

GESTIÓN DE LA VIOLENCIA Y PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA DESDE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA (GVDP/IP)

Vicent Prieto Rubio

*Catedrático de Orientación Educativa. "Unitat d'Atenció i Intervenció" del PREVI.
Direcció Territorial de València de la "Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport".*

Fecha de recepción y de aceptación: 4 de junio del 2019, 26 de diciembre del 2019

Resumen: Desde los inicios del pasado siglo XX ha sido una preocupación constante la elaboración de técnicas de predicción del riesgo de reincidencia delictiva. Abandonados los primeros intentos por conseguir fórmulas precisas de predicción y, posteriormente, la apelación al criterio subjetivo de especialistas (generalmente psiquiatras), surge un nuevo paradigma con bases estructuradas en el que las decisiones finales son tomadas por el profesional en base a la información obtenida con instrumentos específicos. Siguiendo este enfoque, y considerando los dos instrumentos más relevantes para los/as adolescentes (SAVRY y SAPROV/YV), se plantea uno nuevo que, a diferencia de los anteriores, no pretende adivinar la posible reincidencia delictiva, sino detectar los factores de riesgo y de protección actuales desde edades tempranas con el fin de aminorar los primeros y potenciar los segundos. En base a las identificaciones realizadas, se justifica la necesidad de una intervención precoz, liderada desde el ámbito escolar, mediante el diseño de programas multidimensionales y multiprofesionales, del que se ofrece un esbozo de modelo.

Palabras clave: Predicción, prevención, delincuencia, factores de riesgo, factores de protección, evaluación, resiliencia.

Abstract: Since the beginning of the 20th century, developing techniques for predicting the risk of criminal recidivism has been a constant concern. Once the first attempts to obtain precise prediction formulas have been given up and, after that, the appeal to the subjective criterion of specialists (generally psychiatrists), a new paradigm with structured bases emerges, where final decisions are made by the professional, based on the information obtained from specific instruments. Following this approach and considering the two most relevant instruments for adolescents (SAVRY and SAPROV / YV), it is proposed a new one that, unlike the previous ones, does not pretend to guess the possible criminal recidivism, but to detect the current risk and protection factors from early age, in order to reduce the first ones and enhance the second ones. Based on the identifications carried out, the need for an early intervention led from school, through the design of multidimensional and multiprofessional programs, is justified and a model outline is offered.

Keywords: Prediction, prevention, delinquency, risk factors, protection factors, evaluation, resilience.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1913 Healy se planteara la necesidad de detectar elementos de prevención de la delincuencia, se generó una avalancha de investigaciones con el fin de encontrar alguna fórmula, matemáticamente validada, que permitiera predecir, ya no el riesgo de que una persona sin antecedentes penales llegara a delinquir, sino el riesgo de reincidencia en quienes ya habían sido condenados por la justicia (Hart, 1923; Burgess, 1928; Tibbitts, 1932; Monachesi, 1950; Glueck y Glueck, 1950; Loftus, 1974; Cohen et al. 1978). A partir de un amplio registro de datos de sus historias de vida, obtenidos mediante entrevistas directas o con otras personas relevantes, expedientes, informes, etc., se aplicaba toda una serie de procedimientos estadísticos que permitían comparar toda esta información, con ponderaciones diferentes según su supuesto peso predictivo, con los de un amplio grupo normativo, hasta conseguir un dato numérico que establecía la probabilidad de riesgo de reincidencia delincencial. Sin embargo el riesgo de error en la predicción era tanto mayor cuanto mayor era la heterogeneidad de los individuos dentro de un mismo grupo, lo que suele ocurrir, por ejemplo, en el caso de los agresores sexuales o de los maltratadores. Ésta fue la limitación más importante del procedimiento que, no obstante, en su día resultó de gran utilidad (A. Andrés-Pueyo y E. Echeburúa (2010, pp. 403-409).

Durante los años 80 surge un nuevo enfoque que confía tales predicciones a las opiniones realizadas por profesionales expertos, generalmente psiquiatras. Hasta tal punto se les otorgó valor a sus opiniones que muchos jueces tomaron en consideración su “ojo clínico” a la hora de aprobar o denegar permisos de excarcelación, a pesar de las críticas de la propia “Asociación Americana de Psiquiatría” que insistía en el escaso rigor científico del modelo. A principios de los 80, Monahan (1981) ya constató que las predicciones correctas de los psiquiatras apenas superaban el 30%, prácticamente el mismo porcentaje de aciertos que podría realizar una persona leiga en la cuestión. Este tipo de “valoración clínica no estructurada” se apoyaba, también, en datos de la historia clínica del sujeto, entrevistas, informes, etc. pero su base principal eran los diagnósticos de los propios psiquiatras, presuponiendo una correlación entre trastorno mental y delincuencia. Correlación no confirmada, entre otros, por el estudio realizado por Mulvey, I. y Lidz (1984) en el que tras analizar numerosas valoraciones clínicas en pacientes psiquiátricos y su grado de peligrosidad, concluyó que ninguno de los factores evaluados tenía suficiente validez predictiva en la emisión de conductas delictivas.

En esa misma línea, Rechea, Barberet, Montañés y Arroyo (1995), señalaron que los factores sociales pueden jugar un papel modulador muy importante en el desarrollo humano y en la socialización y, por tanto, en la facilitación o inhibición de las manifestaciones violentas. Más recientemente Loinaz, I. (2017, p. 67) asegura que son las variables situacionales y familiares las que se erigen como muy relevantes en la comprensión del inicio y del mantenimiento de la conducta violenta.

Frente a estas metodologías, exclusivamente probabilística la primera, marcadamente subjetiva la segunda, surge otro planteamiento que, haciendo uso de ciertos instrumentos de medida, asume una visión, también idiosincrática, donde es el profesional quien los selecciona en función de cada caso, pero no es rehén de sus resultados. Este nuevo paradigma fue posible gracias a que, a partir de los noventa y principios del 2000, surge un amplio catálogo de inventarios-guía de valoración del riesgo entre los que destacan. en el ámbito de los menores, el EARL-20B (Augimeri, Koegl, Webster y Levene, 1998), el SAVRY (Borum, Bartel y Forth, 2002, 2006); el YLS/CMI (Hoge, Andrews y Leschied, 2002); la ERA-20, primera prueba exclusiva para niñas (Bloom, Webster y Eisen, 2002); el SAPROV, primera escala de valoración de elementos protectores, adaptada en 2015 para menores con el nombre de SAPROF:YV (V. de Vogel, M. Geers, M. Stapel, y M. de Vries-Robbé, E. Hiterman) y el START:AV (2012) de Desmarais, Sellers et al.

Este nuevo modelo acepta algunos de los dos planteamientos anteriores. Por una parte otorga al

profesional la potestad de elaborar hipótesis según sus propios criterios, pero por otra, dichas hipótesis las fundamenta en los datos obtenidos con estas guías específicas. El paradigma se desarrolla, según I. Loinaz (2017) en varios pasos: 1. Evaluación: que incluye a) Recopilación de información, b) Sinopsis del caso c) Presencia de factores de protección y de riesgo d) Relevancia de los mismos. 2. Formulación del riesgo 3. Desarrollo de escenarios 4. Propuesta de gestión del riesgo: con propuestas de intervención que contrarresten los factores de riesgo. 5. Resultado de la herramienta: estos instrumentos no utilizan baremos normativos como los tests psicométricos tradicionales, 6. Informe.

FACTORES DE RIESGO ESTÁTICOS Y DINÁMICOS

Los factores de riesgo son entendidos como las características o circunstancias de vida de los jóvenes que hacen más probable su implicación en actividades delictivas (Carbonell, A, Gil-Salmerón, A. y Margaix, E, pgn, 3). No obstante, dado su carácter correlacional con los hechos delictivos, no se presupone que todos ellos tengan que ser factores igualmente determinantes o causales, el fenómeno de la delincuencia juvenil es tan sumamente complejo porque lleva implícito un extenso catálogo de circunstancias externas, características personales e interacciones entre todas ellas, como para reducirlas a un simple listado unívoco. De hecho, la presencia de un número mayor de factores de riesgo no implica necesariamente una mayor probabilidad delictiva, en ocasiones, por ejemplo, la sola presencia de maltrato físico y/o psicológico durante los primeros años de vida, aunque posteriormente los entornos educativos mejoren y no surjan más factores externos de riesgo, puede tener consecuencias devastadoras en el desarrollo del menor. Como señalan Webster-Stratton y Taylor (2001) la presencia combinada de varios factores puede aumentar el riesgo, pero de forma más sinérgica que aditiva. No obstante hay que dejar constancia que no en todos los casos en los que las circunstancias externas son potencialmente propicias a la violencia, acaban generando conductas delictivas. Es posible que esta capacidad de resiliencia tenga base genética. De hecho, un estudio publicado en Science en 2002 por Avshalom Caspi y cols. de la Universidad de Wisconsin, indica que un gen que regula los niveles cerebrales de monoaminooxidasa-A podría estar relacionado con la capacidad de los niños para soportar malos tratos (En Marina, J.A. 2012).

Los factores de riesgo pueden ser estáticos, son factores históricos que ya no pueden ser modificados; o dinámicos, todavía pueden ser cambiados por el propio sujeto, bien por resiliencia primaria, sin ayudas externas, o secundaria, en la que también son modificados por él mismo pero como consecuencia de la ayuda de otras personas. Los factores estáticos en sí mismos no se pueden cambiar pero sus consecuencias en el desarrollo integral del menor pueden ser contrarrestadas mediante intervenciones pedagógicas de calidad.

El SAVRY “Valoración Estructurada del Riesgo de Violencia en Jóvenes”, de Borum, Bartel y Forth (2003), traducido al castellano y al catalán por Hilterman y Vallés (2007), es la guía más utilizada para la valoración del riesgo de reincidencia delictiva, tanto física como sexual, en adolescentes de 12 a 18 años. Propone la observación de diez factores de riesgo históricos, todos ellos estáticos, y por lo tanto inmodificables; seis factores sociales/contextuales de carácter dinámico, admiten la posibilidad de cambio, y otros ocho individuales, también de carácter dinámico. Los 24 se pueden ver en la tabla 1. Las respuestas a sus ítems se agrupan en tres categorías: Riesgo Alto, Riesgo Moderado y Riesgo Bajo. La prueba admite, también, anotaciones de puntos críticos.

El SAVRY sitúa, a nuestro juicio, en un mismo nivel los factores causales y consecuenciales. Los primeros pueden fundamentar esta catalogación en el aprendizaje vicario de Bandura (1977) y en la teoría del Apego de J. Bowlby (1907-1990), el resto serían consecuencias actitudinales o conductuales. En la siguiente tabla puede verse esta diferenciación.

Tabla 1. Factores causales y consecuenciales del SAVRY

FACTORES CAUSALES	FACTORES CONSECUENCIALES
S6: Exposición a la violencia en el hogar S7: Historia de maltrato infantil S8: Separación temprana de cuidadores S9: Delincuencia de los padres o cuidadores S14: Escasa habilidad de los padres para educar S15: Falta de apoyo social S16: Entorno marginal	S1: Violencia previa S2: Inicio temprano de la violencia S3: Historia de actos delictivos S4: Fracaso de intervenciones anteriores S5: Intentos de autolesión o suicidio previo S10: Bajo rendimiento en la escuela S11: Delincuencia en el grupo de iguales S12: Rechazo de grupo de iguales S13: Estrés e incapacidad para enfrentar dificultades S17: Asunción de riesgos S18: Impulsividad S19: Problemas de consumo de sustancias S20: Problemas de manejo del enfado S21: Baja empatía S22: Hiperactividad S23: Baja colaboración en intervenciones/actitud negativa S24: Bajo interés/compromiso escolar o laboral

La impulsividad, la hiperactividad, el bajo rendimiento académico y los intentos de autolesiones o de suicidio, pueden ser debidos a muchos otros factores diferentes de los expuestos en la primera columna de la tabla 1. Algunos de ellos pueden ser de índole orgánica, pero tampoco se puede descartar que sus causas sean uno o varios de los expuestos en esa primera columna. En cualquier caso una actuación preventiva desde las etapas de Educación Infantil y Primaria sobre los siete factores que hemos calificado como “causales” dificultaría, cuanto menos, la aparición de los considerados consecuenciales.

El SAVRY permite que el profesional incluya otros factores de riesgo para cada caso, según su propio criterio.

A diferencia de los tests psicométricos en los que, en su mayoría, se puede obtener una puntuación global sobre el constructo evaluado a partir de las puntuaciones de sus escalas, el SAVRY no proporciona una puntuación de riesgo total de reincidencia delictiva. Deberá ser el profesional, como ya se ha señalado, quien tras el análisis de los resultados, haga constar en su informe su particular hipótesis sobre el grado de riesgo final y las medidas para reducirlo.

La potente capacidad predictiva de este instrumento para predecir la reincidencia violenta y sexual, ha quedado puesta de manifiesto de forma reiterada, especialmente en un extenso estudio longitudinal, duró diez años, con adolescentes varones que habían delinquido (Schmidt et al., 2011).

FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección son todos aquellos que pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo, o incluso disminuir la probabilidad de ocurrencia de un acto violento futuro (Wenge, L. y Andres-Pueyo, A. 2016). Al igual que los de riesgo, también influyen de forma interactiva, de tal forma que la acción de alguno de ellos puede reducir el riesgo de consecuencias negativas en un determinado ámbito nocivo o para un determinado sujeto, pero no en otros. El SAVRY establece seis factores

de protección de carácter dinámico y evaluables dicotómicamente como presente o ausente. Son los siguientes: P1: “Implicación prosocial”; P2: “Apoyo social fuerte”; P3: “Vínculos con adulto prosocial”; P4: “Actitud positiva hacia intervenciones y autoridad”; P5: “Fuerte compromiso con la escuela o el trabajo”; P6: “Resiliencia”.

Pero al tratar de factores de protección en adolescentes de 12 a 18 años, es el SAPROF-YV de De Vries, Geers, Stapel, Hilberman y de Vogel (2014), el instrumento estructurado que ha alcanzado mayor relevancia. Se construyó a partir de una prueba piloto realizada en Holanda en 2013 que fue evaluada por expertos en el tratamiento forense de jóvenes. Todos sus factores son dinámicos, y en combinación con otras pruebas de factores de riesgo, como el SAVRY, no solo permiten la obtención de información sobre el riesgo de violencia, sino que facilitan la elaboración de programas adaptados de intervención. Los factores protectores del SAPROF-YV se agrupan en cuatro categorías: 1. “Resiliencia”: Competencia social; Afrontamiento; Autocontrol; Perseverancia. 2. “Motivaciones”: Orientación hacia el futuro; Actitudes hacia los acuerdos; Medicación; Escuela/trabajo; Actividades en el tiempo libre. 3. “Relaciones”: Padres/cuidadores; Pares; Otras relaciones de apoyo y 4. “Externos”: Clima pedagógico; Atención profesional; Órdenes del tribunal.

Al igual que el SAVRY, el SAPROF-YV está pensado para adolescentes que ya han delinquido, teniendo ambos como finalidad la predicción del riesgo de reincidencia delictiva. Sin embargo, no disponemos de pruebas similares para niños y niñas en las edades de Infantil y Primaria que permitan detectar factores de riesgo y de protección antes de que se hayan cometido estas primeras acciones delictivas (la legislación española considera inimputables a los menores de 14 años). No se propone en este trabajo la elaboración de otro instrumento de predicción de la reincidencia delictiva, sino de prevención de la propia delincuencia, un modelo de características similares a las dos pruebas mencionadas, pero con factores evaluables desde los ámbitos familiar, escolar y social en los primeros años de la vida del menor que facilite el diseño de programas de intervención más precoces y, presuntamente, más eficaces.

GVPD/IP: “GESTIÓN DE LA VIOLENCIA Y PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA DESDE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA”

ESTRUCTURA

Un niño o niña que causa problemas en la escuela es un niño o niña que tiene problemas. Dentro del sistema escolar sus acciones violentas, tanto con los objetos, como con los iguales y/o el profesorado, son las primeras señales de alarma de carencias en su desarrollo y que pueden tener graves consecuencias en el futuro. La presencia en los colegios de profesionales cualificados que tienen acceso diario a la observación de tales conductas, así como a las características de los entornos sociales y pautas de crianza de las familias, la convierten en la instancia social idónea para la prevención, detección, e intervención con estos menores.

El objetivo principal del GVPD/IP es la identificación no solo de las conductas violentas del alumnado de Infantil y Primaria dentro o fuera de la escuela, sino también de todos aquellos factores que las preceden y las mantienen. Pero también aspira a identificar los elementos protectores, tanto los procedentes del propio menor, como los que puede proporcionarle el centro educativo y sus entornos familiar y social. En base a toda esta información el profesional podrá emitir una valoración global de riesgo pero, sobre todo, podrá elaborar programas que minimicen o eliminen los factores de riesgo y potencien los de protección.

Por todo ello, el GVPD/IP se estructura en dos partes:

Parte 1: Ámbitos de valoración:

- A. Repertorio conductual de riesgo
- B. Acciones violentas en casa y en la calle
- C. Factores predisponentes, antecedentes y reforzadores
- D. Factores de protección
- E. Valoración del profesional

Parte 2: Intervención desde Infantil y Primaria

- A. Principios de intervención
- B. Plan de intervención

El instrumento está concebido para ser aplicado desde el ámbito escolar, por lo que serán las maestras y maestros que mayor información tengan sobre el niño o niña quienes, con la ayuda de las orientadoras/es, lo cumplimenten. En la mayor parte de los casos habrá que recurrir, además, a los Servicios Sociales de la localidad para obtener o confirmar determinadas informaciones que se demandan. Las conclusiones finales también deberán ser formuladas conjuntamente.

Parte 1: ÁMBITOS DE VALORACIÓN

A. ACCIONES O CONDUCTAS A CONSIDERAR

El GVPD/IP incluye nueve conductas desadaptadas observables en la escuela y un ítem abierto para registrar cualquier otra que el profesional considere significativa. Todos estos comportamientos pueden ser igualmente valorados en las etapas de Educación Infantil y en la de Primaria.

B. ACCIONES VIOLENTAS EN CASA Y EN LA CALLE

Puesto que la información de la que disponen los profesionales de los centros escolares sobre la emisión de actos violentos de su alumnado en el seno de sus familias y/o en la calle, no siempre es tan precisa como la que pueden constatar todos los días dentro de sus colegios, el GVPD/IP no especifica ítems concretos. La coordinación con los Servicios Sociales de la localidad facilitará el acceso a esta información.

C. FACTORES PREDISONENTES, ANTECEDENTES Y REFORZADORES

El conjunto de factores de riesgo que pueden incitar a la violencia se clasifican en tres categorías: predisponentes, antecedentes y reforzadores.

FACTORES PREDISONENTES

Son todos aquellos ocurridos con anterioridad a la aparición de los primeros actos violentos, relativamente estables en el tiempo y que generan en el sujeto una notable propensión a la violencia. Pueden ser disfunciones orgánicas de carácter prenatal (alteraciones genéticas, consumo de sustancias estupefacientes de la madre), perinatal (anoxia perinatal) y postnatal (lesiones cerebrales a consecuencia de accidentes, enfermedades, consumo de sustancias tóxicas, etc.). En todos estos casos, dado su carácter orgánico y por tanto detectables desde el ámbito sanitario, no están presentes en PRVD/IP: la intervención será básicamente farmacológica, aunque no se excluye “per se” la de carácter sociopsicopedagógico. Pero estos factores predisponentes también pueden tener su origen en el contexto de vida del sujeto como, por ejemplo, todos los que hemos calificado como causales en el SAVRY.

El PRVD/IP incluye siete factores predisponentes no orgánicos y un ítem abierto para registrar cual-

quier otro que el profesional considere significativo. La información necesaria para dar respuestas precisas no siempre es accesible directamente desde la escuela, por lo que, de nuevo, la colaboración con los profesionales de los Servicios Sociales de la localidad será imprescindible.

FACTORES ANTECEDENTES

Los factores antecedentes son aquellos que incrementan el riesgo de que el sujeto emita una conducta violenta de forma prácticamente inmediata. Generalmente tienen carácter dinámico y en consecuencia se pueden modificar e incluso eliminar si son identificados precozmente y se toman las medidas oportunas. No obstante algunos de los Predisponentes pueden actuar también como Antecedentes, p.e. la presencia del menor ante actos violentos contra su madre producidos inmediatamente antes de salir hacia el colegio, puede provocar conductas agresivas en la escuela sin que allí se produzca ningún antecedente previo a su acción.

El PRVD/IP incluye seis factores antecedentes y un ítem abierto para registrar cualquier otro que el profesional considere significativo. Los seis pueden identificarse en la escuela pero, puesto que en algunos casos, pueden actuar otros que no es posible identificarlos, se incluye uno más para registrar esta posibilidad.

FACTORES REFORZADORES

Los factores reforzadores, también llamados mantenedores, son aquellos que se producen después de la acción violenta y que generan satisfacción al sujeto, induciéndole a reproducirla en posteriores ocasiones. Todos ellos tienen carácter dinámico.

El PRVD/IP incluye siete factores reforzadores y un ítem abierto para registrar cualquier otro que el profesional considere significativo. Todos ellos pueden ser identificados desde la escuela.

D. FACTORES DE PROTECCIÓN

El GVPD/IP agrupa los factores de protección en cuatro categorías: personales, familiares, escolares y socioculturales. Cada una de ellas contiene cinco ítems más uno abierto para registrar cualquier otro que el profesional considere oportuno.

Tanto en las tablas de factores de riesgo como de protección, las respuestas se codifican en tres categorías:

- Presente
- Ausente
- Sin información.

E. VALORACIÓN DEL PROFESIONAL

El GVPD/IP se enmarca en el paradigma de las valoraciones profesionales estructuradas pero, al igual que la mayoría de instrumentos de este grupo, no propone un número mínimo de indicadores para determinar el nivel de riesgo de violencia futura, al estilo del DSM con los trastornos mentales, ni tampoco ofrece los típicos baremos psicométricos de los tests estandarizados. No se plantea la determinación cuantitativa del riesgo de delincuencia futura del menor, sino la concreción de los factores de riesgo que actualmente incitan y mantienen sus actos violentos, así como los factores de protección que los pueden disminuir o eliminar. Todo ello con la finalidad de facilitar el diseño de programas de intervención en los tres sistemas más cercanos al menor: su familia, su escuela y su barrio. Asume una visión multidimensional (conductual, cognitiva, emocional y social) y multiprofesional (orientadoras/es, maestras/os, técnicas/os de servicios sociales y, en su caso, psiquiatras y psicólogas/os clínicos). Es por ello imprescindible poder establecer estrategias de coordinación ágiles y desburocratizadas entre todas estas instancias: escuela, servicios sociales y atención médica especializada. Acciones coordinadas

y colaborativas eficientes que, aunque lideradas desde la escuela, no otorguen prevalencia terapéutica a ninguna de las tres, la actuación en red de todas ellas incrementará sustancialmente la probabilidad de eficacia.

El hecho de que en algún caso haya presencia de un mayor número de indicadores de riesgo no supone, necesariamente, como ya se ha indicado, que haya mayor probabilidad de cometer actos anti-sociales y delictivos en un futuro, por lo que el/la profesional de la orientación escolar deberá ser especialmente cuidadoso con esta cuestión y valorar, no sólo la cantidad de indicadores, sino la frecuencia e intensidad de los mismos así como los posibles efectos debidos a sus interacciones.

Como ya se ha dicho con anterioridad el objetivo del PRVD/IP no es la predicción, sino la reducción de los efectos de los indicadores de riesgo predisponentes, la modificación de antecedentes concretos que preceden a la conducta violenta y los reforzadores que la mantienen, pero también el incremento de la influencia de los factores protectores y la incorporación de otros nuevos. Por lo cual el instrumento contiene un diseño básico de programa de intervención en el que, acompañando a los elementos de riesgo y de protección detectados, se reflejan las estrategias y técnicas concretas que cada profesional considere oportuno utilizar en cada caso y los agentes responsables de su aplicación.

GVPD/IP
GESTIÓN DE LA VIOLENCIA Y PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA
DESDE LA EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Alumno/a _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Curso _____
 Fecha primera valoración: _____ Revisiones _____
 Centro escolar: _____ Localidad _____

REPERTORIO CONDUCTUAL DE RIESGO	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Acciones violentas reiteradas contra objetos			
Agresiones físicas a los iguales			
Conductas desafiantes con el profesorado			
Agresiones verbales al profesorado			
Agresiones físicas al profesorado			
Escapada del colegio, o intento, al menos una vez			
Inspira temor a sus iguales			
Conductas sexuales impropias de su edad			
Autolesiones: golpes en la cabeza, mordiscos, pequeños cortes, etc.			
Otros			

ACCIONES VIOLENTAS	
EN CASA	
EN LA CALLE	

FACTORES DE RIESGO

FACTORES PREDISPONENTES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Maltrato durante los primeros meses de vida y/o actualmente			
Separación temprana de los cuidadores principales			
Estilo educativo parental permisivo, autoritario o negligente			
Exposición a violencia en el hogar			
Exposición a violencia en el entorno social			
Actos delictivos de algún miembro de la familia			
Abusos sexuales recibidos			
Otros			

FACTORES ANTECEDENTES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Cuando cree que algún compañero/a se le está burlando			
Discrepancias verbales con alguno de sus compañeros/as			
Cuando le insultan, o cree que le insultan sin ser cierto			
Cuando la maestra no le da la razón			
Cuando no sabe realizar una tarea académica			
Cuando pierde en algún juego			
Antecedente no identificado			
Otros			



FACTORES REFORZADORES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Se siente protagonista ante sus iguales			
Sensación de poder ante sus iguales, se le respeta más			
Sensación de poder ante el profesorado			
El coste de su violencia no tiene efectos desagradables			
El dolor generado a los demás no le afecta emocionalmente			
Inhibición o apoyo de la familia frente al profesorado			
Apoyo de la familia frente a las familias de los agredidos/as			
Otros			

FACTORES DE PROTECCIÓN



PERSONALES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Capacidad de autocontrol			
Deseo de mejorar sus conductas perturbadoras			
Capacidad de esfuerzo en el logro de metas			
Capacidad para respetar acuerdos			
Presencia de empatía: consciencia del daño que ocasiona			
Otros			

FAMILIARES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Vínculo con algún miembro de la familia que le ayuda incondicionalmente			
Respeto de la familia a las actuaciones del profesorado			
Aceptación de las dificultades de autorregulación de la conducta de su hijo/a			
Cumplimiento de las recomendaciones que los profesionales dan a la familia			
Actividades lúdicas, deportivas y/o artísticas conjuntas en familia			
Otros			

ESCOLARES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Deseo de mejorar su rendimiento académico			
Presencia de al menos una maestra/o del colegio dispuesto a ayudarle incondicionalmente			
En su clase hay al menos un alumno/a dispuesto y capacitado para ayudarle			
Muestra especial habilidad en alguna de las tareas escolares			
Acude complacido a las actividades extraescolares y se comporta adecuadamente en ellas			
Otros			

SOCIALES

	PRESENTE	AUSENTE	SIN INFORMACIÓN
Atención social profesional de entidades públicas y/o privadas			
Amistades no conflictivas fuera del colegio			
Práctica regular de algún deporte, preferentemente en equipo			
Práctica de actividades artísticas: teatro, baile, música, pintura...			
Participa en algún grupo de excursionismo, tareas solidarias, ...			
Otros			

Parte 2: INTERVENCIÓN DESDE INFANTIL Y PRIMARIA

A. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Existe amplia evidencia empírica de que la mayor parte de los adolescentes que presentan graves problemas de conducta ya mostraron dificultades comportamentales durante su infancia (Lahey, Loeber, Quay, Frick y Grimm, 1992; Loeber et al., 1993; Webster-Stratton y Taylor, 2001). Los problemas de conducta «menores»: mal genio, rabietas, desobediencia, testarudez, mentiras, a menudo antecedan a actos violentos más severos: robo, vandalismo. (González, A.; Fernández, J.R y Secades, R. 2004). De hecho, algunas investigaciones han demostrado que a los seis años (Loeber et al., 1993) e incluso por debajo de esta edad (Webster-Stratton y Taylor, 2001) ya pueden identificarse futuros adolescentes violentos con una fiabilidad aceptable. Los programas de intervención temprana sobre los factores de riesgo de emisión de conductas violentas producen mejores resultados que la intervención posterior (Ialongo, N. et al. 2001).

Desde una visión puramente económica James J. Heckman, Premio Nobel de Economía en 2000, llegó a resultados similares tras su valoración de los datos sobre el desarrollo humano en los Estados Unidos, constatando que el mayor retorno de las inversiones en el desarrollo de los seres humanos está en el período preescolar. El retorno de las inversiones en la edad adulta es muy bajo y, a veces, inexistente. En la adolescencia la intervención es algo más efectiva, pero se mantiene en niveles bajos, en la edad escolar aumenta la probabilidad de éxito, pero es en la etapa de Educación Infantil donde se deberían centrar los mayores esfuerzos y recursos en la prevención de la violencia y de la delincuencia, puesto que la intervención en esos primeros años de la vida es donde se alcanza el mayor retorno de las inversiones realizadas (Heckman, 2016).

Así pues hay suficiente evidencia empírica, desde diferentes ámbitos científicos, para asegurar que la intervención temprana es la que ofrece mayores probabilidades de eficacia.

La visión clínica más tradicional presupone que la intervención directa con el menor puede resolver su propensión a la violencia. Suele utilizar técnicas psicológicas bajo el paradigma cognitivo-conductual, propiciando un cambio de comportamientos (modificación de conducta) y de cogniciones (reestructuración cognitiva); en ocasiones acompañada de la adquisición de mayores competencias emocionales (autocontrol, empatía), pero hay evidencia empírica de que si no va acompañada de otras actuaciones reeducativas en los entornos familiar y escolar, sus efectos son poco duraderos y no se generalizan a otros escenarios. (Bierman, 1989). En la Comunidad Valenciana funcionó durante varios años un “Servicio de Atención Psicológica Externa” (SAPE) al que se derivaba al alumnado con problemas conductuales desde los centros públicos de enseñanza obligatoria. Eran atendidos por psicólogas y psicólogos clínicos especializados, a razón de 10-15 sesiones individuales, a veces también participaban otros miembros de la familia, de 60-90 minutos de duración cada una. Al finalizar la experiencia Latorre, A. et. al. (2010) publicaron un libro en el que, además de incluir un amplio repertorio de los protocolos y materiales utilizados, funcionamiento del servicio, etc., refirieron cinco de los casos tratados de edades comprendidas entre los 5 y los 13 años. Pues bien, en solo uno de ellos la maestra-tutora del colegio informó de mejoras de sus conductas violentas en la escuela. Casualmente este niño, de 13 años, había estado internado en centros de acogida de la Generalitat desde los 6, pero recientemente la Administración le había permitido volver a vivir con su madre. ¿Tuvo mayor influencia en la mejora de sus conductas las sesiones terapéuticas o la reanudación del contacto directo con su madre?. No se pretende con el planteamiento de esta duda infravalorar la eficacia de la psicología clínica y de la psiquiatría (todos los casos mencionados en esta publicación recibían tratamiento farmacológico), sino reflejar que la intervención exclusiva con el menor, clínica o psiquiátrica, siendo necesaria en la mayor parte de los casos, es claramente insuficiente. La literatura especializada que revisa la eficacia de estas

intervenciones exclusivamente clínicas señala que son menos eficaces que las intervenciones familiares en la promoción y desarrollo de la competencia social y en la reducción de problemas conductuales (Taylor, Eddy y Biglan, 1999, en González, A.; Fernández, J.R y Secades, R. 2004).

En otro lugar ya nos pronunciamos sobre la defensa de un modelo multidimensional y multiprofesional de intervención en menores con dificultades de autorregulación de sus conductas, con un marcado carácter socio-psicopedagógico (Prieto, V. y Albert, A, 2016) que, liderado por la institución escolar, posibilite la adopción de medidas pedagógicas en la familia en colaboración con otros estamentos sociales. Medidas a aplicar en la propia escuela (tanto en el aula como fuera de ella), directas con el propio menor (maestras y orientadoras escolares), complementadas con intervenciones de carácter clínico y farmacológicas, cuando sean estrictamente necesarias. Varios estudios longitudinales y algunos programas de prevención demuestran que las tasas de delincuencia, abuso de sustancias y ajuste escolar, se reducen con este tipo de intervenciones combinadas (González, A.; Fernández, J.R y Secades, R. 2004).

La propia ONU en el punto 20 de su Informe del “Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental” (2017) señala que: *“El modelo psicosocial ha surgido como una respuesta, con base empírica, al paradigma biomédico. Es un modelo que va más allá de los factores biológicos (sin excluirlos) y entiende las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental o como factores positivos que contribuyen al bienestar. Para que un sistema de salud mental sea respetuoso con el derecho a la salud debe huir de la suposición arbitraria de que las intervenciones biomédicas son las más eficaces”.*

Las ventajas de este modelo, desde el liderazgo del ámbito escolar, son superiores a las que puedan ofrecer el ámbito estrictamente social o médico-clínico, en primer lugar porque la relación adecuada con los iguales es uno de los factores de protección más potentes, capaz incluso de compensar las actuaciones erróneas de los progenitores (Harlow, H.1958) y es la escuela el entorno social donde mejor se puede aprovechar esta circunstancia. En segundo lugar porque la acción pedagógica de las maestras y los maestros es diaria, la intervención especializada de las orientadoras cercana y sin las típicas batas blancas asociadas a la enfermedad. En tercer lugar, dado que la escuela es un espacio educativo al que acuden todas las familias con sus hijos e hijas, carece del estigma que puedan tener los servicios sociales (de imprescindible intervención en la mayor parte de los casos) o de las unidades psiquiátricas de los hospitales. En cuarto lugar porque este tipo de intervención combinada se puede iniciar a partir de los dos o tres años de edad del menor, antes de que los problemas conductuales detectados lleguen a cronificarse y progresen a comportamientos violentos más severos (González, A.; Fernández, J.R y Secades, R. 2004). En quinto lugar porque se acepta el principio de que la acción pedagógica adecuada, incluyendo la relación con las materias académicas, es terapéutica. Y en sexto, y último lugar, porque las instituciones educativas son las únicas en las que se puede mantener la intervención ininterrumpidamente, día a día, hasta la finalización de su escolarización obligatoria.

Las estrategias y técnicas a aplicar deben ser de índole conductual, cognitiva, emocional y social, a concretar en cada caso específico, pero ninguna de ellas será efectiva si no hay un esfuerzo por parte de los profesionales intervinientes de ver más allá de las conductas violentas de estos niños y niñas, como también de comprensión de las circunstancias de vida de sus familias y sus consecuencias en las pautas de crianza utilizadas. Culpabilizar a los padres, madres o al propio alumno o alumna, no escucharles, tratarles con las mismas faltas de respeto con las que suelen tratar a los demás, expulsarlos de los colegios devolviéndolos a los entornos hostiles que suelen frecuentar, son también factores de riesgo que propiciarán, en un futuro más o menos cercano, la emisión de actos delictivos.

CONDUCTAS DE RIESGO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	AGENTES DE INTERVENCIÓN
Se registrarán todas las que se hayan detectado en la valoración del GVPD/IP.	Seleccionar técnicas específicas de intervención adaptadas a cada caso.	Profesionales de la escuela que van a intervenir y protocolo de coordinación con la familia.
FACTORES PREDISPONENTES	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	AGENTES DE INTERVENCIÓN
Se registrarán todos los que se hayan detectado en la valoración del GVPD/IP.	Para a cada uno de estos factores se seleccionarán estrategias y técnicas específicas de intervención.	Concretar las instancias y los profesionales que van a intervenir y protocolo de coordinación.
FACTORES ANTECEDENTES	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	AGENTES DE INTERVENCIÓN
Se registrarán todos los que se hayan detectado en la valoración del GVPD/IP.	Para a cada uno de estos factores, se seleccionarán estrategias y técnicas específicas para su eliminación.	Profesionales de la escuela que van a intervenir y protocolo de coordinación con la familia.
FACTORES REFORZADORES	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	AGENTES DE INTERVENCIÓN
Se registrarán todos los que se hayan detectado en la valoración del GVPD/IP.	Para a cada uno de los reforzadores que estén manteniendo la conducta violenta, se seleccionarán técnicas específicas para eliminarlos.	Profesionales de la escuela que van a intervenir y protocolo de coordinación con la familia.
FACTORES DE PROTECCIÓN	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	AGENTES DE INTERVENCIÓN
Se registrarán todos los que se hayan detectado en la valoración del GVPD/IP.	Se potenciarán los factores de protección actualmente presentes. Se procurará la inclusión de nuevos factores de protección, actualmente ausentes.	Concretar las instancias y los profesionales que van a intervenir y los protocolos de coordinación entre todas ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema Vol. 22*, nº 3, 403-409
- Bandura, A. (1970). Teoría del aprendizaje social (1987, en español). *Madrid. Espasa Calpe*.
- Bierman, K.L. (1989). Improving the peer relationships of rejected children. En Lahey, B.B. y Kazdin A.E. (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology. Vol.12. New York: Plenum Press*.
- Borum, R., Bartel, P., y Forth, A. (2003). Structured assessment of violence risk in youth. *Professional manual*. Oxford: Pearson.
- Burgess, E.W. (1928). Is prediction feasible in social work?. An inquiry based upon a sociological study of parole records. *Social Forces (1)*, 533-545.
- Carbonell, A; Gil-Salmerón, A. y Margaix, E. (2016). Evaluación del riesgo de reincidencia en menores infractores: herramientas para la mejora de estrategias reeducativas en España. *Revista Internacional de trabajo social y bienestar, nº 5*, 79-88
- Cohen, M.L., Groth, A.N. y Siegel, R. (1978). The clinical prediction of dangerousness. *Crime & Delinquency, 24(1)*, 28-39.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., y Bouman, Y. (2011). SAPROF. Manual para la valoración de los factores de protección para el riesgo de violencia. Utrecht: *Forum Educatief*.
- De Vries Robbé, M., Geers, M., Stapel, M., Hilterman, E y De Vogel, V. (2015). Structured Assessment of Protective Facots of violence risk-Youth Version (SAPROF-YV). Utrech. Holanda: Van der Hoeven Klinick.
- Glueck, S. y Glueck, E. (1950). Unraveling juvenile delinquency. *Cambridge, MA: University Press*.
- González, A.; Fernández, J.R. y Secades, R. (2004) Definición y concepto de menor en riesgo Cap. 1 de *Guía para la detección y la intervención temprana con menores en riesgo. Gijón. Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias*. 15-55.
- Harlow, H.F. (1958). "The Nature of Love". University of Wisconsin. First published in *American Psychologist*, 13, 673-685. Posted March 2000.
- Hart, H. (1923). Predicting parole success. *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology 14 (3)*, 405-413
- Heckman, J. (2016). Evaluating Social Programs. *Universidad de Chicago*.
- Healy, W (1913), Present day aims and methods in studying the offender, *Journal of Criminal Law and Criminology, 4 (2)*, 204-211.
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders, 9*, 146-160.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J. y Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*, 539-546.
- Latorre, A.; Teruel, J. y Bisetto, D. (2010). Trastornos de conducta. Estrategias de intervención y casos prácticos. *València. Publicacions de la Universitat de València*.
- Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B.B., Green, S.M. y Thomas, C. (1993). Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child*

- Psychology*, 21, 377-410.
- Loftus, A.P. (1974). Predicting recidivism using the Glueck social prediction scale with male first offender delinquents. *Australian and New Zeland Journal of Criminology*, 7 (1), 31-43.
- Loinaz, I. (2017). Manual de evaluación del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación. Madrid. Pirámide
- Marina, J.A. (2012). Resiliencia y vulnerabilidad.
<https://www.joseantoniomarina.net/articulo/resiliencia-y-vulnerabilidad/>
- Monachesi, ED. (1950). American Studies in de prediction of recidivism. *Journal of Criminal Law and Crimiminology*, 41 (3), 268-289
- Monahan, J. (1981), The clinical prediction of violent behaviour. *Washington, DC: U.S. Government Printing Office*.
- Navarro-Pérez J.J. y Pastor-Sellerb, E. (2017). Factores dinámicos en el comportamiento de delincuentes juveniles con perfil de ajuste social. Un estudio de reincidencia. *Psychosocial Intervention. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Volumen 26 N° 1.
- Organización de Naciones Unidas (2017). Consejo de derechos humanos. Informe del “Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”. 35º período de sesiones. Tema 3 de la Agenda. 6 a 23 de junio de 2017.
- Prieto, V. y Albert, A. Intervención en casos de violencia escolar en el marco del Plan PREVI en la provincia de Valencia. *Revista del Consejo Escolar de la Comunidad de Madrid*. Número 1, 20-25
- Schmidt, F., Campbell, M., y Houlding, C. (2011). Comparative analyses of the YLS/CMI, SAVRY, and PCL:YV in adolescent offenders: A 10-year follow-up into adulthood. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 9 (1), 23-42.
- Tibbitts, C. (1932). Reliability of factors used in predicting success of failure in parole, *Journal of Criminology*, 22(6), 844-853.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children. *Prevention Science*, 2, 165-192.
- Wenger, L. y Andrés-Pueyo, A. (2016). Tests forenses en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 37(2),107-117.

En conclusión, el papel del inspector de educación es clave en la supervisión y control de las medidas de atención a la diversidad en el alumnado TDAH, es fundamental que el docente y el orientador educativo tengan unas nociones básicas de neurociencia en este tipo de alumnado pues su preocupante aumento en el sistema educativo español, convierte la importancia de un diagnóstico riguroso, temprano y profesional de un neuropediatra de una especial necesidad. Como hemos visto a lo largo de este artículo estos alumnos cursan de un correlato biológico de manifiesta singularidad, un simple test de comportamiento no es suficiente para asumir la responsabilidad de medicar a un niño en edades tan tempranas. Docentes, orientadores y comunidad educativa han de recibir apoyo en su práctica diaria, y el inspector de educación no puede ser ajeno a esta realidad.

REFERENCIAS

- Artigas-Pallarés, J (2009): Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. Revista 49(11) rev neurol 2009;49:587-593
- Artigas-Pallarés, J. (2011). Trastorno de déficit de atención/hiperactividad. En: J. Artigas-Pallarés y J. Narbona (Eds.), *Trastornos del Neurodesarrollo* (pp. 365-408). Barcelona: Viguera.
- Barkley, Russell (2016). *Managing ADHD in school: the best evidence-based methods for teachers*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.
- Castellanos, FX.; Giedd, JN.; Berquin, PC., y cols. (2001): "Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with ADHD". *Arch Gen Psychiatry*, n.º 58, pp. 289-295. Cunill, R., Castells, X. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica*, 144, 8, 370-375.
- Carballo Márquez A & Portero Tresserra, M (2018). *Neurociencia y educación; 10 ideas clave en la aportación al aula*. Editorial Grao. 2018.
- Ferré Veciana, J & Aribau Monton, E (2002): *El desarrollo neurofuncional del niño y sus trastornos: visión, aprendizaje y otras funciones cognitivas*. Barcelona Lebón, 2002
- Ferre, J., Ferré, M. (2008). *La otra cara de la hiperactividad. Diagnóstico y tratamiento de un síndrome multicausal y multifactorial*. Lebón: Barcelona.
- Ferré Veciana J & Ferré Rodríguez, M *Neuro-psico-pedagogía infantil. Bases neurofuncionales del aprendizaje cognitivo y emocional*. Lebon Barcelona
- Gawrilow C., Gollwitzer P. M., y Oettingen G. (2011): "If-then plans benefit delay of gratification performance in children with and without ADHD". *Cognitive Therapy and Research*, 35, 442-455
- Hoogman M. et al. (2017): "Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis". *Lancet Psychiatry* 4(4), 310-319.
- Ma J. K. et al. (2015): "Four minutes of in-class high-intensity interval activity improves selective attention in 9- to 11-year olds". *Applied Physiology Nutrition and Metabolism* 40, 238-244.
- O'Brien JW1, Dowell LR, Mostofsky SH, Denckla MB, Mahone EM: (2010). *Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Arch Clin Neuropsychol*. 2010 Nov;25(7):656-70. doi: 10.1093/arclin/acq050. Epub 2010 Jul 16.
- Rueda M. R., Conejero A. y Guerra S. (2016b): "Educar la atención desde la neurociencia". *Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana* 53(1), 1-16.

- Sarver D. E. et al. (2015): "Hyperactivity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Impairing deficit or compensatory behavior?" *Journal of Abnormal Child Psychology* 43(7), 1219-1232..
- Sousa D. (2002): *Cómo aprende el cerebro*. Corein Press,INC. Thousand Oaks, California. 2002
- Stylianou M. et al. (2016): "Before-school running/walking club: effects on student on-task behavior". *Preventive Medicine Reports* 3, 196-202.
- Taylor A.F. y Kuo F.E. (2009): "Children with attention deficits concentrate better after walk in the park". *Journal of Attention Disorders* 12, 402-409.
- Teicher MH.,Anderson CM, et all (2002): *Effects of methylphenidate on functional magnetic resonance relaxometry of the cerebellar vermis in boys with ADHD*. *Am J Psychiatry* 159: 1322-1328