2 i el 9%.

El trastorn disocial és un dels més freqüentment diagnosticats als centres de salut mental per a nens tant en règim ambulatori com en hospitalització.

Hi ha opinions que assenyalen les dificultats que entraña l'aplicació



correcta del diagnòstic de trastorn disocial a subjectes procedents d'ambients on -a causa de les característiques específiques i les exigències "per a la supervivència" que en ells es presenten- els patrons de comportament "indesitjable" són considerats de vegades com a elements protectors per a l'individu, ja que són aquests comportaments els que li homogeneïtzen amb els habitual i necessàriament admesos.

Aquesta possibilitat d'aplicació inadequada del diagnòstic es resol de manera clara en atendre la definició DSM-IV de trastorn mental, ja que atenent a les seves pautes el diagnòstic de trastorn disocial només ha d'aplicar-se quan el comportament qüestionat sigui *simptomàtic d'una disfunció subjacent de l'individu, i no constitueixi simplement una reacció davant del context social immediat*, és a dir, només es pot diagnosticar el trastorn si existeix com quelcom inherent, propi de l'especificitat de l'individu, no com una estructura de comportament adherida a l'individu des de l'exterior o com a resposta adaptativa (en positiu o en negatiu) als estímuls exteriors. Com a exemple de la no necessària relació entre trastorn disocial i exigències de l'entorn tenim el fet comprovat que els joves immigrants procedents de països arrasats per una guerra, que han viscut una història de comportaments agressius potser necessaris per a la seva supervivència en aquell context, no justifiquen necessàriament un diagnòstic de trastorn disocial. La consideració del context social i econòmic que s'hagin produït els comportaments indesitjables és útil al clínic per poder discernir a l'efecte.

Els símptomes d'aquest trastorn varien amb l'edat a mesura que l'individu desenvolupa més força física, aptituds cognoscitives i maduresa sexual i s'observa una clara gradació a la seva manifestació. Els comportaments menys greus estenen a aparèixer en primer lloc, mentre que altres el fan amb posterioritat, els més greus es donen en última instància. Però respecte d'això no es pot establir un únic esquema, ja que s'han apreciat diferències entre els individus.

Ens vam trobar davant d'un trastorn que apareix amb més freqüència en els barons (especialment el de tipus infantil).

Aquesta *diferència entre sexes* també és constatable en tipus específics de problemes comportamentals, de manera que les pautes transgressives paracen establir uns patrons específics segons el sexe de l'individu afectat. Els barons incorren freqüentment en robatoris, baralles, vandalismes i problemes de disciplina escolar, amb un comportament agressiu que propenja a l'enfrontament passional; mentre que les dones amb diagnòstic d'aquest trastorn solen incórrer en mentides, absentisme escolar, fugues, consum de tòxics i prostitució, en comportaments que no comporten confrontació.

Respecte als *patrons familiars*, cal assenyalar que els estudis sobre bessons i adopcions demostren que el trastorn disocial compten amb components tant genètics com ambientals. El risc de trastorn disocial augmenta en nens amb un pare biològic o adoptiu amb trastorn antisocial de la personalitat o amb un germà afecte de trastorn disocial. El trastorn també sembla més freqüent en fills de pares biològics amb dependència de l'alcohol,

trastorns de l'estat d'ànim o esquizofrènia, o de pares biològics amb història de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactividad o de trastorn disocial.

*Tipologies i subtipus:* en funció de l'edat de l'inici del trastorn han estat establerts dos subtipus de trastorn disocial. Aquests subtipus divergeixen pel que fa a la natura característica dels problemes de comportament presentats, el seu curs evolutiu i pronòstic, i la proporció per sexes.

Ambdós subtipus poden presentar-se de manera o intensitat lleu, moderada o greu.

En avaluar l'edat d'inici, la informació ha d'obtenir-se preferentment de l'interessat i dels seus cuidadors, comparant amb cuidant totes les dades, ja que en romandre de vegades ocults molts dels comportaments, és possible que els cuidadors exposin menys símptomes dels reals i sobreestimar l'edat d'inici.

-Tipus d'inici infantil: aquest subtipus es defineix per l'inici d'almenys una característica de trastorn disocial abans dels 10 anys d'edat. Els afectats solen ser barons, que freqüentment despleguen violència física sobre els altres, tenen unes relacions problemàtiques amb els seus companys, poden haver manifestat un trastorn negativista desafiador durant la seva primera infància i usualment presenten símptomes que satisfan tots els criteris de trastorn disocial abans de la pubertat. Aquests subjectes estenen propensió a experimentar un trastorn disocial persistent, i a desenvolupar un trastorn antisocial de la personalitat en l'època adulta més sovint que els subjectes amb un tipus d'inici adolescent.

-Tipus d'inici adolescent: aquest subtipus és definit per l'absència de característiques de trastorn disocial abans dels 10 anys d'edat. Comparats amb els subjectes amb el tipus d'inici infantil, estenen a desplegar menys comportaments agressius i a tenir més relacions normatives amb companys (encara que freqüentment plantegen problemes de comportament en companyia d'altres). Aquests subjectes són menys propensos a sofrir un trastorn disocial persistent o a desenvolupar en la vida adulta un trastorn antisocial de la personalitat. La proporció de barons a dones amb trastorn disocial és inferior en el tipus d'inici adolescent que en el tipus d'inici infantil.

-Trastorn disocial no especificat: s'estableix aquest subtipus quan no és possible determinar l'inici del mateix.

Especificacions de gravetat. Ja hem avançat l'existència de tres nivells:

-Lleu: són molt pocs o cap els problemes comportamentals que excedeixen dels requerits per establir el diagnòstic, i aquests problemes causen a altres individus danys relativament petits.

-Moderat: el nombre de problemes de comportament i el seu efecte sobre altres persones són intermedis, entre "lleu" i "greu".

-Greu: hi ha molts problemes de comportament que excedeixen dels

requerits per establir el diagnòstic, o els problemes de comportament causen danys considerables a altres persones.

#### **3.3.1.4. Trastorn del comportament pertorbador no especificat**

Aquest trastorn podria ser considerat com un *comportament negativista desafiador*. Però, no obstant això -tal com s'observa en estudiar els quadres clínics que en ell s'inclouen-, el fet que no es compleixin en la seva totalitat ni els traços definidors i determinants d'aquest tipus de comportament, ni els criteris que corresponen al denominat trastorn disocial, malgrat la qual cosa hi ha deterioració comportamental clínicament significatiu i constatable, fa que es consideri aquest trastorn com una especificitat diferenciada APA, (1995).

#### **3.4. El diagnòstic diferencial dels trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador i altres patologies que cursen amb alteracions conductuals**

El diagnòstic diferencial exerceix un paper important i constitueix l'inici de tot pla de tractament. El professional ha de determinar quines malalties han de considerar-se, i elegir posteriorment quin és la que probablement expliqui millor els símptomes.

El problema del diagnòstic diferencial és la tendència a arribar a un diagnòstic final amb massa rapidesa. Formar-se impressions inicials pot ser important a l'hora d'ajudar a suggerir quines preguntes han d'efectuar-se i que hipòtesi han de comprovar-se. En el cas del període de l'adolescència, aquest aspecte pot agreujar-se degut, no sols a la gran variabilitat de signes i símptomes que aquesta etapa evolutiva presenta, sinó a l'ambivalència amb què els adolescents els presenten, ja que en aquest moment poden no ser un reflex clar del curs en el temps. El diagnòstic exacte requereix una condició metodològica de totes les possibles malalties en el diagnòstic diferencial.

El diagnòstic diferencial estén a centrar-se en símptomes de tall transversal, ja que són els més difícils de definir. Però aspectes com l'anamnesis personal, antecedents familiars, escolars, resultats de proves biològiques, les respostes dels tractaments terapèutics individuals o a l'abordatge des de la perspectiva social són els que poden determinar o aclarir els possibles dubtes entre un diagnòstic o un altre.

A continuació es presenten dues taules de diagnòstic diferencial. La primera taula mostra els matisos significatius entre els Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador i els diferents trastorns que cursen amb alteracions conductuals.

La segona d'elles mostra matisos significatius que presenten els diferents trastorns (TDHA, TND, TD) i que se'ls denomina sota el nom de Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador. És important

conèixer quina especificitat existeix entre aquests trastorns a causa de la gran proximitat que presenten dins un continuum.

	TDHA	TND	TD
T.COMPORTAM. ANTISOCIAL EN LA INFÀNCIA	No forma un patró de comportament en el temps i evolució. Actes antisocials aïllats		
T. ADAPTATIVO AMB T. DE COMPORTAMENT	És una resposta de mala adaptació a un esdeveniment vital estressant identificable		Es troba per sota del llindar de gravetat i apareix clarament en resposta a un estressant psicosocial
T. DEL CONTROL D'IMPULSOS EXPLOSIU INTERMITENT	Típicament apareix des de l'adolescència tardana fins a la tercera dècada de la vida	No es caracteritza per un patró de conductes antisocials. La forma de presentació és brusca sense període prodròmic. No busca incentius i guanys amb l'acte agressiu	
T. DE MOVIMENTS ESTEROTIPADOS	Es caracteritza per un moviment motor repetitiu i no funcional Dóna lloc a lesions corporals autoinfligides		
ÈSQUIZOFRENIA	Típicament apareix en l'adolescència, encara que poden donar-se casos prepuberals. Inici rar en la primera infància	Caracteritzada per la presència de deliris, al·lucinacions auditives i trastorns formals del pensament (incoherència, gramàtica distorsionada, ecolàlia...) Les alteracions conductuals es manifesten de forma associada i dins el període actiu de la malaltia.	
T. ESQUIZOFRENIFOR.	Durada màxima 6 mesos		
T. ESQUIZOAFECTIVO	És necessari durant la malaltia un episodi de depressió major, maníac o mixt simultaniejament amb la simptomatologia de l'esquizofrènia No es requereix un deterioració de l'activitat social, escolar o laboral.		
T. DELIRANT	L'activitat social empobrida acostuma a ser una conseqüència directa de les mateixes creences delirants		
T. PSICÒTIC BREU	Apareix només en respostes a idees delirants o al·lucinacions. Durada màxima 1 mes		
T. CICLOTÍMICO	Presència del menys 1 any de símptomes hipomaniacs i símptomes depressius sense deixar d'estar present més de 2 mesos. Les alteracions conductuals es presentarien durant la fase hipomaniaca. No es requereix un deterioració de l'activitat social, escolar o laboral.		
T. HIPOMANIAC	Típicament se situa en els primers anys de la tercera dècada de la vida. És rar l'inici en l'adolescència. El seu curs és episòdic.	Típicament comencen i acaben de forma brusca. Es caracteritza per un estat d'ànim expansiu: autoestima exagerada, verborrea, fuga d'idees, augment de l'activitat escolar, social o personal	
EPISODI MANIAC	Típicament comencen i acaben de forma brusca. Es caracteritza per un estat d'ànim expansiu: autoestima exagerada, verborrea, fuga d'idees, augment de l'activitat escolar, social o personal		
DEPRESSIÓ MAJOR	L'hiperactividad i irritabilitat apareixen com un intent de rebutjar la tristesa. Curs episòdic	Típicament la simptomatologia depressiva no busca el plaer immediat o la recerca de sensacions mitjançant al transgressió de les normes o violar els drets dels altres. Hi ha períodes d'estats caracteritzats per anhedonia, abúlia, astènia. Típicament els factors ambientals, com les variables socioeconòmiques no determinen i/o exerceixen un paper important a l'hora de realitzar el diagnòstic	
T. DISTÍMICO	No es requereix un deterioració de l'activitat social, escolar o laboral.		
T. GENERALITZAT DEL DESENVOLUPAMENT	Posseeix una presentació clínica característica amb deficiències marcades en les relacions socials, retard greu del llenguatge, i un ventall restringit d'interessos comportaments i respostes perceptives anòmales a estímuls sensorials.		
RETARD MENTAL	Hi ha necessàriament afectació general del desenvolupament intel·lectual i la capacitat adaptativa. No busca incentius i guanys amb els comportaments desadaptatius, ni estan encaminats a transgredir la norma. El curs de la malaltia està influït per l'evolució de les malalties mèdiques subjacents.		
INTOXICACIÓ ABSTINÈNCIA DE SUBSTÀNCIES	El deterioració típicament s'associa a traumatismes relacionats amb la falta de coordinació motora		
DELIRIUM	Tenen en comuna l'alteració de la consciència i de les funcions cognoscitives (deterioració de la memòria, desorientació, percepció o alteració del llenguatge)		

## Quadre núm. 2

L'objectiu de realitzar un Diagnòstic Diferencial és determinar un diagnòstic únic entre un grup de diagnòstics que s'exclouen entre si, a fi d'explicar de la millor manera la simptomatologia que apareix en un individu. No obstant això, aquest objectiu no és tan fàcil d'aconseguir, davant de la gran variabilitat de simptomatologia que pot presentar un individu i les seves múltiples combinacions, tal com vam mostrar al quadre núm. 2

En la pràctica clínica, els casos més abundants no són els quadres que podríem cridar "purs", sinó que existeixen majoritàriament individus amb simptomatologia comòrbida.

L'ús de múltiples diagnòstics com a conseqüència d'aquesta falta de "puresa" de simptomatologia no té més avantatges que inconvenients o viceversa, si es té en compte les implicacions que això suposa. És a dir, tenir més d'un diagnòstic no significa que existeixi més d'un procés fisiopatològic subjacent. Això no significa que els diagnòstics no hagin de considerar-se blocs descriptius útils per comunicar informació diagnòstica.

No obstant això, el quadre núm. 2 és un intent de reflectir aquells matisos més rellevants i alhora excloents d'un tema tan complex com és el de les patologies que cursen amb problemes de comportament, amb l'objectiu de minimitzar els possibles diagnòstics que present un adolescent que tingui problemes de conducta.

	TDHA	TND	TD
TDHA		El nucli de la sobreactivitat no es limita a l'aspecte motriu: dormir, menjar, accidents  La inatenció i la impulsivitat és el nucli del trastorn.	Típicament es presenta abans dels 7 anys. L'objectiu no és transgredir les normes o violar els drets aliens. Factors socioambientals i història familiar tenen una influència rellevant i determinant
TND	Típicament la frustració no ve determinada per la impulsivitat o hiperactivitat sinó per la no consecució de l'objecte		El mecanisme de defensa nuclear és la negació. La simptomatologia difereix significativament: - gravetat (+) Tipus de conductes (delictives). Típicament constitueix la fase prodròmica. Paral·lelisme entre sexes: PreValència Simptomatologia
TD	La inatenció pot ser deguda al fastig  Amb el tractament farmacològic només s'atenuen l'impacte d'alguns	Cost elevat per a la família i la societat. Típicament diferències de sexes: PreValència Simptomatologia	

	síntomes externalizantes (agressivitat)		
--	---	--	--

### **Quadre núm. 3**

El diagnòstic diferencial entre els trastorns que componen el bloc dels “Trastorns per dèficit d'atenció i comportament pertorbador” presentat al quadre núm. 3 és molt complicat. No sols perquè hi ha comorbiditat de símptomes, sinó pel fet emmascarat encara que present en tot moment de la continuïtat – discontinuïtat d'aquest grup de trastorns.

En la pràctica clínica s'ha evidenciat nombroses vegades la continuïtat entre aquests trastorns atenent al seu curs a dos nivells; un d'ells l'evolució de la simptomatologia. L'altre, i de forma totalment paral·lela al primer, el desenvolupament evolutiu de l'adolescent.

El Diagnòstic Diferencial necessita altres variables (a més a més de les purament simptomatològiques), no sols per realitzar un diagnòstic el més precís possible sinó, i no per això menys important, per realitzar estratègies de prevenció.

Davant el possible “continuum” que s'estableix entre els trastorns, la descripció i el “control” de variables com els factors predisponents, precipitantes o específics de cada adolescent són el primer pas per trencar aquesta continuïtat.

La recollida d'informació mitjançant un model diagnòstic tetradimensional (biològic, psicològic, social i pedagògic) dels factors de risc intervinents en la conducta ens permetria realitzar una anàlisi més precisa de la mateixa.

## **4. EL DIAGNÒSTIC PSICOPEDAGÒGIC**

### **4.1. Concepte de diagnòstic psicopedagògic**

En la literatura científica sobre el tema, hi ha perceptible confusió i fins i tot disparitat de criteris en l'ús dels termes “diagnòstic” i “avaluació” -veure especialment Martínez , (1994) que tracta de fer una síntesi sistemàtica del problema-, de manera que en principi resulta difícil, en analitzar les definicions que diferents autors donen dels mateixos, trobar elements comuns o sintetitzadors que ens permetin extreure conclusions generalitzadores, ja que és donat observar com els criteris d'aplicació d'aquests termes els converteixen en sinònims, complementaris, membres d'una successió o fins i tot en intercanviables.

En síntesi, es pot observar que l'aplicació que les distintes escoles

teòriques fan dels termes que ens ocupen mostra postures metodològiques, científiques i fins i tot ideològiques sobre el mode d'afrontar les qüestions teòriques i pràctiques compreses o relacionades amb els mateixos. Les diferències se centren, fonamentalment, en els següents aspectes:

-Ordre de l'aplicació de les activitats i objectius compresos per el "diagnòstic", la "avaluació" i la "valoració" (terme, com veurem, emparentat amb l'anterior) en el procés educatiu. Per exemple: "El procés diagnòstic forma part del disseny curricular i es complementa amb el procés d'avaluació." És a dir, "diagnòstic i avaluació suposen el principi i el fi de tot procés didàctic: un l'obre i una altra el tanca", (Castillo,1994:641).

-Primacia o interdependència entre els conceptes. (García i González 1998:162), per exemple, mantenen "que el *DIAGNÒSTIC PSICOPEDAGÒGIC* resulta inclòs en l'*AVALUACIÓ PSICOPEDAGÒGICA*, constituint un moment, no l'únic, i de vegades ni tan tan sols el principal d'aquesta última", en tant que altres autors assenyalen tant la seva individualitat com la seva complementarietat o el seu successivitat.

-Les pròpies definicions, la descripció de finalitats, objectius i mètodes. És evident, en aquest tema, que autors distints denominen de forma distinta o fins i tot contradictòria realitats semblants, i viceversa: "la literatura sobre el tema no es caracteritza, justament, per la seva claredat i precisió al terreny conceptual i terminològic", (García i González, 1998:162). Sens dubte, aquest fenomen neix del fet que ens vam trobar, sobretot en el que es refereix al terme diagnòstic, davant d'una terminologia originada en altres ciències i que ha estat adoptada i assimilada, sense uns criteris previs de consens terminològic, al camp de la psicopedagogia.

Independentment que l'ús especialitzat dels termes hagi pogut modular, matisar i finalment desfigurar la definició originària, és evident que qualsevol enfocament sobre aquest problema intentant aclarir la confusió terminològica ens exigeix tornar a l'origen, és a dir, acudir a la definició de partida.

El Diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola (DRAE) assenyalava per a la veu "diagnosi" l'ètim grec que significa "*coneixement*", i el significat mèdic de "coneixement diferencial dels signes de les malalties" i, en biologia, "descripció característica i diferencial abreujada d'una espècie, gènere, etc." El mateix diccionari adjudica a "diagnòstic" l'ètim grec "*diagnostikós*", derivat de l'anterior i que traduïm per "distintiu, que permet distingir", Corominas, (1991), mantenint la mateixa relació per a les accepcions del significat: "art o acte de conèixer la natura d'una malaltia mitjançant l'observació de les seves símptomes i signes." D'altra banda, cal assenyalar que "*diagnosi*", indubtablement, té en els seus orígens el prefix *dia-* que significa "a través de", i el lexema *gnōsis*, "coneixement". Amb el que sembla clar que el terme, en qualsevol camp o matèria, fa referència a la determinació d'un estat o situació mitjançant la correcta interpretació dels "signes" o "símptomes" que es presenten, en tant que, per obtenir-los, clar està, podrà fer-se ús de la metodologia oportuna, adequada i corresponent. D'aquí pot deduir-se que el diagnòstic és una passa previ a qualsevol acció destinada a modificar -en el nostre cas l'actuació

psicopedagògica- la realitat diagnosticada prèviament.

En aquest sentit es manifesta el professor (Castillo, 1994:640), que justifica la seva posició esmentant, específicament, el diagnòstic que el metge o el mecànic realitzen previ a qualsevol intervenció, la qual cosa s'estén a altres camps: “un responsable social realitza un diagnòstic de necessitats en una determinada àrea social abans de dissenyar el programa que de (sic) resposta a les seves necessitats- Després vindrà el procés avaluador que, sobre la informació produïda, de principi o fi, en un programa, intervenció o actuació de qualsevol tipus social o laboral, valorarà críticament l'encert o adequació, tant en la seva planificació prèvia, com en el desenvolupament seguit i en els resultats aconseguits.” La longitud de la cita es justifica per la claredat amb què cenneix i il·lumina la qüestió.

Postura diferent mostren (García i González 1998:162): “Per diagnòstic s'entén aquella fase de l'avaluació psicopedagògica que els agents educatius, a partir d'una informació recollida, elaboren models funcionals, explicatius de la situació actual d'un alumne o un grup d'alumnes, a fi d'orientar un programa d'intervenció educativa.” Per a aquests autors l'avaluació és un procediment global del que el moment diagnòstic és únicament un component.

En tant que l'article “L'avaluació psicopedagògica”, d'Aguilar López, García García, López Gil i Muñoz Beltrán, en (Bisquerra 1998:303) assenyala: “Les primeres (proves normatives d'Avaluació Psicopedagògica), persegueixen el propòsit d'establir comparacions entre els distints alumnes i de relacionar les dades obtingudes amb els d'un grup de subjectes considerats com a norma. És a dir, situen l'alumne en relació al grup al (sic) grup normatiu i el seu valor diagnòstic fa referència a conèixer les definicions, dificultats o necessitats educatives especials (...) Les segones (proves criterials d'Avaluació Psicopedagògica), s'orienten a conèixer les conseqüències, èxits o habilitats dels alumnes en relació a (sic) un determinat criteri. Volen reflectir el nivell aconseguït per un alumne en un objectiu concret. La seva finalitat diagnòstica ha de permetre l'establiment del tipus d'acció-intervenció que fa falta realitzar.” Vam trobar aquí de nou un tarannà subsidiari del diagnòstic respecte a la concepció global de l'avaluació.

A continuació, els autors recullen “la classificació de les tècniques de diagnòstic que ens ofereix Maganto ” i que s'agrupen en “tècniques objectives”, “tècniques subjectives”, “tècniques projectives” i “tècniques psicomètriques”. Sembla clar que aquestes tècniques permeten recollir una informació variada i ampliada destinada a especificar el coneixement que podem posseir sobre la situació psicopedagògica d'un subjecte en un moment determinat, coneixement que és indispensable abans d'emprendre qualsevol acció educativa que vulgui ser correcta i efectiva: “Vam recordar que el propòsit de l'avaluació psicopedagògica no és obtenir informació per classificar i aprofundir en les limitacions, sinó estar en condicions de facilitar des del propi context escolar la resposta educativa adequada a les seves necessitats que permeti aconseguir, en la mesura que sigui possible, els objectius establerts en el currículum”, (Bisquerra, 1998:306).



(Martínez 1994:626) aporta bona dosi de claredat, admetent que la “situació de confusionisme terminològic que venim comentant ha estat denunciada per diversos estudiosos de la nostra disciplina Pérez, Lázaro etc. , perquè dóna lloc a una problemàtica no sols de tipus conceptual, sinó també pràctic. En dificultar-se la definició del que és el Diagnòstic Pedagògic, es dificulta també l'especificació dels seus objectius, l'aclariment de les seves funcions i la delimitació dels seus àmbits d'actuació; així, pel que fa a aquests dos termes, -diagnòstic i avaluació-, es passa de l'ocupació d'un a un altre com si de sinònims es tractés.”

A continuació exposa amb claredat que els significats dels termes *avaluació* i *valoració* “es troben implicats en la realització d'un diagnòstic”, ja que el Diagnòstic Pedagògic “contempla activitats d'assessment, relacionades amb la valoració d'alumnes en un context d'ensenyament-aprenentatge”, (Martínez , 1994:626), la qual cosa recolza Gil Fernández (1991) en escriure que s'entén el Diagnòstic Pedagògic com “un procés que, mitjançant l'aplicació d'unes tècniques específiques, permet arribar a un coneixement més precís de l'educand i orientar millor les activitats d'ensenyament-aprenentatge...”, (Martínez, 1994:626).

Semblants consideracions apareixen en la resta d'opinions recollides per l'autora, la qual cosa li permet concloure que “podríem considerar que el Diagnòstic Pedagògic engloba tant al “assessment” com a la “evaluation”, i que té com a *àmbits d'actuació* tots els que siguin propis de l'educació: subjectes, programes, institucions docents, família, etc.” (Martínez, 1994:626).

Pel que fa al terme “avaluació”, com en el cas anterior, vam acudir en primer lloc al DRAE, que ens assenyala que *avaluació* és “acció i efecte d'avaluar”, la qual cosa ens obliga a acudir a aquesta veu i confirmar que procedeix del francès *évaluer* “assenyalar el valor d'una cosa; estimar, apreciar, calcular el valor d'una cosa; estimar els coneixements, aptituds i coneixements dels alumnes.” (ibide)

Sembla clar que, d'acord amb les definicions acadèmiques de *diagnòstic* i *avaluació*, per poder efectuar la valoració, el càlcul de valor, que l'avaluació comporta és necessari el coneixement d'allò que es valora, és a dir, és necessari un diagnòstic previ, efectuat mitjançant els procediments que s'estimin apropiats, a partir del qual es pugui avaluar.

D'altra banda, en la qual cosa es refereix concretament a la definició acadèmica, hem d'atendre que s'esmenta la “estimació” (DRAE: estimació i valor que es dóna i que es taxa i considera una cosa”), operació que no es pot realitzar sense la possessió prèvia del coneixement de la cosa que s'ha d'estimar; per la qual cosa el diagnòstic com a moment previ, almenys atenent a la literalitat i la primera intenció de les definicions acadèmiques fonamentals, es fa ineludible.

La resta de definicions i usos del terme *avaluació* que apareixen en la bibliografia a l'ús, alguns de les quals ja hem esmentat en l'apartat anterior,

reitera els extrems d'amplitud conceptual i diversitat d'opinions i aplicacions ja comentats en l'apartat anterior dedicat a *diagnòstic*, en el que han aparegut referències específiques i comparatives respecte a *diagnòstic*.

En general, ens vam trobar davant d'un ventall ampli de definicions, mediatitzades per postures epistemològiques, encara que sembla un element comú que "l'avaluació, per la seva banda, va acumulant tot tipus d'informació; també la que li proporciona el diagnòstic, tal com es va produint en tots els moments d'una activitat educativa, de principi a fi." (Castillo, 1994:642).

En (Bisquerra 1998:302) vam trobar una definició molt generalitzadora, entenent com a avaluació: "L'estudi de tots aquells elements que influeixen en el procés d'ensenyament-aprenentatge en què està immers l'alumne a fi de donar resposta a les seves necessitats educatives." És lògic advertir que aquesta posició permet múltiples inferències metodològica i deixa camp obert a opinions fins i tot contradictòries sobre el tema que ens ocupa.

Per la seva banda, (Bassedas 1998:49) i Bisquerra (1998:303)-introdueix un nou element, el de l'alumnat en dificultats, en exposar que "entenem per avaluació psicopedagògica un procés en què s'analitza la situació de l'alumnat amb dificultats en el marc de l'escola, de l'aula i de la família, a fi de proporcionar als mestres i als pares orientacions i instruments que permetin modificar el conflicte manifestat".

Atura de l'Ordre i García, citat en (Martínez 1994:624), l'avaluació "és el procés o conjunt de processos sistemàtics de recollida, anàlisi i interpretació d'informació rellevant per mesurar o descriure qualsevol faceta de la realitat educativa, i sobre aquesta descripció formular un judici de valor per la seva comparació amb un criteri o patró, tot això com a base per prendre decisions". Amb això sembla recollir les tendències en què la necessària cooperació i complementarietat dels dos processos (diagnòstic i avaluació) porta a l'aproximació dels seus camps conceptuals per compartir aspectes comuns, sobretot pel que fa a la seva tasca informativa i a la participació de tècniques i instruments comuns.

(Castillo 1994:642) ens sembla aclaridor, perquè admet la situació de confusió terminològica i tracta de discernir sistemàticament: "En termes generals l'avaluació es dirigeix fonamentalment a la millora de la qualitat educativa, avaluant els distints aspectes del context educatiu per prendre decisions que possibilitin la dita millora (...) El diagnòstic proporciona una informació 'anticipant i previsor' (el que a alguns els indueix a confondre amb la 'avaluació diagnòstica' i d'aquí, per extensió, sumir al diagnòstic dins l'avaluació, en una concepció simplificadora), en el moment previ (= abans de) com 'punt de partida' precedent a tota actuació."

El que apareix admès per tots els autors és la importància que té el coneixement de l'alumne i les seves circumstàncies aconseguit pels seus educadors, coneixement sense el qual no és possible plantejar objectius ni projectes que atenguin especial i específicament a l'alumne concret, per això "l'avaluació rep un tractament d'excepció en el nou sistema educatiu (...) La

millora de la qualitat de l'educació, l'optimització de quant succeeix en el procés d'ensenyament-aprenentatge, i, en definitiva, el perfeccionament de tot el sistema educatiu, és la preocupació constant de la reforma educativa i dels seus responsables. No hi ha millora si no hi ha un coneixement real de la situació educativa; i això no és possible si no es compta amb avaluació eficaç que possibiliti l'oportuna presa de decisions", (Castillo, 1994:641).

Potser calgui advertir que un mal ús del terme, o una aplicació precipitada o simplista del mateix ha pogut simplificar-lo o reduir-lo a un mer aspecte numèric (quedi clar, "avaluar" no és "posar notes o qualificar"). Per això cal tenir present que hi ha una paraula específica per a això: *valoració*.

*Valoració* és el terme amb què s'ha traduït l'anglès "assessment" que, seguint a Wolf implica, segons cita (Martínez 1994:625), "una valoració, comprovació o apreciació de característiques amb fins diagnòstics, de classificació o de gradació", i que segons Choppin, en íbidem., "ha de ser reservat per ser aplicat a persones, i està implícit en activitats relacionades amb exàmens, certificats, etc., que poden ser realitzades amb procediments formals o informals, i que es tradueixen en una qualificació o gradació del subjecte per ubicar-li o posicionar-li dins una escala".

Per a (García i González 1998:162): "Valorar és 'sospesar' quelcom, o el que és el mateix 'mesurar comparativament". És a dir, tractar de representar en alguna escala convencional amb paràmetres predefinitos, el lloc ocupat per un individu amb referència a un ítem determinat.

A la vista de la bibliografia existent, i atenent a les raons dels qui defensen les diverses postures terminològiques que hem resumit, sembla clar que el diagnòstic, i específicament el diagnòstic psicopedagògic té entre els seus objectes la determinació de la tipologia i les causes dels problemes de comportament en el context escolar, com a situació que dificulta el procés d'aprenentatge dels alumnes protagonistes de la citada problemàtica, i que per això és un moment previ al de l'elaboració i concreció de qualsevol intervenció i a la posterior avaluació i possible valoració de les conseqüències de la mateixa.

Això, com sistematitza Castillo (1994), establiria una seqüència lògica en el procés educatiu consistent en un primer diagnòstic a través de la informació recopilada, la determinació d'una estratègia o pla d'actuació tenint en compte aquest diagnòstic i la resta de variables, l'aplicació o execució del projecte d'actuació, la seva avaluació, i un nou diagnòstic, que pot modificar l'anterior i, si escau, portar a una nova planificació i a noves formes d'intervenció, amb repetició cíclica de tot l'esquema.

Amb això queda clar que ambdós processos interactuen constantment, utilitzen elements comuns, difereixen en els seus fins "ja que, així com l'avaluació serveix per determinar en quin grau es van aconseguir els objectius proposats, mitjançant el diagnòstic es descobreixen i exploren dificultats que poden interferir en el procés ensenyament-aprenentatge," (íbidem), i són fonamentals en el procés educatiu per tota la informació que proporcionen.

#### **4.1.1.- Diagnòstic de factors de risc predisponents dels problemes de comportament**

La constatació de l'existència d'una conducta problemàtica o d'un fet conductual concret que pot ser considerat dins els paràmetres que defineixen aquest tipus de conductes (inacceptabilitat, conflictivitat, incorrecció o simplement inadequació) obliga que els professionals preocupats per aquestes conductes o amb algun tipus de responsabilitat respecte d'això, hagin d'afrontar la corresponent presa de decisions.

El problema, ja de per si difícil per afectar a una de les manifestacions i activitats més complexes del ser humà (la conducta), s'intensifica quan és protagonitzat per nens o adolescents, és a dir, per persones les característiques i estat d'evolució o de la qual desenvolupament personal, com s'apunta en aquestes pàgines, propicien inestabilitat, màxima influenciabilitat i cert nivell de carència de recursos conscients o inconscients per respondre d'una manera enterament personal i autònom tant als impulsos interns com a les tensions propiciades per l'entorn.

En la major part dels casos, l'impuls primer dels adults amb responsabilitat educadora o de tutela sobre aquests nens o adolescents i les seves conductes respon a l'objectiu de la seva "catalogació negativa" (no oblidem que el fet de poder "donar nom" a una situació proporciona una falsa sensació de seguretat) i a impedir, pel mode més directament i aparentment efectiu possible, la continuïtat de les conductes considerades problemàtiques, ja que el molest i distorsionador és, precisament, la seva existència i la perturbació consegüent cap a l'entorn. És a dir, es col·loca una etiqueta negativa al subjecte, una marca que posa sobre avís als altres i a partir de la qual semblen implícites unes primeres i predeterminades "pautes d'actuació" (amb el que implícitament ja s'assigna un rol determinant i negatiu al subjecte); i es concreta una intervenció -generalment, per la qual cosa vam acabar de comentar, de tipus punitiu i/o repressor, destinada a posar límit o límits i a aconseguir "reconduir" la conducta dins els paràmetres socialment admesos o considerats com "correctes". Amb això últim, en la major part dels casos, i per un fenomen de reacció, s'aconsegueix l'efecte contrari del pretès.

Aquest ha estat el comportament típic/tòpic més estès en els àmbits familiars i escolars, i hem de comprendre que ha estat provocat per la necessitat d'actuació immediata i la falta de mitjos o de coneixements especialitzats per escometre altres vies d'intervenció.

Hem de reconèixer-lo: "guardar l'ordre", "mantenir la disciplina", "posar en acció els elements normatius necessaris per a l'observança del clima que propiciï la correcta convivència i l'ambient adequat per a l'aprenentatge", amb aquesta o semblant terminologia, han estat, entre d'altres, funcions assignades als educadors i als tutors o responsables familiars. A títol il·lustratiu: no és estrany que a un professor novell se li exigeixi, abans que res, "que sigui capaç de garantir l'ordre i la disciplina a l'aula", prèvia i independentment a la seva capacitat didàctica.

La falta de formació especialitzada respecte d'això, i la urgència immediata amb la que es requereix la resposta per part del professor o educador i que porta, per mor d'una sistematització pràctica, a la "classificació generalitzadora" dels conflictes i dels qui els ocasionen, provoquen que, en definitiva, la major part dels esforços vagin destinats al control de la conducta distorsionada i distorsionadora, sense més aprofundiment ni plantejament d'objectius ulteriors, i per això les causes que la motiven queden sense atendre. Jiménez Díaz (1994:65) constata així aquestes tendències generals: "s'estén fàcilment, i la nostra experiència en aquesta problemàtica així el corrobora, a atribuir, pejorativament, actituds o conductes, en el sentit de 'és un vague, 'és un anormal, 'és un inadaptat, etc. o sigui, atribucions externes de caràcter estrictament especulatives i sense objectivació real, quan, en el fons, ens podem estar trobant davant d'un nen/adolescent que per tenir dificultats instrumentals o dels processos de l'aprenentatge ignorades (memòria, atenció, raonament, conceptualització, etc.) la imatge atribuïda al mateix per l'entorn condicionarà el seu comportament".

No pot per tant sorprendre'ns que els individus que mostren aquestes conductes, lluny de corregir-se, persisteixin en elles, i fins i tot mostrin una deterioració progressiva de les seves característiques conductuals, ja que al no disposar d'ajuda per reconèixer o assumir el seu deterioració o problema, o per a la seva correcció des de l'arrel del seu origen, la reacció és la persistència i intensificació de la mateixa, com a mecanisme lògic d'assentament del ja existent, tenint en compte, a més a més, que l'únic reforç que reben és, com ja vam assenyalar més amunt, de tipus negatiu: la catalogació en la marginalitat.

És òbvia la conflictivitat que aquestes situacions provoquen. Es tracta de l'enfrontament entre unes normes i pautes exteriors i no enterament assumides per l'individu, i les tendències internes i les influències externes sobre les quals el propi individu és incapaç de discernir ja que o no és conscient de la seva existència o no disposa dels mecanismes que el procés de maduració proporciona per a això.

El nen i l'adolescent problemàtics actuen com el fan -entre d'altres causes que vam analitzar al lloc corresponent- perquè la conformació inacabada de la seva personalitat els converteixen en enormement vulnerables, i per això necessiten ajuda.

Aquests raonaments ens porten a una primera conclusió bàsica. Tota intervenció que desitgi ser efectiva des del punt de vista educatiu, és a dir, que vulgui donar ajuda i suport perquè l'individu pugui desenvolupar les seves potencialitats i esmenar els seus dèficits o minusvalideses d'algun tipus, ha de basar-se, abans que res, en el coneixement del que existeix com a anterioritat bàsica al comportament materialitzat; així, la funció de l'educador "mai haurà de ser la de mer receptor de criteris prejudicats respecte al problema de consulta sinó, amb el conjunt de coneixements i instruments al seu abast, deurà per tots els mitjans, intentar objectivar la realitat última de la situació problema", (Jiménez Díaz, 1994:65).

Apareix així la necessitat del diagnòstic -ja que sense ell ens serà

impossible arribar a les arrels primeres, les causes efectives i reals-, i la necessitat d'utilitzar "coneixements i instruments". Reprimir o tractar de corregir els efectes (el comportament incorrecte) sense descobrir les causes que els originen pot proporcionar la falsa il·lusió d'un possible remei, que serà en realitat només temporal. La persistència en els mecanismes repressius o controladors no farà més que retardar una nova concreció dels autèntics problemes de base en nous episodis de comportament indecudo, possiblement més intensos com a resposta a la repressió a què l'individu ha estat sotmès.

Així, són inevitables les preguntes: per què sorgeix el comportament incorrecte?, com explicar que davant dels mateixos condicionants aparents es produeixin, en individus distints, comportaments dispars o fins i tot clarament divergents i fins oposats?

És raonable pensar en el lògic d'admetre l'existència de factors de base que propicien o minoren la possibilitat dels comportaments que ens ocupen, o sigui, sorgeixen, junt amb la catalogació dels elements constitutius de l'individu, els conceptes "factor de risc" i "factor de protecció", que incrementen o minoren, respectivament, les possibilitats que es produeixi un determinat tipus de conducta.

A això, convé insistir, hem d'unir la indiscutible individualitat i exclusivitat dels components conductuals de cadascú dels éssers humans, tenint sempre present que "no hem de perseguir homogeneïtzar la població ni donar només assistència a aquells que presenten algun trastorn sinó que l'orientació i intervenció educatives han d'anar encaminades a desvelar tota la globalitat de cada individu a partir de les seves possibilitats (innates, ambientals...) perquè abast el màxim nivell possible", (Comellas, 1990:15), recollint plantejaments de Rapsodie.

Lluny de la nostra intenció que aquestes reflexions constitueixin retret algun als educadors i professionals de la conducta humana que al llarg de la història han donat, en conjunt, complert exemple de dedicació i preocupació pel seu "educand" (vam utilitzar el terme en el sentit més ampli que admet). És més, sense les seves aportacions, sense el seu inconformisme i el seu compromís de recerca enfront de les situacions a què contínuament han hagut de donar resposta, no estaríem en disposició d'aportar un camí nou.

Partint de la sensació de carència de recursos que, davant d'alumnes amb problemes de comportament, els professionals de l'educació han patit i que en la major part dels casos ha servit d'estímul o esperó, ens vam situar en la línia dels qui, al ritme del progrés del coneixement del que és l'home quant a ser complex en tots els seus components i dels instruments ideats per aprofundir en aquest coneixement, pretenen aprofitar els coneixements que donen respostes sobre els mecanismes generadors del comportament humà, per tractar d'aportar solucions. No perdrem de vista en la nostra aportació que "l'elaboració de la conducta humana és un complex en què no existeixen, excepte en situacions psicopatològiques específiques, elements dominants i factors dominats, sinó que la interactivitat de factors serà el que determini la

fórmula definitiva de la conducta humana”, (Jiménez , L. et al 1994:41-42), i vam coincidir amb les aportacions basades en els estudis de Vygotski sobre la zona de desenvolupament potencial i la seva aplicació a l'avaluació per Feuerstein, la qual cosa possibilités “el coneixement de les competències del subjecte (...) per construir estratègies cognitives i de conducta”, (Marín i Buisan, 1994:20), amb la qual cosa vam avançar la necessitat d'establir mecanismes que promoguessin la col·laboració de l'individu afectat.

I vam afegir per establir les bases de la pluridimensionalitat de la nostra proposta: fins i tot en el cas de l'existència de situacions psicopatològiques molt concretes està comprovat, com vam desenvolupar en un altre lloc d'aquest treball, que la interactivitat no queda exclosa com a component fonamental del comportament humà.

Cap fer una altra advertència per completar de moment nostres plantejaments: alumnes distints poden plantejar problemes de conducta en aparença semblants, però motivats per causes diferents. Utilitzant un símil mèdic: la febre que distints pacients presenten no implica que tots ells pateixin la mateixa patologia. Podem limitar-nos a tractar aquesta febre fins que desaparegui, però no amb això resollem el problema de salut; més aviat la nostra intervenció seria negativa, ja que si vam aconseguir que la febre desaparegui l'únic que en realitat haurem aconseguit és que la malaltia segueixi el seu curs i perdre un possible indicador del seu avanç. En realitat, la febre ens alerta de l'existència d'un problema, una disfunció orgànica la gravetat de la qual pot ser insignificant o fatal. Només un procés diagnòstic adequat ens indicarà què és el que realment ocorre en l'organisme malalt, a partir de tot això podrem establir la teràpia conseqüent.

Per això, davant de les conductes problemàtiques és necessari disposar d'instruments que ens permetin establir un diagnòstic efectiu. I en el nostre cas, portats del convenciment que la millor teràpia és l'adequada prevenció -ja que “la prevenció de trastorns conductuals i afectius mostrats precoçment en el procés evolutiu es presenta com un dels objectius claus dels sistemes enfocats a la salut mental infanto-juvenil”, (Sánchez i López, 1994:285)-, és molt important que siguem capaços de diagnosticar els factors de risc que poden ser predisponents d'aquestes conductes, ja que si només vam tractar les conductes (mitjançant la sanció, les tècniques de modificació de conducta, etc.) sempre tindrem latents les causes d'origen.

Pretenem, precisament, la solució dels problemes des del seu origen i, a ser possible, anticipar-nos a aquests problemes a través de la prevenció basada, sobretot, en el diagnòstic dels factors de risc.

L'existència del sistema educatiu es justifica, essencialment, per la seva capacitat per aportar ajuda específica l'individu. No es tracta únicament de la transmissió de coneixements i valors. Una concepció dinàmica i progressista de l'educació assenyala el compromís amb la persona i els seus avatars, amb les seves necessitats individualitzades i la seva capacitat de projecció individual i col·lectiva i per això són fonamentals la capacitat de prevenció i la capacitat de suport per a la correcció o modificació.

Malgrat la distorsió que les conductes problemàtiques poden projectar sobre l'entorn, el sistema educatiu no complirà la seva funció si no aconsegueix ajudar, a partir del suport per resoldre els problemes personals, familiars o patològics generadors d'aquestes conductes, als qui les materialitzen, i es conforma amb el paper sancionador i repressiu. Continuant amb el símil ja empleat en aquestes pàgines, seria com castigar els malalts de grip per tenir febre o no anar a treballar, en comptes de tractar la malaltia de què la febre és només un símptoma perceptible.

(Comellas, 1990:14-15) sintetitza amb claredat respecte d'això: “el diagnòstic no constitueix, perquè, finalitat per si mateix, sinó que té raó de ser en quant, a partir de les dades, es pugui establir una funció orientadora que potenciï el desenvolupament de les possibilitats de l'individu, centrant-se en les causes que poden dificultar el dit desenvolupament, alhora que estimuli i faciliti l'aprenentatge dels processos que el nen no ha adquirit, amb la qual cosa serà preventiva de possibles problemes futurs”.

El diagnòstic que vam propugnar, i que ja des de la seva vessant preventiva “la prevenció a l'escola es localitza a atendre els nois 'en risc de cometre delictes, oferint programes específics per a ells”, (Garrido,1995:34) vam concebre com el primer pas en la intervenció educativa respecte als problemes de conducta, ens permet: conèixer la direcció en què l'esmentada intervenció ha d'establir-se; discriminar els elements que s'han d'incorporar en la intervenció; propiciar -si el diagnòstic es fa de mode correcte- que el subjecte atés s'asseu valorat, adverteixi la preocupació que suscita i percebi les expectatives de solució, amb la qual cosa és possible que s'aconsegueixi quelcom que és fonamental per aconseguir l'èxit, la seva complicitat.

Per a això, i en la confecció de la bateria instrumental necessària, cal tenir en compte que “la recollida d'informació a partir de distintes fonts dóna major garantia a la fiabilitat del procés i permet obtenir una òptica més completa de la natura dels trastorns”, (Sánchez i López, 1994:288); ja que “la realització del diagnòstic ve condicionada per diferents esdeveniments: circumstàncies ambientals, el marc teòric del diagnosticador, els objectius que persegueixi, etc. Els models elegits li marquen la pauta del procés, i d'alguna de les tècniques a emprar”, (Marín i Buisan, 1994:21), i que hem de tenir present “tota la globalitat de l'individu, ja que només intervenint en aquesta globalitat podrem aconseguir que el procés de desenvolupament es porti a terme òptimament, amb harmonia, i que per tant s'aconsegueixi un equilibri i una maduresa al llarg de la vida escolar i en un futur en la vida adulta”, (Comellas 1990:13).

Això indica ja algunes de les línies del nostre empenyament: pretenem presentar una bateria diagnòstica no determinista, inicial i orientadora de futures intervencions, des d'una concepció del diagnòstic que pot ser considerada com a creativa lloc que en la seva realització no partirem de concepcions apriorístiques sobre l'individu concret. Amb la nostra bateria d'instrumentos vam intentar disposar d'un mig per detectar aquells factors de risc



que puguin estar intervenint amb major o menor intensitat en l'origen dels problemes de comportament de l'alumne a qui se li aplica, tenint en compte la pluridimensionalitat de l'individu. Estem, per tant, d'acord amb els qui, com Witkin, defensen que "el que dóna la unitat a la persona és la seva manera pròpia de tractar la informació o dit d'una altra manera el seu estil cognitiu. Els representants d'aquest corrent tracten de trencar l'esquema clàssic del cognitiu i la personalitat com dues entitats separades o independents", (Marín i Buisan, 1994:20).

Això planteja uns pressupostos determinats en l'enfocament del diagnòstic que presenten Meyers i altres i sistematitzen textualment (Marín i Buisan, 1994:21):

"a) La consideració del funcionament cognitiu com una funció de desenvolupament que succeeix en la interacció contínua subjecte-ambient.

- b) La necessitat de que el diagnòstic sigui considerat en relació a l'ambient: avaluació en diverses situacions.
- c) El diagnòstic ha de proporcionar informació sobre les potencialitats i no sols sobre les deficiències.
- d) El diagnòstic deu implicar una participació activa de l'examinador i examinat.
- e) La necessitat d'establir el nexa de diagnòstic i tractament".

Un diagnòstic ben realitzat, per a això, com hem vist, ha de tenir en compte que l'escola és només un factor més, per la qual cosa cal atendre les circumstàncies familiars, les relacions amb els amics i en la comunitat, en la línia de combinar *la teoria del control social de Hirachi* (que emfatitza el valor dels vincles socials a inhibir la delinqüència), i els supòsits de *l'aprenentatge social* (que estableix la necessitat de posseir les habilitats d'execució necessàries per realitzar una conducta i rebre el reforç posterior), tal com assenyala (Garrido 1989: 33), permetrà una intervenció a dues bandes:

a) intervenció terapèutica de tipus interprofessional (l'equip docent conjuntament amb els pares, el psicòleg... intervenen per solucionar el problema).

b) intervenció derivativa multidisciplinària a altres professionals per demanar més dades diagnòstiques (neuròleg, otorino, ) i intervencions específiques de tipus terapèutic no específiques del context escolar (fàrmacs; pròtesi de suport del tipus ulleres, audiòfons...)

Vam tractar de superar la “avaluació tradicional” o Model Tradicional de Diagnòstic, recolzat en la psicologia diferencialment i explícitament en les teories de Traços i Factors, tal com la van definir Fernández Ballesters i Carrobles, esmentats textualment per (Marín i Buisan 1994:24): “aquella 'realitzada en base a tests psicomètrics, projectivos o subjectius (entrevistes, escales d'autoapreciació, etc.) a través de les quals pot arribar-se a descriure, classificar i, en el cas més extrem, a explicar la conducta d'un ésser humà en base a l'anàlisi de la seva estructura de la personalitat, en la que s'articulen característiques, traços, factors (propis del model d'atribut-traços psicomètrics), necessitats, defenses, conflictes (model psicoanalític i metge-entitats nosològiques)”.

Creiem que aquest model ha quedat superat, ja que en ell “el comportament se 'explica' en funció de variables intrapsíquicas o organísmicas (...) Les variables ambientals interessan només en la mesura que poden explicar la formació o constitució d'aquests traços”, (Marín i Buisan, 1994:23-24). Segons aquest model d'avaluació pretenem sobrepassar, la conducta del subjecte pot ser explicada en major o menor grau (advertim la indeterminació) per l'existència d'uns constructes interns de la personalitat (traços), ha de ser interpretada com a signe o manifestació indirecta d'aquestes característiques de personalitat subjacents, i -el que resulta fins i tot més discutible, roman estable al llarg del temps.

La nostra crítica superadora té referents en les d'autors que van plantejar la insuficiència de les concepcions bàsiques. Són respecte d'això fonamentals les que Mischel va formular en el seu *Personality and Assessment*, assenyalant la necessitat de considerar els aspectes ambientals en el desenvolupament de la persona. També hi ha crítiques importants a la consideració dels “traços” com predictores efectius del comportament humà (el que en resumits comptes és un determinisme gairebé unívoc), a les tècniques utilitzades amb el cuestionament de la validesa de les respostes i la fiabilitat dels instruments: “Edwards ha demostrat com gran part de les respostes als dits qüestionaris apareixen saturades de la 'tendència a donar contestacions desitjables per part del subjecte que respon”, (Marín i Buisan, 1994:26). I, en general i de forma unànime, al fet que “no facilita la intervenció, en el sentit de proporcionar elements suficients per començar un tractament. La seva relació amb el tractament és sempre indirecta i es limita a unes orientacions generals”, (Marín i Buisan, 1994:27).

Des del rebuig al model criticat, van sorgir noves tendències, com l'Avaluació Conductual, des de la qual, no obstant això, s'ha efectuat una nova revisió que ha contribuït a la concepció del diagnòstic que nosaltres matenemos. En síntesi, aquestes tendències presenten línies de treball que contribueixen a una major efectivitat en l'aplicació d'instruments que permeten un diagnòstic molt més efectiu:

“- Variació en la forma de realitzar l'aplicació de les proves, amb inclusió de preguntes al subjecte.

- Valoració qualitativa dels ítems, correcta o incorrectament contestats.

- Ampliació de les dades per a la interpretació en base als punts anteriors i a un major contacte amb l'ambient present, utilitzant tècniques d'observació.
- La combinació de les tècniques psicomètriques clàssiques amb instruments construïts amb base criterial.
- La complementació de l'anàlisi dels processos psicològics amb l'anàlisi de tasques, en els casos de dificultats d'aprenentatge, preferentment.
- La concessió d'un paper més actiu al subjecte, que participa també en la interpretació. El model d'autoexploració que comença a emprar-se en orientació -afavorit pels materials elaborats per a això- i l'exploració efectuada amb l'ordinador", (Marín i Buisan, 1994:27-28).

Vam avançar aquí quelcom que ja hem esmentat i que condicionarà l'estructura de la nostra proposta: vam concebre al subjecte com un complex pluridimensional (dimensió bioneuropsíquica, dimensió psicològica, dimensió pedagògica i dimensió socioambiental), el desenvolupament i del qual conducta es vine afectats per múltiples variables de tota mena, internes-externes, controlables-difícilment controlables o incontrolables, permanents-temporals... La constatació d'aquesta evidència obliga a plantejar-nos, a partir d'ella, l'actitud i el procediment mitjançant els que afrontarem la recerca i delimitació dels factors influents en la conducta inadequada, i per a això és necessari tenir en compte que l'avaluació, i per extensió el diagnòstic, de nens i adolescents ha de tenir en compte alguns aspectes específics que és necessari ressaltar com fa Silva (1995):

- Els nens i adolescents manquen de la consciència de trobar-se en situació conductual que requereix de suport i intervenció externa i per tant de la necessitat d'avaluació o diagnòstic com a primer pas d'aquesta intervenció, per la qual cosa si vam concloure "que el problema del nen o adolescent és real i requereix tractament, és aquest el que ha de ser convençut sobre la conveniència de tal tractament. En cas contrari, ens vam arriscar a actuar sense el seu suport", (Silva Moreno, 1995:24). Això obliga que tal col·laboració es requereixi ja en el moment de l'aplicació dels instruments que ens facilitaran el diagnòstic.

- "El diagnòstic ha de fer-se des d'una perspectiva evolutiva (...) durant la infància i l'adolescència ocorren canvis comportamentals que, per la seva magnitud, intensitat o velocitat, han de tenir-se especialment en compte", (Silva, 1995:25). Recordi's respecte d'això la crítica a la concepció estàtica del comportament pròpia del Model Tradicional de Diagnòstic, enfront de la que Sattler, citat per (Silva, 1995:25) és categòric: "En l'avaluació clínica i

psicoeducativa dels nens, les estratègies d'avaluació han de seleccionar-se tenint en compte els processos evolutius. L'avaluació de nens mai hauria de dur-se a terme sense considerar les normes de desenvolupament”.

-Les variables ambientals són de summa importància perquè, en paraules de (Silva1995:25-26), “el nen està sota major control del seu entorn físic i social que l'adult” i “està menys estructurat com a persona”, sense oblidar que “organisme i ambient interactúan, de tal manera que una etiologia orgànica no exclou una intervenció psicològica ni anul·la les seves possibilitats d'èxit”.

-És molt important emfatitzar els aspectes instrumentals i intel·lectuals, perquè “són una mena de 'via règia a través de la qual es canalitza la integració social de les persones en la nostra cultura”, (Silva, 1995:26).

Com es pot apreciar, les consideracions que vam acabar d'exposar s'ajusten a la concepció pluridimensional -en concret tetradimensional- de la persona sobre la qual vam basar la nostra proposta i no hi ha dubte, i amb això vam acabar aquesta argumentació, que a una realitat multidimensional ha d'aplicar-se un conjunt d'instruments multidimensional que mitjançant els seus components sigui capaç de donar raó de tal complexitat.

## **5.2. Fonamentació del model tetradimensional de diagnòstic**

Davant de la presència d'un problema de conducta, i abans de determinar com se n'intervindrà respecte d'això, cal efectuar el diagnòstic (el que nosaltres vam considerar primer moment de la intervenció perquè suposa la implicació del professional de l'educació amb el problema i l'abandó d'una posició passiva de mera constatació), “a fi de determinar les causes que el van originar, els aspectes ambientals que afavoreixen la seva permanència i evolució i les característiques pedagògiques i psicològiques del mateix”, Álvarez,(1984). El diagnòstic que pretengui ser efectiu ha d'atendre tant aspectes específics i propis de la natura del subjecte com ambientals, pedagògics i psicològics, amb la qual cosa ha de ser “pluridimensional, és a dir, dirigit a tots els àmbits de la seva personalitat”(Álvarez, 1984: 65), sense que amb això s'exclouï taxativament el diagnòstic “específic d'una àrea que apareix com a generadora del problema”, Álvarez (1984), circumstància aquesta del diagnòstic específic que, vam pensar, requereix sempre d'un anterior diagnòstic pluridimensional que ens permeti discriminar l'o els orígens concrets del problema.

El diagnòstic, indispensable i previ a l'establiment d'una correcta estratègia d'intervenció, no es pot obviar, ja que amb ell pretenem “esbrinar les causes que s'amaguen darrere els símptomes manifestats pels individus. Un mateix trastorn pot tenir manifestacions diferents, i una manifestació pot tenir com a base: distints trastorns (...) els elements a observar han de ser el més amplis possible, aprofundint en aquells que, doni la impressió, són els causants del problema”, (Marín i Buisan, 1984:16), per això, especificant, cal estudiar aspectes tan concrets i complexos com “intel·ligència i aptituds específiques”, “personalitat i adaptació”, “context familiar i escolar”, “factors físics i sensorials:

estat físic, control motor, visió, audició, pronunciació i dicció”.

L'ésser humà, tant en la seva constitució com en el seu comportament, mostra una complexitat pluridimensional de factors interactius que no sempre ha estat atesa ni entesa degudament: “L'elaboració de la conducta humana és un complex en què no existeixen, excepte en situacions psicopatològiques específiques, elements dominants i factors dominats, sinó que la interactivitat de factors serà la que determini la fórmula definitiva de la conducta humana”, (Jiménez, L. et al. 1994:41-42).

Ha estat un procés lent i costós arribar a un consens general que admeti les interrelacions existents entre els components biològics, els psicològics, els sociològics i, fonamentals en el nostre cas, els pedagògics. Un repàs precipitat i sense entrar en profundes disquisicions respecte d'això ens ensenya que, durant un llarg període, s'explicava la conducta humana mitjançant factors de tipus “immaterial” o espiritual (recordem els conceptes de “ànima”, “consciència” i altres semblants que hi ha menut s'han emprat en tractar de la conducta), prevalents sobre els possibles avatars de tipus biològic. És més, s'afirmava que aquesta prevalència era el signe diferenciador entre l'ésser humà i la resta d'éssers vius, incapaços de dominar, per falta de raó o enteniment, els impulsos purament biològics que condicionen les seves accions. No podem oblidar, en aquest repàs, les etapes en què la tendència s'ha invertit, i ha estat dominant la idea que el comportament era el mode en què s'exterioritzaven i materialitzaven processos biològics especificats en procediments neurològics, com si la nostra conducta fos un exclusiu producte de complexíssimes reaccions bioquímiques. D'altra banda, hem d'assenyalar també les agres polèmiques sobre la potència de l'entorn social i material com dominant sobre els impulsos de la natura pròpia.

Avui en dia, la consciència de la pluridimensionalidad de l'individu i per tant de tot el que afecta al seu comportament (entre el que hem d'incloure els elements que integrin el diagnòstic del mateix) està estesa. I de la mateixa manera la necessitat de que la metodologia amb què s'afronti l'estudi d'aquest comportament es fonamenti en aquesta pluridimensionalidad. Com assenyalava (Silva, 1995:225), “només a través d'una avaluació 'multimétodo' pot obtenir-se una informació completa de les variables biològiques, cognitives, emocionals, interpersonals, ambientals i socials que contribueixen a comprendre el comportament actual del nen”. En suport a aquesta tesi, l'autor cita els treballs de Sattler, Weaver, Zarb, o La Greca.

Estem ja en condicions de concretar la nostra proposta. Hem de decidir quines àrees, corresponents a les dimensions constitutives de la persona, estructuraran la nostra manera d'atendre el comportament i els factors que influeixen en ell.

Per a Portellano (1989), en els seus treballs referents al fracàs escolar, aquestes àrees estan molt clares, en coincidència amb altres autors: “hem agrupat en quatre grans àrees els agents causants de fracàs escolar: factors *biològics*, *psicopatològics*, *pedagògics* i *socioculturals*”.

Com ja hem tingut ocasió d'avançar en els nostres raonaments previs, amb la nostra proposta diagnòstica pretenem la superació del model tradicional d'avaluació, ja que "els processos de diagnòstic del mode tradicional i de l'Avaluació Conductual (...) cobreixen àrees importants de les necessitats o motius de consulta propis de l'educació. Però ambdós queden incomplets al nostre entendre si s'empren en la seva forma pura original", (Marín i Buisan, 1994: 98), ja que:

"els elements a observar han de ser el més amplis possible, aprofundint en aquells que, doni la impressió, són els causants del problema.

S'han d'estudiar:

- Intel·ligència i aptituds específiques.
- Personalitat i adaptació.
- Context familiar i escolar.
- Factors físics i sensorials", (Marín i Buisan, 1984:16).
- 

Veiem aquí que de nou la sistematització s'efectua entorn de les dimensions psicològica, social, pedagògica i biològica, que són les que cobreixen el nostre objectiu.

Davant d'una situació de conducta problemàtica, hem de disposar dels instruments precisos per escometre la "complexa tasca prèvia de diagnòstic a fi de determinar les causes que el van originar, els aspectes ambientals que afavoreixen la seva permanència i evolució i les característiques pedagògiques i psicològiques del mateix", (Álvarez, 1984: 98), tenint en compte que es tracta d'una "tasca d'equip en què hauran de prendre part, segons el requereixi el cas, professionals com el metge, l'assistents social, el pedagog, el tutor, el psicòleg, etc.", (Álvarez, 1984: 56).

Per a això, "es considera l'existència d'un grup de ciències -ciències de l'educació- que tenen a l'educació com a objecte comú d'estudi, però cadascuna d'elles la contempla des d'una perspectiva específica", (Sarramona, 1997: 84), que cita a Clause "es cridarà, llavors, ciències de l'educació al conjunt de disciplines que consideren els múltiples aspectes de la realitat de l'individu (físics, biològics, psicològics, soials)", i per això es pot parlar, segons exposa el propi Sarramona, adaptant la classificació de Hubert (Sarramona, 1997: 86), de "biologia de l'educació", "psicologia de l'educació" i "sociologia de l'educació", al costat dels coneixements i mètodes més específicament pedagògics, amb la qual cosa es corrobora la possibilitat de treballar dins la nostra proposta tetradimensional, en existir els coneixements i la metodologia científica apropiada.

Álvarez (1984) ens proporciona nous arguments. Per a ell, el procés educatiu ha de tenir en compte l'àmbit afectiu, integrat per l'actituds concebudes com "la tendència a actuar sempre, en presència d'un objecte específic, d'una forma determinada". Les actituds s'adquireixen de mode distint de com es fa amb els objectius cognoscitius, i així, un sistema educatiu que

pretengui ser global i integral ha de procurar succintament, la millora en la capacitat d'adaptació de l'individu, que es fonamenta tant en els seus coneixements com en les seves actituds davant de les incitacions que proporciona l'entorn, i per tant "les funcions del diagnòstic pedagògic en l'àmbit de l'afectivitat hauran de dirigir-se, per tant, a la conducta dels alumnes, entesa aquesta com una manifestació observable de les actituds, per determinar *el nivell d'adaptació personal i social* dels mateixos i per *tractar de corregir els comportaments inadaptats i conflictius*".

Aquest nivell d'adaptació social i personal es mesuren a través dels conceptes de "maduresa", "normalitat" i "adaptació ambiental", (Adams, 1995:23). La "maduresa" correspon al nivell de desenvolupament de l'alumne respecte a l'esperable a la seva edat, i per tant té a veure amb la dimensió biològica. La "normalitat" es defineix per semblança o contrast amb el comportament mig, per la qual cosa correspon a la dimensió psicològica. I la "adaptació ambiental", inequívocament, correspon a la dimensió social, perquè es refereix a la relació "entre l'individu i l'ambient en què es troba immers".

És necessari no perdre de vista que la determinació de les quatre dimensions a partir de les que treballarem implica, necessàriament, la consciència de la unitat de l'individu, i que "cadascuna d'aquestes dimensions té fonament, llenguatge i instruments propis i ben diferenciats entre si, però quan cobren sentit és quan s'integren i es comparen les quatre entre elles (...) Per això haurem de conèixer totes les facetes típicament psicològiques a través dels mitjos que ens ofereix el cridat psicodiagnòstic (...) però el seu volem complementar el 'abordatge psicològic haurem d'acompanyar la informació amb les dades oferides des d'altres dimensions", (Rodríguez , 1998:184). Aquest autor especifica clarament que les dimensions a què es refereix són "la dimensió psicològica, la biològica, la pedagògica i la social", objecte de diagnòstics específics, "que tradicionalment han estat denominats pels professionals com el diagnòstic psicològic, el biològic, el pedagògic i el social".

En el mateix sentit es manifesta Portellano (1989), quan aborda la problemàtica del fracàs escolar, per la qual cosa les seves paraules ens serveixen també respecte d'això de les conductes problemàtiques, les quals, en cert sentit, poden ser considerades -en sentit ampli- com un fracàs escolar que transcendeix l'àmbit purament acadèmic i revela que el sistema educatiu no ha donat resposta als problemes de l'individu: "El fracàs escolar es produeix per variats motius, sent causat la majoria de les vegades per diversos factors. (...) Hem agrupat en quatre grans àrees els agents causants de fracàs escolar: factors *biològics*, *psicopatològics*, *pedagògics* i *socioculturals*. Els factors biològics i psicopatològics són de tipus personal. Els factors pedagògics i socioculturals depenen fonamentalment de factors exògens que actuen sobre el nen. (...) És aconsellable que el procés d'avaluació i diagnòstic sigui un *procés interdisciplinari*, ja que la riquesa de dades que aporten els distints professionals pot donar un contingut més dinàmic no sols al diagnòstic, sinó a la rehabilitació del fracàs escolar", (Portellano, 1989:78).

Així doncs, i confirmat el nostre model pel pensament i l'acció dels autors

que donen a poyo a la nostra concepció, establim les dimensions de recollida d'informació del nostre model diagnòstic són la dimensió bioneuropsicològica, que correspon a la base biològica de l'individu i que presenta la complexitat d'enfrontar-nos amb el mode subtil, de vegades gairebé miraculós, que la vida va desenvolupant-se en un organisme viu; la dimensió psíquica, que correspon a la base conductual i emocional de l'individu, un terreny sovint ocult, l'accés del qual requereix d'una predisposició i un atenció especials, perquè es mostra enormement fràgil en algunes de les seves condicions. La dimensió pedagògica, que correspon a la base educativa de l'individu com ser que és situat en un determinat sistema educatiu perquè rebí uns ensenyaments -tant de coneixements com d'habilitats i hàbits; i la dimensió socioambiental, que correspon a la base social de l'individu, i que té la particularitat d'aparèixer, sovint, com una mena d'entelèquia informe els components essencials de la qual semblen no materialitzar-se o concretar-se en part alguna. Alguns autors inclouen la dimensió escolar/pedagògica que hem esmentat en la dimensió social, però nosaltres, atès que el nostre model diagnòstic és d'aplicació específica per al context escolar, li donem un pes específic i li donem entitat específica.

Les característiques específiques de cadascuna d'aquestes dimensions, els problemes que en elles es poden plantejar, i els instruments d'avaluació les qualitats diagnòstiques millor dels quals s'acomoden al que és necessari en elles, seran la matèria que ens ocuparà en els següents apartats d'aquest capítol.

L'estudi detallat que realitzarem no ha de fer-nos perdre de vista, no obstant això, la realitat unitària de la persona. Només entenent la persona com una totalitat complexa, un sistema de sistemes, el coneixement de cadascú dels sistemes que la constitueixen tindrà sentit.

Entenem que un cop establerta la pluridimensionalitat de l'individu i les quatre dimensions que creiem afecten de manera primordial a quant es refereix a la seva conducta, estem en condicions d'exposar que estem convençuts de quelcom que ara ens sembla evident: l'educador que pretengui donar suport i solucions als educands que tinguin dificultats ha de tenir present que no hi ha intervenció efectiva si no part d'un bon diagnòstic, i que aquest no aportarà totes les dades necessàries si no part de la pluridimensionalitat de l'individu, per la qual cosa ha de ser efectuat mitjançant proves que l'atenguin i parteixin d'ella en la seva estructuració. D'aquí la nostra proposta: la presentació i proposta d'un model tetradiimensional de diagnòstic que tindrà el seu desenvolupament al llarg dels pròxims apartats.

#### **4.2.1. Dimensió bioneuropsicològica**

Pel fet obvi, però no trivial, que som éssers vius, existeix en nosaltres un component constitutiu a què podem i hem de considerar primer i previ a l'aparició dels altres: el format pels elements que ens confereixen, precisament, la nostra condició d'entramat biològic, materialitzat en els sistemes i aparells que constitueixen la nostra anatomia. Es tracta del que nosaltres, al propòsit



que guia aquesta obra, vam descriure com la dimensió bioneuropsicològica del ser humà.

Aquesta dimensió bioneuropsicològica atén els factors interns i externs referents al substrat anatomofisiològic de l'individu i el seu neurofuncionalidad. Cal tenir en compte que a ella afecten, i fem extensiva la cita a altres aspectes no estrictament escolars ja que vam considerar que, en general, la vida de l'home és un continu procés d'aprenentatge, "tots els trastorns orgànics que interfereixen el normal aprofitament escolar", (Portellano, 1989: 98). Vam afegir que, a més a més d'esmentar l'aprenentatge escolar, que constitueix una circumstància molt concreta, factors semblants es donen en totes les situacions en què l'individu ha de contrastar la percepció de l'exterior per desenvolupar una resposta conductual concreta, en la que l'aprenentatge previ és determinant.

És a dir, la base fisiològica constitutiva de l'individu determina o condiona la manera en què aquest individu exterioritza o materialitza la seva relació amb el mig (la conducta), perquè, com vénen demostrant les investigacions més recents, en aquesta natura constitutiva -tant al seu estadi primari natal com als estadis que adopta a mesura que evoluciona-, cauen els mecanismes originaris de la resposta conductual. Com afirma (Jiménez, L. et al 1994:49), "la conducta es diferencia, organitza i integra, en la mesura i fins al punt que els sistemes orgànics de base els permeten".

Respecte d'això cal esmentar que nombrosos autors autors Lázarus, Folkman, etc. han posat de manifest que la conducta ha de ser entesa com un esquema d'interacció entre els factors biològics i l'ambient, amb processos d'integració adaptativa -dins uns nivells o paràmetres considerats com constitutius de la normalitat- i possibilitats de desviació, que donarien lloc a les conductes inadequades el punt extrem de les quals serien les conductes problemàtiques.

Per la seva banda, els avanços en neuroquímica i neuroendocrinologia ens han proporcionat el coneixement de la manera en què es produeixen els processos neurobioquímics que es materialitzen en la conducta, encara que no cal caure en el maximalisme de creure que la nostra conducta i els nostres sentiments són, exclusivament, producte d'unes determinades i complexes reaccions bioquímiques en el coneixement dels quals estem aprofundint.

Entorn d'aquestes idees fonamentals -i amb la base de les últimes investigacions en què s'ha produït la convicció que tant l'organicisme radical com l'ambientalismo excloent, corrents que s'han alternat en la primacia de les explicacions conductuals, han de posar en comú les seves aportacions, ja que són complementàries-, es produeix, tal com veiem en els treballs de Lerner i Kauffman, Magnuson Cairns, Susman, Dorn, Susman i Petersen, (ibide) un consens general entorn dels següents principis:

-Hi ha una influència recíproca de base entre els factors contextuais (ambient, mig social, mig escolar, etc) i els factors biològics (neurotransmissors, organització neurològica...), sobre la qual les influències contextuais modulen i

determinen els processos de desenvolupament neurobiològic posterior.

-Per la seva banda, el propi desenvolupament neurobiològic contribueix a l'enteniment de la personalitat, les diferències conductuals, els disturbis de conducta... i, per extensió, al descobriment del mode en què el genètic, junt amb les experiències ambientals i els impulsos primerencs sobre el cervell interactúan per afectar i determinar el desenvolupament més tardà.

-Hi ha la certesa que en el període pre, peri i postnatal les experiències infantils afecten la neurobiologia de l'arousal, de manera que determinen patrons de resposta neurobiològics apresos i estructurats.

-Així, cal tenir en compte tant el context ambiental d'estressores psicosocials com la neurobiologia d'afectes i conducta.

-I, recollint la cita de Quay amb la que ( Jiménez ,1994:59) sintetitza l'anterior: "els estressores i la bioquímica concomitant dels episodis de desordre afectiu indueixen certs factors de transcripció (proto-oncogenes) que afecten l'expressió de neurotransmissors, receptors sinàptics i neuropéptidos, alterant la capacitat de resposta a estressores tardans en el desenvolupament, augmentant la vulnerabilitat cap a noves experiències futures".

Tot això ens incita a considerar la importància que aquesta dimensió bioneuropsicològica té, primer, en la prevenció de conductes problemàtiques, perquè moltes d'elles té el seu origen en el component genètic de l'individu i/o en els ajustos evolutius posteriors del desenvolupament fisiològic, i, posteriorment, en la possible correcció d'aquestes conductes quan apareixen sense existir detecció prèvia.

Els conceptes fonamentals són els següents:

-La nostra constitució biològica genètica, especialment pel que fa als elements del Sistema Nerviós, condiona la nostra conducta per establir unes determinades pautes de base en la nostra resposta als estímuls exteriors, per la qual cosa anomalies congènites provocaran, indefectiblement, dèficits conductuals.

-El nostre organisme està, des del moment de la seva estructuració primera, en un continuat procés d'evolució i creixement, en el que són determinants tant els components originals com les influències externes que incideixen sobre ells i determinen aspectes de l'evolució neuofisiològica, com recullen Post i Quay en els treballs en què s'ocupen dels canvis que els factors ambientals poden exercir sobre el substrat biològic en el que se sustenten.

Per tant, en la dimensió bioneuropsicològica podem parlar de dos tipus de factors: els factors interns, en els que enquadram els elements innats i/o genètics, és a dir, aquells amb què "vam partir", i que constitueixen la base primera a partir de la qual es desenvolupa l'individu; i els factors externs, que

són aquells que intervenen i condicionen les característiques neurofisiològiques no innates que van passant a ser constitutives de l'individu en el procés de la seva evolució i maduració, mitjançant un procediment interaccional en el que els processos adaptatius parteixen de components que gaudeixen de certa estabilitat, encara que són susceptibles de variació, entre ells “estan els biològics, sobre els quals en sustentar-se els psicològics-cognitius seran modulats i controlats per poder ser adaptables a les demandes internes i externes”, (Jiménez, 1994:46-47).

El SN i el seu funcionament consegüent no són mecanismes tancats i definitivament establerts des d'un principi. A partir de les característiques i realitats innates i genètiques, el SN entra en contacte amb l'entorn i estableix amb ell un procés d'interrelació que influirà al camí de la seva evolució cap a la maduresa. Per això vam parlar de factors interns i factors externs.

No oblidem que s'ha comprovat que “des que s'esbossen els primers rudiments del SN humans, en les primeres setmanes postconcepcionals, en el que l'estructura de base és el sistema medul·lar, que amb característiques de sistema cordal bàsic garanteix unes conductes reflexes elementals, el sistema nerviós humà es va fent més complex estructuralment a mesura que l'organisme va adquirint característiques, progressivament pròximes a qui es correspondran amb les de l'organisme adult madur”, (Jiménez, 1994:48-49), i que en aquest component evolutiu es plantegen els problemes de desajust en què són desencadenants els factors externs inadequats que afecten negativament al procés de maduració, causant-li retards o “lesions”.

:

Atenguem en primer lloc al denominador: “factores interns”.

“L'evidència que els factors genètics i hereditaris són un element essencial de la integració o desviació conductual és acceptat per la psicologia clínica contemporània, afirmació sostinguda per Rutter, i avalada per investigacions precedents de Crowe i Hutchings i Mednick, per als qui els components genètics de la conducta determinen, en la infància, les diferències individuals de resposta i la susceptibilitat cap a la conducta desviada”, (Jiménez, 1994:42-43).

Vam transcriure la cita en la seva totalitat per mostrar clarament que existeix en l'individu una base innata, constituïda per les característiques genètiques i la càrrega hereditària existent en l'organisme des d'uns primers moments. Les peculiaritats, tant positives com negatives, existents en aquesta base són determinants com a origen del comportament. Bona part de les alteracions detectades en individus problemàtics tenen el seu origen ja en la seva base genètica.

No obstant això, la base genètica no és un condicionador tancat que predetermina irremediament i irreversiblement la nostra conducta, i és possible, fins a cert punt, corregir alguns dels seus efectes negatius, malgrat que en les “situacions de nens amb dèficits neurofisiològics, ja prompte, la vulnerabilitat que determinen els dits dèficits reflectits en disfuncions cognitives i executives, permeten el desenvolupament de dificultats en les habilitats

acadèmiques i un major risc de ser condicionat per circumstàncies contextuals”, (Jiménez, 1994:90).

Els factors interns operen en el nivell estrictament físic (amb trastorns sensorials com els auditiu o els visuals), en el nivell somatofisiològic (amb malalties de nivell clínic -epilèpsies, cardiopaties, hepatopaties, entre d'altres), o en el nivell neurofuncional (per existència de lesions o disfuncions menors en el Sistema Nerviós Central), la importància del qual ve determinada pel fet que “més de la meitat dels casos de fracàs escolar tenen en major o menor mesura implicacions neuropsicològiques”, (Portellano:1989:72).

És evident que les disfuncions físiques impedeixen un correcte desenvolupament de la persona. No sols en aquelles activitats que semblen implicar-se d'una manera més directa en una base estrictament orgànica per la càrrega “física” que comporten. L'activitat de tipus intel·lectual, i l'aprenentatge és d'aquest tipus, el comportament com a conjunt global de respostes davant de les situacions, el mode en què es percep el mig i a través d'aquesta percepció s'és capaç d'estructurar la resposta més adequada... es ressenten si alguna deficiència, discapacitat o anomalia de tipus biològic estan constrenyent tota la capacitat de l'individu.

Una base orgànica correcta és fonamental per a un desenvolupament harmoniós de la persona. Encara que la seva repetició reiterativa ens soni avui a tòpic, l'ideal renaixentista de “ment sana en un cos son” no és, sinó, el reconeixement de la necessitat de la “higiene de l'organisme”, entesa aquesta en el concepte modern de “correcte funcionament”, perquè l'activitat intel·lecte-afectiva es pugui desenvolupar sense llastos biològics que la condicionin.

Quant als conceptuats com “factors externs”, vam assenyalar que hi ha factors genèticament determinats de base, però la plasticitat del qual enfront de les influències ambientals, en ser modificats, reflexa canvis en les condicions neuronals: “l'organització del SN en desenvolupament s'estructura en la plasticitat de les neurones i sinapsi que permetria modificacions bioquímiques i estructurals en funció de la diversitat dels estímuls i experiències del subjecte. Sobre els patrons genètics d'organització epigenètica del nostre SN s'iran integrant els influxos ambientals d'un o un altre tipus”, (Jiménez, 1994:43).

D'altra banda, s'ha detectat vulnerabilitat d'origen genètic cap a les condicions desfavorables de l'ambient per part d'alguns individus els components genètics de les quals semblen anunciar la desviació de la seva conducta.

Però a més a més, hem d'esmentar altres factors com poguessin ser la violència física que danya elements del Sistema Nerviós, una alimentació deficitària que produeix deterioració en l'evolució i creixement de l'organisme de l'individu, la falta o incorrecció d'hàbits higiènics apropiats a l'evolució i el creixement esmentats, la falta d'estimulació adequada, efermedades que deixen seqüeles orgàniques, i altres factors ambientals que poden influir negativament sobre els neurotransmissors moduladors de l'activitat neuronal i endocrina. Es parla, per exemple, dels danys que un embaràs o un part

traumàtics poden produir en l'organisme i que tenen com resultat conductes problemàtiques l'origen del qual només es pot trobar en aquestes circumstàncies d'impossible localització per l'educador que atén a l'alumne a l'aula i que requereixen la intervenció dels especialistes un cop s'ha percebut el símptoma, ja que "els nens que mostren dèficits neuropsicològics no sempre presenten una etiologia clara", (Silva, 1995:64).

L'evolució física i fisiològica de l'alumne està connectada amb la seva maduració psicològica. Aquesta evolució és condicionant ja des de l'embaràs i el part, "ja que, durant ells, es poden donar certes condicions que alteren el desenvolupament posterior", (Marín i Buisan, 1984:31), i es produeix perquè el cervell és tremendament plàstic "i per tant capaç d'aprendre i adaptar-se contínuament a demandes noves del mig i capaç d'establir nous sistemes funcionals quan els requeriments de l'entorn l'exigeixen", (Silva, 1995:65).

Com es pot deduir de tot allò que s'ha exposat, és necessari i possible, per part de l'educador, posar els mitjans per tenir una competència efectiva pel que fa als problemes conductuals que tenen a veure amb aquesta dimensió bioneuropsicològica. Independentment de la complexitat d'aquesta dimensió, l'educador, pedagog, o professional de l'educació en general, pot realitzar proves de tipus "screening" amb les que realitzar una aproximació diagnòstica que posin de manifest la major part dels problemes originaris dels processos conductuals inadequats.

Sovint sembla clar que en l'educand hi ha un problema que per les seves característiques va més enllà del que es pot considerar com "habitual". Certes conductes, certs retards posen en evidència que "hi ha quelcom que no funciona", i que aquest quelcom no té res a veure amb els "habituals" (estem generalitzant, i tractant d'efectuar aquesta reflexió de la manera més senzilla possible, fugint dels tecnicismes específics que ocuparan el seu lloc en el desenvolupament teòric que vam dedicar a cada dimensió) problemes de "inadaptació, ambient familiar deficitari, rebuig al mig escolar..." Per a la seva detecció són necessaris instruments que més endavant presentarem.

El diagnòstic i amb ell les proves per efectuar-lo és necessari, entre d'altres coses, perquè queda demostrat que "quan els dèficits psicològics i conductuals són severos, i per tant molt evidents, els pares informen adequadament. Mentre que quan els dèficits són mitjos o baixos, els pares no semblen detectar-los amb encert i per tant no informen adequadament", (Silva, 1995:63). Respecte d'això d'aquests dèficits, hem d'annotar que quan en la seva aparició no tenen una materialització extrema o escandalosa, sovint se sol considerar que les seves causes se deuen al fet que no tots estem igualment dotats per a certes tasques, o que hi ha un dèficit d'interès o de motivació cap a certes àrees, és a dir, no es cau en el compte que la causa pot ser de tipus neurofuncional. Hi ha vegades que davant de l'aparició de la sospita, els professionals acudeixen a proves com els TAC o semblants, no obstant això, en gran percentatge aquestes proves resulten inútils, perquè no aporten dades sobre les lesions o deficiències causa dels problemes, és a dir, que "molts dèficits neuropsicològics que es posen de manifest a través de l'avaluació

neuropsicològica solen passar desapercebuts durant més de dos, tres o quatre anys davant de proves electrofisiològiques o radiològiques”, (Silva, 1995:64).

#### **4.2.2. Dimensió psicològica**

La dimensió psicològica abraça els fets i circumstàncies relatives al psiquisme de l'individu, és a dir, a les característiques relatives a la seva manera de ser, de pensar i de sentir. Aquesta dimensió és de gran complexitat, i està molt interrelacionada amb la resta de dimensions constitutives del ser humà, ja que la manera de ser de l'individu té origen en les seves condicions innates (determinades per les seves característiques genètiques) entre les que no podem descartar les fisiològiques, la manera en què aquestes condicions innates evolucionen a partir de les seves característiques i de la interrelació modificant amb l'entorn, i el mode en què l'àmbit en què es desenvolupa aquesta evolució pot tenir influència tant sobre el substrat conductual de base com sobre la conducta conjuntural que desenvolupa l'individu en cadascuna de les seves situacions vitals (dimensió socioambiental).

No insistirem aquí en l'etimologia del terme “psicologia”, tipament coneguda i difosa, però sí que vam anotar que la dimensió psicològica abraça més amplitud que les consideracions i les estructures purament fisiològiques sobre les quals es produeixen les reaccions i mecanismes que estan en la base de la materialització de la nostra manera de ser i d'actuar, el psiquisme no és únicament qüestió de bioquímica, encara que en l'actualitat s'hagin descrit moltes dels mecanismes d'aquest tipus que es desenvolupen quan engeguem processos cognitius o reaccions afectives.

Existeix en la persona, clarament determinat, l'element psíquic, que correspon a la “vida mental i afectiva”, que va més enllà de les reaccions merament intuïtives que l'ésser humà té per la seva condició de ser viu pertanyent al regne animal, i que correspondria a la “racionalitat”, o capacitat de reflexió i a la “emotivitat”, o capacitat de percepció del sentiment.

La dimensió psicològica és enormement complexa, perquè al costat de la seva “immaterialitat essencial” que vam percebre d'una manera general i intuïtiu està constituïda pels aspectes cognitius, els aspectes emocionals, els factors constitutius de la personalitat i els factors psicoevolutivos, que tenen especificitats concretes. Terrasi et al (1999)

Com a introducció, i als efectes que ens interessin en aquest estudi que ens ocupa, i que no pretén ser una obra d'aplicació pràctica, hem d'esmentar que en un ampli percentatge (Portellano, 1989, assenyala que entre un 30 i un 50 % dels casos) el fracàs escolar té el seu origen en factors emocionals. Si a més a més tenim en compte que els adolescents (nens i adolescents són el nostre objectiu) es troben en una situació de gran vulnerabilitat des del punt de vista emocional, perquè manquen de l'experiència i la maduresa necessàries per al control dels fenòmens i situacions que en aquest àmbit es produeixen, no

és estrany que els factors afectius condicionin tant el seu rendiment acadèmic com el seu comportament en general: “en nombrosos casos, la presència de fracàs escolar és només la punta de l'iceberg de dificultats de personalitat de moltes major entitat”, Portellano, (1989).

Com ja veurem en tractar la dimensió pedagògica, amb freqüència els problemes d'aprenentatge són la causa de problemes de comportament, perquè ocasionen sentiments d'autoestima negativa i de rebuig cap a l'entorn i els seus condicionants. A l'escola, davant d'aquestes situacions, podem ratificar, mitjançant instruments de tipus "screening", l'existència d'alteracions de comportament l'origen del qual ve determinat per algun/s dels factors de risc que vam definir en l'àmbit estrictament psicològic, la qual cosa ens permet requerir a un especialista perquè ens ajudi a concretar el diagnòstic i a especificar l'adequat tractament psicoterapèutic.

Els factors de risc corresponen a la possibilitat que els nivells definits com “normalitat” en cadascú dels factors constitutius de la dimensió psicològica es trobin en nivell insuficient o presentin alteracions.

#### **4.2.2.1. Factors cognitius**

Els factors cognitius són els relacionats amb la capacitat d'aprenentatge de l'individu, el seu potencialitat per assumir noves experiències i coneixements, i per fer ús d'aquesta informació d'una manera reflexiu i creatiu, contrastant-la tant amb les situacions passades com amb les presents i les futures. Les limitacions en el desenvolupament cognitiu i neuromadurativo causen que un percentatge entre el 3 i el 5 % dels nens en edat escolar tinguin un rendiment escolar sota, segons dades aportades per Portellano (1989). El potencial d'aprenentatge d'aquests nens, el desenvolupament del qual madurativo està lentificado, és significativament inferior comparat amb el dels nens de la seva edat, la qual cosa indica la necessitat de que rebin atenció especial i específica.

Un cas específic són els denominats “nens límit” o “maduropatía del Sistema Nervios” (existència d'un trastorn estructural o funcional del sistema nervios que afecta al seu rendiment de manera global), les característiques més rellevants dels quals són la presència de trastorns prenatals i perinatals, incidència de trastorns electroclínicos, adquisicions neuromotrices lentificadas, incidència de trastorns específics d'aprenentatge i del llenguatge, persistència en un nivell mental per sota de la normalitat, conflictivitat afectiva i desajustos de personalitat, i aprenentatge lent associat a retard escolar

Vam denominar “intel·ligència” al factor cognitiu que consisteix en la capacitat intel·lectual de l'individu. Aquesta capacitat es desenvolupa amb l'edat; és una capacitat mental que implica, sobretot, la utilització de símbols; amb l'ajuda de la memòria, permet utilitzar l'experiència passada aplicant-la a noves experiències; i és, al mateix temps, la capacitat per aprendre ràpidament.

Es defineixen dos tipus de capacitat de pensament: la “capacitat de

pensament convergent”, que és la capacitat per analitzar i relacionar dades, aplicar-los, i extreure d'ells conclusions (és la que tradicionalment s'ha exigint als centres escolars, constrets per la necessitat d'imbuir coneixements establerts per endavant), i la “capacitat de pensament divergent”, que permet l'extrapolació de dades, la fluïdesa creativa, la capacitat per a projeccions noves... (poc valorada, tradicionalment, en les institucions escolars).

Avui en dia sabem que hi ha una base genètica de la intel·ligència, que assenyala, sobretot, el límit superior a qui pot arribar una persona, però el mig en què es desenvolupa l'individu ha de permetre-li el desenvolupament del seu potencial innat; d'altra banda, no podem obviar que en el desenvolupament de la intel·ligència té gran importància la variable afectiva del desenvolupament, i que s'ha detectat que hi ha relació entre l'estatus socioeconòmic i laboral dels pares i la intel·ligència dels nens (generalitzant, a major estatus major intel·ligència); a l'últim, segons les dades aportades per un estudi publicat en *Comentari Sociològic Estructura Social d'Espanya*, juliol-desembre, 1977, núm. 19-20 (Confederació Espanyola de Caixa d'Estalvis), citat en (Álvarez 1984:133), s'aventura la hipòtesi que mentre més nombrosa és una família, més sota és el nivell mig d'intel·ligència i aquest es fa encara més sota amb cada naixement.

A la vista de l'anterior, es justifica que un dels fins del diagnòstic sigui dilucidar si les dificultats apreciades en el desenvolupament de la intel·ligència es deuen a l'herència o a l'ambient i, en la mesura que es pugui, en quins percentatges i a través de quins factors.

Per mesurar o quantificar la intel·ligència disposem, essencialment, de dos sistemes:

- El sistema clàssic de Binet-Simon-Terman: el seu principi fonamental és que el desenvolupament mental és una simple addició progressiva de resultats adquirits, és a dir, la nostra és una estructura mental acabada, per això, aquest sistema no té en compte l'existència de mecanismes d'adquisició de la intel·ligència i la mesura que proporcionen els instruments basats en ell és el denominat CI (quocient intel·lectual), que resulta de dividir la EM (edat mental) entre l'EC (edat cronològica) i multiplicar el resultat per 100.

- Altres sistemes es basen en la concepció de Piaget i la seva escola, per als qui el desenvolupament mental és l'organització progressiva d'un mecanisme operatori, per la qual cosa les proves que pretenguin el seu mesurament atenen a operacions concretes. Per això estableixen proves que mesurin la capacitat d'observació, classificacions que exigeixin una lògica elemental, o l'establiment de relacions entre la capacitat operativa i el simbolisme recolzat en imatges; i proves consistents en operacions formals que permeten l'anàlisi dels processos subjacents al pensament formal, també exposats per Feuerstein (1998)

Els “estils cognitius” també han de ser tinguts en compte entre els “factors cognitius”. Totes les definicions de l'estil cognitiu remetent a la idea bàsica que vam denominar així el conjunt de traços que defineixen la manera



en què l'alumne, considerat com un "processador actiu" construeix el seu propi coneixement. (Kogan 1971:306) afirma que els estils cognitius són "la variació individual dels modes de percebre, recordar i pensar, o com a formes distintes d'aprender, emmagatzemar, transformar i emprar la informació", en definitiva, "les formes estables en què les persones difereixen en percepció codificació i emmagatzemament de la informació", (Wittrock, 1998:21).

Els estils cognitius poden ser descrits mitjançant una triple perspectiva:

- Com una estructura, contemplant l'estil cognitiu com "un conjunt de característiques fixes que posseeixen els individus que participen en una activitat d'entrenament o educacional", (González, J. et al. 1996:67).
- Com un procés, l'objectiu seria el canvi o modificació.
- Com a estructura i procés al mateix temps, així l'estil cognitiu té una base estable modificable susceptible de rebre la influència directa o indirecta de nous esdeveniments.

Es pot deduir fàcilment que la complexitat i natura de les operacions que intervenen en l'estructuració de l'estil cognitiu individual comporta la possible fragilitat dels seus components i l'alt risc que aquesta fragilitat suposa i, al mateix temps, el revelador que pot ser, a través de l'adequat diagnòstic, conèixer l'estil cognitiu d'un determinat individu, ja que "els estils cognitius representen models de variabilitat individual en les formes de percebre, recordar i pensar que estenen a reproduir-se de forma consistent en una àmplia gamma de situacions socials i d'aprenentatge", (González, J. et al 1996:67); i el coneixement de la manera en què som capaços de captar la informació i de, a partir de la seva "manipulació", enfrontar-nos a la solució de tasques, amb els distints graus de quantitat i qualitat que en això poden donar-se, ens resulta ser de gran utilitat per plantejar els processos d'ajuda i resolució dels nens i adolescents amb problemes ubicats en la dimensió psicològica.

#### **4.2.2.2. Factors emocionals**

No és senzill definir què és una emoció, o què és el sentiment; ni ho és poder distingir entre l'emoció i el sentiment. No obstant això, entenem que una emoció és un estat concret que es dona en nosaltres en un moment determinat quan un agent extern nos "commou", és a dir, altera de mode puntual el nostre equilibri psíquic i provoca reaccions intenses en el nostre organisme. Aquestes reaccions poden ser positives i agradables, si l'esdeveniment o situació que provoca l'emoció ho és, o al contrari negatives o desagradables si així ho és la causa.

L'emoció no sols depèn de l'agent extern, sinó de la situació psíquica, mental, personalitat, entorn íntim i experiències anteriors de qui rep l'agent causal.

Per la seva banda, el sentiment és un estat afectiu, caracteritzat per la seva complexitat, ja que es produeix per la combinació d'elements emotius i/o imaginaris, que té cert grau d'estabilitat (aquesta és una de les distincions amb respecte de l'emoció), i que pot persistir encara que hagi desaparegut l'estímul causant. En els sentiments hi ha un grau de consciència que no vam trobar en les emocions, i estan estretament lligats a les tendències profundes de l'individu, Lewinsohn (2000).

Entre els sentiments, vam trobar la por, sentiment d'inquietud que vam experimentar quan estem en presència d'un perill o quan la nostra imaginació ens el presenta. Es tracta d'una reacció normal davant d'un perill real. També hem d'esmentar l'angoixa, confusible amb la por i que se diferencia d'aquest en què és la reacció d'inquietud davant d'un por sense objecte, és a dir, inquietud davant d'un perill indefinit. Atenguem ara a sentiments de tipus positiu. Entre ells tenim l'autoestima.

L'emotivitat és la tendència a sentir-se pertorbat, és a dir, activat fisiològicament, davant de situacions d'és-tres pròpies de la vida quotidiana, amb dificultats per a la relaxació posterior. L'angoixa caracteritza aquesta tendència, i es converteix en un factor típic de nens conceptuals com "difícils" per la facilitat amb què s'angoixen o enutgen i la dificultat per reconduir-los a la calma. "En resum, podríem dir que l'emotivitat es relacionaria amb la reactivitat de les persones als estímuls ambientals negatius", (Silva, 1995:407). Avui en dia no tenim dubte que la percepció i les capacitats cognitives estan influïdes pels estats emocionals.

És important que l'individu tingui un autoconcepte de si mateix que mesurat pels valors socials del seu entorn desenvolupi en una autoimatge positiva i per tant en una autoestima positiva.

"El terme autoestima expressa el concepte que un té de si mateix, segons unes qualitats que són susceptibles de valoració i subjecció", (García,T et al. 1999:5). Els paràmetres del positiu i el negatiu provenen de l'experiència personal de l'individu, i a partir d'ells l'individu pot sentir un determinat grau de satisfacció amb si mateix. Si aquest grau de satisfacció es justifica mitjançant un procés reflexiu arribarem a l'autoconcepte: "la totalitat dels pensaments i sentiments d'un individu que fan referència a si mateix com un objecte", Rosenberg, citat per (García,T et al. 1999:5)

El concepte i l'avaluació que un individu realitzi sobre si mateix té un caràcter multidimensional (concepció defensada per Shavelson, Hubner, Stanton, Musitu, García, Gutiérrez i Stevens, entre altres), ja que afecta a la seva percepció de la totalitat que li constitueix, encara que hi ha autors que defensen una unidimensionalidad globalitzadora.

L'autoconcepte pot veure's modificat pel procés de maduració de l'individu, ja que varien els seus marcs de referència, la seva experiència i fins i tot la flexibilitat o rigidesa cap a si mateix. Madurar significa tant d'anar canviant i ampliant la capacitat d'adaptació de l'individu amb un major domini de la seva

capacitat de percepció i les seves pautes conductuals, com augmentar la capacitat d'autoenjudiciament. El procés de maduració ofereix una major capacitat de perspectiva i de relativització.

La capacitat de l'individu per acceptar-se, o la seva incapacitat per a això són causa d'estabilitat emocional o d'una inestabilitat que pot derivar en patologies del comportament. L'adolescència i la joventut són moments vitals crítics, perquè augmenta la capacitat d'autopercepció en tant que encara estan per afirmar les pautes fonamentals de la solidesa personal; és a dir, no podem controlar en un grau apreciable la nostra conducta, els nostres sentiments, la nostra manera d'agafar el món i de reaccionar, en tant que s'amplia la nostra capacitat de percepció d'aquesta carència de control, amb la qual cosa la insatisfacció cap a nosaltres mateixos pot accentuar-se i arribar a convertir-se en un factor molt negatiu per a una correcta "higiene conductual". D'aquí a la depressió hi ha una passa.

No obstant això, no caiguem en els extremismes. La major part d'adolescents han viscut, viuen i seguiran vivint episodis de frustració, de sentiment de rebuig, d'incomoditat amb si mateixos i amb el seu entorn. Recorreguem a la nostra experiència personal. És possible que en la nostra adolescència hi hagués moments en què ens sentíssim rebutjats pel món, i fins i tot insatisfets amb nosaltres mateixos, incapaços de salvar els murs que ens assetjaven... Normalment, aquestes situacions ajuden a la maduració si en l'individu no hi ha algun element que li impedeixi la superació d'aquests moments "crítics". El problema que ens ha de preocupar és trobar-nos amb alumnes faltats de la necessària autoestima per respectar-se a si mateixos o per ser capaços de continuar amb la seva maduració, o trobar-nos amb alumnes incapaços d'una autovaloració coherent. No oblidem que "amb l'edat s'observa una progressiva comprensió de l'autoconcepte en termes cada vegada més precisos de tipus intencional, volitiu i reflexiu, així com una tendència a sistematitzar conceptualment els diversos aspectes de l'autoconcepte en un sistema unificat", (García, T. et. al . 1999:7).

#### **4.2.2.3. Factors de personalitat**

Hem de considerar que la personalitat és el conjunt de traços estables en la conducta d'una persona, que la diferencien i distingeixen de les altres. Aquests traços són les particularitats de tipus cognitiu, sentimental i afectiu, que es materialitzen en la manera en què la persona entra en relació amb si mateix i amb l'entorn i actua en ell.

La personalitat, malgrat la seva condició de traços estables en la conducta, no és permanent ni rígida durant tota la vida de l'individu, sinó que se "va fent" a mesura que la riquesa d'experiències d'aquest individu s'acreu i la seva evolució en tots els terrenys avança.

Hem de tenir en compte que no podem efectuar paral·lelisme entre la personalitat adulta, infantil, i juvenil; i que és necessari que coneguem la manera en què els elements que fonamenten una personalitat es van

estructurant amb el temps i l'experiència vital en un sistema de coherència variable segons l'individu.

És fàcil discriminar entre les persones actives i les no actives, sent l'activitat no una conducta específica, sinó una manera de realitzar les distintes conductes. Un excés d'activitat o un dèficit de la mateixa són mostres d'una possible patologia que hem d'atendre perquè pot produir un deterioració permanent. Els individus sense patologies respecte d'això, si bé poden tenir tendència a un estil més o menys actiu, aprenen, en el procés de maduració a controlar la intensitat de la seva activitat i a canalitzar positivament la seva característica personal respecte d'això.

“La sociabilitat (...) faria referència a la tendència a preferir la presència d'altres a estar només”, (Silva, 1995:407). No hi ha paràmetres predeterminats sobre què és el més indicat en aquest factor. La interacció amb els altres és altament activadora i beneficiosa per al desenvolupament de la persona, tant el fisiològic com el psicològic, en tant que l'aïllament revela carències que hem d'atendre; no obstant això, gaudir de certs moments de soledat pot potenciar la fermesa de la personalitat pròpia, en tant que un excés d'extraversió pot ser símptoma de desajustos íntims. Com en tantes altres qüestions, la normalitat, l'adaptació als requisits del moment, certa moldeabilitat, són allò que s'ha adequat, perquè en el procés de singularització personal l'individu pugui dominar la seva tendència innata a la sociabilitat-asociabilitat i sigui capaç de gaudir dels incitacions positives que té el contacte amb els altres i de la capacitat regeneradora que la trobada amb un mateix proporciona.

#### **4.2.2.4. Factors psicoevolutius**

Hem al·ludit repetides vegades a la condició de l'individu com “ser en progressió”, és a dir, com a protagonista irrenunciable d'un procés ple de dificultats i que exigeix esforços de tota mena, molt d'ells realitzats de manera inconscient a través de les tendències que existeixen en cadascú de nosaltres.

Per fortuna, la nostra personalitat, les nostres neures, les nostres fòbies i les nostres filies no estan predeterminades d'una manera inalterable. La capacitat d'evolució és inherent a les nostres pròpies condicions com a persones, i el fet de no anar cobrint les distintes etapes evolutives és símptoma de carències i de problemes que han de ser diagnosticats.

El dinamisme evolutiu de la personalitat permet la intervenció psicoeducativa, ja que proporciona la capacitat per activar mitjançant els processos adequats aquells aspectes en què l'individu presenta retards o alternances, per descomptat sempre després d'haver realitzat el corresponent diagnòstic.

Hem de considerar també que existeixen determinades expectatives per

a cada edat, i que el fet que l'individu concret no les abast provoca senyals d'alarma que requereixen d'un diagnòstic correcte, ja que hem de tenir en compte que -igual que ho són les personalitats- també són distints els ritmes d'evolució cap al constructe final. No tots els éssers humans tenim la mateixa psicoevolutivitat, ja que distintes són les nostres condicions innates, distints els estímuls que vam rebre i distinta la nostra capacitat instintiva de resposta o reacció davant dels estímuls, alhora que distints són els entorns en què ens vam trobar i distinta la nostra percepció d'aquests entorns.

#### **4.2.3. Dimensió sociambiental**

L'home és un ésser social la individualitat i el seu del qual projecció es produeixen dins un context exterior de què, en definitiva, el propi individu ha de ser considerat un element més. Les capacitats i característiques individuals poden veure's condicionades per les característiques i les pautes que aquest context presenta i que, depenent del grau de maduresa i la capacitat de decisió i d'autonomia de l'individu, pot arribar a imposar de manera que alteri les tendències conductuals innates. En realitat, no cal ser maximalistes entenent l'ambient com un element negatiu, ja que si les característiques d'un determinat ambient poden ser considerades com un factor de risc potencial, altres ambients i altres característiques distintes constitueixen autèntics factors de protecció. Un gran percentatge del nostre comportament correspon a la nostra interrelació individual i concreta amb aquest "socioistema" les característiques del qual representen un referent i una força.

L'ambient és un factor ineludible, perquè l'individu no pot viure aïllat, i el coneixement de les seves característiques i el coneixement profund de l'ambient o els ambients en què es desenvolupa la vida d'un individu ens pot ajudar a entendre o fins i tot a descobrir el perquè de les seves reaccions conductuals.

La dimensió socioambiental recull tots els aspectes i condicionants existents en el "ambient", que podem definir com el conjunt del que és extern o envolta l'individu, alhora que funciona com a referent exterior al propi individu i, al mateix temps, és possible que actuï com a element determinant sobre aquest mateix individu.

Cenyint-nos a les anàlisis teòriques que podem disposar, l'ambient es pot entendre, precisament, com aquest conjunt de "l'exterior a l'individu" (visió generalista), o com "el conjunt de variacions ambientals que, junt amb les variacions genètiques, i les resultants de la interacció entre ambdues, contribueix a descriure, explicar i predir les diferències de comportament - fenotípiques- dels individus" (visió diferencialista), de Juan Espinosa en (Silva, 1995:114).

És a dir, la visió generalista està centrada en l'anàlisi del propi ambient, tant en els seus aspectes físics com en les seves característiques biològiques i socials (normes, valors, pautes de socialització, percepció i representació d'aquest ambient en l'individu, creences, conductes manifestades en l'ambient, i

els resultats i productes de les accions de les persones en l'ambient).

També s'estableixen dos grans tipus d'aproximacions teòriques a aquesta visió: d'un costat les que se centren en el propi individu i la seva interacció específica amb l'ambient; d'un altre, les que se centren en aspectes més propis dels esmentats contextos, sent menys explícites amb les interaccions, i atenent al mode en què els contextos són determinants del comportament, i actuen com a antecedents de la conducta.

Per la seva banda, la visió diferencialista estableix que "l'individu -amb les seves característiques- i l'ambient estan mútuament compromesos. Gens i ambient entretejen un entramat d'interinfluències el resultat del qual és el desenvolupament d'un individu particular, diferent d'un altre, a través d'un procés d'adaptació contínua", (ibidem.), per la qual cosa es considera que l'ambient no és únicament un factor exterior influent en el comportament de l'individu, sinó quasi genésico, perquè participa en el procés d'evolució madurativa condicionant-lo i modificant l'estructura de base de l'individu.

Sigui com sigui, la qual cosa s'admet sense cap tipus de discussió és la necessitat de tenir en compte els factors externs a l'individu, la força dels quals engega mecanismes conductuals d'afirmació o de rebuig en els quals la condició de base de l'individu pot veure's sotmesa a forts tensions. Hi ha un evident risc que aquesta potencialitat de l'entorn, sigui per la seva força o per la seva especificitat, estigui en condicions d'alterar ocasionalment realitzacions conductuals de l'individu o bé de modificar les seves característiques conductuals de base.

En realitat, la dimensió socioambiental té gran importància en les primeres edats de l'individu, pel caràcter emmotlable dels valors i les característiques que té l'ésser humà. És obvi assenyalar el valor de la influència "d'un bon ambient" o de "un mal ambient", però la qüestió cau a conèixer quines són les característiques ambientals que hem de tenir en compte com a factors de risc o com a factors de protecció, en quins ambients específics es concreten aquestes característiques, com poden actuar sobre els individus -sense oblidar que aquesta actuació no segueix un patró únic- i fins a quin punt un individu concret és permeable o impermeable a l'ambient.

Els contextos en què els nens i adolescents es vine generalment implicats són el context familiar, primer entorn que ha d'actuar com a àmbit de socialització; el context educatiu, en el que vam trobar les pautes emanades de la situació de prestigi i autoritat dels adults que tenen les responsabilitats, i les pautes emanades dels educands, en poques ocasions coincidents amb les primeres; i un altre context que podem definir com "social o convivencial" en el que vam considerar el barri i altres estructures socials semblants -de major o menor cohesió- en què l'individu desenvolupa la seva vida quan no està en l'àmbit familiar ni en l'àmbit escolar i troba referents distints als propis dels contextos esmentats anteriorment.

En tots aquests àmbits, l'individu rep una sèrie d'influències i es veu obligat a respondre d'una manera actiu mitjançant la seva conducta. Cadascú

d'aquests àmbits defineix una sèrie d'espectatives cap a l'individu, li planteja els camins de la seva adaptació o si dissensió, i li atreu amb models d'atractiu variable les pautes dels quals poden arribar a modificar els valors de base que l'individu posseeixi. El fet de la pluralitat d'àmbits en què l'individu desenvolupa la seva vida ordinària, amb l'oposició entre els valors i models propugnats o els valors conductuals que en ells es donen com necessaris, és font de conflictivitat i desajust, de desorientació vital i d'enfrontament.

Com a educadors ens veurem sumits en situacions en què els alumnes no responen a les pautes de comportament que nosaltres, o la societat que ha posat en les nostres mans la responsabilitat educativa, vam considerar inadequades o desajustades respecte al que vam acceptar com “normal i correcte”. Intentarem entendre el perquè d'aquests comportaments i buscarem les seves causes. Arribarem al convenciment que en alguns casos l'ambient, la qual cosa vam enquadrar dins la dimensió socioambiental tindrà un pes específic en aquestes causes. Analitzarem l'àmbit familiar, i descobrirem en els seus característiques factors de risc per al desenvolupament conductual, al costat de factors de protecció (normalment no actuant en el cas d'alumnes problemàtics). Analitzarem també l'àmbit escolar i veurem que hi ha alumnes l'actitud del qual cap al model escolar resulta negativa o no el necessàriament positiva, la qual cosa pot generar dificultats d'aprenentatge que es tradueixen necessàriament en conductes problemàtiques. És possible que si tenim coneixement de les característiques d'altres ambients freqüentats per aquest alumne amb problemes descobrim que entre elles són clares algunes de què hem de considerar com a factors de risc. En definitiva, en el procés de desenvolupament individual, l'individu en plena maduració es veu obligat a mantenir les seves característiques personals sota la pressió del seu entorn, la qual cosa pot resultar positiu si aquesta pressió aporta valors de creixement, d'aprofundiment en l'autocontrol, de superació de les incapacitats personals, pautes de millora en tots els àmbits (físic, intel·lectual, moral) i permet una gradual i natural interiorització d'aquests valors; al contrari, l'ambient es converteix en negatiu, en un obstacle contra el qual cal lluitar, si les seves pautes són les de la violència, la destrucció, la inhibició, el rebuig al compromís, el conformisme...

A l'escola podem efectuar diagnòstics de tipus “screening” per detectar el problema i, així, estar en disposició de derivar adequadament el cas a un especialista capaç de realitzar un diagnòstic més precís que permeti una intervenció respecte a l'àmbit social.

#### **4.2.3.1. Factors de clima social**

Hem assenyalat que els entorns fonamentals en els que s'incardina l'individu, que el van a afectar des dels primers anys de la seva vida i els primers instants de la seva presa de consciència (encara que aquesta influència es pugui produir també de manera que l'individu no sigui conscient d'ella) són la família, l'escola, el barri i altres àmbits convivencials (com

poguessin ser clubs, associacions o organitzacions culturals, esportius o de temps lliure a què el nen o adolescent pertangi o en les activitats del qual, simplement, participi). Tots aquests àmbits tenen unes característiques i posseeixen una cultura de comportament i una cultura identitària, amb valors, símbols, models de conducta, valors...

El clima social determina les pautes de les relacions interpersonals entre els individus que es troben en un àmbit determinat.

En principi, els factors de clima social en un àmbit determinat s'agrupen entorn de diversos aqueixos que poden sintetitzar les característiques i valors de l'àmbit i la interrelació que s'estableix amb l'individu:

- L'eix de les relacions interpersonals, que defineix el grau i les pautes de la comunicació interna, els mecanismes d'interacció interindividual, el nivell i instruments de cohesió, la vehiculació de l'expressivitat i l'articulació de les situacions de conflicte.
- L'eix de desenvolupament i l'autorealització assenyalen, valgui la redundància, la individualitat de l'individu, l'actuació dinàmica de l'individu dins l'estructura social del seu àmbit, el grau d'interès en les activitats col·lectives i la moralitat absoluta o relativa que caracteritza a l'àmbit.
- L'eix de l'estabilitat assenyalen les característiques necessàries perquè l'àmbit pugui ser considerat com tal, el tipus de control que exerceix sobre els individus o els individus entre si, el mode formal o informal que s'organitza l'àmbit. Està clar que, respecte d'això, els paràmetres qualitius i quantitius són molt variables i distints en funció de l'àmbit a què ens referim.
- L'eix del canvi, indica la possibilitat d'evolució de l'individu, de la seva projecció i desenvolupament personal. Hi ha àmbits en què aquest eix es considera d'importància per la projecció social global que produeix. Altres àmbits (pensem per exemple en el que ocorre en àmbits marginals) contemplem estrictament l'evolució de l'individu dins el propi grup, la manera en què l'individu evoluciona i progressa per adquirir més prestigi, més seguretat i, concomitant amb això, més poder.

#### **4.2.3.2. Factors d'inadaptació social**

La inadaptació és la falta de capacitat de la persona per adaptar-se i estar a gust amb si mateixa o amb l'ambient on ha de viure.

Deixarem a un costat la inadaptació personal, perquè correspon a la falta d'acord de l'individu amb la seva pròpia manera de ser. Aquesta inadaptació, en grau mínim, pot actuar com a estímul, si l'individu és conscient de les seves limitacions i la seva necessitat i possibilitat de millora mitjançant la seva superació. D'altra banda, aquesta inadaptació porta amb si la necessitat



d'equilibrar-la amb una altra adaptació a circumstàncies “associa'ls”. Volem dir amb això que en molts casos la inadaptació social no és més que una resposta basada en l'adaptació a el “no social”, entenent com “no social” allò no admès per “la normalitat” (ja vam comentar en un altre apartat d'aquesta obra com resulta de difícil definir aquest concepte que, no obstant això, és d'àmplia acceptació).

A més a més de la inadaptació personal breument comentada cal tenir en compte la inadaptació familiar, l'escolar i la social, és a dir, el conflicte de la persona amb els paràmetres convivencials habituals en la família, la institució escolar i l'entorn “ciudadà”.

Per descomptat, per parlar d'inadaptació vam partir de l'existència d'unes pautes “admeses i admissibles”, referència de la correcció i la normalitat.

En aquesta inadaptació són factors importants la motivació, el nivell cultural de l'entorn, els valors predominants de l'entorn, les expectatives de l'entorn cap a l'individu, els models oferts, el nivell de conflictivitat, el nivell econòmic...

Hem de fer una puntualització. La inadaptació respecte a entorns ben orientats és un problema que requereix l'atenció de l'educador, ja que va associada amb episodis o un historial consolidat de problemes de conducta. No obstant això, la inadaptació respecte a entorns mal orientats requereix un altre tipus de suport, ja que manifesta la capacitat de l'individu per resistir els factors de riscos i sortir airós en la seva confrontació amb ells.

En ambdós casos és fonamental el coneixement de l'entorn i el que ofereix i exigeix a l'individu, tant per ajudar-li a superar les deficiències quan l'entorn és problemàtic (família conflictiva, entorn escolar inadequat a les necessitats específiques del subjecte, entorn social degradat que no ofereix més models i expectatives que la continuïtat en aquesta degradació), i donant-li suport i oferint-li continuïtat si es manté “inadaptat” respecte a ell (el que representa valors de “adaptació” respecte al normal), com per diagnosticar correctament la inadaptació a entorns positius.

#### **4.2.4. Dimensió pedagògica**

L'àmbit escolar podia ser inclòs dins la dimensió sociològica, perquè família, escola i entorn convivencial social són els entorns específics que la conformen. No obstant això, vam estimar que els objectius del nostre estudi i la nostra proposta recomanen un tractament específic i diferenciat de l'àmbit pedagògic, considerant aquesta dimensió d'una manera separat -sense oblidar les relacions i referències amb la resta de dimensions-, ja que en ella es donen una sèrie de característiques i situacions molt determinants quan ens vam referir a les conductes problemàtiques infanto-adolescentes-juvenils.

Com a estructura social, l'àmbit escolar situa l'individu en plena evolució madurativa enfront d'una sèrie d'exigències i necessitats d'esforç i adaptació

que poden resultar problemàtiques si aquest individu manca d'unes facultats i capacitats biològiques mínimes o és incapaç d'utilitzar i desenvolupar tècniques que li permetran afrontar els reptes esglaonats que, en forma de proves, exàmens, nivells de coneixement i habilitat que assumir, informacions que agafar es van succeint en un entorn en què estan molt assenyalats i predeterminats els perfils i els rols que corresponen als qui el componen, i les pautes d'autoritat i dependència jeràrquica.

No és aquest el lloc per a diseccionar les peculiaritats sociològiques de l'entorn escolar i, en conseqüència, de la dimensió pedagògica. En altres apartats d'aquesta obra ja hem efectuat una síntesi bàsica que ens proporciona una idea de conjunt i ens recorda com, en molts moments, la pròpia estructura del sistema educatiu, la seva concreció en una institució escolar específica, les exigències que comporta i les característiques de l'individu en ell inclòs poden entrar en conflicte. Els problemes d'aprenentatge amb què sovint ens vam trobar a les aules, i que poden desembocar en conductes problemàtiques, han de ser entesos com un símptoma que anuncia l'existència d'un problema o desajust previ o de la concordança i confluència de diversos d'ells.

Com assenyalen (Marín i Buisan, 1984:51), “podem considerar els problemes d'aprenentatge com un símptoma. El no aprendre no configura un quadre permanent, sinó que apareix com un signe de descompensació”, que, des del punt de vista de l'educador que desitja complir amb la seva funció d'aportar el màxim suport possible a l'educand, compleix un paper simptomàtic de primer ordre.

En la dimensió pedagògica podem definir elements potencialment capaços de constituir-se en factors de risc, i no podem obviar-los a l'hora d'efectuar un diagnòstic efectiu: uns neixen de la falta de capacitats bàsiques de l'individu respecte a les exigències a què li sotmet el sistema escolar, altres sorgeixen de la pròpia idiosincràsia del sistema escolar i el mode en què efectua les necessàries interrelacions amb l'individu en concret.

Portellano (1989) sintetitza els aspectes essencials que cal tenir en compte. Per a ell, la desadaptació escolar, concepte global en el que podem reunir els problemes conductuals específics d'aquesta dimensió pedagògica, és “un rebuig a l'escola per factors inherents al col·legi. Factors com la personalitat del professor, la interacció a l'aula, poden provocar un sentiment de desadaptació del nen dins l'aula. La inadaptació escolar és la pèrdua de l'harmonia entre els interessos i motivacions de l'alumne i la conducta visible que presenta enfront de les exigències escolars. Hi ha un conflicte entre el comportament del nen dins l'aula i les expectatives socials”. No podem oblidar, d'altra banda, que els trastorns de comportament “que apareixen en la situació escolar o familiar poden ser formes d'adaptació a un estat amenaçador per al nen, o, també, recerques inútils i maldestres d'equilibri”, (Marín i Buisan. 1984:51). Amb això es reforça, en general, que la consideració de l'individu exigeix la contemplació conjunta de totes les dimensions que el formen, i -per al professional de l'educació- que el seu paper va més enllà de canalitzar a l'alumne dins els paràmetres establerts per les normes que regeixen el sistema educatiu vigent en el moment.

La desadaptació i la conflictivitat dins l'àmbit escolar no són només l'expressió de carències corresponents de mode exclusiu al món escolar, perquè poden estar provocades per situacions bioneuropsicològiques inherents al subjecte o per desajustos en altres àmbits.

Per això veurem, en desenvolupar les nostres reflexions sobre aquesta dimensió, com s'entrecreuen idees i conceptes que també vam tractar en desenvolupar la resta de dimensions en què hem estructurat la nostra proposta.

Hem de tenir en compte que, durant un període prolongat de la seva vida, la persona, des del punt de vista social que comporta exigències i capacitats d'acció, és considerat, fonamentalment, un "escolar", un "alumne", per la qual cosa els condicionants específics que té com a persona (dimensions bioneuropsicològica i psicològica), i com a membre de la comunitat en què està insereix (dimensió socioambiental) conflueixen en les circumstàncies específiques de la seva interrelació amb l'àmbit escolar.

La desadaptació escolar motiva la necessitat del diagnòstic d'un escolar. Aquesta desadaptació pot manifestar-se de maneres molt variades, que abracen un arc de situacions diversificades i de característiques no necessàriament concordants.

Podem assistir al fastig i el desinterès per l'escola i pel que en ella s'ofereix, concretats en falta de motivació cap a l'aprenentatge, inassistència al centre escolar i/o no establiment de relacions interpersonals correctes o adequades amb la resta de companys i els professors.

A més a més, les conductes problemàtiques es poden materialitzar en enfrontaments amb els professors i agressivitat cap a la resta de components de la comunitat escolar o fins i tot cap a si mateix per part de qui els protagonitza, amb episodis d'autoagressivitat.

La inadaptació escolar produeix en gairebé totes les ocasions la inseguretat personal de qui la sofreix, amb pèrdues d'autoestima que l'individu afectat pot arribar a verbalitzar expressant la seva disconformitat.

En general, es considera que la desadaptació escolar -a més a més de les causes que afecten a les capacitats cognitives de l'alumne- té el seu origen en factors estrictament escolars; però també la desadaptació familiar pels conflictes succeïts al si de la família poden donar per resultat, mitjançant un procés de projecció no necessàriament conscient, episodis de desadaptació escolar.

Hem de tenir en compte, a més a més, que quan vam tractar la inadaptació escolar podem trobar, per la combinació de dificultats emocionals i d'interacció escolar, una gradació que va des de la simple inadaptació sense rebuig actiu de l'escola fins a les fòbies, sent molt difícil establir on està el límit

en què podem considerar la consolidació d'un estat fòbic.

#### **4.2.4.1. Factors relacionats amb els hàbits i estratègies d'aprenentatge**

S'assenyala que els processos cognitius fonamentals en el processament de la informació són l'adquisició, la codificació i la recuperació, junt amb alguns processos de suport, de natura metacognitiva, orèctica, social..., que donen suport a les estratègies mitjançant les que es produeixen els processos esmentats.

El procés cognitiu és, essencialment, un procés de simbolització mitjançant el qual vam arribar a ser capaços de desenvolupar una "imatge mental del món", la complexitat de la qual, extensió, solidesa i profunditat dependrà de la quantitat d'informació adquirida i la capacitat per codificar-la i recuperar-la que disposem. Per tenir èxit en aquest empenyament és necessari que siguem capaços de posar en acció els mètodes que permetin un correcte transitar per cadascú dels elements i les seqüències que formen l'entramat del procés cognitiu, és a dir, "procediments que permetin optimitzar, ensenyar, prevenir i/o corregir el seu adequat funcionament", (Pérez, 1999: 87), i que són susceptibles d'aprenentatge, anàlisi i valoració de resultats. És a dir, tenim capacitat per a "ajudar a aprendre", de manera que si en el diagnòstic vam arribar a discernir que els problemes d'aprenentatge d'un alumne -i els afegits o conseqüents de comportament- es deuen a les seves dificultats per desenvolupar amb coherència les estratègies necessàries per a un correcte funcionament del procés cognitiu, podem ser capaços d'afrontar aquestes deficiències. D'aquí la necessitat, importància i utilitat d'un correcte diagnòstic respecte d'això.

Tots els educadors coneixem exemples d'alumnes el rendiment escolar i dels quals comportament a l'aula han estat negatius, per la qual cosa eren qualificats com a alumnes sense capacitat, problemàtics... i que han tingut un canvi radical en el moment en què -normalment amb l'ajuda d'entesos o experts- han estat capaç d'utilitzar amb eficàcia i eficiència les corresponents tècniques i mètodes de "treball intel·lectual". El rendiment d'un alumne amb capacitat intel·lectual "normal" o "adequada" pot veure's seriosament dificultat per hàbits incorrectes i per desconeixement de les tècniques adequades.

Les capacitats individuals d'estudi, coneixement i utilització de tècniques i estratègies d'aprenentatge o estudi difereixen d'un individu a un altre, per la qual cosa a l'hora de diagnosticar els problemes que respecte d'això es produeixen s'ha de tenir en compte aquesta constant de diversitat individual, amb l'objecte que els mitjans de diagnòstic que utilitzem siguin capaços d'adequar-se a ella i de, precisament a partir d'ella, aportar-nos les dades que vam necessitar.

Es constata com, davant dels alumnes amb aquest tipus de dificultats, resulta sovint tardana la indagació sobre els problemes que es plantegen en aquesta dimensió, per això és necessari preconitzar, com assenyala Avellaneda "un ensenyament primerenc i específic de les tècniques d'estudi

des del mateix moment en què s'aprèn a llegir i fins i tot abans, per establir els hàbits bàsics del treball intel·lectual”, (Pérez, 1999:7).

Les “incomoditats” provocades per la falta de recursos individuals davant de l'exigència escolar són font de conflictes i constitueixen un factor de risc apreciable. La seva existència es materialitza en una falta d'implicació de l'alumne respecte a les condicions i les pautes existents en l'àmbit escolar.

Existeixen, a més a més, altres factors que poden ser causa de problemes d'aprenentatge. Marín i Buisan (1984) esmenten els següents: situacions estructurals i materials desfavorables al centre escolar (inadequat nombre d'alumnes, la il·luminació, l'estat de les aules, deficiències a les instal·lacions...); l'actitud del professorat cap a l'alumne o cap a la seva tasca; la inadequació o desajust dels programes respecte a les necessitats de l'alumne, desequilibris en els programes o metodologia defectuosa. A aquests es pot afegir l'excessiva mobilitat del professorat, i els canvis de col·legi soferts per l'alumne.

#### **4.2.4.2. Factors relacionats amb el nivell de competències escolars**

El retard en els aprenentatges no sempre prové de factors pedagògics i el tipus de sistema educatiu Portellano, (1989). La immaduresa neurofuncional, els trastorns afectius personals o familiars i l'existència de llacunes educatives en el context familiar poden estar en l'origen d'aquest retard, que es materialitza en el fet que l'alumne no aconsegueix el nivell de competències escolars que se li exigeix per l'edat que té.

El fet que l'alumne “quedi despenjat” de la marxa de la classe genera una cadena progressiva de desajustos i un procés de deterioració que requereix el diagnòstic de les causes que provoquen la deficiència en el nivell de competències i l'aplicació de programes específics per pal·liar, reduir o resoldre la situació.

És evident que l'alumne que per falta de nivell en els “coneixements” considerats com bàsics no pot seguir el ritme que se li exigeix entra en una dinàmica de desapego. Al no poder avançar al ritme previst i exigit, perd tot tipus de motivació i percep la incomoditat de la seva situació. Es produeix, així, un cercle viciós: la fallada en els coneixements bàsics impedeix la consecució dels nous coneixements, la qual cosa ocorre a l'aula es torna intel·ligible, per la qual cosa aquesta aula i les hores lectives es converteixen en un mig inhòspit. Si no es detecta l'origen de la situació de l'alumne, i aquest rep simplement el rebuig i fins i tot el càstig per la seva situació, s'entra en un conflicte que desemboca, gairebé inevitablement, en una conducta problemàtica.

Hem al·ludit, en paràgrafs anteriors, als processos cognitius, i a la

carència dels mètodes, les tècniques i les habilitats per fer-los efectius. També hem de tenir en compte altres causes que desemboquen en la discapacitat de l'alumne per abordar els aprenentatges escolars de manera semblant a com el fan la majoria dels seus companys.

Les tendències actuals en el món de l'educació tenen com a objectiu l'atenció a la diversitat, una diversitat que "ho és des de múltiples punts de vista: geogràfic, social, cultural, econòmic, però també per causes familiars, per maneres de ser individuals, ritmes i estils d'aprenentatge, *procediments de construcció del propi pensament*, i també per les motivacions o la relació que cada nen i nena té cap a l'aprenentatge i l'escola en general", (Departament d'Ensenyament, 1999:7). Per això es diagnostica aquells alumnes que en aparença presenten necessitats educatives especials, amb l'objecte de poder determinar quin tipus d'ajuda pedagògica i de serveis específics que complementin als que reben tots els alumnes són necessaris per procurar-los el progrés cap als nivells previstos per al conjunt de l'alumnat.

Dins el grup d'alumnes descrits en el paràgraf anterior aquí tenim en compte especialment a aquells que mostren algun tipus de retard en el seu desenvolupament, a causa de dèficits i desavantatges o per presentar malalties greus, transitòries o permanents que interfereixen en el seu procés d'aprenentatge. Fins ara, el mètode tradicional de tractament consistia en l'entrenament de competències específiques de tipus acadèmic, "per disminuir el grau de discapacitat", (Departament d'Ensenyament, 1999:8). Mes ara es té el convenciment que si l'origen de la inadaptació escolar cau en la pèrdua o la limitació de les funcions psicològiques, fisiològiques o anatòmiques cal acudir a l'ajuda d'altres professionals qualificats respecte d'això.

### **4.3. Bateria diagnòstica**

En la pràctica, els professionals que, desitjant efectuar un diagnòstic que pugui ser considerat primer pas decisiu i fonamental en la intervenció educadora-correctora, estudien els problemes presentats per un subjecte-pacient no utilitzen un únic instrument o prova d'indagació o recerca de dades.

Per assegurar el màxim possible el diagnòstic, per a això cal contrastar la major quantitat possible de resultats sobre aspectes que resultin pertinents al cas plantejat, empen proves diferents capaços d'assegurar aquest contrast, la ratificació, i la complementarietat d'aquests mateixos resultats. La qual cosa ens porta a una conclusió inevitable: hem de disposar d'una bateria de proves que se ajusti del mode més dinàmic i amb la màxima aplicabilitat possible a les nostres necessitats.

Aquesta bateria, com a conjunt, ha de tenir característiques determinades, que la diferenciïn d'una simple acumulació de proves i mostrin un clar criteri conductor en la seva postulació. Podríem dir, utilitzant un tòpic

molt a l'ús però no per això menys cert, que cal quiratar la quantitat -major quantitat no assegura major èxit- i potenciar la qualitat dels resultats obtinguts.

Des d'aquestes premisses, pretenem oferir *un conjunt d'instruments* que ens permeti obtenir el coneixement de la situació d'un individu en tots els àmbits o dimensions que el conformen.

Per a això, allò que s'ha indicat és la utilització d'una combinació de proves que tingui en compte, com tal conjunt i combinació coherent, la seva funció i objectius globals, alhora que els concrets que corresponguin a cadascú dels elements que el formen. Es tracta de crear un instrument potent de diagnòstic en què les potencialitats pròpies de cadascuna de les proves constituents es multipliqui en entrar en funcionament unes al costat d'altres.

Així, hem de seleccionar acuradament els instruments que utilitzarem, i la possibilitat i idoneïtat de la utilització combinada, ja que l'esmentada selecció és factor que incrementa la seva validesa, ja que "la intercorrelación dels distints tests s'orienta en la bateria segons la dimensionalidad de la característica a mesurar (...) Un requisit general de tota bateria és que cadascú dels tests posseeixi una correlació el més elevada possible amb el score general o amb un criteri extern", (Dorsch, 1998:80-81).

El que s'ha afirmat en les línies anteriors sobre les usuals "bateries de tests" el vam considerar, per extensió i analogia, aplicable a qualsevol conjunt de proves de natura distinta el objectiu, del qual en les dimensions a què corresponguin, sigui el mateix que els dels tests: obtenir dades medibles i contrastables amb paràmetres diferenciats sobre la natura, situació o actuació de l'individu.

És a dir, no es tracta de sotmetre al subjecte a un conjunt indiscriminat de proves, que vagin acumulant resultats sense ordre ni concert, sense que prèviament s'hagi definit la seva complementarietat.

Cal quiratar amb precisió el conjunt de proves que utilitzar, amb l'objecte que la totalitat d'aquest conjunt respongui als interrogants que se'ns plantegen: en el nostre cas detectar els factors de risc i els dèficits que intervenen en els problemes de comportament dels alumnes d'AIXÒ.

El criteri tetradimensional de la composició de l'individu que sostenim, i que per a nosaltres sistematitza i representa de manera fàcilment comprensible i fins i tot manejable la complexitat del ser humà i de la seva circumstància és, a un temps, guia i exigència en la confecció de la bateria.

La tetradimensionalidad ens compromet amb tots els components, camps i àrees de la natura humana, sense que puguem obviar cap, perquè l'home i el seu comportament són sempre una totalitat, per més que, en cada cas o moment, hi hagi una preeminència o intensificació d'algun element. Així, no perdre de vista aquest principi ens orienta en la recerca de proves-instrumentos-instruments que cobreixin, en el seu conjunt, el ventall amplísimo de possibilitats del comportament, les causes que l'origenen, i ajudin a la detecció del més mínim detall respecte d'això.

El nostre compromís educador repudia la superficialitat. No podem despatxar amb quatre traços generals i generalistes les situacions problemàtiques de els alumnes d'AIXÒ als que atenem.

Tenim també una exigència de subtileza, perquè subtil és, sovint, el procés d'indagació que ens porta a descobrir el factor de risc que niua en l'origen d'un comportament problemàtic. Aquesta mateixa subtileza és la que ens ajuda a fugir del diagnòstic fàcil, de l'enquadrar en el mateix grup comportaments semblants que poden tenir orígens distints. Mai insistirem prou a recalcar que, com a educadors, l'objectiu final de la nostra tasca no és emmascarar, reprimir o temperar els comportaments inadequats (empri's el terme en el sentit més ampli que accepti) i així pretendre que hem solucionat el problema. En la nostra "aventura" vam passar a través d'ells per trobar el camí que ens porta a la causa-origen. Som com l'explorador que desitja trobar l'autèntica font d'un gran riu des de la desembocadura en què diversos corrents semblen confluir. No li interessa aquesta desembocadura, perquè l'origen que dóna al cabal les seves característiques pròpies és anterior. Només vençant la temptació de descriure i sadollar-se amb la desembocadura s'és capaç de remuntar els distints corrents i arribar a dilucidar l'autèntic origen primer, el que explica el comportament d'aquest riu, per què a la seva desembocadura és capaç de mostrar els fenòmens i les qualitats que el caracteritzen. Nosaltres vam aspirar a més fins i tot.

Volem conèixer perquè intervindrem; perquè el tram final d'aquest riu de la nostra metàfora és danyós, i estem convençuts que en descobrir l'autèntica font serem capaç d'intervenir en ella i podrem regular el curs i la violència del cabal.

Volem ser capaços de crear un conjunt de proves que posi en les nostres mans l'oportunitat d'obtenir dades rellevants de les quatre dimensions a què ens venim referint al llarg d'aquestes pàgines.

És obvi que, prèvia a qualsevol altra consideració, ha d'estar clara la nostra concepció d'allò que serà sotmès a les proves. En el nostre cas, un ésser humà concret i complex, les característiques de concreció del qual són, precisament, el nostre objectiu. És a dir, pretenem aconseguir el coneixement més exacte possible de com és aquest individu. Més enllà de la conducta aparent, que per a nosaltres és signe o producte d'unes causes anteriors i amagades o difícilment accessibles.

La complexitat d'estrats i dimensions interrelacionadas i interdependents, conformadors de la persona que ens preocupa, ens obliga a un esforç de selecció en les proves, tenint en compte fins i tot la possibilitat que el solapamiento aparentment contradictori d'alguns resultats ant estímuls distints (els distints ítems de les puebas) pogués plantejar alguna confusió.

Per això, abans de prendre la decisió final sobre quins seran les proves amb les que estructurarem la nostra bateria diagnòstica, i abans de mostrar-les, és necessari exposar una reflexió prèvia, aclarir realment què i com, per presentar així els criteris que ens proporcionen marc i suport.



En el moment de decidir quins instruments han de formar la nostra bateria, hem tingut en compte com a punt de partida nostra concepció del diagnòstic com a primer moment de la intervenció educativa correctora, els criteris conformats al llarg de la nostra trajectòria professional, i els aspectes fonamentals dels instruments seleccionats.

Tot això ha estat la base per discriminar quins d'entre els actualment disponibles són els més adequats a la nostra finalitat.

La selecció efectuada no implica que els instruments no triats no siguin, individualment, útils i vàlids en si, sinó que tenen especificitats i compleixen objectius distints dels que nosaltres vam afrontar i vam desitjar satisfer, o no s'ajusten a la coherència i complementarietat interna de la nostra bateria.

Aquesta selecció ha estat un procés dinàmic de recerca i comprovació, desenvolupat al llarg de més de quinze anys d'experiència i treball compromès amb alumnes caracteritzats per conductes en general problemàtiques i pertanyents a diferents àmbits educatius.

Des de l'inici de la nostra trajectòria professional, hem tingut l'oportunitat de poder centrar-nos gairebé específicament en poblacions infantils i juvenils amb tot tipus de limitacions i dèficits que ens han obligat a un esforç d'adaptació i de recerca per solucionar els seus problemes presentats en forma de carències o desviacions. L'aventura ha estat intensa i un esperó de primer ordre, el resultat del qual són les línies que tracen els punts fonamentals d'aquestes pàgines.

Centres educatius de la "Direcció General de Justícia Juvenil"; el "Programa de Marginats Socials del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya"; la docència en Centres educatius situats en zones urbanes amb alt grau de marginació social, i en Unitats d'Adaptació Curricular (UAC); Moreno (1999) i la responsabilitat al capdavant d'un Departament d'Orientació en Educació Secundària en el que s'atenen majoritàriament problemes de comportament, han estat els àmbits i les fites que han anat assenyalant els avatars d'una trajectòria plena d'experiències i que ha motivat moltes reflexions, molts intents, moltes proves i moltes comprovacions fins a aconseguir quiratar el que ara oferim.

Aquesta experiència professional, junt amb els coneixements a què hem pogut tenir accés en la nostra trajectòria, ens ha facilitat la tasca de fixar els criteris que han donat com resultat el conjunt de proves que formen la nostra bateria diagnòstica.

El primer condicionant, i al mateix temps objectiu, ineludible ha estat tenir en compte que hem establert la necessitat del diagnòstic com el primer pas de la intervenció que escometem, ja que això determina enfocaments i instruments, tenint en compte que no és vàlid forçar l'acomodació d'un instrument a uns objectius concrets.

Des de la premissa exposada, que resulta un condicionant tan complex com ho és la realitat pluridimensional de la persona, és precisa una reflexió ajustada per determinar i concretar el tipus d'informació que vam necessitar, tots els aspectes que ens interessa mesurar i, la qual cosa és també molt important, ponderar el valor real o hipotètic, absolut o relatiu dels factors que mesurar.

No podem oblidar que el procés que ara vam descriure abraça totes i cadascuna de les característiques de l'individu que volem diagnosticar, i per tant les proves que vagin a formar la nostra bateria diagnòstica han de tenir en compte la globalitat de les nostres exigències i necessitats i, al mateix temps, l'especificitat de cada prova en concret. Estem, perquè, en un procés en què la globalitat del diagnòstic i les seves exigències mediatitza de forma positiva i al mateix temps il·lumina la concreció de cada instrument, i viceversa: "La intercorrelación dels distints tests s'orienta en la bateria segons la dimensionalidad de la característica a mesurar", (Dorsch, 1985:80), en el nostre cas, els factors de risc que intervenen en la problemàtica del comportament des d'un plantejament tetradimensional.

Després de la primera fase de definició d'objectius (en la que cal tenir en compte què és el que li vam demandar a cada instrument, quins són els aspectes específics que vam necessitar cobrir i en conseqüència la informació requerida que volem obtenir, i el valor dels factors), hem d'obtenir la informació tècnica al cas, que ens permetrà seleccionar els instruments adequats.

El primer pas en aquesta nova fase és consultar i identificar, mitjançant els oportuns registres bibliogràfics i catàlegs, els instruments i proves existents, tenint en compte que la seva distribució ha d'estar restringida a professionals. En aquest moment hem de fixar-nos en la seva fiabilitat, validesa i tipificació, i no fiar-nos del nom de la prova, ja que no és garantia d'utilitat per mesurar el traç a què fa referència. Només un profund coneixement de les proves al nostre abast permetrà la selecció de les més adequades.

Sabent que les propietats de les proves no tenen valor absolut i han de ser jutjades en funció de les mostres d'estudi, hem de contrastar si l'àmbit d'aplicació, el seu nivell de dificultat i el grau de discriminació són apropiats al nostre cas, ja que l'adecuabilidad és una exigència indefugible.

Convé, a més a més, una altra pinzellada de realisme en la nostra decisió. Hem de ponderar les condicions pràctiques. És absurd construir una bateria de proves les condicions d'aplicació de la qual siguin gairebé impossibles en els mitjos en què ens desemboliquem. En aquest sentit cal decidir si l'examen serà individual o col·lectiu -tenint en compte l'atenció als casos individuals que haurem d'afrontar-, la possibilitat de formar petits grups, la facilitat de correcció... El temps que disposem o que prevegem tindrem a la nostra disposició és també factor que tenir en compte: és important comptabilitzar els possibles horaris d'aplicació, els temps d'instruccions i d'execució, els descansos, la intervenció de col·laboradors en l'aplicació i la

correcció de les proves, la possibilitat de procediments i processos informatitzats...

Tampoc podem obviar els aspectes de la disponibilitat econòmica: el material, els "processos administratius complementaris", i que el temps propi i el dels possibles col·laboradors forma així mateix part dels condicionants que ens afecten. Seria absurd establir una bateria diagnòstica formada per proves de difícil aplicació per l'ideal de les condicions exigides per a això, o per l'alt cost exigit.

El que pretenem és que la nostra bateria sigui fiable i vàlida; que els instruments que la conformin siguin útils per posseir les propietats científiques i tècniques fonamentals; i que, en definitiva, tot el procés d'aplicació de la bateria es desenvolupi eficaçment per haver planificat amb atenció i sentit funcional.

Aquestes reflexions prèvies han estat el fil conductor que en la nostra trajectòria com a educadors ens ha permès anar construint, pas a pas, a través de l'estudi, l'aplicació i la reflexió sobre l'experiència, el conjunt de proves que vam presentar. Ha estat un procés eminentment obert i dinàmic, en el que no ens ha importat desfer el camí quan després d'un èxit aparent hem hagut d'afrontar noves situacions que ens han mostrat l'inadequat de les nostres eleccions.

Algunes de les proves que havíem seleccionat en uns primers moments han estat descartades i sustuidas per altres, a la vista de la possibilitat de millora de tota la bateria que proporcionava el canvi. L'exigència de funcionalitat i la detecció de carències en la informació que preteníem han estat sempre presents en el procés autocrític que ens ha conduït al resultat final.

Els instruments que configuren la nostra bateria, dels que parlarem detalladament més endavant, estan constituïts per tests, registres d'observació i entrevistes. Cadascú d'aquests tres grups posseeix formes variades en la materialització, encara que podem definir les línies fonamentals que els distingeixen.

En general, un *test* és una "prova estandarditzada en la seva administració i la seva valoració que informa sobre determinades característiques afectives, intel·lectuals (nivell mental, aptituds, coneixements) o sensoriomotrices d'un subjecte i permet situar-li, en relació amb els altres membres del grup de què forma part (contrast)", (Dorsch, 1998:274-275). És a dir, al test es presenten l'individu uns ítems consistents en proves (verbales o d'actuació) que requereixen respostes que després reben tractament psicomètric.

Els registres d'observació són instruments que amb major o menor concreció ajuden a estructurar la informació generada per l'observació directa sobre l'individu sotmès a aquesta observació. Aquests registres poden ser oberts o poden focalitzar l'observació sobre aspectes determinats en circumstàncies concretes.

Per la seva banda, l'entrevista és un instrument que demana informació per diàleg directe entre qui l'aplica i el subjecte de l'observació, o per diàleg entre qui realitza l'entrevista i alguna persona que tingui relació i coneixement estret del subjecte observat, amb la qual cosa s'obté informació indirecta. "Aquest procediment s'utilitza com a mètode d'observació per jutjar la personalitat d'un subjecte, forma part de tots els exàmens psicològics i facilita la síntesi dels resultats obtinguts", (Dorsch, 1998:107). Com en el cas dels registres, hi ha models d'entrevistes molt tancades, en les que els qüestionaris i les seves fórmules d'aplicació estan molt estandarditzats i tancats, i altres models més oberts, que permeten a l'entrevistador per anar conduint les preguntes i els temes segons ho cregui convenient.

Hem presentat aquí, d'una manera molt general que produeix una certa indeterminació, els tipus d'instrument que conformen la nostra bateria. En presentar concretament cadascú d'ells aprofundirem i reflexionarem sobre els matisos. Hem de tenir en compte que l'avanç continuat en els instruments ocasiona que, a partir d'una idea bàsica de la metodologia d'un tipus d'instrument s'hagi produït una diversificació. A manera d'exemple: la concepció bàsica d'un test consisteix en un conjunt d'ítems que requereixen una resposta amb elecció, per a després quantificar i tabular les respostes i comparar-les amb les taules de control; a partir d'aquesta idea genèrica, s'estableixen nous tipus de tests, com que davant d'elements materials que li són presentats el subjecte sobre el qual s'aplica el test tingui que efectuar eleccions, donar respostes o reaccionar d'algun mode, amb la qual cosa ens vam allunyar del model clàssic qüestionari-respostes (lliures o d'elecció).

En l'apartat 4.2. d'aquest capítol hem exposat la síntesi de continguts referits a cadascuna de les dimensions que des del nostre punt de vista sistematitzen la complexitat de la natura humana i el seu comportament. Vam presentar ara un breu apunt generalitzador sobre els instruments que s'apliquen en aquestes mateixes dimensions, que vam sistematitzar, amb l'únic ànim d'asseure unes bases introductòries que concretarem en tractar cadascú dels instruments que constitueixen la nostra bateria diagnòstica.

Hi ha una sèrie de principis que es repeteixen en cadascuna de les dimensions i els grups de proves que vam presentar, i que tenen el seu origen en la pròpia natura del que analitza. El caràcter evolutiu present en totes però que caracteritza de manera determinant algunes de les dimensions, l'impuls de millora que porta a la recerca d'instruments cada vegada més contrastats i adequats als objectius proposats, la interdependència i la necessitat de tenir en compte factors externs a la dimensió específica en la que s'està treballant, i el sume atenció a fugir de valoracions i interpretacions precipitades són a grans trets aquests principis compartits.

Hem esmentat en tots els casos les dificultats que es presenten, no amb la pretensió de desanimar, sinó amb la pretensió d'assenyalar que, en ser conscients de les mateixes, hem posat tot el nostre empenyament en superar-les amb la bateria diagnòstica que hem confeccionat.

#### -Dimensió Bioneuropsicològica:

Els instruments que fem per a la recollida de dades en aquesta dimensió han de tenir en compte el context maduratiu del sistema nerviós, és a dir, el fet que aquest sistema apareix en un procés d'evolució no tancat en el que estan definits els estadis d'evolució. En el cas de nens i adolescents això és encara més determinant que en el cas dels adults, "els patrons cognitius i conductuals, així com els sistemes neurològics que els sustenten, no estan encara consolidats. Per tant, a un nen o adolescent no se li pot avaluar com si d'un adult es tractés", (Silva, 1995:109), per la qual cosa és necessari adequar les proves a aquest condicionament, i analitzar els resultats obtinguts en funció de les correlacions corresponents a cadascuna de les fases evolutives.

Com afirma Narbona García en (Rodríguez,1998:331), els exàmens neuropsicològics estudien les relacions entre els processos cognitius i la funció cerebral, així que a través d'ells podem tenir consciència que "una agressió al sistema nerviós immadur pot produir dèficits", i que "en cas de patologia, els efectes sobre la conducta estaran en relació no sols amb el/els element/s danyat/s sinó també amb les repercussions a distància sobre el conjunt del sistema".

Atenent a l'assenyalada evolutivitat del sistema nerviós, "l'avaluació neuropsicològica de nens i adolescents és una tasca complexa que requereix un bon ensinistrament tant en clínica infantil com en tècniques d'avaluació psicològica en general i neuropsicològica en particular", per la qual cosa l'acció diagnòstica no pot limitar-se a l'administració de proves, ja que aquestes "són només una ajuda per al diagnòstic i la rehabilitació", (Silva, 1995:109).

Queda per tant clar que les proves i la seva aplicació han de tenir molt en compte els coneixements teòrics que es refereixen a aquesta dimensió, donada la complexitat de la matèria.

#### -Dimensió Psicològica:

La complexitat d'aquesta dimensió obliga a disposar de proves que atenguin a les distintes vessants en ella compreses, sent necessari que aquestes proves siguin adequades a l'estat actual dels nostres coneixements en aquest àmbit, potser un en què es dona una major productivitat respecte d'això.

##### a) proves cognitives:

En l'evolució dels instruments de diagnòstic aplicats en el coneixement del component cognitiu de la dimensió psicològica, s'ha produït el pas de les anàlisis d'habilitats al "anàlisi dels processos cognitius", en disposar de "models

de funcionament” que donen compte “de les conductes humanes complexes” i que permeten “identificar i definir els processos que expliquen les transformació, organització i construcció de les estructures cognitives”. En realitat, l'objectiu últim és, ara, “esbrinar el sentit propositiu de la conducta, expressat en l'ús i selecció de les estratègies de solució de problemes”, (Silva, 1995:322).

La tendència general en l'actualitat és (Silva, 1995:291) l'elecció dels denominats “tests d'avaluació cognitius”, que permeten centrar l'anàlisi de la conducta intel·ligent en els processos subjacents, ja que en ells “la selecció d'ítems es basa (...) en tasques que tinguin un creixement ràpid amb l'edat, de manera que el fracàs o l'èxit en tals tasques pugui ser identificat com un determinat valor de nivell de desenvolupament mental”.

En aquest camp, “una visió específica de les escales d'edat la constitueix la perspectiva operatòria de la intel·ligència, que fonamenta l'anàlisi cognitiva en la identificació de l'organització jeràrquica dels estadis de desenvolupament definits per Piaget”, alhora que disposem d'un bon procediment per contrastar els resultats en la possibilitat del denominat “retest”, ja que “la diferència d'èxit entre test i retest pot ser considerada com una mesura adequada de l'avanç cognitiu del subjecte”, (Silva, 1995:292).

En l'actualitat vam assenyalar quatre tipus d'aquests tests:

- els que mesuren els processos cognitius bàsics acceptant que en els processos d'atenció, codificació (seqüencials i simultanis) i de planificació hi ha un substrat psiconeurològic com a fonament,

- els que es basen en la teoria estructural del processament d'informació,

- aquells que analitzen els estils cognitius en ser capaços de distingir les “formes de fer” diverses davant d'una mateixa tasca o situació,

- els que descriuen les estratègies cognitives per estudiar els processos finalistes o propositius de l'acció de l'individu.

b) proves evolutives:

Aquestes proves, segons assenyalen (Doménech i Gómez ,1995:183), pretenen “obtenir una mesura global del desenvolupament del nen, encara que en ocasions, també interessa conèixer el nivell de funcionament en les diferents àrees que aquestes tècniques poden avaluar, o l'avaluació del progrés o dels canvis apreciats al llarg de diferents avaluacions en el temps”.

A més a més, pretenem obtenir informació clínica que permeti donar les adequades respostes a qüestions i situacions de retard del desenvolupament, per poder generar estratègies que siguin apropiades a la intervenció pretesa.

En l'elecció, plantejament i avaluació de les proves hem de tenir en compte també que, com afirmen les autores dalt citades, “les conductes socials cobren importància en el conjunt de competències del nen i la mesura de la intel·ligència ja no es considera com a única capacitat per predir l'evolució del desarrollo infantil”, la qual cosa obre noves perspectives instrumentals i reafirma l'àmbit de la pluridimensionalitat que sostenim, amb la interrelació i interdependència entre les dimensions constituents.

Els tipus de prova més utilitzats respecte d'això són:

- escales generals de desenvolupament psicomotor,
- escales de desenvolupament cognitiu,
- escales que valoren especialment el desenvolupament social.

Amb elles, és possible conèixer l'estat de l'evolució del nen i de l'adolescent en tots aquells aspectes en què hi ha una progressivitat dels comportaments (psicomotricitat, cognitivitat, sociabilitat).

L'objectiu d'aquestes proves és observar d'una manera sistemàtic i amb el màxim de detalls possible les distintes conductes que el nen i l'adolescent manifesten durant el seu desenvolupament.

c) proves projectivas:

Aquestes proves es basen en el fet que l'individu estableix associacions entre l'estímul que se li presenta i els seus records, actituds, experiències i fins i tot la imaginació i els sentiments, per això són un instrument molt útil “per a la formulació d'hipòtesis interpretatives, especialment quan l'edat i el nivell de maduració del nen no permet la utilització de procediments més fàcilment quantificables o verificables objectivament”, (Rodríguez, 1998:283); és a dir, hi ha una “projecció” més o menys conscient -no ve al cas ara discutir-lo- de la situació de l'individu sobre la tasca proposada, de manera que una correcta anàlisi de la seva resposta permet dilucidar la situació que l'origina.

Mitjançant aquestes proves podem, entre d'altres coses, obtenir informació sobre carències en el desenvolupament de la personalitat infantil, ja que posen de manifest la incapacitat del nen per estructurar i interpretar correctament el material que es presenta. Això ha de ser entès com un senyal per a la presa de consciència davant dels possibles problemes i les deficiències a l'hora d'afrontar les situacions conflictives que es donen en el procés d'integració infantil, o sigui, que aquestes proves aporten dades ja fins i tot abans que puguem analitzar el resultat final, ja que la manera en què el subjecte reacciona davant de la proposta, les seves dificultats o facilitats per a aquesta reacció, ja pot ser significativa.

Les tècniques projectivas permeten obtenir dades qualitatives (recordi's

el que apuntàvem al principi sobre la recerca d'una major qualitat en les dades per sobre d'una major quantitat), i és important subratllar que “la seva perspectiva dinàmica (...) capta de la millor manera possible, a partir d'una constant actual, l'evolució afectiva del nen al llarg del seu procés madurativo”, (Rodríguez, 1998:286).

La realització d'aquestes proves és senzilla i segueix una pauta bastant constant. La major part d'elles requereixen que l'individu realitzi un dibuix a partir d'una ordre donada. És obvis assenyalar que és necessari cerciorar-se que l'individu és capaç d'entendre el que se li sol·licita. Un cop efectuat el dibuix, és possible la formulació de preguntes que ajudin a la interpretació. Cal tenir en compte que aquestes preguntes mai poden ser “directes”, és a dir, no han de referir-se directament a la situació del subjecte sotmès a la prova, sinó que han de centrar-se estrictament en el dibuix produït.

Els criteris d'anàlisi són de tipus formal (cenyits a la materialització del dibuix i a detalls com la distribució, la grandària, l'aprofitament del paper, els colors emprats, el tipus de traç...) i referits al contingut, aprofitant que “quan hi ha unes tensions internes, conflictes o bé falta d'ells, es tradueix en el que el nen dibuixa ja que no té capacitat per abstroure's dels dits problemes”, (Comellas, 1990:125).

L'aparent senzillesa amb què aquestes proves es realitzen, la gratificació que suposa el component plàstic i dinàmic (“el subjecte ha de fer quelcom”) que es basen, la falsa immediatesa que proporciona el disposar d'una representació gràfica... no han de confondre l'avaluador. Cal ser molt acurat en les interpretacions, ja que són variats els factors que tergiversen o incideixen en aquestes proves. Entre ells, i no els menys importants, cal assenyalar les presses per acabar la prova, la còpia o imitació del que faci un altre company o d'un model que es recordi, el que el nen s'hagi centrat de manera obsessiva en una “correcta” realització del dibuix requerit, o fins i tot la major o menor habilitat en el maneig dels “útils de dibuix” o el desplaçament l'haver de fer un dibuix provoca en alguns nens o adolescents.

d) proves de personalitat.

Fins i tot deixant a un costat la discussió sobre si és el cas distingir entre el temperament, que abraçaria l'innat i biològic, i la personalitat, que resultaria de la interacció entre el temperament i altres factors, és necessari i útil disposar d'informació el més precisa possible, ja que la personalitat implica “disposicions o tendències de conducta” i “per explicar la conducta devem conèixer tant la influència de les característiques de personalitat com les característiques de la situació, així com les interaccions entre aquestes”, (Silva, 1995:405).

A més a més, i com ocorre amb altres dimensions de la persona, el component evolutiu ha de ser tingut molt en compte per quiratar de forma convenient els resultats que obtinguem en les proves aplicades.



Respecte a la pròpia idiosincràsia de les proves, una anàlisi de les existents, i les tendències actuals en la creació de proves noves assenyala diversos aspectes importants i que vam ressenyar a continuació:

- és necessari incidir en l'efectivitat de les proves i validar per mètodes altament precisos i representatius els seus resultats, alhora que és necessari refinar els dissenys d'avaluació del tipus multisituación-multifuent-multimétodo,
  - també cal avaluar les propietats psicomètriques de les tècniques, els tests i la resta de procediments existents per a l'avaluació de la personalitat,
  - d'altra banda, un repte que afrontar és la identificació d'àmbits i característiques de la personalitat no coberts pels tests i els procediments de mesura actuals, elaborant instruments d'avaluació psicomètricament adequats que permetin avaluar-los,
- al mateix temps s'ha de continuar l'estudi i desenvolupament de procediments d'avaluació de la personalitat automatitzats, així com d'altres aplicacions de la informàtica en la investigació de la personalitat de nens i adolescents i investigar l'efectivitat dels diferents procediments i tècniques d'avaluació de la personalitat en els àmbits clínics i escolar.

La complexitat de la personalitat, i la multiplicitat de factors que comporta ens exigeix gran prudència en la interpretació dels resultats, "ja que en ser la personalitat una característica de la persona humana molt més complexa i en haver-hi moltes més tendències i teories que s'ocupen de la seva avaluació, el risc d'establir hipòtesis i fer interpretacions i orientacions inadequades augmenta", (Comellas, 1990:108).

Les proves de personalitat que s'utilitzen amb més freqüència són els qüestionaris i les proves projectives.

-Dimensió Socioambiental:

Sembla haver-hi un estès consens sobre la dificultat per disposar d'instruments que s'ocupin d'aquesta dimensió, ja que "no existeix actualment una puntuació de constructe global per a la competència social que pugui integrar les diverses formes de dades d'avaluació disponibles sobre la conducta social i alhora proporcionar una mesura general o un indicador del funcionament social multidimensional d'un alumne des d'una varietat de perspectives d'agents socials", (Silva, 1995:444).

La complexitat de la recerca de dades procedeix en la seva major part del fet que aquesta dimensió és la que més atén a la interrelació entre el

complex que és l'individu i el complex que és l'exterior en què l'individu es troba, amb les seves exigències, els seus esperons i els seus factors dissuasoris, que no sempre alentan una correcta evolució de la sociabilitat del subjecte.

L'objectiu que vam desitjar cobrir amb les proves que vam integrar en la nostra bateria és tractar d'establir el grau de maduresa, la normalitat en el comportament i l'adaptació a situació o mig determinats. Equilibri i adaptació són les paraules claus per entendre què s'espera de l'individu i quan s'entén que hi ha una conducta problemàtica i en quin sentit hem d'analitzar els factors de risc respecte d'això.

Per això, "entendrem per avaluació socioambiental, no la mera aplicació d'instruments, sinó quelcom molt més ampli: L'anàlisi científic de com, fins a quin punt i per què l'ambient influeix en el comportament humà", (Silva, 1995:111). Per aconseguir aquesta avaluació, vam emprar, fonamentalment els denominats "tests d'adaptació", en els que no se "avalua ni unes característiques intrínseques de l'individu ni unes habilitats o potencialitats sinó el fet present que (l'individu) estigui adaptat al seu entorn social, personal, família i amb si mateix", (Comellas, 1990:104).

En general, aquestes proves consisteixen en un qüestionari que planteja al nen o al jove una sèrie de preguntes relacionades estretament amb situacions pròpies de la vida quotidiana en àmbits que coneix, a fi que ell mateix valori aquestes situacions. De totes maneres, cal ser extraordinàriament prudent en les interpretacions, "tant per evitar alarmes com per ponderar les possibles postures dels subjectes, especialment a partir d'una certa edat", (Comellas, 1990:105). D'altra banda, és imprescindible valorar la situació ambiental, familiar i personal del nen, ja que formen part del context en què es produeix la "adaptació de l'individu" i fins i tot són elements que condicionen la seva pròpia percepció de la situació.

D'ajuda són les valoracions i les observacions que altres fan de la conducta del nen, però malgrat que indiquen o proven l'existència del problema "no indiquen ni la natura ni les fonts dels problemes de competència social del nen", (Silva, 1995:449).

Si al mateix temps vam admetre que "sabem substancialment més sobre quines competències socials necessiten els nens amb retard que sobre com mesurar-les amb sensibilitat al canvi i amb exactitud", (Silva, 1995:442), no és estrany que subscriguem el que aquest mateix autor afirma en la pàgina 449 de l'obra citada recollint les idees de Dodge : "es necessiten formes d'avaluació qualitativament diferents a fi de dissenyar intervencions sensibles i socialment vàlides que tractin els problemes concrets del nen en l'àrea de les habilitats socials i la competència social".

-Dimensió Pedagògica:

No cal confondre l'avaluació de l'aprenentatge escolar amb l'avaluació educativa, ni creure que les *proves de rendiment* cobreixen el que a nosaltres ens interessa ara. En Comellas (1990), vam trobar una bona síntesi per establir amb claredat el propòsit que es persegueix, i els seus continguts són els que vam desenvolupar.

Malgrat que les proves tinguin un necessari i ineludible contingut i fins i tot format "escolar" i la seva dependència dels continguts presents en el currículum escolar, no vam incloure en la nostra bateria exàmens o proves d'avaluació de tipus clàssic, amb la pretensió de "avaluar i posar nota" a la manera en què l'alumne ha integrat uns coneixements concrets, ni tampoc proves que ens determinin la capacitat d'aprenentatge de l'individu.

El que intentarem mitjançant els denominats "tests de coneixements escolars" és avaluar, "d'una manera més sistemàtica que els exàmens o proves escolars, el nivell de coneixement dels subjectes en unes àrees considerades bàsiques en les quals s'han d'aconseguir uns nivells d'acord amb les edats cronològiques i els cursos realitzats (...) No es tracta perquè d'avaluar les capacitats sinó els aprenentatges", (Comellas, 1990:95).

Per a això, les nostres proves formen "una bateria de rendiment escolar", posant especial atenció a evitar les interferències entre els tests d'aptitud i els de coneixements i plantejant els seus ítems en els continguts que es consideren, en cada edat o nivell, bàsics i indispensables perquè qualsevol altre contingut o aprenentatge sigui possible.

Així, "la selecció d'elements deurà (...) ajustar-se als objectius concrets de l'ensenyament que es desitja avaluar i retenir un nombre determinat d'ítems, en funció del criteri total del test, de manera que aquest no sigui massa fàcil per als millors alumnes ni massa difícil per als mitjans", (Comellas, 1990:96).

És obvi que les proves que cobreixen aquesta dimensió són, com no podria ser menys per l'especificitat de la mateixa, les que més s'assemblen a les que contínuament els professors apliquen a les seves aules.

Potser la diferència entre els instruments que constitueixen la nostra bateria i la contínua feina avaluadora que el professor porta a terme a l'aula per tractar d'adaptar la metodologia, la seqüenciació i altres elements del seu treball didàctic, és la intenció i l'objectiu que es pretén aconseguir, perquè "aquests tests han d'interpretar-se com un control del treball escolar a fi de poder servir tant per orientar a cada subjecte com per establir, en base a les puntuacions grupals, investigacions sobre els mètodes d'ensenyament, estratègies que facilitin la millora en els rendiments...", (Comellas, 1990:97).

En aparença els fins són gairebé semblants, però en el nostre cas el que pretenem és remuntar-nos a l'origen, a les causes que impedeixen que l'individu o el grup avanci de la manera esperada atura, d'aquesta manera, tractar de resoldre el problema des de l'arrel.

Aquest tipus de diagnòstic, realitzat tal com nosaltres el vam presentar, ens permetrà derivar els casos detectats a professionals externs al Centre Educatiu (derivació interprofessional), com a neuròlegs, psicòlegs..., perquè puguin col·laborar en el treball educatiu amb l'alumne en dificultats; o bé efectuar una derivació intraprofessional, mitjançant la qual requerim el suport i assistència d'altres professionals del propi centre.

Sigui quina sigui la decisió final, l'alumne estarà rebent l'atenció necessària, i nosaltres, com a educadors, estarem complint amb la nostra missió.

### **4.3.1.- Instruments**

#### **4.3.1.1.-Introducció al tema:**

Per escometre amb èxit un procés de diagnòstic psicopedagògic, disposem d'una àmplia sèrie d'instruments dissenyats atura, amb la seva correcta aplicació, facilitar les dades que a l'efecte vam necessitar. Aquests instruments han sorgit dels intents continuats que la psicologia i la pedagogia vénen efectuant, al llarg del temps, per respondre a l'exigència del compliment d'una vocació pràctica, superadora d'una intenció merament descriptiva o estrictament centrada en la constatació del comportament i les seves manifestacions.

Afortunadament -des del nostre punt de vista-, per als psicòlegs i els pedagogs ja no basta saber o conèixer què ocorre i quins són els mecanismes desencadenants de les situacions, coneixement, d'altra banda, indispensable per escometre nous propòsits. Els conceptes moderns de "higiene-salut mental" i de benestar individual i col·lectiu comporten la necessitat de superar els objectius merament descriptius i aplicar el coneixement per intervenir davant de la detecció d'una anomalia o deficiència o atura, encara més important, preveure i plantejar, mitjançant la detecció dels elements que poguessin provocar les disfuncions esmentades, quines estratègies són capaces d'impedir-les o de pal·liar i corregir els seus efectes nocius, fins a aconseguir el resultat final d'una conducta regulada i/o adequada.

El coneixement de les manifestacions del comportament enfocat cap a la seva utilització pràctica a què ens vam referir s'obté de programes d'investigació teòrica i a més a més, en el cas concret del comportament individual o col·lectiu sobre el qual cal actuar, d'instruments de consecució de dades que podem agrupar en tres blocs clarament diferenciats: els tests psicològics, els registres d'observació i les entrevistes.

Ha de quedar ben clar que cadascú dels blocs d'instruments que desenvoluparem té aspectes positius i valuosos alhora que mostra certes

insuficiències pròpies de la seva estructura, la seva metodologia i els seus objectius. No caben en aquest cas, igual que en altres, posicions maximalistes excloents. És obligació del professional i dels equips de professionals usar de tots els mitjans al seu abast que hagin estat degudament contrastats, i disposar-los atenent a la seva complementarietat, a la seva capacitat de suport mutu; partir de les zones o dades fosques o menys definides que uns poden posar al descobert, per tractar d'il·luminar-los amb l'ocupació dels altres.

No és estrany, en la pràctica quotidiana, advertir que dades obtingudes a través dels registres d'observació, per exemple, adquireixen concreció i permeten una intervenció eficaç en ser contrastats i estudiats en profunditat mitjançant l'aplicació d'un test específic.

Aquesta necessària amplitud de mires prèvia -no una altra cosa que facilitat d'acomodació, des d'una formació teòrica clara i coherent- permet atendre a la individualitat específica del subjecte, en el nostre cas personalitats en els seus primers estadis de conformació i desenvolupament (adolescents en L'ESO) i, per tant, amb potencialitats gairebé infinites. La flexibilitat del professional sòlidament fonamentada, la capacitat per al treball en equip que sigui pluridimensional i multifactorial són claus en el nostre empenyorament.

Els instruments a la presentació dels quals vam destinar aquesta secció del nostre treball han estat seleccionats des de l'experiència personal que posseïm. Al llarg de la nostra vida professional -dedicada pràcticament del tot i en exclusivitat a la població infantil i adolescent i al treball amb col·lectius i membres de col·lectius en situació de dificultat-, hem tingut l'oportunitat de posar en pràctica i analitzar en tots els seus aspectes una àmplia gamma d'instruments, la qual cosa ens ha permès apreciar la seva idoneïtat, la seva facilitat d'aplicació i el seu rendiment amb referència al fi que preteníem. Il·lusionadament hem anat garbellant, contrastant, acumulant èxits i fracassos, compronent el què, el com i el quan dels instruments utilitzats i aprofundint en el perquè i el per a què; de manera que ara estem en disposició d'oferir un conjunt d'instruments que atenen la *pluridimensionalidad* que es constitueix com a element fonamental del nostre punt de vista i dels nostres plantejaments.

Fem nostre quant afirma de mode clar i clarificador (Comellas, 1990:13):

“Quan ens vam plantejar l'orientació en l'àmbit escolar, al llarg del procés educatiu, hem de fer-lo tenint present no sols els aprenentatges sinó tota la globalitat de l'individu, ja que només intervenint en aquesta globalitat podrem aconseguir que el procés de desenvolupament es porti a terme òptimament, amb harmonia, i que per tant s'aconsegueixi un equilibri i una maduresa al llarg de la vida escolar i en un futur en la vida adulta.

Per a això s'han de considerar tots els aspectes i factors que configuren la dita globalitat a fi d'intervenir en tots ells (...) Ens vam referir no sols a les aptituds sinó també a les actituds, els hàbits, les destreses, els ideals, els interessos, les expectatives del propi individu i dels altres, les relacions amb els seus iguals i amb els adults, la seva vida afectiva i la seva estabilitat emocional...”

La nostra experiència ens ha fet entendre que és primordial l'adequació dels instruments a la població sobre la qual s'intervé, premissa que no tots els instruments actualment disponibles "al mercat" (no s'entengui l'expressió en sentit pejoratiu, sinó al contrari, ja que la proliferació d'aquests instruments pot interpretar-se com prova inequívoca del compromís de la psicologia i la pedagogia amb la millora del ser humà) compleixen respecte al col·lectiu a què estem dedicant aquest treball, les característiques específiques del qual ja hem tractat. I d'aquí la nostra selecció.

Des del rigor del coneixement científic sòlidament estructurat, la vocació educativa que ens impul·leix a la intervenció com a actitud preventiva, i correctora -quan la prevenció ja no sigui possible-, concebent el diagnòstic com el primer pas, cap parlar també de la capacitat d'acomodació enfocada des d'un punt de vista creatiu. És a dir, entenem que no basta amb l'aplicació mecànica dels instruments que hàgim elegit. En cadascú dels estadis del procés cal reflexionar sobre la situació presentada i descoberta, variar el que sigui necessari, ja que el procés d'indagació pot proporcionar-nos noves perspectives, i actuar amb el convenciment que el fet de recollir dades ja és una passa necessari i decisiu per a l'abast de l'últim objectiu: l'ajuda específica a l'individu que ens preocupa. Aquesta implicació, no obstant això, no ha de privar-nos del "distanciament tècnic" necessari perquè no es produeixi cap tipus d'influència per part del professional sobre el "educand" (vam utilitzar la denominació per al·ludir a l'individu que requereix el suport) en el moment de l'aplicació dels instruments que ens proporcionaran les dades requerides, i en el de la seva quantificació, qualificació i interpretació.

El que vam acabar d'argumentar és un principi obvi per a qualsevol professional en el nostre camp, però entenem que no està de més que reflexionem sobre les seves implicacions tant metodològiques com ètiques.

La nostra posició i el nostre convenciment estan clarament exposats: vam considerar que el diagnòstic forma part de la intervenció davant de situacions problemàtiques, vam intentar traslladar el convenciment que el caràcter pluridimensional de l'individu i el seu comportament requereix dades sobre aquesta realitat pluridimensional aconseguides mitjançant instruments que l'atenguin, oferim una bateria d'instruments la idoneïtat i de la qual eficàcia hem pogut constatar i contrastar al llarg de la nostra experiència professional i que vam estimar poden ser una ajuda important i obrir noves perspectives de treball als professionals.

#### **4.3.1.2.-Instruments que disposem:**

Aquests instruments que tenim a la nostra disposició es poden agrupar en tres grans blocs essencialment diferenciats però complementaris:

### A) Els tests psicològics:

JM Cattell, psicòleg nord-americà, va emprar el terme *test* (en anglès *prova*) al costat de l'adjectiu *mental* el 1890, en proposar un conjunt de proves per determinar la "fisonomia mental de l'individu". A partir d'aquest moment, el concepte *test mental*, i la seva materialització, es planteja com a tema fonamental en la ciència psicològica, tant pel que fa a la creació de nous tests i la seva aplicació, com a la determinació de la seva conveniència, capacitat d'adequació, fiabilitat, interpretació...

P. Pichot, en la introducció als seus *Els tests mentaux en psychiatrie* (1949), citat per (Lafon, 1998: 924), defineix el test mental com "una situació estandarditzada que serveix d'estímul a un comportament. Aquest comportament s'avalua per comparació estadística amb el d'altres individus que es troben en la mateixa situació, permetent així classificar al subjecte examinat ja sigui quantitativament, ja sigui tipològicament".

A Galton devem l'origen de les bases dels mètodes estadístics imprescindibles per a l'elaboració i l'anàlisi dels resultats d'aquestes proves; i a la col·laboració entre Binet i Simon la "escala mètrica de la intel·ligència" (1905), aplicada a l'estudi del retard, i en un estat de permanent revisió i millora que la converteix en un instrument cada dia més eficaç.

Com a requisits fonamentals per a un test s'accepten universalment els següents:

- validesa: que el test mesuri efectivament allò per al que s'aplica,
- fiabilitat: que el test proporcioni els mateixos resultats en distintes aplicacions sobre un mateix individu que no hagi sofert modificacions,
- sensibilitat: capacitat d'un test per discriminar entre mínimes diferències,
- contrast i elaboració estadística: un test no és fiable si no ha estat prèviament contrastat amb el nombre més gran possible d'individus, i si no s'ha construït el suficient i precís aparell estadístic per tractar la informació que proporciona.

L'ampliació d'aquest tipus de proves aprofitant la seva potencialitat intrínseca s'ha produït en els denominats "tests projectivos", basats en les respostes dels individus davant d'estímuls vagues o ambigus. Aquestes respostes expressen l'estructura mateixa de la personalitat de l'individu.

Malgrat la controvèrsia establerta respecte d'això, la interpretació i l'ús correcte dels tests, com assenyala Comellas (1990), són font d'informació òptima, encara que no única, en el món de l'educació, perquè els resultats individuals o col·lectius en àrees molt determinades que ens ofereixen

permeten la millora del treball pedagògic.

Perquè aquesta efectivitat pugui concretar-se, és primordial tenir en compte que en les primeres edats cal parlar més de “rendiment de la intel·ligència o nivell de desenvolupament aconseguit” que de “capacitat intel·lectual o coeficient d'intel·ligència”, perquè del que es tracta, sobretot, és d'establir la “orientació adequada a quants intervenen en la tasca educativa” (Comellas, 1990:18) per tractar de millorar el rendiment reflectit. És a dir, cal partir de la potencialitat específica de l'individu i contextualitzar-la en el seu propi àmbit tenint en compte “la seva història”. No es tracta de treballar amb valors absoluts, sinó amb els valors relatius a la pròpia idiosincràsia de l'individu.

La controvèrsia sobre la validesa i aplicabilitat de les dades obtingudes mitjançant els tests té u dels seus orígens en la discussió sempiterna sobre el pes relatiu dels factors ambientals i els genètics en el desenvolupament de la intel·ligència i la resta de capacitats de l'individu. La polèmica no ha estat resolta en la seva totalitat, i les conclusions actuals respecte d'això no fan sinó confirmar el caràcter pluridimensional del comportament humà i, per tant, l'exigència que el coneixement de l'individu ens vingui proporcionat per instruments que entenguin i atenguin aquesta pluridimensionalidad fonamental.

D'aquí, el vam afirmar un cop més, la nostra proposta d'un model tetradimensional d'anàlisi, en el que la correcta aplicació dels tests i altres instruments, adequats a cada situació, sigui capaç de proporcionar-nos dades de tots els aspectes d'aquesta pluridimensionalidad.

S'atribueix als tests que, pel seu caràcter rígid i tancat, no tenen la plasticitat que determinades situacions o individus poden requerir. També s'addueix que un “entrenament previ” pot provocar respostes equívokes que tergiversin la realitat individual que pretenem conèixer. Una altra possible limitació és que la pasación del test recorda excessivament l'ambient i requeriments formals del típic examen escolar, amb les repercussions consegüents sobre l'individu que se sotmet a la prova.

Per obviar aquests problemes, s'aconsella l'ús conjunt de distints tests i altres instruments, de manera que l'enmascaramiento i les desviacions que la idiosincràsia dels tests pugui provocar en els resultats quedin compensats.

### *B) Els registres d'observació:*

Sens dubte, pel seu paper i la seva situació, el mestre o professor d'aula està en una disposició excepcional en el procés d'orientació dels nens, ja que el seu contacte diari amb ells li permet detectar gran part dels problemes que presenten.

L'observació intuïtiva, que de per si realitza el professor per conèixer als seus alumnes i així desenvolupar la seva tasca, ha d'adquirir una qualificació i una estructura que li permetin discriminar amb subtileza els símptomes,



proporcionar dades a l'equip multiprofesional que atengui els problemes, i controlar el desenvolupament dels programes de rehabilitació un cop establerts.

L'observació és entesa comunament com un “mig de recollida d'informació” (Molina,S. et al., 1990:15). Des de l'àmbit de l'Educació Especial (EE), Anguera citat per (Molina.S. et al., 1990:15), estructura una definició que assenjala la diferència entre el que és l'observació d'una manera intuïtiu, i el que és com a instrument científic. Així, l'observació és “mètode científic amb indubtable arrelament en l'àmbit de l'EE, que pretén articular una percepció de la realitat manifestada de forma espontània, amb la seva adequada interpretació, captant el seu significat, de forma que mitjançant un registre objectiu de la conducta i/o esdeveniments, i un cop s'ha sotmès a aquesta a una adequada codificació i anàlisi, proporciona uns resultats descriptius i fins i tot explicatius dins un marc genuí de coneixement.”

Així, per als nostres fins, l'observació -en principi mera percepció- porta implícita la interpretació, la qual cosa suposa un grau de participació activa de l'observador per al que és necessària la possessió d'un marc de referència teòric.

Es discuteix si l'observació és un mètode o una tècnica, encara que els elements que la componen seran semblants en els dos casos.

Com a tècnica, es tracta d'una estratègia subordinada que ha d'oferir informacions que complementin a les d'altres fonts dins un mètode amb directrius globals. Com a mètode, es considera que *per es* pot proporcionar suficient coneixement amb rigor científic.

En el nostre cas, l'important és que l'observació té entitat suficient per aportar dades de molt valor, la qual cosa resulta fonamental a l'utilitzar-los de mode complementari amb els que obtenim mitjançant la sèrie àmplia d'instruments que exposarem més endavant.

No es tracta de fitar i restringir possibilitats, sinó d'entendre la necessitat d'utilitzar les bondats i capacitats de quant tinguem al nostre abast, amb el criteri de complementaritat necessària per aconseguir el nostre objectiu.

La capacitat intuïtiva d'observació, que en la pràctica vam trobar en la gran majoria dels educadors, pot ser millorada si vam aturar atenció en un senzill esquema de reflexió prèvia que ens permet ser més eficaços.

L'eficàcia s'aconsegueix, sens dubte, amb la pràctica, amb la correcta realització i plasmació de l'observació, i amb la coherent integració dels resultats obtinguts amb instruments dels tres grups en què els vam sistematitzar.

Per a això, sempre, cal *plantejar prèviament l'observació*, i determinar *què és el que s'observarà* (per centrar-la i evitar la dispersió), *com s'observarà*,

*i de quina manera s'analitzaran les dades recollides.*

Malgrat que durant molt temps es creia que només podia atendre “manifestacions perceptibles a l'observador extern” (Molina, 1990:16), l'observació, mitjançant el seu “aspecte interpretatiu” es pot aplicar a “conductes internes”, “bé a través de l'autoobservació o bé a través de categories molars, on s'infereixen les manifestacions internes a partir de les externes”, (Molina, 1990:17).

### *C) L'entrevista per a pares i alumnes:*

Cal assenyalar que l'entrevista es pot realitzar tant al subjecte que hem de diagnosticar com als qui estan en contacte amb ell: pares i educadors. En cadascú dels casos el protocol de l'entrevista haurà de ser adequat tant a l'entrevistat com als aspectes que motiven el recull de dades.

Un problema que han de resoldre els protocols i qüestionaris és l'eliminació de la subjectivitat, ja que l'entrevistador ha d'evitar “influir sobre les respostes de l'entrevistat a través de la seva forma de preguntar o de les seves reaccions verbales i no verbales”, (Rodríguez, 1998:305). Un altre aspecte que superar són les denominades “fonts de variabilitat”, causants de mala fiabilitat en el procés diagnòstic, que (Rodríguez, 1998:305-306) sistematitza en:

- variabilitat de la informació,
- variabilitat del subjecte,
- variabilitat de criteri,
- variabilitat de la situació,
- variabilitat de l'observació.

A partir dels anys 80 es van sistematitzar les “primeres entrevistes diagnòstiques estructurades i semi-estructurades, amb la finalitat de pal·liar algunes de les deficiències del diagnòstic psicopatològic, en avaluar de forma més sistemàtica i objectiva els trastorns”, (Rodríguez, 1998:306); a més a més, es va fer patent la necessitat de “procediments d'entrevistes estandarditzats per avaluar l'alteració social, conductual i emocional del nen per a estudis epidemiològics”, (Rodríguez, 1998:306). Tenim aquí ja present que el contingut d'informació que ofereix l'entrevista és tetradimensional lloc que les preguntes que la conformen es refereixen a aspectes múltiples de la realitat de l'entrevistat o del subjecte que motiva l'entrevista.

- entrevista diagnòstica estructurada: “és una llista de conductes, símptomes i esdeveniments sobre els quals s'ha d'obtenir informació, les pautes per realitzar l'entrevista i els procediments per registrar les dades (...) Amb elles s'obtenen dades objectives i fiables, però són rígides i mecàniques i no poden adaptar-se a un

respondiente particular”, (ibídem.).

- entrevista diagnòstica semiestructurada: deixen a l'entrevistador més flexibilitat, i “permeten una entrevista més espontània que pot adaptar-se al respondiente. Aquesta flexibilitat produeix més variabilitat de la informació compromentent la fiabilitat...” (ídem., pàgina 307).

No obstant això, l'equilibri entre la sistematicidad i la flexibilitat que caracteritzen a l'entrevista com a instrument ha d'estar sempre present: “vam pensar que en el nostre cas no podem aplicar rígidament cap metodologia i que en aquest sentit hem de ser prou flexibles per adaptar el contingut i l'enquadrament de l'entrevista als seus objectius i context. Aquest criteri de flexibilitat ha d'entendre's també des de l'òptica de professionals que procuren contribuir en la definició del diagnòstic psicopedagògic tenint molt clar que no es tracta d'una definició ni d'un model tancat i acabat, sinó d'una aproximació que caldrà anar revisant i redefinint amb la col·laboració d'altres psicopedagogs o professionals”, (Bassedas, 1998:84-85). Creiem que la cita és prou clara i il·luminadora.

(Bassedas ,1998:81 i ss.) planteja d'una manera molt clar els principis bàsics de l'entrevista amb el mestre i l'entrevista amb els pares:

Fa insistència en la necessitat que l'adult entrevistat s'asseu implicat i capaç en el procés subsegüent d'influència correctora sobre l'alumne.

També és important la consideració de l'entrevista com un primer moment de la intervenció: “la idea més important que cal tenir present en l'entrevista inicial és intentar transmetre que el diagnòstic inicial té com a finalitat ajudar el nen dins l'aula ordinària i que, a més a més, el mestre jugarà un paper molt important en l'evolució positiva de l'alumne”, (Bassedas, 1998:83).

L'autor citat també posa de manifest el caràcter pluridimensional de l'entrevista, i fa especial èmfasi en això quan es refereix a les entrevistes amb els pares: “obtenir informació i dades de la situació familiar, veure el tipus de relacions que s'estableixen i el paper del nen dins aquestes institucions” (ídem, pàgina 85).

#### **4.3.1.3.- Premisses generals:**

Establím unes premisses generals que han de complir les proves que utilitzarem perquè resultin eficaços:

- Els enunciats han de ser curts i directes i el vocabulari dels mateixos assequible per al subjecte que se sotmet a la prova, alhora que el procediment de la mateixa ha de ser fàcil d'entendre: és obvi que l'enunciat no pot ser un obstacle distanciador; per això la brevetat, la claredat i la intel·ligibilitat dels mateixos són requisits fonamentals, ja que la seva funció és propiciar

respostes. Al mateix temps, no és positiu que sigui la pròpia prova en la seva estructuració i procediments la que acapari l'atenció i l'esforç de qui se sotmet a ella.

- L'extensió de la prova no ha d'excedir els 45 minuts: per sobre d'aquesta durada, el cansament, la distracció i altres sensacions afins condicionen negativament les reaccions i respostes, per la qual cosa aquestes perden validesa per la distorsió soferta.

- Les proves, en el seu plantejament i desenvolupament, no poden predir el resultat: és a dir, cal evitar que el resultat vingui predeterminat per la pròpia prova, i aquesta no pot "dirigir" les respostes o reaccions.

- No s'han d'utilitzar proves amb temps si el subjecte sotmès a elles és conscient del que s'està mesurant: hi ha proves en les que el temps de resolució forma part dels dades finals obtinguts, no obstant això, durant la realització de les mateixes el subjecte no ha de sentir la pressió del cronometratge perquè aquest factor no distorsioni la resposta.

- Són més eficaç les proves realitzades de mode individual que les realitzades col·lectivament.

- Com més lúdiques i semblants a un joc puguin semblar les proves, més eficaços resultaran. És important eliminar els components negatius que el "passar una prova o un examen" comporten per a la major part d'individus.

- Les opcions ofertes en les respostes no han d'excedir de tres: en cas contrari hem d'entendre que la pregunta no és prou concreta. És important que el subjecte que pensa la prova, en el cas de preguntes amb respostes predeterminades a elegir, no hagi de dispersar en excés la seva atenció i, d'altra banda, trobi entre les propostes l'adequada a la seva situació.

#### **4.4. El diagnòstic com a primera estratègia d'intervenció davant dels problemes de comportament**

Quan, davant de la constatació de les dificultats que presenta un alumne, vam decidir que hem de descobrir quines són les causes reals de les mateixes, perquè estem convençuts que això ens permetrà dissenyar les estratègies conduents a la seva eliminació o almenys a minimitzar-les el màxim possible, estem, en realitat, iniciant la nostra intervenció correctora d'una manera clara i decidida.

Aquesta intervenció s'estructura i presa una determinada orientació en el moment en què vam seleccionar els mitjans i els instruments mitjançant els quals avançarem des de l'aparença dels símptomes (la conducta que ens és dau percebre) cap a l'essència de les causes. És a dir, recorrerem al revés el

camí que es produeix en l'alumne que és objecte de la nostra atenció i preocupació, ja que, com ja sabem, primer hi ha les causes i els condicionants i després, en el mecanisme d'ajust i diàleg de l'individu amb les situacions concretes, la conducta.

La intuïció personal, l'experiència i els coneixements adquirits, entre d'altres mitjos -mitjançant el treball continuat amb nens i adolescents- creguin en el professional de l'educació el que podríem denominar "capacitat de base" per percebre, més enllà de la constatació evident que es dona en molts casos, que algun dels seus alumnes té dificultats que no poden ser resoltes sense una ajuda específica i especial.

Certes conductes problemàtiques són evidents: l'alumne pot presentar dificultats d'aprenentatge que és possible vagin des d'un grau mínim de dificultats molt específiques i localitzades fins a la incapacitat gairebé absoluta per a qualsevol aprenentatge; o bé pot mostrar hàbits conductuals inapropiats -tant en l'individual com en el social-, caracteritzats per l'atonía o apartamiento passiu, o per una agressivitat que pot resultar extrema. No obstant això, altres conductes problemàtiques poden aparèixer més matisades, emboscades pràcticament entre les dificultats i desajustos del comportament propis de les edats específiques que tenen els alumnes. Descobrir aquestes condutas i establir els procediments per arribar al seu origen requereix disposar dels coneixements i els procediments específics als que hem dedicat aquestes pàgines.

I així tenim exposat el nostre objectiu fonamental, que en definitiva és triple:

- Oferir un conjunt de mitjos i intrumentos de diagnòstic des de la perspectiva que l'ésser humà és una complexitat pluridimensional els sistemes de la qual mantenen relacions d'interdependència i han de ser tinguts en compte de mode individualitzat i específic, i atenent a la seva interrelació.

- Tenir consciència d'aquesta mateixa pluridimensionalidad i tractar de conèixer d'una manera sistemàtic les característiques de cadascuna de les dimensions que formen part del conjunt, entenent el mode en què es manifesten dins l'esquema de progressió evolutiva que apareix en la seva major intensitat, precisament, en les edats que són objecte de la nostra preocupació i que en general són considerades com "les més problemàtiques". Respecte d'això, no oblidem que "durant la infància i l'adolescència ocorren canvis comportamentals que, per la seva magnitud, intensitat o velocitat, han de tenir-se especialment en compte", (Silva, 1995: 25).

- Inculcar la necessitat del diagnòstic sistemàtic, amb suport multidisciplinar, si és necessari, tenint en compte la natura evolutiva de l'individu i superant les postures merament reparadores en superfície; és a dir, contribuir al convenciment que no basta amb les mesures repressives o correctores que es limiten a pretendre pal·liar el que són únicament símptomes o signes de l'existència del factor causal, i que els instruments per al diagnòstic, com és el cas de què conformen la bateria que proposem, tenen en compte la

seva adequació al moment evolutiu específic del subjecte en què s'empraran.

No hem de perdre de vista, mai, que ens hem centrat específicament en els alumnes d'ESO, l'adolescència dels quals, acabada d'inaugurar, resulta de per si problemàtica i condicionadora, com hem exposat en els primers capítols.

Per això no és possible extrapolar els mètodes i conclusions que hem exposat a alumnes d'altres nivells o d'altres etapes evolutives, ni, al revés, tractar d'aplicar als nostres alumnes d'ESO les incitacions que respecte d'això se'ns ofereixen en la literatura, abundantment generada per investigadors de delà les nostres fronteres, que tràfic d'alumnes d'altres etapes o pertanyents a sistemes educatius o socials de característiques no corresponents als dels nostres alumnes. Vam insistir, un cop més, que la nostra aportació, com ja vam avançar en el capítol introductori, suposa una iniciativa nova en la nostra comunitat educativa, i en gran manera pretén ser una incitació perquè quants per experiència i coneixements tenen, sens dubte, un bon cúmul d'aportacions que oferir-nos, disposin d'un punt d'inici des del qual enriquir la literatura generada des de les peculiaritats de la nostra societat i el nostre sistema educatiu.

No hem d'oblidar, d'altra banda, l'obligació de no caure en l'alarmismo: no totes les situacions en què està present un problema de conducta són reflex d'alteracions profundes que requereixen diagnòstic i tractament especialitzat. Sovint es tracta de reaccions incòmodes, però coherents amb la situació d'adolescència a què pertany l'alumne (hem utilitzat conscientment el terme "pertinença", ja que en aquest període vital l'individu s'assegui sovint inermes, portat i portat per forces internes i externes enfront de les que li és difícil reaccionar i que, d'alguna manera, li tenen "presoner"), i la seva durada i intensitat correspon als mecanismes lògics i habituals constatats. En tals casos, considerar que la situació és més greu del que és en realitat només pot contribuir que aquesta gravetat arribi a ser real: "si vam acabar per considerar que el suposat problema infantil no és tal, o no és d'una magnitud significativa, hem de convèncer als qui refereixen el nen a consulta de la inconveniència d'una intervenció, reestructurant, per així dir-lo, la seva percepció del nen", (Silva, 1995:24).

El diagnòstic ha de tenir una clara intenció de futur, perquè amb ell pretenem descobrir orígens de comportaments perquè, d'aquí en endavant, després del pla de recuperació establert, les pautes conductuals hagin variat cap a la normalitat. Per això el diagnòstic haurà de tenir en compte que l'individu no sols es troba en un ambient determinat per un "aquí i un ara", sinó que existiran altres "aquí i ahores" els condicionaments del qual també poden constituir-se en factors de risc o factors de protecció.

Hi ha, així, un element dinàmic en el diagnòstic que el converteix en un procés, i per tant en una intervenció, ja que qui el realitza no pot limitar-se a la passivitat de plantejar una prova i esperar, ha d'haver valorat abans els factors mediambientals presentsment i possiblement futurs, i els condicionaments emanats de l'evolució de la resta de dimensions constitutives del ser humà.

En aquest sentit, el procés de diagnòstic és un diàleg atípic, i el diàleg presenta elements fundats d'interrelació, d'intervenció mútua ( en aquest cas és obvi assenyalar que qui més intervenció desenvolupa és l'adult-educador, pel caràcter de la relació que s'estableix entre diagnosticador i diagnosticat).

Vam considerar que el diagnòstic ja constitueix intervenció perquè amb ell ens estem preparant i ens vam ocupar ja, d'una manera positiu i constructiu, del problema de l'alumne i del propi alumne amb pautes problemàtiques, i pretenem (és a dir, vam iniciar la "tendència", el "moviment cap a") prevenir en la mesura que sigui possible, millorar parcialment o si no n'hi ha evitar que s'agreugi la conducta problemàtica i, si és possible, superar-la mitjançant la solució de les seves causes.

L'objectiu del diagnòstic és "proporcionar informació rellevant d'un subjecte específic, i analitzar i interpretar la dita informació per facilitar la presa de decisions sobre el procés instructiu", (Marín i Buisan, 1994:8).

Queda clar que es diagnostica per actuar, per la qual cosa el diagnòstic es converteix així en el primer pas del procés que s'estructura en tres moments: Identificació - Diagnosi - Presa de decisions. La diagnosi, es divideix en diverses fases, tenint sempre present que:

"el final del procés ha de conduir a detallar clarament un programa educatiu que millori l'aprenentatge de l'alumne. Les fases són:

1. Determinar si hi ha la dificultat.
2. Mesurar els èxits o rendiment del subjecte en cada àrea específica.
3. Analitzar com aprèn l'alumne.
4. Explorar per què no aprèn.
5. Confrontar i interpretar dades i formular hipòtesis diagnòstiques.
6. Desenvolupar un pla d'ensenyament específic, suggerint els mètodes per portar-lo a cap", (Marín i Buisan, 1994:8).

No desenvoluparem més els continguts d'aquesta cita perquè ens sembla que en ella apareixen clarament sintetitzades gaires de les reflexions que hem anat embastant en aquestes pàgines. Afegirem que la quarta fase pot ser considerada amb una major amplitud, ja que "explorar per què no aprèn" pot ser semblant a "explorar per què es comporta del mode inadequat que el fa", és a dir, acudir a l'arrel -els factors de risc i la seva actuació efectiva- dels problemes. Vam diagnosticar perquè volem "conèixer per intervenir", (Rodríguez, 1998:174), i el que vam desitjar conèixer són "les causes i factors que intervenen en l'origen, desenvolupament i configuració del problema que ens ocupa", per a "identificar al més aviat possible l'estructura o estructures psicopatològiques que subjeuen per sota dels problemes que planteja", alhora que tenim que "informar-nos també sobre el desenvolupament psicobiològic i social del nen fins al moment en què el coneixem", amb la finalitat de "preparar el camí perquè sigui possible la intervenció", (Rodríguez, 1998: 174 i ss.) de la que tot el procés diagnòstic forma el primer i fonamental escaló.

Vam acabar reafirmant amb rotunditat nostre convenciment que els professionals de l'educació hem de perdre la por a enfrontar-nos amb el repte que la nostra condició suposa. Les situacions no desitjades que hem d'afrontar en el desenvolupament de la nostra tasca i de la que són protagonistes els educands que ens són encomanats formen part de la nostra vocació i el nostre compromís. Per això hem d'estar preparats, des de la convicció que és possible donar el suport que, per si sols, els educands no poden procurar-se.

L'autèntic educador acompanya, motiva i ajuda, tractant de potenciar les millors possibilitats i disposicions de l'individu i de minorar o pal·liar les inhibicions, els retards o les alteracions conductuals que es presentin.

Per a això ha de conèixer i actuar: conèixer com són els educands i les seves circumstàncies, i actuar intervenint, en primer lloc, mitjançant el diagnòstic que li facilitarà la possibilitat d'establir patrons posteriors de major més dirigida i específica.



## II. OBJECTIUS I HIPÒTESI

## **OBJECTIUS I HIPÒTESI DE LA INVESTIGACIÓ**

Seguint a Polgar, S., Thomas, S.A. (1993), un cop realitzada la revisió bibliogràfica del tema que ens ocupa estem en condicions de plantejar els objectius i hipòtesi de la nostra investigació. Conèixer prèviament a la redacció dels nostres objectius i hipòtesi les investigacions que s'han realitzat i publicat respecte d'això, vam evitar qualsevol solapament amb altres investigacions i vam assegurar l'aportació de noves conclusions sobre la problemàtica plantejada.

En aquest sentit, formularem en primer lloc els objectius de la investigació i posteriorment les seves hipòtesis, ja que la comprovació d'aquestes constituirà un dels principals objectius del nostre treball.

### **1. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ**

Un cop plantejades els objectius de la investigació, assenyalarem les hipòtesis que vam perseguir a través de la mateixa. En el cas que els nostres objectius es compleixin, ens ha de permetre la consecució de les hipòtesis que posteriorment plantejarem de forma categoritzada.

#### **1.1. Objectiu general**

L'objectiu general de la present investigació és elaborar un instrument diagnòstic que ens permeti determinar el nombre de factors de risc que intervenen en l'aparició dels problemes de comportament en el context escolar dels alumnes del primer cicle de L'ESO, amb la finalitat de portar

a terme accions de prevenció i/o intervenció des del marc escolar.

## **1.2. Objectius específics**

Un cop definit l'objectiu general de la investigació, procedirem a delimitar de manera més concreta el mateix a través d'objectius específics, sent aquests els següents:

1. Confeccionar una bateria diagnòstica que ens permeti conèixer de forma globalitzada els factors de risc que intervenen en els problemes de comportament dins el context escolar dels alumnes de primer cicle de L'ESO.

a) Seleccionar les proves estandarditzades que s'adaptin millor al perfil conductual de la població a estudiar.

2. Discriminar la tipologia dels principals factors de risc descrits en la literatura científica que intervenen en els problemes de comportament des d'una visió multidisciplinar (neurobiològic, social, psicològic i pedagògic) atura:

a) Identificar el punt de tall per determinar qual és el nombre de factors de risc específics dels alumnes estudiats amb problemes de comportament.

3. Que la informació extreta de l'instrument diagnòstic ens permeti un segon nivell d'intervenció multidisciplinar de caràcter interprofessional i/o intraprofessional a partir de les dades extretes de la bateria diagnòstica aportada en la present investigació, amb la finalitat de poder millorar o evitar la incidència dels factors de risc sobre els problemes de comportament en el context escolar.

4. Demostrar empíricament les hipòtesis de la present investigació.

5. Aportar el punt de partida de noves investigacions en l'àmbit dels problemes de comportament en el context escolar.

## **1.3 Objectiu final:**

L'objectiu final de la nostra investigació és demostrar que els problemes de comportament que presenten els alumnes del primer cicle de l'ESO poden ser previnguts o corregits mitjançant un diagnòstic precís dels

factors de risc que ens indicaran el tipus d'intervenció multidisciplinar que requereix el seu tractament.

## **2. HIPÒTESI DE LA INVESTIGACIÓ**

Després de plantejar els nostres objectius, és necessari formular la hipòtesi de la present investigació amb la finalitat de poder trobar explicació i solució a la problemàtica plantejada per orientar de forma eficaç el seu tractament .

Des del moment que formulem la nostra hipòtesi vam convertir la present investigació en explicativa seguint els criteris exposats per Arnal, J., del Rincón, D. i Latorre, A. (1992).

Donades les característiques de la nostra investigació la hipòtesi que plantejarem serà de tipus deductiu, ja que vam desitjar comprovar deduccions extretes de la literatura consultada i de la pròpia experiència sobre el tema. Referent al nivell de concreció nostra hipòtesi serà estadística ja que estudiarem la relació de les nostres variables en termes quantitativus.

Fetes aquestes premisses situacionals seguidament vam passar a formular les nostres hipòtesis de treball.

### **2.1. Formulació d'hipòtesi**

#### **Hipòtesi núm. 1**

***“ El nombre de factors de risc és superior en els alumnes conductuals que en els no conductuals”***

#### **Hipòtesi núm. 2**

***“Els alumnes conductuals no presenten sempre els mateixos factors de risc”***

L'anàlisi estadística de les dades i la seva posterior interpretació ens permetrà saber si les nostres hipòtesis es compleixen.

### III. METODOLOGIA INVESTIGACIÓ

## **MODALITAT D'ESTUDI**

La nostra investigació és aplicada, està orientada cap a la construcció de nous coneixements que ens permetin descriure, explicar i controlar en la mesura que sigui possible els problemes de comportament en el context escolar del primer cicle de l'Educació Obligatoria Secundària (ESO). Donat el caràcter empíric del nostre treball a continuació exposarem alguns aspectes.

### **1.1. Perspectiva quantitativa**

Seguirem el model hipotètic deductiu mitjançant fenòmens observables i quantificables per al seu tractament matemàtic i control experimental.

Hi ha la pretensió de deixar fora de la investigació tota aquella interpretació de caràcter subjectiu perquè aquesta sigui replicable, a més de poder arribar a una generalització de caràcter probabilístic i operatiu amb una mostra com l'estudiada; ja que se centra en objectius i una problemàtica concreta de conducta en un context específic com és l'escolar.

La realitat que analitzarem és estàtica i concreta amb la finalitat

d'objectivar al màxim el seu coneixement a partir d'una intervenció independent i exempta d'interferències per part dels nostres valors.

En aquest sentit, utilitzarem instruments estandarditzats que redueixin el grau d'implicació de l'investigador en la recollida d'informació.

## 1.2. Investigació Empíric analítica descriptiva

En la present investigació desitgem continuar una perspectiva metodològica empíric analítica, l'objectiu bàsic de la qual és contrastar de forma explicativa la conducta pertorbadora dels alumnes de 2n d'ESO a l'aula.

La dimensió cronològica serà descriptiva, ja que vam estudiar el problema tal com apareix en el moment de realitzar la investigació

La nostra metodologia es fonamenta en el mesurament de la variable dependent (VD), en el cas que ens ocupa, els problemes de comportament a l'aula; Per a després buscar cap endarrere possibles explicacions d'aquesta mesurant les variables independents (VI), els factors de risc. Segons (Lleó i Esquivo, 1999: 304) "la presència d'una covariació sistemàtica entre els dos tipus de variables serà la clau que ens permetrà avançar en el nostre coneixement".

És per això que rebutjarem aquelles variables independents que no covarien amb el fenomen que estem estudiant - els problemes de comportament en el context escolar- i en aquest sentit mantindrem les que si ho facin com a possibles causes explicatives - factors de risc-. No obstant això, sempre cal tenir en compte que la covariació no implica causació.

## 2-DISSENY " EXPOST FACTO" RETROSPECTIU

Seguint la modalitat metodològica " *expost facto*" retrospectiva, ens decantarem pel model amb grup cuasi control.

Per a això localitzarem un grup de subjectes que posseeixin el mateix valor en el variable que volem investigar, la dependent, al dit grup li denominarem "grup clau". És el grup de subjectes en què ha ocorregut el fenomen que ens interessa investigar. Tot seguit localitzarem un segon grup de subjectes que no posseeixin aquest valor en el variable dependent. A més a més, procurarem que el segon grup sigui el més semblant possible al "grup clau" en aquelles variables que ens interessin controlar, és a dir, aquelles variables que podent estar relacionades amb el fenomen sota estudi, no són objecte de la

investigació. A aquest segon grup li direm "grup cuasi control" Lleón i Montero ( 1999).

Un cop establerts els dos grups mesurarem les potencials variables independents, per poder determinar les possibles covariacions entre aquestes i la variable dependent.

Finalment, volguéssim reflexionar sobre la validesa de la present modalitat metodològica. Som conscients que aquest tipus de model presenta riscos per a la seva validesa interna, no obstant això, considerem que és el que s'adequa millor a les circumstàncies del nostre treball. Si bé és cert que amb aquest tipus de disseny no hi ha antecesió de la VI respecte a la VD i que el caire retrospectiu pot donar-se per possibles enmascament, aquest queda reduït considerablement pel grup cuasi control que a més a més ens permet la covariació de variables com a element principal de validesa.

Referent a la validesa externa, queda delimitada i al seu torn garantida per la grandària de la mostra.

D'acord amb els criteris plantejats per Latorre, et al. (1997) referent a la classificació dels dissenys d'investigació, en el present treball, utilitzarem més d'una variable independent (V.I.) pel que se'ns configura un disseny multifactorial amb una variable dependent (V.D.).

En utilitzar el criteri el disseny " *expost facto*" retrospectiu en el que utilitzem un grup clau i un altre cuasi control es converteix en bivalent, segons ens mostra el quadre núm. 2 d'aquest apartat



SUBJECTÉS	VD	VC			VI					
		1	2	3	1	2	3	4	5	
1	1	0	1	1	1	1	5	4	1	Grup clau
2	1	0	1	0	1	2	5	1	1	
3	1	1	1	0	1	3	0	3	0	
4	1	1	1	1	1	4	5	2	0	
5	0	0	1	1	1	3	0	3	0	Grup cuasi control
6	0	0	1	0	1	1	0	2	0	
7	0	1	1	0	1	2	0	3	0	
8	0	1	1	1	1	1	0	1	0	

**Quadre núm. 1: Esquema de disseny “expost facto” restrospectiu amb grup cuasi control. (Lleón i Montero, 1999:307)**

## 2.1. Població i mostra

La nostra investigació es realitzarà en un Centre públic d'Educació Secundària situat en la població de Mollet del Vallès de Barcelona. Es tracta d'un Institut d'Educació Secundària (IES) amb prop de mil cinc-cents alumnes i un claustre de professors de cent vint professionals.

El Centre es troba situat en una zona de nova creació de la població, on el nivell socioeconòmic és de classe mitjana – baixa. La procedència dels alumnes és generalitzada entre els diferents centres d'educació primària obligatòria (EPO) de Mollet del Vallès.

Centrarem la investigació en els alumnes de segon de l'ESO per eliminar variables estranyes importants intervinents en el procés d'adaptació pròpies de la transició de l'EPO a l'ESO. També se'n va hi ha situar l'estudi en el segon trimestre del curs per eliminar una altra variable estranya com és el procés d'adaptació (currículum, professorat, etc.) al nou curs escolar.

Un cop triada la població d'alumnes de 2n d'ESO de l'IES es procedirà a confeccionar dos grans grups obeint als criteris següents:

- a) Alumnes que no han tingut cap expulsió del centre.
- b) Alumnes que han estat expulsats del centre un cop.

Les causes d'expulsió només obeeixen a l'acumulació de parts disciplinàries per presentar reiteradament problemes de comportament a l'aula.

Un cop diferenciats els alumnes amb expulsions i sense expulsions, de cadascun dels dos grups es triarà - mitjançant la utilització de la taula de números aleatoris- la mostra d'estudi que distribuïrem en un grup clau i un altre cuasi control de 60 subjectes cadascú, i amb una distribució proporcional respecte al sexe i edat.

El present disseny ens permetrà comparar i estudiar els factors de risc en un grup d'alumnes no conductuals i en un altre de conductuals amb el màxim de característiques iguals excepte la conportamental. També amb aquest disseny intentarem neutralitzar la influència de les variables estranyes ja que com hem indicat anteriorment, en teoria haurien d'influenciar de la mateixa manera i intensitat en ambdós grups. Les característiques de la nostra mostra són les següents:

- 2è curs de l'ESO
- Mitja d'edat de 13 anys (Mitja: 13,3)
- Finalitzat el període d'adaptació de l'EPO a l'ESO
- Tenen el mateix equip docent
- El context institucional i organitzatiu és el mateix
- Desenvolupen el mateix currículum
- No hi ha cap repetidor
- Alumnes d'ambdós sexes
- Pertanyen a la mateixa zona urbana
- La pasació de la bateria es va fer al mateix moment i situació

L'estudi dels factors de risc que puguin presentar els alumnes de cada grup d'estudi ens permetrà principalment conèixer si hi ha diferències significatives entre els dos submostres, així com quals són els factors de risc específics de la problemàtica conductual entre altres dades, per a la seva posterior utilització en tasques de prevenció i intervenció enfront del citat problema.

## **2.2. Variables seleccionades**

El nostre disseny presenta més d'una variable independent (V.I.) definides pel constructe conceptual: "factores de risc que poden intervenir en els problemes de comportament en el context escolar", enfront d'una variable dependent (V.D.) amb el constructe operatiu: "presentar problemes de comportament en el context escolar".

En aquest sentit seguint a la classificació de variables presentada per Latorre, et al. (1997), direm que les V.I. segons el punt de vista teóricoexplicatiu en aquest cas, seran variables estímulo i/o organísmiques - com a característiques exògenes o endògenes que poden influenciar a la conducta de l'individu- i la V.D. serà una variable resposta - que es manifesta en la conducta de l'individu com a efecte de les variables estímulo i/o organísmiques

Referent a l'escala de mesura utilitzarem la nominal, donada la natura de les pròpies variables totes elles de tipus qualitatiu tant dicotòmiques com politòmiques.

La seva relació i classificació quedarà detallada en l'annex de la investigació en

què s'especificaran les dades i resultades de l'anàlisi estadística.

### 3-INSTRUMENTS I TÈCNiques DE RECOLLIDA DE DADES.

Referent a les tècniques d'obtenció d'informació utilitzarem un conjunt d'instruments estandarditzats, i per tant, amb anterioritat validats i fiabilitzats ; les característiques del qual s'han analitzat prèviament sota el criteri de jutges perquè s'adaptin al màxim al perfil dels subjectes a estudiar. Entre ells, distingirem quatre tipus d'instruments: Tests psicomètrics, proves objectives, qüestionaris i entrevistes estructurades; tots ells classificats en els quatre àmbits diagnòstics de la nostra bateria amb la finalitat d'explorar i detectar els factors de risc de tipus neurobiològics, psicològics, socials i pedagògics.

Aplicarem les proves a la totalitat dels subjectes de la mostra en les mateixes condicions ja exposades i detallades en la nostra fonamentació teòrica de la investigació que fa referència als instruments diagnòstics. Les tasques de pasació i de correcció i interpretació de les proves es realitzessin pel mateix investigador amb la finalitat d'utilitzar un únic criteri d'actuació. D'aquesta manera també intentarem anul·lar possibles variables estranyes que ens puguin distorsionar els resultats de la recollida d'informació.

Així mateix, la pasació i correcció dels instruments diagnòstics es realitzaran en funció dels criteris específics de cada prova i d'acord amb els te seus encallem estandarditzats.

Com ja hem comentat al llarg de la present investigació, la finalitat d'aquests instruments és la de poder discriminar en cada subjecte els factors de risc que poden tenir incidència sobre els possibles problemes de comportament en el context escolar.

Descartarem tots els resultats que es troben dins la norma estadística de cada prova i només utilitzarem aquells resultats que ens indiquen la presència del factor de risc.

Un cop exposada la configuració de la nostra bateria diagnòstica que utilitzarem com a instrument de mesura en el procés d'investigació, d'aquest apartat amb la finalitat de poder presentar de manera visual l'estructura dimensional de la citada bartería.

Referent a la pasació de la dita bateria i depenent del subjecte a diagnosticar la durada d'aquesta és d'unes cinc sessions d'una hora aproximadament, quedant fora d'aquest temps les proves complementàries com les entrevistes, registres d'observació així com les proves projectives. No obstant això, a pesar de l'estudi d'adaptació que s'ha realitzat de cadascuna de les proves per al perfil d'alumne que ens ocupa, també dependrà molt del nivell de col·laboració que present el citat alumne en qüestió.

Tot seguit detallarem les característiques de cadascun dels instruments utilitzats per ser aquests de rellevant importància en la present investigació:

## **A.- Instruments que atenen la Dimensió Bioneuropsicològica:**

### **BENDER (Test Gestáltico Visomotor)**

Autor: L. Bender.

Procedència: American Orthopsychiatric Association, Nova York (1938).

Adaptació espanyola: Editorial Paidós, Buenos Aires (1955)

Finalitat: Examen de la funció gestáltica visomotora, el seu desenvolupament i regressions. Posseeix un considerable valor en l'exploració del desenvolupament de la intel·ligència infantil (nivell de maduració) i en el diagnòstic de diverses síndromes clíniques de deficiència mental, afàsia, lesions cerebrals orgàniques, psicosis greus, simulació de malalties i psiconeurosi, tant en nens com en adults.

Material: Monografia de L. Bender (1938; 10a reimpressió, 1980); Guia per a l'aplicació (J. Bernstein); joc de 9 figures geomètriques i Protocol de registre i avaluació.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: no té temps; el procediment de còpia és motivador; els alumnes no poden preveure el resultat.

Informació tècnica: Atès que la funció gestáltica fa que l'organisme respongui "a una constel·lació d'estímuls donada com un tot" mitjançant "una constel·lació, un patró, una Gestalt", s'utilitza una constel·lació estimulants en quadres més o menys semblants, per estudiar la funció gestáltica en les distintes condicions integradores patològiques dels diferents problemes orgànics i funcionals, nerviosos i mentals. El camp visual va ser el triat per la seva millor adaptació a l'estudi experimental i per la seva facilitat per obtenir la col·laboració del subjecte.

Interpretació: Fonamentalment qualitativa, a partir de les característiques de l'organització de les figures sobre l'espai.

### **STROOP (Test de Colors i Paraules)**

Autor: Charles J. Golden.

Procedència: Estats Units (1974,1975).

Adaptació espanyola: Departament R+D de TEIA Edicions, S.A.

Finalitat: Detecció de problemes neurològics i cerebrals i mesura de la interferència, a més d'avaluació de l'és-tres, automatització i episodis de drogoaddicció.

Material: Manual (1994). Exemplar per utilitzar per l'examinand.

Tipificació: Barems de població espanyola general.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Es pot presentar com un joc

d'habilitat perquè no utilitza ni nombres ni vocabulari; és fàcil d'entendre; és curt; és motivador.

Informació tècnica: El test parteix del fet que els adults que saben llegir tarden més a identificar els colors que a llegir els noms dels colors. Es presenten al subjecte tres làmines. La primera té, en tinta negra, noms de colors. La segona la formen fileres de "x" impreses en diversos colors. La tercera ofereix els noms dels colors impresos en colors distints del que correspon a cada paraula escrita. La prova s'aplica en 5' i proporciona una puntuació per cada làmina més una quarta "d'interferència" (mesura d'una dimensió pura de la flexibilitat cognitiva dels subjectes) a partir de la comparació de les altres tres.

### **CFH (Qüestionari Factorial d'Higiene)**

Autor: María Jesús Marquès Esparver.

Procedència: Departament d'Orientació IES Gallecs. Material Policopiat.

Finalitat: Detectar irregularitats higièniques d'alimentació, son, visió i audició.

Material: Qüestionari i fitxa de perfil.

Tipificació: Percentils.

Edat de pasació: En cada cas, la dels pares/tutors dels alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: enunciats curts i directes; vocabulari assequible; respostes dicotòmiques SI/NO.

Aplicació: Qüestionari per a pares en què els hi sol·licita informació sobre els seus fills.

Informació tècnica: El qüestionari pretén detectar irregularitats higièniques en els àmbits de l'alimentació (excés-abús d'aliments), els temps de son-vigília i l'agudesesa visual i auditiva.

Consta de 93 ítems de resposta que sol·liciten informació sobre les conductes d'higiene alimentària i son i sobre possibles deficiències sensorials al terreny de l'audició i la visió. S'aplica a pares/tutors dels subjectes objecte de l'estudi (pertanyents a població adolescent, 12-16 anys). Aquests ítems van ser validats pel sistema de Jutges.

La detecció d'irregularitats als camps de què s'ocupa aquest instrument és aspecte clau en el diagnòstic de problemes d'aprenentatge o de conducta.

### ***B.- Instruments que atenen la Dimensió Psicològica:***

#### **RAVEN (Matrius progressives)**

Autor: J.C. Raven.

Procedència: J.C. Raven Ltd., Gran Bretanya.  
Adaptació espanyola: N. Seisdedos, Dptº R+D de TEIA Edicions.  
Finalitat: Mesura de la capacitat d'educació de relacions.  
Material: Manual (1995), Cuadernets de les Escales de Color (CPM), General (SPM) i Superior (APM), i Fulls d'autocorrecció.  
Tipificació: Barems en centils en grups d'edat (nens), cursos (adolescents), estudis (universitaris) i població general (adults).  
Edat de pasació: Alumnes d'ESO.  
Adequació a la població estudiada: No requereix coneixements escolars; no té temps; és individual.  
Informació tècnica: S'ha comprovat que la mesura de la "educació de relacions" que apunta Raven té més sentit que la del factor "g" identificat per Spearman, ja que les correlacions observades entre les suposades capacitats mentals primàries es redueixen si l'anàlisi s'efectua fora de l'ambient "acadèmic" o fins i tot en "ambient acadèmic distint". Això té especial aplicació quan s'observa que els processos intel·lectuals de l'individu en un determinat moment no es corresponen amb la seva capacitat anterior o amb la que li correspondria en situacions normals.

### **EFT -versió GEFT- (Test de Figures Emmascarades)**

Autors: Herman A. Witkin, Philip K. Oltman, Evelin Raskin, Stephen A. Karp.

Procedència: Consultoria Psychologists Press, Pal Alt, Califòrnia (1971).  
Adaptació espanyola: Rosada Fernández Ballesters i Araceli Maciá, publicada per TEIA Edicions, S.A.

Finalitat: Apreciació de la capacitat del subjecte per percebre una figura dins un context complex i, en relació amb això, la seva major o menor "dependència de camp" i l'estil cognitiu característic.

Material: Manual comú per a les tres modalitats del test (Madrid: TEIA Edicions, 1982), dos jocs de làmines i Full de respostes per a cadascuna de les formes d'aplicació individual, Cuadernet i clau de correcció per a la forma col·lectiva.

Tipificació: Taules de puntuació en decils, per a la forma col·lectiva, elaborades a partir de mostres d'universitaris espanyols. Per a la resta de les formes, dades americanes.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: És curt; fàcil d'entendre; es pot presentar com un joc d'habilitat; es pot passar en petit grup; hi ha un exercici d'entrenament; és motivador.

Informació tècnica: La seva aplicació, sobretot amb fins experimentals, no presenta problemes especials dau el seu escàs contingut cultural i que les dues Formes individuals descrites en el Manual (EFT i CEFT) són de tipus no verbal.

Aquest conjunt de tests avalua la capacitat del subjecte per trencar un camp visual organitzat i captar una de les seves parts independentment del tot en què s'integra; aquesta avaluació va més enllà del purament perceptiu, ja que el mode de percebre -segons s'ha posat de manifest- determina un estil cognitiu peculiar i es relaciona amb altres variables i dimensions de la personalitat normal i patològica (hi ha concomitàncies entre moltes diferències individuals i el mode o el grau de "dependència de camp" del subjecte).

### **EOD (Escala Observacional del Desenvolupament)**

Autor: Francesc Assecades.

Procedència: TEIA Edicions, S.A. Madrid, 1988.

Finalitat: Diagnòstic del desenvolupament infantil; descripció de seqüències i processos evolutius; mètodes d'intervenció.

Material: Monografia bàsica. Qüestionaris per a les distintes etapes. Qüestionari abreujat, Fitxes de perfil i de trets i Fitxa auxiliar per al càlcul dels índexs corresponents.

Aplicació: Qüestionari per a pares.

Edat de pasació: En cada cas, la dels pares dels alumnes d'ESO objecte del diagnòstic.

Informació tècnica: El nucli fonamental d'aquesta escala és l'observació sistemàtica i detallada de les conductes que el nen va posant de manifest al llarg del seu desenvolupament, recolzat en una base teòrica molt suggestiva que assigna al joc funcions de consolidació d'aprenentatges anteriors i de configuració de noves habilitats.

L'estudi realitzat fins ara sobre mostres espanyoles ha reunit un repertori molt ampli de conductes significatives classificades per àrees, trets i modalitats i amb constatació clara del moment en què apareixen dins un procés de desenvolupament normal. Aquestes conductes (unes incorporades als Qüestionaris elaborats per a cada etapa i altres disponibles en una mena de "magatzem complementari substitutori o amb fins recuperadors") són les que serveixen de base per a l'avaluació, per la qual cosa la informació que s'obté no està provocada "d'una manera artificial" i proporciona dades qualitatives (abonats per estudis estadístics rigorosos i per informacions empíriques) abans que quantitatives.

Aquest instrument no requereix una formació especial per ser utilitzat. Basta amb què es posseeixi un bon coneixement del nen, la qual cosa òbviament hauria d'estar a l'abast dels pares i familiars més pròxims.

### **AF-5 (Autoconcepte Forma 5)**

Autors: F. García i G. Musitu.

Tipificació: F. García i G. Musitu.

Administració: Individual o col·lectiva.

Durada: Aproximadament 15', incloent l'aplicació i la correcció.

Edat de pasació: En el nostre cas, alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; fàcil d'entendre; és curt. S'utilitza amb alumnes de 5è i 6è d'EPO, AIXÒ, Batxiller, universitaris, i adults no escolaritzats en el moment de l'aplicació.

Baremació: Mostres d'escolars i adults no escolaritzats en el moment de l'aplicació.

Informació tècnica: El qüestionari s'ha elaborat mitjançant l'avaluació de cinc dimensions (social, acadèmic/professional, emocional, emocional, familiar i física), amb sis ítems per a cadascuna d'elles, amb la premissa que cada ítem ha de ser representatiu de la dimensió que ha d'avaluar (vàlidesa convergent) i no relacionat amb les altres dimensions (vàlidesa discriminant). Per a això, 15 experts van seleccionar a partir de 335 ítems resultants de les autodefinicions de 315 subjectes, en tres fases: estipulació de les dimensions fonamentals - determinació de la dimensió o dimensions que avaluava cada ítem - selecció de 6 ítems per dimensió a partir de les puntuacions mitjanes adjudicades en la fase anterior (els 30 ítems resultants van ser comprovats per altres 20 experts, amb un acord del 96 %).

Per evitar la interferència que en els autoinformes pot provocar la "desitjabilitat social" s'insta a la resposta més sincera possible, oferint a més a més una escala de respostes per a cada ítem de l'1 al 99.

## **DIBUIX DE LA FAMÍLIA (Test)**

Autor: L. Corman.

Procedència: Presses Universitaires de France, París (1961).

Adaptació espanyola: I. Acàcia Ibáñez, Kapelusz, Buenos Aires (1967).

Finalitat: Mètode projectiu que revela la personalitat en tots els seus aspectes. El subjecte expressa la seva existència i l'aliena, el mode en què se sent existir i sent als altres, projectant aspectes conscients i / o inconscients de la seva vida, dificultats d'adaptació al mig familiar, complexos edípics i de rivalitat.

Material: Text de Corman per a la interpretació, full de paper i llapis bla.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: El dibuix és motivador; els alumnes no poden preveure el resultat; no té temps; fàcil de realitzar.

Interpretació: Exigeix experiència i formació psicoanalítica per descobrir els símbols i extreure deduccions.

Informació tècnica: La utilització del dibuix de la figura humana té una llarga tradició dins els instruments establerts per al coneixement de la persona. Karen Machover ho emprava el 1949 com a mètode projectiu, assignant a cada part del cos un significat particular; per a Boutonier



(1953), el dibuix del nen “és una espècie del mode en què se sent existir ell mateix i sent als altres”; Goodenough (1964) justifica la seva validesa com prova per diagnosticar la intel·ligència: “Els primers investigadors van poder demostrar amb bastant seguretat que els dibuixos realitzats pels petits reconeixen més un origen intel·lectual que una intenció estètica; que es determinen més pel desenvolupament conceptual que per la imaginació visual o l'habilitat manual. Reiterades experiències han provat la veracitat d'aquesta observació: el nen, més que el que veu, dibuixa el que sap.”

Aquest test és un mètode projectiu que afavoreix l'expressió de tendències inconscients, la seva interpretació es basa en la teoria de la Psicoanàlisi, i per a això s'efectua la interrelació entre forma i contingut, tenint en compte el traç dels trets, les estructures formals i el contingut específic representat.

### **CAQ (Qüestionari d'Anàlisi Clínica)**

Autor: S.E. Krug.

Procedència: Institute for Personality and Ability Testing (IPAT), Illinois, USA (1980).

Manual i estudis: TEIA Edicions, S.A.

Finalitat: Avaluació de 12 aspectes clínics de la personalitat.

Material: Manual (1987), Cuadernets, Full de respostes i Plantilla per a les 12 escales. Hi ha versió catalana del qüestionari.

Tipificació: Barems en decatips per a adolescents i adults de cada sexe.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; no té temps.

Aplicació: Individual i col·lectiva, adolescents i adults. Temps: variable, entre 30 i 45 minuts.

Informació tècnica: Les seves dotze escales es van desenvolupar per cobrir distints aspectes de la depressió i diversos trets patològics, a fi de completar àrees de la conducta desviada per a les que altres instruments no oferien suficient diferenciació entre diversos grups diagnòstics i diversos trets patològics (hipocondriasis, depressió suïcida, agitació, depressió, ansiosa, depressió baixa-energia, culpabilitat-ressentiment, apatia-retirada, paranoia, desviació psicopàtica, esquizofrènia, psicoastènia i desajust psicològic).

### ***C.- Instruments que atenen la Dimensió Socioambiental:***

#### **Escala de Clima Social (FES i CES)**

Autors: R.H. Moos i col·laboradors.

Procedència: Consultoria Psychologists Press, Pal Alt, Califòrnia.

Adaptació espanyola: Secció d'Estudis de TEIA Edicions, S.A., i col·laboradors.

Finalitat: Es tracta de dues escales independents que avaluen les característiques (amb nou o deu subescales) socioambientals i les relacions personals en la família (FES) i en centres escolars (CES). Els seus creadors van idear altres dues escales: WES per avaluar en el treball, i CIES per aplicar en institucions penitenciàries.

Material: Manual d'aplicació (1984), Impresos distints per a cadascuna de les escales, Full de respostes i perfil (comú per a les dos) i Plantilla de correcció (una per a cada dues escales). La seva aplicació és individual o col·lectiva, en subjectes de deu anys en endavant, en un temps variable d'aproximadament vint minuts per a cada escala.

Tipificació: Barems en puntuacions típiques per als individus i per als grups constitutius de l'ambient a mesurar.

Edat de pasació: Alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; vocabulari assequible; no té temps.

Informació tècnica: En l'origen de la prova trobem vuit escales d'estructura semblant per avaluar el Clima Social en diversos ambients. Les escales es poden aplicar en tres formes:

- la forma R (real), que aprecia el que les persones perceben respecte de l'ambient,
- la forma I (ideal), que es refereix al que les persones entenen com l'ideal d'aquest ambient,
- la forma E (expectativa), que mesura els desitjos dels subjectes respecte a aquest ambient.

L'adaptació espanyola considera la Forma R de l'escala FES (família), WES (treball), CIES (institucions penitenciàries) i CES (centre escolar).

Les escales avaluen nou o deu subescales que s'agrupen en tres o quatre grans dimensions bastants semblants en tots els casos.

## **TAMAI (Test Autoevaluatiu Multifactorial d'Adaptació Infantil)**

Autor: P. Hernández i Hernández.

Procedència: TEIA Edicions, S.A., Madrid (1983).

Finalitat: Avaluació de la inadaptació personal, social, escolar i familiar i també de les actituds educadores dels pares. En cada escala es distingeixen diversos valors que permeten diagnosticar l'arrel de la inadaptació.

Anàlisi de les actituds educadores dels pares, tant l'estil educatiu com el grau de diferenciació entre l'educació paterna i la materna.

Material: Manual; exemplar de la prova; full de computació i perfil; plantilles (distintes per a cada nivell) dels factors d'inadaptació; plantilla control de veracitat.

Tipificació: Es presenta en puntuacions centils que permeten una fàcil transformació a un sistema de set intervals (Heptas) per als factors generals i a un sistema d'indicació crítica per als subfactors.

Aplicació: Individual i col·lectiva, de vuit a divuit anys. Hi ha tres nivells factorials de la prova. Temps d'aplicació de 30' a 40'.

Correcció: Una modalitat simple (sense plantilles) computa únicament els factors generals (PSEF); una segona modalitat més complexa es realitza amb ajuda de plantilles, amb ella se "esmicola" cada factor en els distints aspectes que ho configuren. Sense plantilles es corregeix en dos minuts, amb plantilles en sis.

Edat de pasació: En el nostre cas, alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; vocabulari assequible; no té temps.

Informació tècnica: Es tracta d'un qüestionari de 175 elements: frases a què es respon afirmativa o negativament.

S'estructuren tres nivells d'escolaritat: Cicle Mitjà de EGB; Cicle Superior de EGB, BUP i COU.

Ofereix la novetat de distingir subfactors, associats entre si per la seva major analogia, formant conglomerats o clusters, en les esferes clàssiques dels tests d'adaptació. D'aquesta manera, des de les consideracions generals es pot passar a les arrels de la inadaptació a través dels subfactors.

Aquesta prova permet detectar situacions d'inadaptació personal (infravaloració, por, culpabilitat, depressió..., regressió, evasió, pessimisme), inadaptació escolar (baixa laboriositat, indisciplina, actituds aversives a l'aprenentatge, al professor, al centre escolar), inadaptació social (enfrentament amb persones, conflicte amb les normes, desconfiança social, introversió), o inadaptació familiar ( el seu origen en el clima de la llar, en les relacions amb els pares, o en les relacions amb els germans).

La prova també permet apreciar la falta de coordinació, similitud o sintonia entre l'estil educatiu de la mare i el pare.

*D.- Instruments que atenen la Dimensió Pedagògica:*

### **DIE (Diagnòstic Integral de l'Estudi -nivells 1,2 i 3)**

Autors: Mariano Pérez Avellaneda, Emilio Rodríguez Corps, Maximí Norberto Caps Fernández i Arturo Polo Mingo.

Aplicació: Formes esglaonades per a distints nivells educatius:

- DIE-1: 3er. Cicle d'Educació Primària: 9 a 11 anys.
- DIE-2: Educació Secundària Obligatòria: 12 a 16 anys.
- DIE-3: Educació Postobligatoria-Universidad-Adultos: a partir dels 16 anys.

Administració: Individual o col·lectiva.

Durada: Variable, entorn de mitja hora parell l'aplicació del qüestionari i una altra mitja hora per a la prova pràctica.

Tipificació: Barems en centils per als tres nivells (DIE-1, DIE-2 i DIE-3);

un per curs des de 5è de Primària a 2n de Batxillerat, un altre per al primer cicle d'Universitat (1 a 3r) i un altre per a 2n cicle d'Universitat (4 i 5è).

Edat de pasació: En el nostre cas, alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Fàcil d'entendre; enunciats curts i directes; no té temps; vocabulari assequible.

Informació tècnica: Aquest instrument està concebut per avaluar en la seva totalitat la conducta de l'estudiant, referida al treball personal i autònom, moment de l'activitat i l'assimilació personal, en el procés individual d'aprenentatge.

Per a això s'estableixen tres vies:

- la consideració de l'estudi com a conducta psicopedagògica complexa en què es delimiten tres moments: l'abans, el durant i el després,
- l'anàlisi més complex de l'esmentada conducta en avaluar els seus aspectes complementaris, tals com l'actitud, l'autoconcepte acadèmic, l'aptitud i les notes o qualificacions escolars,
- una prova pràctica mitjançant la que el subjecte ha de mostrar el sistema d'estudi que usa habitualment i per tant les seves habilitats respecte d'això.

### **DEI (Proves d'observació i *diagnòstic escolar inicial* per a alumnes en dificultat social)**

Autors: Montserrat Costa i Canals, Francesc Xavier Moreno i Oliver.

Procedència: Inèdita.

Finalitat: Proporcionar als educadors uns instruments d'observació objectius, sistemàtics i fiables, que els permetin obtenir un perfil individualitzat d'aprenentatges de l'alumne.

Material: Bases teòriques, orientacions per a l'educador, fitxes i protocol.

Àmbit d'aplicació: Adolescents i adults en dificultat social, escolaritzats en educació bàsica.

Forma d'aplicació: Individual o col·lectiva.

Durada de la prova: Aproximadament de 20 a 30 minuts; no obstant això, el temps de passi de la prova ni es compta ni es limita.

Correcció: Sense plantilla.

Puntuació: Nombre d'encerts.

Baremació: Població escolar adolescent i adulta en dificultat social (C.P.M.B.).

Edat de pasació: En el nostre cas, alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Evita tecnicismes en el seu vocabulari; continguts mínims graduats de primària; secundària i adults; té previs d'aprenentatge; es poden presentar com a exercicis de classe.

Informació tècnica: No existia cap prova per al tipus de població a qui s'aplica aquesta prova en un aspecte fonamental per a tot docent que treballa amb població escolar en dificultat social: el diagnòstic escolar

inicial. Aquest col·lectiu té com a característica molt definida la "heterogeneïtat cognitiva dels alumnes", perceptible fins i tot entre els que pertanyen a un mateix nivell acadèmic.

Aquesta prova ens permet posseir una informació real dels nivells d'aprenentatges de la població escolar sobre la qual s'aplica en les diferents àrees del currículum i, en conseqüència, agrupar als alumnes per nivells de coneixement, i no exclusivament per nivells acadèmics, que és allò habitual. El nou tipus d'agrupació propícia una intervenció educativa més efectiva, ja que respon a les necessitats reals dels alumnes.

El material d'aquesta prova, pel procés de creació i de comprovació de la seva validesa, no és exclusiu per a la població en edat infantil o adolescent o per a població adulta, i està adequat especialment per a col·lectius d'adults que es troben en situacions de marginació social.

La conveniència de proves com el DEI té un ampli suport bibliogràfic. Ja en els membres de l'escola nativista, trobem que els processos diagnòstics han de poder determinar el moment adequat per a l'aprenentatge. Per la seva banda, els conductistes tenen, mitjançant el DEI, el coneixement del nivell de l'alumne, i així poden realitzar el seu ensinistrament a través del reforç positiu-negatiu. L'estimulació cognitiva per al desplegament de l'alumne, defensada pels interaccionistes, troba en el DEI un eficaç instrument.

El coneixement de l'alumne que proporciona el DEI és útil també per a la planificació d'activitats prèvies de la intervenció precoç que ens ofereix el plantejament institucional de la teoria de Piaget.

L'Escola Soviètica també és partidària del coneixement detallat de la formació del procés d'assimilació de l'alumne que proporciona el DEI. Luria (1987) assenyala que permet detectar el lloc exacte on ha sorgit un tipus de dificultat de l'aprenentatge, i Vigotsky (1962), citat per Escoriza (1986:20) escriu: "l'aprenentatge és el creador de zones de desenvolupament potencial", per la qual cosa el DEI, important com a instrument de prevenció, nos ajuda a evitar el fracàs escolar posterior.

### ***E.- Protocols:***

Pel seu caràcter clarament pluridimensional fem un a banda amb aquests instruments.

## **ENTREVISTA ESTRUCTURADA PLURIDIMENSIONAL PER A PARES I ALUMNES**

Autors: María Jesús Marquès i Francisco Javier Moreno.

Finalitat: Recollida d'informació de caràcter pluridimensional.

Material: Entrevista estructurada Mode A: per a pares, Mode B: per a alumnes.

Edat de pasació: Pares dels alumnes d'això observats (part A) i alumnes d'ESO (part B).

Tipificació: Validació a través de jutges.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; vocabulari assequible.

Informació tècnica: La prova es passa mitjançant dues modalitats, la A destinada a l'entrevista de pares i el denominat Mode B, per a alumnes.

Seguint la línia d'anàlisi tetradimensional, els ítems d'aquest instrument s'estructuren en quatre dimensions.

La primera, de caràcter biològic, requereix informació sobre antecedents evolutius, metges, i la informació més actualitzada possible sobre hàbits higiènics i estat de salut.

La segona es refereix a la recollida d'informació de tipus psicològic (antecedents de conducta, estats afectiu-emocionals actuals, tractaments psicoterapèutics).

La tercera atén al component socioambiental, recollint informació sobre l'estructura familiar, el seu habitatge, graus d'adaptació a l'entorn personal, social, escolar i familiar, així com les activitats extraescolars i els graus d'adaptació a l'entorn.

El quarts i últim bloc d'ítems se centra en la dimensió pedagògica, sol·licitant informació sobre antecedents escolars, els hàbits d'estudi, preferències en l'aprenentatge y la informació més actualitzada i detallada possible sobre l'escolarització en general.

## **REGISTRE ACUMULATIU D'OBSERVACIÓ DE LES DIFICULTATS D'ADAPTACIÓ ESCOLAR**

Autors: Santiago Molina, Ana Arráiz i María José Berenguer.

Finalitat: Registrar les conductes d'inadaptació escolar.

Material: Registre i gràfica de perfil.

Tipificació: Barems de puntuacions típiques per als individus.

Edat de pasació: En el nostre cas, alumnes d'ESO.

Adequació a la població estudiada: Enunciats curts i directes; descriu les conductes a observar; permet descriure el nivell d'intensitat i freqüència de la conducta.

Informació tècnica: El qüestionari està format per ítems agrupats en categories que els teòrics (Major i Pagès, Ross, Pineda, Michelson...) esmenten com a aspectes de la conducta infantil alterada, apreciació aquesta que ha estat majoritàriament corroborada pels professionals de l'educació, que els han conceptuat com més freqüents i preocupants.

Aquestes categories són la falta d'atenció, la realització inadequada de les tasques, la conducta pertorbadora, la conducta impulsiva/hiperactiva, l'incompliment d'ordres i normes, el comportament agressiu, i el comportament passiu.

Fonamental és el fet que aquest instrument serveix per detectar

problemes i, la qual cosa des dels nostres plantejaments resulta de gran valor, per recollir dades funcionals el coneixement de la qual ens permeti una modificació del comportament.

És a dir, el qüestionari respon al model d'avaluació diagnòstica que pretén conèixer la conducta i els antecedents, conseqüents i context d'aquesta conducta, aspectes que resulten essencials si l'educador té com a objectiu el seu canvi o modificació.

## **REGISTRE RETROSPECTIU D' EXPEDIENTS DISCIPLINARIS (RRED)**

Autors: Francisco Javier Moreno.

Finalitat: Recollida d'informació dels expedients disciplinaris

Material: Graella de codics

Tipificació: Validació a través de jutges.

Adequació a la població estudiada: Adaptat al model de expedient disciplinari

Aquest registre ens permet conèixer les freqüències estadístiques de les dades assignades en els expedients disciplinaris, fet que ens aporta quines són les ades que destaquen estadísticament per sobre de les demés, interpretant-se aquestes com a factors de risc.

## **IV. ANÀLISI DE DADES**

## **1. ANÀLISI ESTADÍSTICA DE LA INFORMACIÓ**

Un cop acabada la recollida d'informació a través de la nostra bateria, procedirem a realitzar el tractament estadístic de les dades obtingudes per poder arribar amb la seva anàlisi a la interpretació i discussió dels resultats.

### **1.1. Estudi de fiabilitat de l'instrument**

Inicialment estudiarem la fiabilitat de la nostra bateria. En parlar de fiabilitat fem referència al grau d'acord entre diferents resultats d'una bateria, que hauria de ser total, si l'error de mesura no existís. (Alvaro, M 1996 : 27)

L'alfa de Crombach obtinguda és de 0,9356 superiors a 0,8 sent aquest el valor estadístic per determinar una bona fiabilitat.

La columna "Corrected item-total correlation" del quadre núm. 1 ens indica la correlació entre l'ítem i el total de la bateria sense comptar amb l'ítem en qüestió.

Un valor alt en la dita columna ens indica que els que tinguin un "1" en aquest factor, tenen puntuacions altes en el núm. de factors de risc.



Referent a la columna “ Alfa if ítem deleted” ens dóna a conèixer el valor alfa si eliminem cadascun dels factors. Un valor alt indicarà que en eliminar el factor, augmenta la fiabilitat. Un valor sota indica que en treure l'ítem disminueix la fiabilitat, per la qual cosa és un factor que aporta consistència a la bateria.

La correlació entre dues meitats (fiabilitat de dues meitats o consistència interna de dues meitats corregida segons la fórmula de Spearman-Brown és de 0,9172 . Així mateix, les alfas per a cadascuna de les parts ens donen (0,8447 i 0,9083). Totes elles superiors a 0,8 sent, com dèiem anteriorment, aquest el valor estadístic per determinar una bona fiabilitat.

## **1.2. Estudi descriptiu de la recollida d'informació**

En aquest apartat tractarem les dades obtingudes per conèixer com es distribueix la variable “nombre de factors de risc” per a tota la mostra. L'exploració realitzada ens aporta les dades exposades al quadre núm. 1 :

### Descriptivos

		Estadístico	Error típ.	
numero de trastornos	Media	12,59	,81	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	10,99	
		Límite superior	14,19	
	Media recortada al 5%	12,37		
	Mediana	13,50		
	Varianza	78,059		
	Desv. típ.	8,84		
	Mínimo	0		
	Máximo	33		
	Rango	33		
	Amplitud intercuartil	16,00		
	Asimetría	,208	,221	
	Curtosis	-1,335	,438	

### Quadre núm. 1

Hi ha una mitja de 12,59 factors de risc per subjecte ( amb un interval de confiança del 95% de la mitjana per a la població origen de la mostra de 10,59 a 14,19 factors de risc per subjecte). El valor de la mitjana retallada (mitja sense tenir en compte el 5% de puntuacions superiors i el 5% de puntuacions inferiors, valor 12,37) marca una diferència de +0,22, molt semblant a la mitjana, la qual cosa indica que els valors més distants no distorsionen el valor de la mitjana (la mitjana no es veu afectada pels valors extrems).

La mitjana (14,59; valor que divideix la mostra en dues parts iguals, amb el mateix nombre de subjectes), és lleugerament superior a la mitjana, indicant una lleugera asimetria negativa.

La varianza i la desviació típica (78,059 i 8,84 respectivament) indiquen una dispersió important de les puntuacions, qüestió que interessa ja que quanta major dispersió tinguem, millor podrem diferenciar als subjectes segons el constructe analitzat. Aquesta afirmació es confirma amb el rang (33) que és la diferència entre el major valor obtingut (el subjecte amb nombre més gran de factors de risc té 33) i el menor (el subjecte amb nombre menys gran de factors de risc té 0, és a dir, cap factor de risc).

L'amplitud intercuartil és de 16 (rang de valors del 50% de subjectes amb puntuacions centrals), un rang que també és indicador d'una important dispersió.

La asimetria (0,208) presenta un valor molt sota indicant una molt

lleugera asimetria amb una cua orientada cap als valors superiors. La curtosis (-1,335) indica una important deformació de la corba mostrant una forma més aplatada que la corba normal.

Percentiles

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado(definición)	numero de trastorno	1,00	2,00	4,00	13,50	20,00	24,90	26,00
Bisagras de Tukey	numero de trastorno			4,00	13,50	20,00		

## Quadre núm. 2

Al quadre núm. 2 s'aprecia la dispersió i una lleugera asimetria ja que els percentils per sota de la mitjana estan més pròxims a aquesta que els percentils per damunt. També podem deduir la falta de valors extrems que haurien de situar-se a una distància dels centils 25 i 75, la qual cosa ens dóna un rang de 0 a 44, i les puntuacions de tots els subjectes estan incloses en aquest rang.

Valores extremos

			Número del caso	Valor
numero de trastornos	Mayores	1	66	33
		2	67	29
		3	83	28
		4	97	27
		5	93	27
	Menores	1	42	0
		2	17	1
		3	4	1
		4	7	1
		5	50	1 <sup>a</sup>

a. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 1.

## Quadre núm. 3

Al quadre núm. 3 presentem els 5 valors més alts i els 5 més baixos. És important observar que només un subjecte (el 42) no presenta cap factor de risc i que, per la banda oposada, destaca el subjecte 66 que presenta 33 factors de risc, 4 més que el subjecte següent i 6 més que el quarts.

Pruebas de normalidad

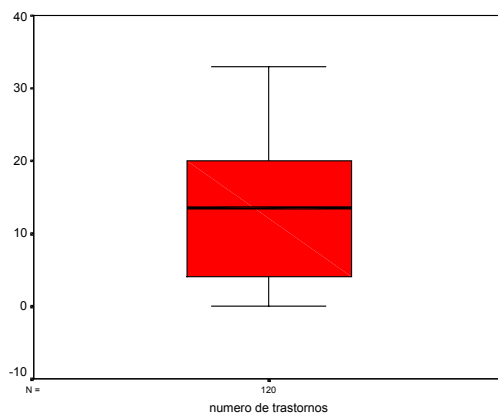
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
numero de trastornos	,188	120	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

#### Quadre núm. 4

Com podem observar al quadre núm. 4 la distribució d'aquesta variable no continua una llei normal ( $p < 0.001$ ), és a dir, la seva distribució de freqüències no dibuixa una campana de Gaus.

A la tija i fulls s'observa perfectament per què no continua una llei normal: hi ha una clara tendència a la bimodalitat, és a dir, l'existència de dos valors modals o amb major freqüència. Això suggereix l'existència de dos subgrups en la mostra: un de puntuacions altes i un altre de puntuacions baixes.



#### Cuadro núm. 5

En aquest sentit la gràfica del quadre núm. 5 ens indica :

a) Una lleugera asimetria: els valors inferiors estan més concentrats que els superiors, tant en els valors centrals com en els més llunyans.

b) No hi ha valors extrems: tots els valors dels subjectes se situen dins un rang limitat.

Seguint en el tractament descriptiu de les dades totes seguides valorarem els factors de risc per als grups conductuals i no conductuals.

Resumen del procesamiento de los casos

	Conductual	Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
numero de trastornos	no	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%
	si	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

#### Quadre núm. 6

Al quadre núm.6 veiem els valors estadístics de la mostra estudiada amb problemàtica conductual i no conductual, amb una “n” vàlida de 60 per a cada grup.

#### Descriptivos

	Conductual			
	no		si	
	Estadístico	Error típ.	Estadístico	Error típ.
numero de Media trastornos	4,90	,49	20,28	,62
Intervalo de confianza para la media al 95%	3,92		19,05	
Límite inferior				
Límite superior	5,88		21,51	
Media recortada al 5%	4,54		20,28	
Mediana	4,00		20,00	
Varianza	14,397		22,715	
Desv. típ.	3,79		4,77	
Mínimo	0		9	
Máximo	19		33	
Rango	19		24	
Amplitud intercuartil	2,00		7,50	
Asimetría	1,665	,309	,042	,309
Curtosis	2,919	,608	,064	,608

#### Quadre núm. 7

Al quadre núm. 7 podem observar que entre els dos grups hi ha diferències significatives que tot seguit passarem a comentar:

##### a) Mostra no conductual:

Els no conductuals presenten una mitja de 4,90 factors de risc per subjecte (molt inferior a la mitjana de la mostra total, 12,59), i un interval de confiança (95%) per a la població que va de 3,92 a 5,88 factors de risc, calculat sobre la base de la Llei Normal ja que el nombre de subjectes és superior a 30 .

Es detecta una important dispersió, amb un rang de 19 punts i una desviació estàndard de 3,79. La mitjana retallada és de 4,54, és a dir, 0,36 punts per sota de la mitjana global, per la qual cosa es reproduïx la tendència observada en l'anterior anàlisi (major dispersió de les puntuacions superiors), confirmada per la diferència entre la mitjana i la mitjana (0,9) i el coeficient d'asimetria (1,665), que en aquest cas indica una important asimetria amb la cua orientada a la dreta, i una curtosis també important (2,919) indicadora d'un aplatament de la distribució de

freqüències, per la distribució de la variable en aquest subgrup sembla desviar-se molt del que és una distribució normal.

El valor de l'amplitud intercuartil (2) és molt sota, la qual cosa implica una forta concentració del 50% de valors centrals, així com la possible existència de valors extrems sobretot per les puntuacions més altes.

b) Mostra conductual:

Els subjectes conductuals presenten una mitja de 20,28 factors de risc per subjecte (molt superior a la mitjana de la mostra total, 12,59), i un interval de confiança (95%) per a la població que va de 19,05 a 21,51 factors de risc, calculat basant-se en la Llei Normal ja que el nombre de subjectes és superior a 30 .

Igual que en l'apartat anterior, s'observa una important dispersió, amb un rang de 24 punts i una desviació estàndard de 4,77. La mitjana retallada és de 20,28, és a dir, igual que la mitjana, per la qual cosa es produeix un equilibri entre les dues cues o extrems de la distribució de la variable, confirmada per la diferència entre la mitjana i la mitjana (0,28, molt sota, indicador de simetria de la distribució) i el coeficient d'asimetria (0,042), que en aquest cas indica una simetria gairebé total, i una curtosis també pròxima a zero (0,064) indicadora que la forma de la distribució de freqüències d'aquesta variable per a aquest subgrup forma un dibuix gairebé idèntic a una campana de Gauss (suggereix que continua una Llei Normal).

El valor de l'amplitud intercuartil (7,50) és bastant més alt que en l'anterior grup, la qual cosa indica que el 50% de valors centrals estan més dispersos.

Percentiles

Conductu	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
Promedio numero de trast no ponderado(defini	1,00	1,00	3,00	4,00	5,00	10,90	13,00
si	14,00	15,00	16,25	20,00	23,75	26,00	27,95
Bisagras de Tuke numero de trast no			3,00	4,00	5,00		
si			16,50	20,00	23,50		

**Quadre núm. 8**

El quadre núm. 8 ens confirma l'existència de valors extrems en el grup de no conductuals, per la banda de les puntuacions altes, així com una important asimetria (els valors superiors estan molt més allunyats de la mitjana que els inferiors). En canvi, els subjectes conductuals presenten una major dispersió i simetria.

Valores extremos

Conductual				Número del caso	Valor
numero de trastornos	no	Mayores	1	21	19
			2	14	15
			3	47	13
			4	13	13
			5	2	12
		Menores	1	42	0
			2	6	1
			3	17	1
			4	4	1
			5	7	<sup>a</sup>
	si	Mayores	1	66	33
			2	67	29
			3	83	28
			4	97	27
			5	93	27
Menores		1	105	9	
		2	69	9	
		3	117	14	
		4	81	14	
		5	80	<sup>b</sup>	

a. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 1.

b. En la tabla de valores extremos menores sólo se muestra una lista parcial de los casos con el valor 15.

### Quadre núm. 9

Com podem observar al quadre núm.9 confirmem els valors extrems en el grup de no conductuals destacant el subjecte 21 amb 19 factors de risc comptabilitzats, valor extremadament alt comparat amb el grup de referència a què pertany.

El mateix podem dir dels altres 4 subjectes que apareixen al Quadre, però en menor magnitud. També en el grup de no conductuals destaca un subjecte: el 66 amb 33 factors de risc. Quant als valors inferiors, el grup no conductual és gaire més homogeni (tenen valors gaire semblants), mentre que en el grup conductual destaquen els subjectes 69 i 105 amb tan sols 9 factors de risc.

#### Pruebas de normalidad

Conductual	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
numero de trastornos no	,256	60	,000
si	,091	60	,200*

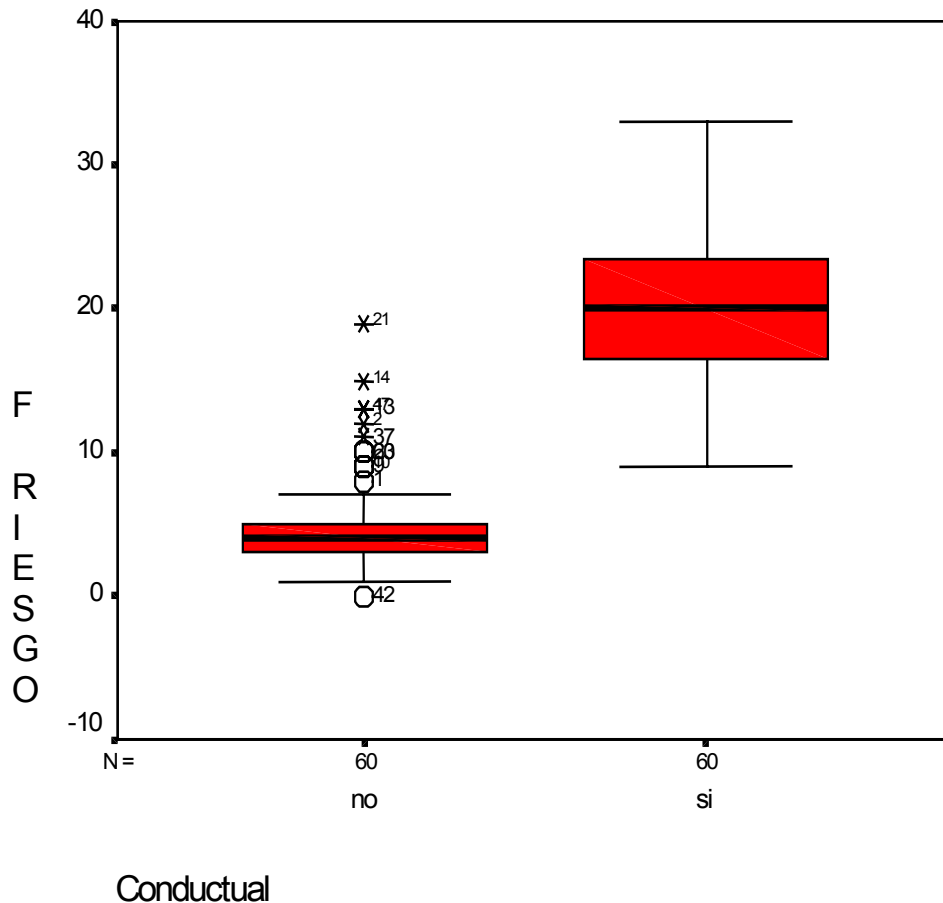
\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

### Quadre núm. 10

Tal com hem suggerit anteriorment, la distribució de la variable del nombre de factors de risc en el grup de conductuals continua una Llei

Normal ( $p>0.2$ ), mentre que en el grup de no conductuals no ( $p<0.001$ ), degut principalment a una alta concentració en els valors centrals formant-se una llarga cua en els valors superiors confirmant-se l'existència de valors extrems per aquesta banda.

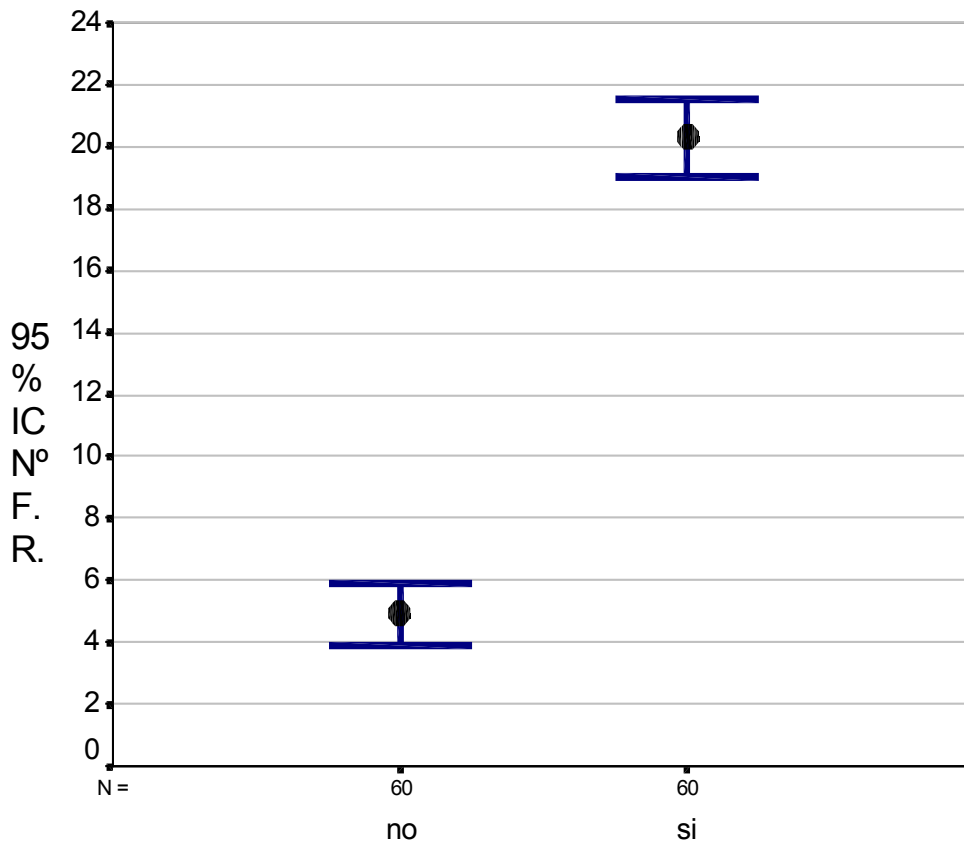


### Quadre núm. 11

Al quadre núm. 11 i de forma més gràfica en aquest últim de tija i fulls Domenech, JM et al. (1996) es confirma visualment les diferències entre ambdues distribucions:

- Major mitjana i valors més alts per al grup de conductuals.
- Major dispersió i simetria en el grup de conductuals.
- Existència de valors extrems en el grup de no conductuals, sobretot pels valors alts.





Conductua

### Quadre núm. 12

Respecte a les diferències entre ambdós grups les observarem comparant els intervals de confiança:

Al quadre núm. 12 s'observa clarament que els dos grups presenten diferències estadísticament significatives ( $p < 0.05$ ) (els dos intervals de confiança no se superposen). La magnitud de la diferència és de 15,38 factors de risc, sent el grup conductual el que presenta una major mitja.

### 1.3. Estudi de l'especificitat i sensibilitat

Tot seguit realitzarem l'estudi estadístic de l'especificitat i sensibilitat en contrastar el nombre de factors de risc per poder determinar qual és el punt de tall respecte al nombre de factors de risc específic per al desplegament dels problemes de conducta . Domènech, et al (1996) i Alvaro, M (1996)

**Coordenadas de la curva**

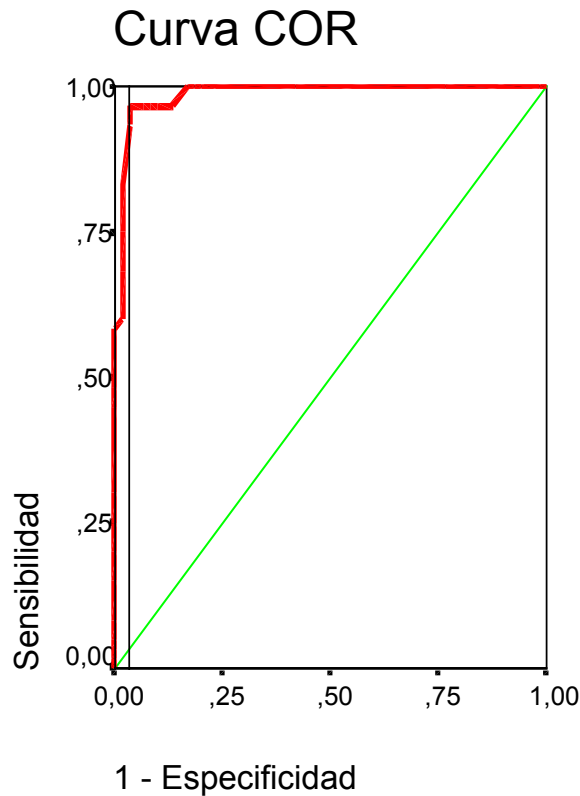
Variables resultado de contraste: numero de trastornos

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
,50	1,000	,983
1,50	1,000	,883
2,50	1,000	,767
3,50	1,000	,550
4,50	1,000	,417
5,50	1,000	,233
6,50	1,000	,200
7,50	1,000	,183
8,50	1,000	,167
9,50	,967	,133
10,50	,967	,100
11,50	,967	,083
12,50	,967	,067
13,50	,967	,033
14,50	,933	,033
15,50	,833	,017
16,50	,750	,017
17,50	,683	,017
18,50	,600	,017
19,50	,583	,000
20,50	,483	,000
21,50	,450	,000
22,50	,300	,000
23,50	,250	,000
24,50	,200	,000
25,50	,150	,000
26,50	,083	,000
27,50	,050	,000
28,50	,033	,000
31,00	,017	,000
34,00	,000	,000

La variable (o variables) de resultado de contraste: numero de trastornos tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

- a. El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

## Quadre núm. 13



Los segmentos diagonales son producidos por los (

#### Quadre núm. 14

Al quadre núm. 13 i de forma més gràfica en el núm. 14 podem observar com el valor òptim per al punt de tall en el valor 13,5 (considerem conductuals als que tenen 14 factors de risc o més) amb una sensibilitat de 0,967 i una especificitat de 0,967. És a dir, en aquest punt de tall detectem el 96,7% de subjectes conductuals, i alhora declarem com no conductuals a un 96,7% dels que realment no ho són. Aquest valor indica una alta validesa de criteri predictiva ja que mitjançant la utilització de la bateria prediem correctament a un 96,7% de subjectes conductuals i a un 96,7% de subjectes no conductuals.

No obstant això, considerem estadísticament més funcional prendre com a punt de tall 8,5 factors de risc on la sensibilitat és 1 i l'especificitat 0,167. D'aquesta manera ens assegurem a detectar tots els conductuals encara incorrent en el risc de detectar algun fals positiu no conductual.

#### 1.4.Freqüències dels factors de risc

Tot seguit realitzarem un estudi de freqüències dels distints factors de risc per poder conèixer quals són més representatius en la mostra

estudiada.

Informe

	Conductual		
	no	si	Total
	Media	Media	Media
Bender	,00	1,67E-02	8,33E-03
Stroop	,00	5,00E-02	2,50E-02
CFH: sueño	6,67E-02	,25	,16
CFH: alimentación	5,00E-02	,13	9,17E-02
CFH: audición	,00	,10	5,00E-02
CFH: visión	,00	,12	5,83E-02
Hipocondria	1,67E-02	,12	6,67E-02
Pernsam. autodestrucción	1,67E-02	,40	,21
Agitación	1,67E-02	,22	,12
Inseguridad	1,67E-02	,27	,14
Depresión	1,67E-02	3,33E-02	2,50E-02
Sent. culpabilidad	1,67E-02	3,33E-02	2,50E-02
Apatía	1,67E-02	1,67E-02	1,67E-02
Paranoia	1,67E-02	,63	,32
Deshinibición	3,33E-02	,85	,44
Rasg. Esquizofrenicos	1,67E-02	8,33E-02	5,00E-02
Pensam. obsesivos	1,67E-02	,27	,14
Desajuste Psicológico	1,67E-02	,62	,32
Clima familiar: relaciones	8,33E-02	,88	,48
Clima familiar: desarrollo social	,00	,32	,16
Clima familiar: estabilidad	1,67E-02	,70	,36
Clima escolar: relaciones	6,67E-02	,87	,47
Clima escolar: autorrealización	,12	,62	,37
Clima escolar: estabilidad	6,67E-02	,53	,30
Clima escolar: cambio	5,00E-02	,33	,19
Inadap. personal	8,33E-02	,45	,27
Inadap. escolar	,32	,83	,57
Inadap. social	1,67E-02	,65	,33
Proimagen	1,67E-02	,88	,45
Insatisfacción familiar	1,67E-02	,90	,46
Ed. inadec. padre	,32	,62	,47
Ed. inadec. madre	,13	,60	,37
Discrep. educativa	6,67E-02	,88	,48
Falta hábitos estrategias estudio	,63	1,00	,82
Raven	,47	,35	,41
Autoest. academica	,55	,82	,68
autoest.social	,25	,67	,46
autoest.familiar	,10	,83	,47
autoesti.fisica	,28	,43	,36
autoesti.emocional	,15	,92	,53
retraso escolar	,77	1,00	,88

**Quadre núm. 15**

## Informe

	Conductual					
	si					
	Sexo					
	Varón		Hembra		Total	
	Media	N	Media	N	Media	N
Bender	2,33E-02	43	,00	17	1,67E-02	60
Stroop	6,98E-02	43	,00	17	5,00E-02	60
CFH: sueño	,23	43	,29	17	,25	60
CFH: alimentación	9,30E-02	43	,24	17	,13	60
CFH: audición	6,98E-02	43	,18	17	,10	60
CFH: visión	9,30E-02	43	,18	17	,12	60
Hipocondria	,12	43	,12	17	,12	60
Pernsam. autodestrucción	,16	43	1,00	17	,40	60
Agitación	,26	43	,12	17	,22	60
Inseguridad	2,33E-02	43	,88	17	,27	60
Depresión	2,33E-02	43	5,88E-02	17	3,33E-02	60
Sent. culpabilidad	2,33E-02	43	5,88E-02	17	3,33E-02	60
Apatia	2,33E-02	43	,00	17	1,67E-02	60
Paranoia	,56	43	,82	17	,63	60
Deshinibición	,81	43	,94	17	,85	60
Rasg. Esquizofrenicos	2,33E-02	43	,24	17	8,33E-02	60
Pensam. obsesivos	4,65E-02	43	,82	17	,27	60
Desajuste Psicológico	,53	43	,82	17	,62	60
Clima familiar: relaciones	,84	43	1,00	17	,88	60
Clima familiar: desarrollo social	,33	43	,29	17	,32	60
Clima familiar: estabilidad	,65	43	,82	17	,70	60
Clima escolar: relaciones	,81	43	1,00	17	,87	60
Clima escolar: autorrealización	,67	43	,47	17	,62	60
Clima escolar: estabilidad	,47	43	,71	17	,53	60
Clima escolar: cambio	,35	43	,29	17	,33	60
Inadap. personal	,33	43	,76	17	,45	60
Inadap. escolar	,91	43	,65	17	,83	60
Inadap. social	,70	43	,53	17	,65	60
Proimagen	,86	43	,94	17	,88	60
Insatisfacció familiar	,86	43	1,00	17	,90	60
Ed. inadec. padre	,74	43	,29	17	,62	60
Ed. inadec. madre	,47	43	,94	17	,60	60
Discrep. educativa	,84	43	1,00	17	,88	60
Falta h�abitos estrategias estudio	1,00	43	1,00	17	1,00	60
Raven	,30	43	,47	17	,35	60
Autoest. academica	,93	43	,53	17	,82	60
autoest.social	,77	43	,41	17	,67	60
autoest.familiar	,77	43	1,00	17	,83	60
autoesti.fisica	,40	43	,53	17	,43	60
autoesti.emocional	,88	43	1,00	17	,92	60
retraso escolar	1,00	43	1,00	17	1,00	60

## Quadres n um. 16

Al quadre n um. 15 tenim una comparació de mitges entre els factors de risc de la mostra de subjectes conductuals i els no conductuals, observant-se diferències significatives en la tipologia i nombre.

Si centrem l'atenció en la comparació de mitges per factors de risc presentada al quadre 21 i específica per a alumnes amb problemes de comportament i gènere, es detecten diferències entre la seva tipologia i nombre.

### **1.5. Estudi de freqüències de les dades dels expedients disciplinaris**

S'han estudiat les freqüències anuals de les dades que es fan constar en els denominats "parts disciplinaris" és a dir, els impresos que emplenen el professorat per sancionar les conductes perturbadores dels alumnes en l'educació secundària obligatòria.

Les dades obtingudes indicaven una multicausalitat; una atribuïble al perfil específic d'alguns alumnes en concret, una altra apuntava a la dinàmica grupal d'algun grup- classe, l'organització del centre era una altra de les causes, el perfil d'alguns professors, la metodologia utilitzada, el currículum i el sexe dels alumnes constituïen la resta de les causes.

Amb referència al perfil dels alumnes l'estudi ens indicava que havien un nombre molt concret d'alumnes que eren sancionats repetidament al llarg dels diferents trimestres i majoritàriament de sexe masculí amb una diferència de 156 sobre 120. Podem dir que són alumnes que no s'adapten al context escolar, fet que genera que repetidament siguin sancionats i que ens demostra la necessitat de primar l'atenció a la diversitat del citat col·lectiu.

Paral·lelament també s'ha trobat un perfil de professors que destaquen de la resta del claustre respecte al nombre de sancions que posen als seus alumnes. És curiós observar com en un mateix grup d'alumnes, hi ha una part de professors que durant tot el curs no han posat pràcticament cap sanció i com altres professors donant classe al mateix grup el nombre de sancions que han tramitat no sols superen de forma destacada a les de l'equip docent, sinó que se situen al capdavant respecte a la resta de professors del claustre amb diferències d'1 a 33. Dada significativa que apunta a com aquests professors entenen la norma, com l'apliquen i a les seves habilitats docents per connectar amb l'alumnat.

Les metodologies utilitzades i el tipus de currículum impartit assenyalen a una altra de les causes. En el citat estudi hi ha assignatures en què el núm. de sancions destaquen alarmantment respecte a altres assignatures amb diferència de 3 a 45. En aquest cas estan al capdavant dues assignatures Catalán i Matemàtiques respectivament; impartides per diferents professors segons els diferents cicles. Entenem que no són les assignatures si no el com i el què s'imparteix.

La dinàmica grupal creada en cada classe també ens indica diferències de l'ordre de 15 respecte a 48 sancions segons el grup- classe, en aquest cas destaca per sobre de la resta el 3r "A". És evident que falta la implementació d'una dinàmica grupal capaç de pal·liar la conflictivitat de l'esmentat grup-classe. Finalment, els dilluns com a dia de la setmana que es posen més sancions amb una diferència de 72 sobre 30 i la franja horària de 12,30 a 13,30 hores com la més conflictiva respecte a la resta, amb una diferència de 99 sobre 9, ens indica que des de la perspectiva organitzativa del cronograma escolar és necessari realitzar algun canvi que esmeni aquests resultats: ritme de treball, tipus d'activitat, etc

## **2. INTERPRETACIÓ I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS**

Un cop que hem realitzat el tractament i anàlisi estadística de les dades obtingudes a través del nostre instrument de mesura, segons el procés exposat al quadre núm. 22 d'aquest apartat; procedirem a la interpretació i discussió dels resultats obtinguts que ens induiran posteriorment a la redacció de les conclusions finals de la nostra investigació.

### **2.1. Propietats de l'instrument de mesura**

En primer lloc analitzarem l'estudi de les propietats de l'instrument de mesura de la nostra investigació, peça clau per a l'obtenció de les dades de l'estudi.

#### **2.1.1. Fiabilitat**

Per poder determinar la fiabilitat de la nostra bateria diagnòstica hem obtingut l'alfa de Crombach el resultat de la qual és de 0,9356 . També hem estudiat la correlació entre dues meitats segons la fórmula de Spearman-Brown, l'alfa de la qual és de 0,9172 . Sent les alfas per a cadascuna de les parts (0,8447 i 0,9083). Com podem observar totes elles són superiors a 0,8 el que ens indica un alt grau de consistència interna de la bateria, és a dir una bona fiabilitat d'aquesta.

D'aquesta manera estem en condicions d'afirmar que la bateria és constant com a instrument de mesura.

D'altra banda, si observem les dades obtingudes a la columna “ Alfa if ítem deleted” no cal depurar cap de les proves utilitzades en la bateria ja que totes elles ens donen una alfa superior a 0,9, sent aquesta altament consistent.

#### **2.1.2 Validesa**

Referent a la validesa de contingut de la nostra bateria, totes les proves utilitzades són estandarditzades i han estat prèviament fiabilitzades i validades, fet que ens garanteix la mateixa .

Quant a la validesa de criteri predictivo, el tractament estadístic de les dades obtingudes ens ha donat una sensibilitat de 0,967 i una

especificitat de 0,967. És a dir, en aquest punt de tall detectem el 96,7% de subjectes conductuals, i alhora declarem com no conductuals a un 96,7% dels que realment no ho són. Aquest valor indica una alta validesa de criteri predictiva ja que mitjançant la utilització de la bateria prediem correctament a un 96,7% de subjectes conductuals i a un 96,7% de subjectes no conductuals.

## **2.2 Diferències quantitatives entre les mostres estudiades**

Els no conductuals presenten una mitja de 4,90 factors de risc per subjecte (inferior a la mitjana de la mostra total, 12,59), i els subjectes conductuals presenten una mitja de 20,28 factors de risc per subjecte (superior a la mitjana de la mostra total, 12,59).

En aquest sentit, el nombre de factors de risc per als alumnes no conductuals difereix del grup de conductuals tant en magnitud com en forma de la distribució.

El grup de conductuals presenta una mitja de 15,38 factors de risc més que el grup de no conductuals.

Si valorem aquests resultats podem deduir que els factors de risc estudiats tenen una incidència important en aquest tipus de problemàtica conductual.

Troblem el valor òptim per al punt de tall en el valor 8,5 (considerem conductuals als que tenen 9 factors de risc o més) amb una sensibilitat d'1,00 i una especificitat de 0,167. És a dir, en aquest punt de tall detectem el 100% de subjectes conductuals, i alhora declarem com no conductuals a un 100% dels que realment no ho són.

Aquest punt de tall ens permet utilitzar l'instrument de mesura per realitzar diagnòstics amb finalitats preventives i/o de diagnòstic inicial en grups que no coneixem les conductes dels subjectes, amb la finalitat de poder detectar aquells que presenten dita problemàtica.

Amb els resultats obtinguts a la columna "Corrected item-total correlation" de l'escala podem conèixer que determinats factors de risc com per exemple l'adaptació familiar del Tamai, si apareix com a factor de risc en conseqüència el nombre de factors de risc que present el subjecte serà alt.

## **2.3. Tipologia dels factors de risc segons les mostres.**

Entre el grup de subjectes no conductuals i els conductuals no coincideixen els factors de risc.



En el grup de subjectes no conductuals no apareix cap factor de risc patognomònic, i altres són inexistents.

Referent als subjectes conductuals no podem realitzar un perfil específic de factors de risc per a aquest grup, aquests varien entre un subjecte i un altre. Només dos factors són patognomònics: la falta d'hàbits d'estudi i el retard escolar.

Es troben diferències quantitatives i qualitatives significatives entre els subjectes conductuals barons i les femelles.

En els subjectes barons conductuals apareixen la totalitat dels factors de risc estudiats, en les femelles no apareixen factors de caràcter neurològic igual com en la població no conductual.

Les alumnes conductuals presenten nou factors de risc patognomònics:

- a) Dificultats en les relacions familiars
- b) Discrepàncies educatives pare/mare
- c) Insatisfacció familiar
- d) Baixa autoestima familiar
- e) Dificultats en les relacions escolars
- f) Falta d'hàbits d'estudi
- g) Retard escolar
- h) Baixa autoestima emocional
- i) Pensaments d'autodestrucció.

En el cas dels barons conductuals els factors de risc patognomònics són només dos:

- a) Falta d'hàbits d'estudi
- b) Retard escolar

Als efectes de discussió de resultats podem dir en primer lloc que el nostre instrument de mesura és vàlid i fiable, la qual cosa ens garanteix la veracitat dels seus resultats.

D'altra banda, hem pogut contrastar que hi ha diferència significatives entre el grup de conductuals i no conductuals tant del punt de vista quantitatiu com qualitatiu, la qual cosa ens demostra la important incidència que tenen els factors de risc estudiats sobre l'aparició dels problemes de comportament en el context escolar.

Així mateix, pel que fa als subjectes conductuals independentment de presentar el problema de comportament cada subjecte mostra la seva tipologia específica i personal dels factors de risc intervinents. Per aquest motiu no podem fer un perfil qualitatiu de factors de risc específics davant la conducta pertorbadora ja que aquesta és el resultat final externalizado de la problemàtica de cada subjecte.

També hem trobat diferències entre subjectes barons i femelles conductuals malgrat que com ja hem dit anteriorment la seva conducta externalizada sigui la mateixa.

No obstant això, quantitativament sí que podem afirmar que els subjectes que puntuen nou o més factors de risc en la nostra bateria presentessin problemes de comportament a l'aula. Aquest fet ens permet usar la bateria diagnòstica com a instrument preventiu.

Poder conèixer els factors de risc específics de cada subjecte amb problemes de conducta ens facilitarà de forma precisa poder realitzar una intervenció terapèutica eficaç.

#### **2.4. Interpretació de les freqüències dels expedients disciplinaris**

Cal destacar que independentment del factor humà tant dels alumnes i professors, la norma és el denominador comú sobre la qual gira tota la casuística citada. L'anàlisi de les normes de funcionament amb l'objectiu d'abaixar l'índex de conflictivitat generada per aquesta pot suposa una interessant i funcional alternativa a les les conductes pertorbadores en el context escolar.

## V. CONCLUSIONS

## **1. CONCLUSIONS DE LA INVESTIGACIÓ**

Un cop revisada la literatura trobada sobre la problemàtica conductual en el context escolar i analitzats els resultats de la investigació estem en condicions de pronunciar les següents conclusions :

### **Amb relació a l'objectiu 1.) vam concloure:**

En la fiabilitat de la nostra bateria diagnòstica hem obtingut l'alfa de Crombach el resultat de la qual és de 0,9356 . També hem estudiat la correlació entre dues meitats segons la fórmula de Spearman-Brown, l'alfa de la qual és de 0,9172 . Sent les alfas per a cadascuna de les parts (0,8447 i 0,9083). Com podem observar totes elles són superiors a 0,8 el que ens indica un alt grau de consistència interna de la bateria, és a dir una bona fiabilitat de la mateixa.

La validesa de contingut de la nostra bateria està garantida pel fet que totes les proves utilitzades per a la seva confecció són estandarditzades i han estat prèviament fiabilitzades i validades.

Quant a la validesa de criteri predictiu, el tractament estadístic de les dades obtingudes ens ha donat una sensibilitat de 0,967 i una especificitat de 0,967. el que ens indica que mitjançant la utilització de la bateria prediem correctament a un 96,7% de subjectes conductuals i a un 96,7% de subjectes no conductuals.

D'aquesta manera estem en condicions d'afirmar que hem confeccionat una bateria constant i vàlida com a instrument de mesura per conèixer de forma globalitzada els factors de risc que intervenen en els problemes de comportament dins el context escolar dels alumnes de primer cicle de l'ESO.

### **Amb relació a l'objectiu 1.a) vam concloure:**

Les dades obtingudes en l'estudi de la fiabilitat de la bateria ens indiquen que no cal depurar cap de les proves utilitzades en la mateixa ja que totes elles ens donen una alfa superior a 0,9, és a dir, altament consistents.

Amb aquests resultats es compleix el nostre objectiu en haver realitzat una selecció de proves estandarditzades que s'adapten al perfil conductual de la població a estudiada.

### **Amb relació a l'objectiu 2.) vam concloure:**

Els factors de risc varien entre un subjecte i un altre. No obstant això, s'han trobat diferències entre els subjectes conductuals barons i les femelles.

En els subjectes barons conductuals apareixen la totalitat dels factors de risc estudiats, en les femelles no apareixen factors de caràcter neurològic igual que en la població no conductual.

Les alumnes conductuals presenten nou factors de risc específics:

- a) Dificultats en les relacions familiars
- b) Discrepàncies educatives pare/mare
- c) Insatisfacció familiar
- d) Baixa autoestima familiar
- e) Dificultats en les relacions escolars
- f) Falta d'hàbits d'estudi
- g) Retard escolar
- h) Baixa autoestima emocional
- i) Pensaments d'autodestrucció.

En el cas dels barons conductuals els factors de risc específics són dos:

- a) Falta d'hàbits d'estudi
- b) Retard escolar

Aquests resultats ens demostren la possibilitat de poder conèixer la tipologia de factors de risc que intervenen en els problemes de comportament des d'una visió multidisciplinar (neurobiològic, social, psicològic i pedagògic) a través de l'aplicació de la nostra bateria diagnòstica.

### **Amb relació a l'objectiu 2.a.) vam concloure:**

El tractament estadístic ens indica que el valor òptim per al punt de tall és el valor 8,5 la sensibilitat del qual és d'1,00 i la seva especificitat de 0,167. Això ens determina que en aquest punt de tall vam detectar el 100% de subjectes conductuals, i alhora vam declarar com no conductuals a un 100% dels que realment no ho són.

En aquest sentit, hem pogut complir el nostre objectiu identificant el punt de tall per determinar qual és el nombre de factors de risc específics dels alumnes estudiats amb problemes de comportament.

### **Amb relació a l'objectiu 3.) vam concloure:**

De les conclusions anteriors es desprèn que la nostra bateria diagnòstica és consistent i vàlida, permetent-nos determinar els factors de risc que intervenen en els problemes de comportament tant de tipus quantitatiu com qualitativament.

Aquesta possibilitat diagnòstica ens ofereix la possibilitat de portar a terme, de forma precisa, un segon nivell d'intervenció multidisciplinar de caràcter interprofessional i/o intraprofessional, amb la finalitat de poder millorar o evitar la incidència dels factors de risc sobre els problemes de comportament en el context escolar.

### **Amb relació a l'objectiu 4.) vam concloure:**

Que ambdós hipòtesis es compleixen segons els següents criteris:

#### *Hipòtesi núm. 1:*

Els alumnes no conductuals presenten una mitjana de 4,90 factors de risc per subjecte, i els conductuals presenten una mitjana de 20,28 factors de risc per subjecte. En aquest sentit, el nombre de factors de risc per als alumnes no conductuals difereix del grup de conductuals tant en magnitud com en forma de la distribució. Com podem deduir, el grup de conductuals presenta una mitjana de 15,38 factors de risc més que el grup de no conductuals. Per tot això, podem afirmar que el nombre de factors de risc és superior en els alumnes conductuals que en els no

conductuals, quedant confirmada la nostra hipòtesi.

### *Hipòtesi núm. 2:*

Referent als subjectes conductuals els factors de risc varien entre un subjecte i un altre. Dos factors són específics: la falta d'hàbits d'estudi i el retard escolar; la qual cosa ens demostra que els alumnes conductuals no presenten sempre els mateixos factors de risc, quedant confirmada la nostra hipòtesi.

### **Amb relació a l'objectiu 5.) vam concloure:**

Com hem anat assenyalant en diferents apartats d'aquesta investigació ens vam trobar davant d'una problemàtica escolar bastant nova pel que fa a la seva freqüència i tipologia de conductes i alhora amb greus conseqüències tant per als agents educatius, el clima escolar i els alumnes en general.

Les aportacions teòriques de la nostra investigació, els seus resultats estadísticament i especialment la seva bateria diagnòstica ofereix als investigadors un punt de partida per a nous treballs sobre la problemàtica plantejada.

### ***Amb relació a l'objectiu final:***

Les conclusions anteriors ens demostren que els problemes de comportament que presenten els alumnes del primer cicle de l'ESO poden ser previnguts o corregits mitjançant un diagnòstic precís dels factors de risc que ens indicaran el tipus d'intervenció multidisciplinar que requereix el seu tractament.

### **1.1. Sugeriments per a la solució del problema :**

Hem pogut comprovar que les conductes problemàtiques en el context escolar, si bé poden presentar manifestacions semblants, la causa no sempre és la mateixa en cada subjecte.

És evident que per donar una solució efectiva o si no n'hi ha, preventiva d'una conducta problemàtica hem d'actuar sobre els motius que l'originen fins a corregir o en el pitjor dels casos minimitzar les mateixes.

En aquesta línia de treball , no podem realitzar una intervenció sense conèixer de la forma més precisa quals són les causes a què anteriorment féiem referència, i per a això entenem que la via idònia és el diagnòstic. Un diagnòstic multidimensional que ens permeti estudiar de forma funcional i eficaç, l'origen del problema i la situació actual del mateix.

Vam advocar per un diagnòstic multidimensional perquè entenem que la conducta humana com ja hem fonamentat teòricament i posteriorment en els resultats de la investigació, pot veure's influïda per una multicausalidad de situacions o estats tant externs al nostre organisme com a interns del mateix.

En definitiva, entenem que inicialment la solució al problema plantejat és realitzar com a primera mesura d'intervenció un diagnòstic tetradimensional (neurobiològic, psicològic, social i pedagògic) a tots aquells alumnes que presentin aquest tipus de problemàtica.

En aquest sentit, hem volgut aportar la nostra bateria diagnòstica pensada i dissenyada per a la seva aplicació en l'àmbit escolar per professionals del camp de la psicopedagogia , i les de la qual proves també han estat seleccionades pensant en el fet que s'adaptin al perfil de l'alumne amb problemes de comportament ( amenes, ràpides, de fàcil comprensió, etc.) i que a més a més la consistència científica i diagnòstica de la prova estigués garantida.

Doncs bé, seguint en el plantejament iniciat sobre la solució del problema, un cop que tenim el procés diagnòstic acabada i hem detectats quals poden ser els factors de risc que han pogut o poden portar al nostre subjecte estudiat a presentar conductes problemàtiques en el context escolar procedirem a donar solució terapèutica als citats factors de risc. Per a això, i gràcies als resultats diagnòstics, podrem plantejar-nos les línies d'actuació amb claredat i fonament científic. Bàsicament les nostres actuacions seran o intraprofessionals o interprofessionals.

Entenem com a intervenció intraprofessional totes aquelles que es puguin realitzar, inclusivament les pròpies del professional que ha realitzat el diagnòstic, en el context escolar ( tutories, adaptacions curriculars, metodologia alternatives, etc.) amb participació i coordinació dels professionals del centre educatiu. Referent a les actuacions interprofessionals entenem que seran aquelles en què sol·licitarem mitjançant derivació la participació d'un o diversos professionals externs al centre que per la seva especialitat poden aportar solucions terapèutiques que no podem aportar des de l'escola. ( Psicòleg, neuròleg, psiquiatre, etc.)



A efectes de conclusió una primera intervenció centrada en el diagnòstic i un segon nivell d'actuació centrada en funció dels resultats obtinguts vam pensar que és la solució idònia al problema presentat.

## **1.2. Noves línies d'investigació :**

Abans de fer esment a les noves línies d'investigació que poden sorgir a partir del present, volgués ressaltar la necessitat imperativa de seguir investigant en aquest àmbit. Ens vam trobar davant d'un problema relativament nou en el nostre context escolar pel que fa referència a la seva freqüència i intensitat cada vegada més incrementat pel que fa als problemes de comportament en l'àmbit escolar i amb especial incidència en l'Educació Secundària Obligatòria. Col·lateralment aquest tipus de conductes té una incidència directa sobre els aprenentatges i sobre clima social en general.

Vam pensar que les noves línies d'investigació poden orientar-se en dues direccions diferents però alhora complementàries :

- Aprofundir en l'àmbit diagnòstic
- Dissenyar diferents models d'intervenció de caràcter :
  - Preventiu
  - Terapèutic

Amb referència a l'àmbit diagnòstic, vam pensar que la present aportació pot ser un punt de partida per seguir aprofundint en el seu constructe, així com en el seu estudi estadístic.

Els resultats obtinguts referent a l'inici dels problemes de comportament en el context escolar ens assenyalen la necessitat de dissenyar nous instruments destinats a l'educació infantil amb l'objectiu de poder portar a terme un correcte procés de prevenció que ens permeti evitar el deterioració conductual que molts alumnes desenvolupen al llarg de la seva escolarització fins a la seva arribada a L'ESO.

Noves vies d'estudi sobre la simptomatologia patocnomònica de la problemàtica conductual a l'aula poden aportar criteris més amplis i precisos en el diagnòstic nosològic.

Estudis de comorbilitat, epidemiològics i sobre el propi curs d'aquest tipus de problemàtica conductual obren un altre ventall d'investigació sobre la

temàtica que ens ocupa.

Les dades resultants sobre els factors de risc que intervenen en la problemàtica estudiada, també es converteixen en l'inici d'un nou camp d'investigació en l'àmbit de la prevenció i de la pròpia intervenció de caràcter terapèutic.

Un coneixement més precís d'aquests factors de risc i l'estudi de les mesures preventives o si no n'hi ha del tipus d'intervenció terapèutica que cadascú d'ells requereixen seriosa una aportació científica gaire valuosa per donar noves solucions a la qüestió del problema.

## VI. RESENYA BIBLIOGRÀFICA

### **BIBLIOGRAFIA**

Per a la presentació i classificació de la bibliografia del present treball d'investigació hem seguit les normes ISO 690, recomanada actualment per aquesta Universitat i pel Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, per a treballs científics de contingut psicològic entre altres.

#### 1.- Bibliografia citada:

ACHEMBACH, T. (1998). *Developmental Psychopathology*. 3<sup>a</sup> ed. Ronald, New York.

ADAMS, G. (1995). *Medición y evaluación en educación, psicología y "guidance"*. 2<sup>a</sup> ed. Herder, Barcelona.

- AINSWORTH, M., et al. (1998). *Patterns of attachment*. NJ Erlbaum, Hillsdale.
- ALONSO, J.A. (1996). *Superdotados*. Narcea, Madrid.
- ÁLVAREZ, V. (1984). *Diagnóstico pedagógico*. Alfar, Granada.
- ÁLVARO, M. (1996). *Elementos de psicometría*. Udema. Salamanca.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). *DSM-IV-AP*. Masson, Barcelona.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV*. Masson, Barcelona.
- ARNAL, J. et al. (1992). *Investigación educativa*. Labor. Barcelona.
- BAKWIN, H. y BAKWIN, R.M. (1994). *Desarrollo Psicológico del niño*. 2ª ed. Nueva Editorial Interamericana, México.
- BAMBAREN, C. (1958). "La prueba de la 'Gestalt' de Bender en esquizofrénicos", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm.46, páginas 481-507.
- BASSEDAS, E. et al. (1998). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Paidós, Barcelona.
- BATTESTINI, R. (2000). "Efectos nocivos causados por los cambios atmosféricos", en FARRERAS-ROZMAN (eds): *Medicina Interna*, vol. II, 14ª ed., páginas 2629-2636. Mosby/Doyma, Barcelona.
- BEAUCHESNE, H. y BERNARD, G. (1999). *Traité de Psychopathologie infantile*. Presses Universitaires de France, París.
- BENDER, L. (1997). *Test gestáltico visomotor. Usos y aplicaciones clínicas (B.G.)*. Paidós, Buenos Aires.
- BENJUMEA, P. y MOJARRO, M.D. (1999). "El Síndrome Hipercinético", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- BENJUMEA, P. y MOJARRO, M.D. (2000). "Trastornos de conducta", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología infantil básica*. Pirámide. Madrid.
- BIRD, H., GOULD, M. y STAGREZZA, B. (1998): "Patterns of Diagnostic Comorbidity in a community Sample of children Aged 9 through 16 years", en *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 32 (2), 361-368.
- BISQUERRA, R. (1998). *Modelos de orientación e intervención Psicopedagógica*. Praxis, Barcelona.

BOHMAN, M. (1999). "Some genetic aspects of alcoholism and criminality. A population study of adoptees", en *Archives of General Psychiatry*, 35, 269-276.

BOUTONIER, J. (1999). *Les dessins des enfants*. Editions du Scarabée, París.

BOWER, E.M. (1998). "Mental Health", en EBEL, R.: *Enciclopedia of Educational Research*, 6ª ed. McMillan, New York.

BROVERMAN, D.M., et.al (1999). *Learning disabilities: Multidisciplinary approaches to identification, diagnosis and remedial education*. MacMillan, New York.

BUENDÍA, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Pirámide, Madrid.

CABALLET, J. et al. (1994). *El niño y la escuela*. Laertes, Barcelona.

CALLAWAY, E. y STONE, G. (1998). *Drugs and Behavior*. Willey, New York.

CARDON. L. (1995). "Genetics of dislexia", en *Science*, núm.38, 299-376.

CARDOZE, D. y RODRÍGUEZ, J. (1985). *Temas de Psiquiatría y Psicología del niño*. T. S. T. Panamá.

CASTILLO, S. (1994). "Diagnóstico-Evaluación: Cooperación y Complementariedad", en *Revista de Investigación Educativa*, núm. 23, 640-642.

CASTRO, J. (1996). "Estilo educativo y psicopatología", en BASSAS, N. y TOMÀS, J.(eds): *Carencias afectivas, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*, páginas 118-126. Laertes, Barcelona.

CATTELL, R.B., EBER, H.W. y TATSUOKA, M.M. (1997). *Handbook for the 16 PF*. Institute for Personality and Ability Testing, Illinois.

CERVERA, P. et al. (1999). *Alimentación y dietoterapia*. 3ª ed. Interamericana, Madrid.

CHARLOT, et al. (1992). *École et savoir dans les banlieues ... et ailleurs*. A. Colín. París.

CHOPPIN, B.H. (1999). "Evaluation, assessment, and measurement", en WALBERG, H.J. y HAERTEL, G.D. (eds.): *The International Encyclopedia of Educational Evaluation*. Pergamon Press, Oxford.

CHRISTENSEN, A-L. (1987). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*. Visor, Madrid.

COMELLAS, M.J. (1990). *Cómo interpretar los tests psicológicos*. Oikos-Tau, Barcelona.

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA (1997). "Les conductes desafiadors: ¿un problema o un repte?", *Suports*, vol. 1, núm. 2, 34-42

CORMAN, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Kapelusz, Buenos Aires.

COROMINAS, J. (1991). *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Gredos, Madrid.

COURT, J.H. y RAVEN, J. (1999): *Raven Manual: Section 7, Normative, Reliability and Validity Studies. References*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

COURT, J.H. et al. (1997). *Raven Manual: Research Supplement 4, Normative, Reliability and Validity Studies. References, 1997 Update*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

DE AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1996). *Psychopathologie de l'enfant*. 3ª ed. Masson, París.

DE JUAN ESPINOSA, M. (1995). "La evaluación del ambiente familiar", en SILVA, F.(eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.

DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT (1999). *Modificacions i adaptacions del currículum*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.

DÍAZ, J. (1991). *Trastornos psicossomáticos en la infancia*. CEPE, Madrid.

DOMÉNECH, E. y EZPELETA, L. (1998-1). "Las clasificaciones en psicopatología infantil", en RODRÍGUEZ, J.(eds.): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.

DOMÉNECH, E. y EZPELETA, L. (1998-2). "Los trastornos infantiles en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Universidad de Sevilla, Sevilla.

DOMÉNECH, E. y GOMEZ, M. (1995). "Evaluación psicológica en la temprana edad", en SILVA, F. (eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.

DOMENECH, J.M. et al (1996). *Teoria de la probabilitat.Proves diagnòstiques*. Cardellach . Barcelona.

DOMENECH, J.M. et al (1996). *Descripció de caràcters quantitativus*. Cardellach . Barcelona

DORSCH, F., et al. (dir.) (1998). *Diccionario de psicología*, 6ª edición castellana. Herder, Barcelona.

FERNÁNDEZ, R. (1980). "Del estilo cognitivo 'dependencia-independencia de campo' a una teoría de la diferenciación", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 35, 467-490.

FERNÁNDEZ, R. (1982). *Evaluación de contextos*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia.

FERNÁNDEZ, R. y MACIÁ, A. (1981). "Estudio diferencial con el test de Figuras Enmascaradas", en *Anuario de Psicología*, núm. 2, 195-202.

FERNÁNDEZ, R. y MANNING, L. (1981). "Dependencia-independencia de campo y diferenciación hemisférica. I Asimetrías derecha en una tarea de localización espacial", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 36, 385-393.

FEUERSTEIN, R. et al. (1998). *Evaluación dinámica del potencial de aprendizaje*. 2ª ed. Bruño. Madrid.

FUNES, J. (1998-1). "Cuando toda la adolescencia ha de caber en la escuela", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 238, 32-34.

FUNES, J. (1998-2). "Escolarització obligatòria i adolescència", *Educar*, núm. 22-23, 99-118.

GARCÍA, J. y GONZÁLEZ, D. (1998). *Evaluación e informe Psicopedagógico*. 3ª ed. E.O.S., Madrid.

GARCÍA, T. et al. (1999). *Autoconcepto AF-5*. TEA, Madrid.

GARRIDO,V (1989). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. CEAC, Barcelona

GENERALITAT DE CATALUNYA (1997). "Decret 266/ 1997, de 17 d'octubre, sobre drets i deures dels alumnes dels centres de nivell no universitari de Catalunya", en *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 2 5003-24.10.1997.

GERVILLA, E. (1993). *Postmodernidad y Educación*. Dykinson, Madrid.

GIL, P. (1991). "Diagnóstico Pedagógico", en Santillana (ed.): *Léxicos de Ciencias de la Educación. Tecnología de la educación*. Santillana, Madrid.

GIL, R. (1999). *Neuropsicología*. Masson, Barcelona.

GIMENO, J. (1998). "La transición de la Primaria a la Secundaria. Un rito de paso con poder selectivo", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 238, 14-20.

GIMENO, J. (2000). *La educación obligatoria: su sentido educativo y social*. Morata. Madrid.

GOLDEN, C.J. (1998). *Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

GOLDEN, C.J. (1978). *Stroop Color and Word Test. A Manual for clinical and experimental uses*. Stoelting Co., Wood Dale, Illinois.

GONZÁLEZ, J.A. et al. (1996). *Psicología de la instrucción*. PPU, Barcelona.

GOODENOUGH, F. (1964). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Paidós, Buenos Aires.

GOOGMAN, A. (1996). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9ª ed. Panamericana, México.

GRANELL, E. (1993). *Rechazo escolar*. Trillas, México.

HALPERN, F. (1963). "El test giestáltico visomotor Bender", en ANDERSON, H. y ANDERSON, G.: *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Rialp, Madrid.

HARGREAVES, A. (1994). *Changing teachers, changing times*. Cassel, Londres.

HARGREAVES, A. y TICKLE, L. (eds.) (1998). *Middle Schools. Origins, ideology and practice*. Harper and Row, Londres.

HART, A.D. (1994). *Hijos con estrés*. Cúpula, Barcelona.

HERNÁNDEZ, P. (1983). *Rendimiento, adaptación e intervención psicoeducativa*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, Tenerife.

HERNÁNDEZ, P. (1990). *Evaluación multifactorial de adaptación infantil*. TEA, Madrid

HERNÁNDEZ, P. y JIMÉNEZ, J.E. (1983). *Intervención psicoeducativa y adaptación. Una alternativa de salud mental desde la escuela*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, Tenerife.

HUGHES, R. (1994). *La cultura de la queja*. Anagrama, Barcelona.

JIMÉNEZ, L. et al. (1994). *Trastornos de la conducta infantojuvenil. Aportaciones recientes al tema*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.



- JIMÉNEZ, F. (1985). *Psicología y Medio Ambiente*. CEOTMA, Madrid.
- JORDAN, J.A. (1994). *La escuela multicultural*. Paidós, Barcelona.
- KANNER, L. (1999). *Psicología infantil*. Paidós-Psique, Buenos Aires.
- KARSON, S. y O'DELL, J.W. (1983). *16PF. Guía para su uso clínico*, 2ª edición. TEA Ediciones, Madrid.
- KAZDIN, A.E. y BUELA- CASAL, G. (1998). *Conducta antisocial*. Pirámide, Madrid.
- KOGAN, N. (1999). "Educational implications of cognitive styles", en LESSER, G.S. (ed.): *Psychology and educational practice*. III: Scott- Foresman, Glenview.
- KRUG, S.E. y LAUGLIN, J.E. (1997). "Second-order factors among normal and pathological primary personality traits", en *Journal os Consulting Psychology*, núm. 45 (4), 575-582.
- LAFON, R. (1998). *Diccionario de psicopedagogía y psiquiatría del niño*. OIKOS-TAU. Barcelona.
- LANG, J.L. (1999). *Introduction a la Psychopathologie infantile. Methodologie, études theoriques et cliniques*. Dunod, París.
- LAPOUSE, R. y MONK, M. (1998). "Fears and worries in a representative sample of children", en *American Journal of Public Health*, núm. 48, 1134-1144.
- LARROY, C. y PUENTE, M.L. (1997). *El niño desobediente*. Pirámide, Madrid.
- LATORRE, A. et al. (1997). *Bases Metodológicas de la investigación educativa*. Hurtado. Barcelona
- LEHMAN, H.E. y KNIGHT, D.A. (1999). *Systems Extrapyramidal et Neuroleptics*. Editions Psychiatriques, Montreal.
- LEÓN, O. y MONTERO, I. (1999). *Diseño de investigaciones*. Mc. Graw-Hill. Madrid.
- LEWINSOHN, P. et al. (2000). "The OADP-CDS: A brief screener for adolescent conduct disrd" en *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*. num. 39 (7), 888-895
- LEWIS, M. (1999). *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. William & Wilkhs, USA.
- LLUIS FONT, J.M. (1998). *Test de la familia*. Oikos-Tau, Barcelona.

- LOZANO, J.M. (1997). *¿De qué hablamos cuando hablamos de los jóvenes?* C i J, Barcelona.
- MAC, F., et al. (1999). *A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years*. University of California Press, Beckeley.
- MACHOVER, K. (1999). *Personality projection in the drawing of human figure*. Ch. Thomas, Springfield, Illinois.
- MALET, A. et al. (1995). *Manual de alergia alimenticia*. Masson, Barcelona.
- MARÍN, M.A. y BUISAN, C. (1984). *Bases teóricas y prácticas para el diagnóstico pedagógico*. PPU, Barcelona.
- MARÍN, M.A. y BUISAN, C. (1994). *Tendencias actuales en el Diagnóstico Pedagógico*. Laertes, Barcelona.
- MARTÍ, J.L. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Herder, Barcelona.
- MARTIN, H. (1992). *Los problemas de los niños. Una guía práctica y preventiva para tratarlos*. Planeta, Barcelona.
- MARTIN, H. et al. (1989). *Needs and prospects of Child and Adolescent Psychiatry*. Hans Huber Publishers, New York.
- MARTÍNEZ, R. A. (1994). "¿Diagnóstico pedagógico o evaluación educativa? Hacia una clarificación conceptual y terminológica", en *Revista de Investigación Educativa*, núm. 23, páginas 623-630.
- MEILI-DWORETSKI (1981). *El dibujo de la figura humana*. Oikos-Tau, Barcelona.
- MEIRIEU, P. (1992). *Aprender, sí. Pero ¿Cómo?* Octaedro. Barcelona
- MOJARRO, M.D. y BENJUMEA, P.(1998). "Los trastornos de conducta en la infancia", en RODRÍGUEZ, J.(eds): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- MOLINA, S. (1995). *Bases psicológicas de la educación especial*. Marfil, Alcoy.
- MOLINA, S. et al. (1990): *Recursos para la elaboración de adaptaciones curriculares individuales*. Marfil, Murcia.
- MOOS, R.H. (1999). *The Social Climate Scales. An Overview*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- MOOS, R.H., MOOS, B.S. y TRICKETT, E.J.(1998). *Manual. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES)*. TEA. Madrid.

MORENO, F.J. (1997). "La conducta perturbadora en el contexto escolar". en APPS (eds) *L'educació especial : un mon obert y diversificat*. APPS. Barcelona.

MORENO, F.J. (1999). "Les unitats d'adaptació del currículum" *Revista Temps d'educació de la Universitat de Barcelona*. Núm. 21, 189-198.

MORENO, F.J. et al (1998). "Alumnes amb conductes perturbadores a l'aula: propostes d'intervenció" *Revista Guix*, 243, 79-84

MURDOCH, A. (1999). "Forty-two children and the transfer to secondary education", en YOUNGMAN, M. (eds): *Mid-schooling transfer: problems and proposals*. NFER-Nelson, Windsor.

OLLENDICK, T.H. (1993). *Psicopatología infantil*. 2ª ed. Martínez Roca, Barcelona.

ORDEN HOZ, A. (1997). "La evaluación de programas en el contexto educativo", ponencia presentada al Seminario sobre Evaluación de Programas Educativos. Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *CIE-10*. Meditor, Madrid.

PÉREZ, M. et al. (1999). *Diagnóstico integral del estudio*. TEA, Madrid.

PERRENOUD, P. (1999). *L'évaluation des élèves*, De Boeck & Larcier. Paris

PICHOT, P. (1999). *Les tests mentaux en psychiatrie*. PUF, París.

PIERCE, E. et al. (1999). "Diagnostic status and symptomatic behavior of hard to manage preschool children in middle childhood and early adolescent" en *Journal of clinical child psychology*, núm 28, 44-57

POLGAR, S y THOMAS, S. A.(1993). *Introducción a la investigación en las ciencias de la salud*. Alhambra. Madrid.

PORTELLANO, J.A. (1989). *Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención, una perspectiva neuropsicológica*. Colección de Educación Especial.

QUAY, H.C. (1998). *The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder. A theoretical perspective development and Psychopathology*. Psychologists Press, Oxford.

QUAY, H.C. y WERRY, J.S. (1999). *Psychopathological Disorders of Childhood*. John Wilky & Sons Inc., USA.

RAVEN, JC. (1981). *Raven Manual: Research Supplement I, Irish and British Standardization*. Oxford Psychologists Press, Oxford

RAVEN, J.C., et.al. (1988). *Raven Manual: Section 4, Advanced Progressive Matrices, 1988 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

RAVEN, J.C. et.al. (1990). *Raven Manual: Section 2, Coloured Progressive Matrices, 1990 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

RAVEN, J.C. et al. (1990). *Raven Manual: Research Supplement 3, American and International Norms, Neuropsychological uses*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

RAVEN, J.C. et.al.(1992). *Raven Manual: Section 3, Standard Progressive Matrices, 1992 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

RAVEN, J., et al. (1993). *Raven Manual: Section 1, General Overview, 1993 Edition*. Oxford Psychologists Press, Oxford.

RAYO, J. (1997). *Necesidades educativas del superdotado*. EOS, Madrid.

RODRÍGUEZ, J. (1988). Prólogo al libro *Gravedad en la infancia*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

RODRÍGUEZ, J (1999): "Las causas generales de los problemas y los trastornos psíquicos" en RODRÍGUEZ, J.(eds) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla, Sevilla.

ROMEU, J. (1995). *Niños y niñas difíciles*. Colimbo, Barcelona.

ROSENBERG, M. (1999). *Conceiving the Self*. Basic, New York.

RUTTER, M., TAYLOR, E. y HERSOV, L. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*, 3ª ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

SÁNCHEZ, A. y LÓPEZ, A. (1994). "Procedimientos generales de evaluación", en JIMÉNEZ, L (eds).: *Trastornos de la conducta infantojuvenil. Aportaciones recientes al tema*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.

SANTUCCI, H. (1963). "Prueba gráfica de la organización perceptiva para niños de 4 a 6 años (copia de figuras geométricas), en ZAZZO, R.: *Manual para el examen psicológico del niño*, Kapeluusz, Buenos Aires.

SARRAMONA, J.(1997). *Fundamentos de educación*. CEAC, Barcelona.

SAVATER, F. (1997). *El valor de educar*. Ariel, Barcelona.

SECADAS, F. (1992). *Procesos evolutivos y escala observacional del desarrollo*. TEA, Madrid.

- SEEN, M. y SOLMIT, A. (1998). *Problems in Child Development*. Lea & Febiger Publishing Co. Philadelphia.
- SEISDEDOS, N. (1992). *16PF. Monografía Técnica*, 5ª ed. revisada. TEA Ediciones, Madrid.
- STAHL, N. et al ( 1999). "Conduct disorder and comorbidity" en *Psychology in the schools*. Núm. 36, 41-50
- SILLAMI, N. (1996). *Diccionario de psicología*. Larousse, Barcelona.
- SILVA, F. (1995). " Cuestiones introductorias" en SILVA, F. (eds): *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis, Madrid.
- TEDESCO, J.C. (1999): *El nuevo pacto educativo*. Anaya. Madrid.
- TERRASI, S. et al. (1999). "Comparing learning styles for students with conduct and emotional problems" en *Psychology in the schools*. Núm. 36, 159-166
- TESTU, F. (1992). *Cronopsicología y ritmos escolares*. Masson, Barcelona.
- THURSTONE, L.L. (1999). *A factorial Study of Perception*. University of Chicago Press, Chicago.
- VALETT, R. (1995). *Niños hiperactivos*. Cincel, Madrid.
- VALLÉS, A. (1997). "Avaluació de problemes de comportament a l'aula i intervenció educativa en el marc de l'escola ordinària. Un model per solucionar els conflictes interpersonals", *Suports*, vol. 1, núm. 2, 89-104.
- VAN GENNET, A. (1999). *The rites of the passage*. Routledge and Kegan Paul, Londres.
- VELASCO, A. (1988). *Compendio de psiconeurofarmacología*. Díaz de Santos, Madrid.
- WITTRICK, M.C. (1998). "The cognitive movement in instruction", en *Educational Psychologist*, núm. 13, 15-30.
- WOLF, R.M. (1999). *Evaluation in Educational Foundations of competency assessment and program review*. Praeger, New York.

## VII. ANNEX

# REGISTRO DIAGNÓSTICO DEL MODELO TETRADIMENSIONAL

**NOMBRE:**

**CURSO:**

**FECHA:**

## DIMENSION PEDAGOGICA

---

1. ACRA

- Déficit en Estrategias Adquisición
- Déficit en Estrategias Codificación
- Déficit en Estrategias Recuperación
- Déficit en Estrategias Evocación

2. DEI

- Retraso escolar Leve
- Retraso escolar Moderado
- Retraso escolar Grave

## DIMENSIÓN NEUROPSICOLOGICA

1. BENDER

- Inmadurez Neurológica
- Signos de Lesión Cerebral

2. STROOP

- Disfunción Cerebral Orgánica.
- Interferencias Cognitivas

- 3. SCREENING SENSORIAL
  - Déficit visual
  - Déficit auditivo

## DIMENSION PSICOLOGICA

- 1. RAVEN
  - CI por encima de la norma .....
  - CI por debajo de la norma .....
- 2. GEFT
  - Independiente de campo
  - Dependiente de campo
- 3. EOD
  - Nivel Evolutivo por encima de la norma
  - Nivel Evolutivo por debajo de la norma
- 4. CAQ
  - Signos Psicopatologicos
  - \* .....
  - \* .....
  - \* .....
  - \* .....
- 5. AF- 5
  - Académico A – B
  - Social A – B
  - Emocional A – B
  - Familiar A – B
  - Físico A – B
- 6. PROYECTIVOS
  - Signos Emocionales Relevantes
  - \* .....
  - \* .....
  - \* .....
  - \* .....

## DIMENSION SOCIOAMBIENTAL

- 1. FES
  - Bajo Nivel Relaciones Familiares
  - Bajo Nivel Desarrollo Familiar
  - Bajo Nivel Estabilidad Familiar



2. CES

- Bajo Nivel Relaciones Escolares
- Bajo Nivel Estabilidad Escolar
- Bajo Nivel Cambio Escolar
- Bajo Nivel Autorrealizacion Escolar

3. TAMAI

- Inadaptación Personal
- Inadaptación Social
- Inadaptación Escolar
- Insatisfacción Familiar

**OBSERVACIONES RELEVANTES ENTREVISTAS**

