

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID FACULTAD DE EDUCACIÓN Y
TRABAJO SOCIAL
MÁSTER EN PROFESOR DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
OBLIGATORIA Y BACHILLERATO, FORMACIÓN Y
ENSEÑANZA DE IDIOMAS
CURSO ACADÉMICO 2024-2025**



**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
Propuesta de intervención de caso único (Trastorno del Espectro
Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y
Trastorno Negativista Desafiante)**

Especialidad: Orientación Educativa

Alumna: María Cano Santos

Tutora: Dra. María Julia Alonso García

Valladolid, junio del 2025

En coherencia con el valor de la igualdad de género, adoptado y promovido activamente por la Universidad de Valladolid (UVA), todas las denominaciones que en este trabajo se efectúan en género masculino, cuando no hayan sido sustituidos por términos genéricos, se entenderán hechas indistintamente en género masculino o femenino, buscando asegurar la inclusión y la equidad de género.

Resumen: Este trabajo de fin de máster desarrolla una propuesta de intervención psicopedagógica individualizada dirigida a un alumno de Educación Secundaria con diagnóstico comórbido de trastorno del espectro autista (TEA), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (TOD). La intervención se enmarca en un enfoque educativo inclusivo y preventivo, basado en principios del apoyo conductual positivo y en la normativa vigente de Castilla y León sobre atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

A partir de un estudio de caso, se lleva a cabo una evaluación psicopedagógica funcional que permite identificar conductas disruptivas, factores desencadenantes y funciones de dichas conductas. Aunque no se implementó directamente por motivos de tiempo, el diseño ofrece un modelo de intervención riguroso, adaptado y transferible a contextos educativos reales.

Esta propuesta evidencia la necesidad de actuaciones planificadas, sostenidas y coordinadas que integren el trabajo de los equipos de orientación, el profesorado y las familias, con el objetivo de promover la participación activa, la adaptación escolar y el bienestar socioemocional del alumnado con trastornos del neurodesarrollo en entornos inclusivos.

Palabras claves: intervención psicopedagógica, trastorno del espectro autista, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, conducta disruptiva, entornos inclusivos.

Abstract: This master's thesis develops a proposal for an individualized psycho-pedagogical intervention aimed at a secondary school student with a comorbid diagnosis of autism spectrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). The intervention is framed within an inclusive and preventive educational approach, based on the principles of Positive Behavioral Support (PBS) and the current regulations of Castilla y León regarding the care of students with specific educational support needs.

Based on a case study, a functional psycho-pedagogical assessment is carried out to identify disruptive behaviors, triggers and functions of such behaviors. Although it was not implemented directly due to time constraints, the design offers a rigorous intervention model, adapted and transferable to real educational contexts.

This proposal demonstrates the need for planned, sustained and coordinated actions that integrate the work of guidance teams, teachers and families, with the aim of promoting active

participation, school adaptation and socioemotional well-being of students with neurodevelopmental disorders in inclusive environments.

Keywords: psychoeducational intervention, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, disruptive behavior, inclusive environments.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	12
Trastorno del espectro autista.....	12
¿Qué es?.....	12
Etiología.....	13
Prevalencia.....	14
Criterios de diagnóstico.....	14
Diferencias relevantes en la educación secundaria.....	16
Trastorno negativista desafiante o de oposición desafiante.....	18
¿Qué es?.....	18
Etiología.....	18
Prevalencia.....	19
Criterios de diagnóstico.....	19
Trastorno de atención e hiperactividad.....	20
¿Qué es?.....	20
Etiología.....	21
Prevalencia.....	21
Criterios de diagnóstico.....	22
Comorbilidad TEA, TOD y TDAH.....	22
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	25
1. Estado de la cuestión.....	25
2. Justificación.....	26
3. Objetivos de la Intervención.....	27
3.1. Objetivo general.....	27
3.2. Objetivos específicos.....	27
4. Desarrollo.....	27
5. Datos del Alumno.....	29
5.1. Anamnesis y situación actual.....	29
5.2. Contexto familiar y social.....	30
5.3. Características del sujeto.....	31
5.4. Necesidades específicas detectadas.....	32
6. Identificación de la Conducta a Modificar.....	33
6.1. Descripción detallada de la conducta problema.....	33
6.2. Impacto de la conducta en el aprendizaje y en la dinámica del aula.....	34
6.3. Factores desencadenantes y consecuencias de la conducta.....	35
7. Destinatarios.....	35
8. Participantes.....	36
9. Recursos.....	36
9.1. Recursos materiales.....	36

9.2. Recursos humanos.....	36
9. 3. Recursos motivacionales y de refuerzo.....	37
10. Temporalización.....	37
11. Metodología.....	38
12. Diseño de la intervención.....	41
13. Evaluación y Seguimiento.....	45
13.1. Indicadores de éxito y criterios de evaluación.....	45
13.2. Posibles ajustes y adaptaciones en función de los resultados.....	46
14. Conclusiones y Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	52
Anexo 1. Resumen de programas de modificación de conducta.....	52
Anexo 2. Registro de conducta.....	56
Anexo 3. Resumen de temporalización.....	58
Anexo 4. Actividades para realizar en la intervención.....	60
Anexo 5. Tabla de recogida de datos.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	41
--------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Máster se enmarca dentro de la especialidad de Orientación Educativa del Máster en Formación del Profesorado de Secundaria de la Universidad de Valladolid. Su objetivo principal es diseñar, implementar y evaluar una propuesta de intervención individualizada dirigida a un alumno de Educación Secundaria con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Negativista Desafiante (TOD).

Esta intervención se desarrolla dentro del marco normativo establecido por la Orden EDU/1152/2010, de 3 de agosto, que regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo (NEAE) en los centros docentes de Castilla y León, y la Orden EDU/1054/2012, de 5 de diciembre, que regula la organización y funcionamiento de los Departamentos de Orientación en dicha comunidad. Ambas normativas subrayan la necesidad de una respuesta coordinada, individualizada y basada en la detección, planificación e intervención ajustada a las características del alumnado, asegurando su inclusión y el respeto a su diversidad.

El trabajo parte de una experiencia práctica que se empezó a desarrollar durante el periodo de prácticas del máster y se fundamenta en un enfoque educativo inclusivo, basado en el Apoyo Conductual Positivo (ACP). A lo largo del TFM se realiza un análisis funcional de la conducta del alumno, se identifican sus necesidades específicas y se plantea una intervención estructurada, adaptada a sus características cognitivas, emocionales y sociales.

La propuesta se estructura en tres fases (evaluación inicial, intervención directa y seguimiento) e incluye estrategias como el contrato de conducta, el uso de refuerzos positivos, técnicas de autorregulación emocional y el fortalecimiento de habilidades sociales.

La intervención tiene como finalidad favorecer la adaptación socioeducativa del alumno mediante el desarrollo de estrategias de autorregulación y mejora de las habilidades sociales. Para ello, se han diseñado actividades concretas, recursos específicos y un plan de acción temporalizado, acompañado de un sistema de evaluación continua que permite valorar los avances y realizar ajustes en función de los resultados obtenidos.

Este trabajo supone una aplicación práctica de las competencias adquiridas a lo largo del máster, y refleja el compromiso con una orientación educativa centrada en la equidad, la

inclusión y el bienestar del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, en consonancia con la normativa vigente en Castilla y León.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del desarrollo del TFM se han puesto en práctica numerosas competencias adquiridas durante el máster, tanto generales como específicas y propias del módulo de prácticas. La intervención diseñada refleja la aplicación integrada de dichos aprendizajes, como se detalla a continuación (Universidad de Valladolid, s.f.):

Competencias generales

G.2. Planificación, desarrollo y evaluación del proceso educativo.

Esta competencia se ha aplicado mediante la elaboración de un plan de intervención dividido en fases estructuradas, en las que se detallan actividades adaptadas al perfil del alumno. Se incluye un proceso de evaluación inicial y final, así como un seguimiento individualizado que permite ajustar las estrategias según las necesidades.

G.3. Gestión y transformación de la información en conocimiento útil.

Durante la elaboración de este TFM, se ha realizado una exhaustiva revisión de literatura científica, normativa y guías prácticas. Esta información ha sido analizada y transformada en una propuesta de intervención concreta, lo que culmina en la defensa oral del trabajo como muestra de la capacidad de comunicar dicho conocimiento de forma profesional.

G.5. Diseño de entornos de aprendizaje inclusivos.

La intervención tiene como eje central la creación de un espacio educativo emocionalmente seguro, accesible y respetuoso con la diversidad. A través de actividades orientadas al desarrollo emocional y la participación activa del alumno, se fomenta la igualdad de oportunidades y se potencia el sentido de pertenencia, con un enfoque de inclusión y justicia educativa.

Competencias específicas del módulo genérico

- E.G.1. Conocimiento del alumnado y su contexto.

Se ha realizado un análisis detallado del perfil del alumno, teniendo en cuenta sus características personales, sociales y familiares. Este diagnóstico contextualizado ha sido la base para personalizar la intervención.

- E.G.2. Comprensión del desarrollo personal y sus dificultades.

El trabajo incorpora un enfoque biopsicosocial que permite entender cómo el TEA, el TDAH y el TOD impactan en el aprendizaje, la conducta y las habilidades sociales del alumno, integrando perspectivas teóricas y prácticas en el diseño de las actividades.

- E.G.4. Planificación de respuestas individualizadas.

La intervención se basa en una respuesta individualizada a un alumno, fundamentándose en metodología contrastada como es el apoyo conductual positivo, adaptando los contenidos y las estrategias al ritmo y capacidad del alumno.

Competencias específicas del módulo específico

- E.E.1. Valor formativo de la orientación educativa.

El TFM destaca el papel esencial de la orientación como motor para la inclusión y el acompañamiento del alumnado con NEAE. Se enfatiza una atención integral que considera el desarrollo emocional, cognitivo y social del alumno.

- E.E.5. Prevención, evaluación y orientación en problemas de convivencia.

La fundamentación teórica del trabajo se apoya en literatura científica actualizada, legislación educativa vigente y buenas prácticas orientativas. Esto permite diseñar respuestas eficaces ante conductas desajustadas y construir entornos de apoyo.

- E.E.15. Conocer y emplear metodologías y técnicas básicas de investigación y evaluación educativas.

Las propuestas de intervención se apoyan en fundamentos científicos y pedagógicos sólidos, garantizando su viabilidad en contextos reales. Esta aplicación práctica de los conocimientos adquiridos refleja el dominio del marco teórico del máster.

Competencias del módulo Practicum y TFM

- E.P.1. Experiencia práctica en planificación y evaluación.

La intervención diseñada constituye una experiencia completa de planificación, aplicación y evaluación en un entorno educativo real, permitiendo la transferencia directa de los conocimientos teóricos a la práctica profesional.

- E.P.3. Habilidades sociales para el aprendizaje y la convivencia.

A lo largo del proceso se han desarrollado destrezas de comunicación efectiva y escucha activa, esenciales para trabajar con el alumnado, el equipo docente y las familias en situaciones de alta complejidad emocional y conductual.

- E.P.4. Participación en propuestas de mejora.

El trabajo constituye una propuesta innovadora de mejora educativa, centrada en la inclusión del alumnado con necesidades educativas específicas mediante estrategias preventivas y restaurativas aplicables en contextos similares.

- E.P.6. Evaluación psicopedagógica y asesoramiento.

La propuesta evidencia la capacidad para realizar una evaluación psicopedagógica funcional, así como para asesorar a docentes y familias, articulando las medidas de apoyo necesarias desde una perspectiva orientadora, inclusiva y colaborativa.

Los objetivos de este trabajo de fin de máster son los siguientes:

Objetivo general: Diseñar una propuesta de intervención educativa individualizada en un alumno de Educación Secundaria diagnosticado con TEA, TDAH y TOD.

Objetivos específicos:

1. Estudiar el trastorno del espectro autista.
2. Estudiar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad
3. Estudiar el trastorno oposicionista desafiante
4. Revisar la literatura disponible sobre el tema
5. Estudiar caso único
6. Diseñar una propuesta de intervención

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Trastorno del espectro autista

¿Qué es?

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido definido desde diversos paradigmas teóricos, generando diversos modelos explicativos. Actualmente se entiende como un trastorno complejo del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la interacción social, la comunicación y la presencia de comportamientos repetitivos o restringidos (Alonso y Martínez, 2025)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha sido una referencia fundamental en la clasificación y diagnóstico del TEA. Con el paso del tiempo, su clasificación ha evolucionado de un modelo multiaxial a uno dimensional, adoptando el concepto de “espectro” para englobar diferentes manifestaciones clínicas con rasgos en común. Se reconoce la posibilidad de comorbilidad y la coexistencia de características con otros trastornos fuera del espectro autista.

En las décadas de 1950 y 1960, el autismo era considerado un síntoma de la esquizofrenia. En 1980 se comienza a hablar de autismo infantil, y el DSM-III lo incluyó como un trastorno diferenciado. Posteriormente, el DSM-IV-TR (2000) estableció cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): 1. Trastorno autista, 2. Trastorno de Rett, 3. Trastorno desintegrativo infantil, 4. Trastorno de Asperger y 5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En la penúltima versión, el DSM-5 (2013), se eliminó el término de trastornos generalizados del desarrollo, optando por el concepto de TEA bajo un modelo continuo que enfatiza la severidad de los síntomas. El síndrome de Asperger dejó de considerarse una entidad independiente y pasó a formar parte del espectro autista según su gravedad. Asimismo, el síndrome de Rett fue excluido y se eliminaron las categorías de trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En la actualización del DSM-5-TR (2022), se realizaron modificaciones en el criterio A del diagnóstico, relativo a los déficits persistentes en la comunicación e interacción social

(Bradley, Noble y Hendricks, 2023). Ahora se establece que deben cumplirse los tres criterios específicos:

1. Déficits en la reciprocidad socioemocional.
2. Déficits en las conductas comunicativas no verbales.
3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

Esta revisión ha permitido una mayor precisión en la identificación de casos, estableciendo con mayor claridad los criterios de diagnóstico.

Etiología

La búsqueda de una etiología clara ha sido compleja yendo desde explicaciones psicodinámicas, que responsabilizaban a las figuras parentales, a modelos biológicos y multifactoriales. Actualmente, las investigaciones han avanzado en la identificación de biomarcadores, estudios genéticos y técnicas de neuroimagen. Diversos estudios han identificado marcadores genéticos en múltiples cromosomas, especialmente en familias con más de un hijo diagnosticado con TEA. A su vez, se han analizado alteraciones en neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina, así como diferencias en el crecimiento neuronal y tamaño cerebral. No obstante, estas investigaciones se centran en correlaciones con la sintomatología más que en una causa definitiva.

Es importante destacar que diversos estudios científicos han desmentido la hipótesis que relaciona la aparición con la administración de vacunas, descartando esta teoría como causa. Del mismo modo, no se ha demostrado que factores como la intolerancia alimentaria, los trastornos metabólicos o la acumulación excesiva de metales pesados en el organismo sean responsables de su aparición. No obstante, la investigación continúa centrada en el análisis de posibles factores de riesgo ambientales. Entre estos se encuentran aspectos como la nutrición materna durante el embarazo, la exposición a contaminantes ambientales y a sustancias químicas, las infecciones perinatales, la prematuridad, el bajo peso al nacer y la edad avanzada de los progenitores. (Alonso y Martínez, 2025)

A pesar de estos avances, la etiología del TEA sigue siendo objeto de estudio y debate en la comunidad científica.

Prevalencia

El primer caso de autismo fue diagnosticado en 1943, y desde entonces su prevalencia se ha ido conociendo más a nivel mundial, subiendo así los casos diagnosticados. Determinar con precisión la prevalencia del TEA es fundamental para la planificación de recursos y servicios adecuados a las necesidades de las personas diagnosticadas y sus familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 0.76% de los niños a nivel global presentan un diagnóstico de TEA, con una mayor incidencia en países desarrollados. (Issac et al., 2025)

Los cambios en los criterios de diagnóstico han contribuido al incremento de casos identificados, junto con una mayor concienciación social y formación de los profesionales de la salud. Se ha observado una mayor prevalencia en varones, aunque las diferencias en los patrones de manifestación en niñas podrían estar influyendo en una menor detección en este grupo.

El aumento de diagnósticos también se relaciona con la estandarización de los criterios clínicos, la promoción de la detección temprana y el acceso a servicios de asesoramiento y evaluación. Factores ambientales y estudios genéticos desempeñan un papel relevante en la identificación de riesgos y la mejora de las predicciones de TEA.

En definitiva, el TEA es uno de los trastornos del neurodesarrollo infantil, y su estudio continúa evolucionando con el objetivo de comprender mejor sus causas, diagnóstico y posibles intervenciones.

Criterios de diagnóstico

Siguiendo los criterios de diagnóstico establecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR, 2022), se consideran las siguientes características esenciales para el diagnóstico:

A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, como se manifiesta en todo lo siguiente, actualmente o en la historia:

1. Déficits en la reciprocidad socioemocional, que van, por ejemplo, desde un enfoque social anormal y el fracaso de una conversación normal de ida y vuelta;

a un intercambio reducido de intereses, emociones o afecto; a la falta de iniciar o responder a las interacciones sociales.

2. Déficit en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social, que van, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal mal integrada; a anomalías en el contacto visual y lenguaje corporal o déficit en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresiones faciales y comunicación no verbal.
3. Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para adaptarse a diversos contextos sociales; a las dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos; a la falta de interés en los compañeros.

B. Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestados por al menos dos de los siguientes, actualmente o en el historial:

1. Movimientos motores estereotipados o repetitivos, uso de objetos o el habla (p. ej., estereotipias motoras simples, alinear juguetes o voltear objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la uniformidad, adhesión inflexible a las rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., angustia extrema ante los pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar la misma ruta o comer la misma comida todos los días).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en intensidad o enfoque (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos insólitos, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hiporreactividad a la información sensorial o interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual con las luces o el movimiento) .

C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (pero es posible que no se manifiesten por completo hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en etapas posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. Estos trastornos no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global del desarrollo. El trastorno del desarrollo intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coexisten; Para hacer diagnósticos comórbidos de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado para el nivel de desarrollo general. (American Psychiatric Association, 2022, pp. 211–213)

Se debe especificar la gravedad en función de la necesidad de apoyo de la persona, si va acompañada de deterioro intelectual y/o deterioro del lenguaje, si está asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o factor ambiental y si está asociado con un problema del neurodesarrollo, mental o conductual.

Por último, es fundamental tener en cuenta que el trastorno del desarrollo intelectual y el TEA coexisten con frecuencia, presentando una alta tasa de comorbilidad. Asimismo, para establecer un diagnóstico comórbido de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo intelectual, es necesario que las alteraciones en la comunicación social se sitúen por debajo de lo esperado en relación con el nivel general de desarrollo. (APA,2022).

Diferencias relevantes en la educación secundaria

Los estudiantes con TEA se enfrentan a desafíos particulares en la educación secundaria que los distinguen de sus compañeros neurotípicos. Estas diferencias se manifiestan especialmente en áreas como las habilidades sociales y la vulnerabilidad al acoso escolar.

- Problemas de habilidades sociales

Las dificultades en la comunicación y la interacción social son características centrales del TEA, lo que puede conducir al aislamiento y aumentar el riesgo de sufrir acoso escolar. Un

estudio piloto realizado en Chile encontró una correlación significativa entre el bullying y la ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. Además, se observó que ciertas dimensiones de la competencia social, como la reevaluación cognitiva y la eficacia social, están asociadas a la ideación suicida en esta población (Figueroa Saavedra et al., 2023).

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las competencias sociales en adolescentes con TEA para prevenir situaciones de acoso y sus posibles consecuencias negativas. La intervención temprana en habilidades sociales podría mitigar el riesgo de bullying y mejorar el bienestar emocional de estos estudiantes.

- Otras dificultades

La adquisición de aprendizajes curriculares y la adaptación a la rutina escolar pueden verse también seriamente afectados. Además, los intereses y actividades del alumnado, que a menudo pueden percibirse como obsesivos, pueden limitar su participación y dar lugar a conductas poco adaptativas. Esto puede dificultar la adecuación de su comportamiento al entorno educativo y, si no se implementan medidas de apoyo que fomenten la comprensión del contexto, podría reducirse su interacción y participación con las personas del centro.

En el ámbito escolar, muchas personas con TEA también presentan otros trastornos, como el del desarrollo intelectual o el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Además, se reconoce que ciertas conductas problemáticas pueden surgir como respuesta a un entorno poco comprensible para ellos o con un exceso de estímulos sociales y ambientales. Estas situaciones pueden generar conductas disruptivas o una desconexión social, lo que refuerza la necesidad de adaptar el contexto educativo a sus características para favorecer su bienestar y participación. (Corrales, 2024)

Los estudiantes con TEA presentan dificultades en las funciones ejecutivas, lo que afecta habilidades como la planificación, la organización, la toma de decisiones y el control de impulsos, dificultando la gestión del tiempo y la realización de tareas académicas que requieren estos procesos (García Carmona et al., 2024). Estos obstáculos también influyen en el aprendizaje de habilidades académicas específicas, especialmente en áreas como matemáticas y lectura, donde los problemas de procesamiento sensorial y de información pueden interferir en la comprensión y aplicación de conceptos, impactando su desempeño escolar.

El DSM-5-TR (2022) introduce dos cambios que pueden tener un impacto positivo en el ámbito educativo. Por un lado, establece que los déficits en la comunicación e interacción social deben manifestarse en todos los aspectos de esta categoría, lo que contribuye a una mayor claridad tanto en el diagnóstico clínico como en la intervención educativa, al orientar la atención hacia las áreas específicas de dificultad. Por otro lado, subraya la necesidad de considerar las posibles comorbilidades con otros diagnósticos cuando sean relevantes, sin que se conviertan en especificadores diagnósticos obligatorios, como era en la anterior versión.

Trastorno negativista desafiante

¿Qué es?

El trastorno de oposición desafiante o negativista desafiante (a partir de ahora referido con las siglas TOD) está clasificado dentro de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta en la última edición del DSM, el DSM-V TR. (APA, 2022) Esta clasificación lo incluye en un tipo de trastornos caracterizados por problemas de autocontrol en las emociones y en los comportamientos, manifestando acciones que violan los derechos de los demás y llevan al individuo a tener conflicto con las normas sociales o figuras de autoridad.

Se considera un trastorno perturbador del comportamiento que implica un patrón continuado de estado de ánimo irascible/irritable, comportamiento desafiante/discutidor y vengativo. Suele aparecer antes de los 8 años, aunque puede diagnosticarse tanto en niños como en adultos.

Etiología

Su desarrollo parece surgir de la interacción de factores genéticos y ambientales, y se entiende que los mecanismos integrados en las relaciones sociales contribuyen a su mantenimiento. (APA, 2022)

Algunos actores incluyen el bajo nivel socioeconómico familiar, la disfunción familiar en el sistema familiar, incluyendo el conflicto marital y la relación inadaptada entre el binomio de padres e hijos, los factores individuales de los padres, como la psicopatología parental, el estilo de atribución negativa de los padres y los factores emocionales de los padres y por último, los factores individuales de los niños, como el temperamento difícil, la desregulación emocional, el deterioro de la cognición social y la falta de empatía. Desde la perspectiva de la teoría de los sistemas familiares estos factores de riesgo interactuarían entre sí facilitando su desarrollo. (Lin, 2022)

Prevalencia

El DSM V-TR (APA , 2022) estima que la prevalencia transnacional oscila entre el 1 % y el 11 %, con una prevalencia media estimada de alrededor del 3,3 %. La tasa del diagnóstico de TOD puede variar dependiendo de la edad y el sexo del niño, parece ser algo más frecuente en niños que en niñas (1,59:1) antes de la adolescencia. Este predominio masculino no se encuentra consistentemente en muestras de adolescentes o adultos. Mayor prevalencia en varones que en mujeres, sobre todo antes de la adolescencia.

Criterios de diagnóstico

La última edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM V-TR (APA,2022) establece los siguientes:

A. Un patrón de humor enojado/irritable, comportamiento discutorio/desafiante o venganza que dura al menos 6 meses, evidenciado por al menos cuatro síntomas de cualquiera de las siguientes categorías, y exhibido durante la interacción con al menos una persona que no es un hermano .

Estado de ánimo enojado/irritable

1. A menudo pierde los estribos.
2. A menudo es susceptible o se enfada con facilidad.
3. Suele estar enojado y resentido.

Comportamiento argumentativo/desafiante

4. A menudo discute con figuras de autoridad o, en el caso de niños y adolescentes, con adultos.
5. A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con las solicitudes
6. Con frecuencia molesta deliberadamente a los demás.
7. A menudo culpa a otros por sus errores o mala conducta.

Espíritu de venganza

8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos 6 meses.

B. La alteración en el comportamiento está asociada con angustia en el individuo o en otros en su contexto social inmediato (p. ej., familia, grupo de pares, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en áreas sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de la vida. marcha.

C. Los comportamientos no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico, por abuso de sustancias, depresivo o bipolar. Además, no se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. (APA, 2022, p. 1081-1082)

Este trastorno puede clasificarse en distintos niveles de gravedad -leve, moderado o severo- en función tanto de la intensidad de los síntomas como del número de contextos en los que estos se manifiestan (familiar, escolar, social, etc.). La presencia de síntomas en múltiples entornos, especialmente si se presentan de forma persistente y con elevada intensidad, suele ser indicativa de una mayor gravedad. (APA, 2022)

Trastorno de atención e hiperactividad

¿Qué es?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (a partir de ahora referido como TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en la infancia y que persiste con frecuencia en la adolescencia y edad adulta. Se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento diario y el desarrollo. Este patrón conductual afecta al rendimiento académico, las relaciones sociales y la adaptación en distintos contextos (American Psychiatric Association, 2022).

El concepto de TDAH ha evolucionado con las distintas ediciones del DSM. En el DSM-III (1980) se introdujo la categoría "trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad", y en el DSM-IV (1994) se establecieron tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. El DSM-5 y su revisión en el DSM-5-TR (2022) mantienen esta clasificación, pero introducen mayor flexibilidad en la presentación clínica según la edad y el contexto, y reconocen la alta comorbilidad con otros

trastornos como los del aprendizaje, ansiedad, depresión o trastornos de conducta (APA, 2022).

Etiología

Presenta una etiología compleja en la que confluyen factores genéticos y ambientales, especialmente durante las primeras etapas del desarrollo. La elevada heredabilidad, estimada entre el 70 % y el 80 %, se ha visto respaldada por estudios genéticos que identifican loci asociados y mutaciones específicas, aunque sin establecer mecanismos causales concluyentes. Paralelamente, factores ambientales como el estrés materno, la prematuridad, el bajo peso al nacer, la pobreza o la exposición a contaminantes pueden influir en su aparición, sobre todo en presencia de una vulnerabilidad genética. La hipótesis de los orígenes fetales subraya el impacto de condiciones intrauterinas en el desarrollo neurológico. La interacción entre genotipo y ambiente es clave para comprender la variabilidad en su manifestación. Aunque el estilo de crianza no se considera causal, sí puede influir en la evolución. (Nigg, 2020)

En resumen, la etiología del TDAH se caracteriza por su heterogeneidad y complejidad, lo que hace imprescindible continuar investigando los distintos caminos que pueden conducir a su aparición, así como los mecanismos que median su evolución a lo largo del desarrollo.

Prevalencia

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que su prevalencia global en niños y adolescentes se sitúa entre el 5% y el 7%. En España, estudios recientes señalan una prevalencia aproximada del 6,8% en población escolar, con una proporción mayor en varones (3:1), aunque en niñas tiende a infradiagnosticarse debido a una presentación más inatenta y menos disruptiva (Grau & García, 2021).

El aumento de los casos diagnosticados puede atribuirse tanto a una mayor concienciación y formación del personal sanitario y educativo como a la estandarización de los criterios de diagnóstico. La identificación temprana y la intervención precoz son esenciales para minimizar el impacto en la vida del menor.

Criterios de diagnóstico

El diagnóstico del TDAH se establece cuando se identifican patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que interfieren significativamente en el desarrollo o el funcionamiento diario del individuo. Estos comportamientos deben haber estado presentes durante al menos seis meses y manifestarse en un grado que no se corresponde con el nivel evolutivo del niño o adolescente.

Para confirmar el diagnóstico, deben observarse como mínimo seis síntomas dentro de alguno de los dos dominios (inatención e hiperactividad/impulsividad) en niños menores de 17 años, y al menos cinco en mayores de esa edad. Estos síntomas deben haber comenzado antes de los 12 años, estar presentes en más de un contexto (por ejemplo, en casa, en la escuela o con amigos) y generar un deterioro funcional claro en el ámbito académico, social o familiar.

Además, es necesario descartar que dichos comportamientos sean atribuibles a otro trastorno mental o a factores situacionales. El diagnóstico puede clasificarse en tres presentaciones clínicas dependiendo del tipo de sintomatología predominante: presentación con predominio de inatención, con predominio de hiperactividad/impulsividad o presentación combinada (APA, 2022).

Comorbilidad TEA, TOD y TDAH

Las conductas disruptivas en personas con TEA son comunes y pueden manifestarse a través de agresividad, autolesiones, negativa a seguir instrucciones y crisis emocionales intensas. Estas respuestas suelen estar relacionadas con dificultades en la comunicación, rigidez cognitiva y problemas en la regulación emocional, más que con un problema de disciplina en sí mismo. Cristina Iriarte relata que es frecuente que las personas con TEA presenten conductas como agresividad física o verbal, comportamientos autolesivos y complicaciones para aceptar normas sociales, lo que puede generar problemas en el entorno educativo y familiar (Iriarte, 2023)

Los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan, principalmente, por su tendencia a coexistir con otros trastornos, tanto del mismo grupo como con afecciones psiquiátricas o neurológicas como la epilepsia. Además, presentan un componente hereditario significativo. Sin embargo, existe una discrepancia notable entre la heredabilidad estimada a partir de estudios familiares

(alrededor del 66%) y la que se calcula mediante análisis genéticos directos, que es bastante menor, aproximadamente un 19%.

Por otro lado, las investigaciones han puesto de manifiesto una estrecha relación genética entre los trastornos del neurodesarrollo y los trastornos de conducta, con una correlación familiar que ronda el 0,62. Esta coincidencia sugiere que estas condiciones comparten una base genética común, que también podría estar implicada en otros trastornos como la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. (Iris-Puñal y Monteagudo-Saavedra, 2025)

Cuando el TEA se combina con el trastorno negativista desafiante, los desafíos conductuales pueden ser aún más complejos. El TOD se caracteriza por un patrón de desafío constante, desobediencia y hostilidad hacia figuras de autoridad. En personas con TEA, estas manifestaciones pueden verse agravadas por su dificultad para adaptarse a cambios y para comprender expectativas sociales. Mientras que en el TEA la oposición suele estar relacionada con la rigidez mental y la ansiedad ante lo inesperado, en el TOD la negativa a obedecer tiende a ser más intencional y persistente. En algunos casos, estas alteraciones conductuales pueden derivar en problemas legales en la edad adulta si no se intervienen de manera adecuada.

El estudio de Carrick y Hamilton (2023) evidencia que niños con rasgos asociados a TDAH, TEA y TOD, incluso sin un diagnóstico confirmado, pueden presentar desafíos significativos en el aula, especialmente en lo relativo a la regulación emocional y conductual, una dimensión de la función ejecutiva conocida como “función ejecutiva caliente”. Estas complicaciones, comunes a los tres trastornos, afectan negativamente la eficacia de los sistemas de recompensa convencionales empleados en contextos escolares.

Los autores destacan que no existen diferencias significativas en la intensidad de los rasgos de estos tres trastornos entre niños con diagnóstico confirmado y aquellos con diagnóstico sospechado, lo que refuerza la importancia de adoptar un enfoque dimensional y transdiagnóstico. Esta perspectiva permite comprender que la presencia de determinadas características, más allá de un diagnóstico clínico, puede afectar el funcionamiento cotidiano del niño y requerir apoyo educativo específico.

Asimismo, se ha identificado que los sistemas basados en recompensas pueden resultar ineficaces o incluso contraproducentes para este perfil de alumnado, dado que estos requieren capacidades de autorregulación emocional que pueden estar alteradas. En particular, se ha

observado que es la regulación emocional, y no tanto la inhibición conductual, la que media la relación entre las características del TDAH, TEA y TOD y la percepción de utilidad de los sistemas de recompensa.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de diseñar intervenciones que tengan en cuenta los impedimentos compartidos entre trastornos y no se limiten a un enfoque basado en etiquetas diagnósticas. Identificar necesidades específicas resulta fundamental para promover una inclusión educativa real y prevenir consecuencias negativas como la estigmatización, el fracaso escolar o la exclusión social.(Carrick & Hamilton, 2023)

Programas de modificación de conducta

En el ámbito de la intervención educativa con alumnado que presentan TEA, TOD y/o TDAH, existen diversos programas consolidados y respaldados por la evidencia científica que se utilizan para modificar conductas desafiantes y promover habilidades adaptativas. Estos programas combinan principios del análisis de conducta, la psicología cognitivo-conductual y los enfoques centrados en el desarrollo y la comunicación funcional.

Entre los más destacados se encuentran el Análisis de Conducta Aplicado (Lovas, 1960), el Apoyo Conductual Positivo (Sugai, 2002), el modelo TEACCH (Zhou1970), el Entrenamiento en Habilidades Sociales (Goldestein, 1980), y propuestas más recientes como las intervenciones conductuales naturalistas (Carlsonn, 2015) o el modelo Denver de atención temprana (Rogers, 2006). Todos ellos aportan marcos estructurados que permiten abordar conductas disruptivas, potenciar la autorregulación emocional y mejorar la interacción social del alumnado con TEA, TDAH y TOD.

En el Anexo I se presenta en la Tabla A1 una recopilación de los principales programas utilizados en este campo, con sus respectivos autores, fechas de origen, referencias bibliográficas y una breve descripción de sus fundamentos y objetivos. Esta tabla pretende ofrecer una visión global de las herramientas más empleadas en el trabajo con alumnado con necesidades educativas especiales, sirviendo como base para fundamentar la propuesta de intervención desarrollada en este trabajo.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1. Estado de la cuestión

En los últimos años el ámbito educativo ha experimentado un notable avance en cuanto al reconocimiento, diagnóstico y atención del alumnado con trastornos del neurodesarrollo. Entre ellos el TEA, el TDAH y el TOD ocupan un lugar destacado debido a su creciente prevalencia y al impacto que generan en el desarrollo personal, social y académico de quienes los presentan (APA, 2022).

El incremento en los diagnósticos se debe, en parte, a una mayor sensibilización social, una mejor formación docente y un acceso más temprano a servicios especializados. Sin embargo, la coexistencia de estos trastornos conlleva una complejidad que requiere intervenciones educativas específicas, coordinadas y sostenidas en el tiempo. De no ser así, los estudiantes afectados corren un alto riesgo de fracaso escolar, exclusión social y aislamiento emocional.

Desde el punto de vista normativo, documentos como la Orden EDU/1152/2010, que regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en Castilla y León, y la Orden EDU/1054/2012, sobre el funcionamiento de los Departamentos de Orientación, refuerzan la necesidad de realizar intervenciones individualizadas y colaborativas, centradas en el bienestar integral del alumno. A pesar de estos avances, sigue siendo común encontrar resistencias en la implementación de medidas estructuradas y continuadas en el tiempo, especialmente en contextos de Educación Secundaria, donde la presión curricular y la rigidez organizativa dificultan la aplicación de metodologías inclusivas sostenidas.

Sin embargo, la realidad en las aulas dista mucho de ese ideal. El alumnado con estos diagnósticos continúa encontrándose con múltiples barreras para una participación plena, especialmente en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria, donde se intensifican las demandas académicas y sociales. Estos estudiantes, frecuentemente malinterpretados, pueden mostrar conductas disruptivas, dificultades en la autorregulación emocional y déficits en habilidades sociales, lo que conduce a respuestas sancionadoras ineficaces y a un mayor riesgo de fracaso escolar y exclusión.

A pesar del desarrollo de marcos legales como la LOMLOE (2020) y normativas autonómicas específicas, la implementación de medidas inclusivas sigue siendo desigual. Existe una preocupante brecha entre el reconocimiento teórico de la inclusión y su aplicación práctica. Este desfase se agrava por la falta de formación específica del profesorado, escasez de recursos y rigidez organizativa de los centros. (Lodeiro, 2021)

En este contexto, se hace necesario promover una visión más amplia de la inclusión educativa como un proceso que no solo atiende a la diversidad, sino que transforma el sistema para adaptarse a todos los estudiantes. En resumen, el estado actual de la cuestión evidencia avances importantes en el reconocimiento normativo y científico del abordaje educativo de estos trastornos, pero también revela carencias significativas en la práctica diaria. Sigue existiendo una brecha entre el diagnóstico clínico y la respuesta educativa efectiva, lo que subraya la urgencia de desarrollar propuestas de intervención estructuradas, realistas y evaluables como la que se plantea en este trabajo.

2. Justificación

La atención al alumnado con necesidades educativas especiales constituye uno de los principales retos del sistema educativo actual, especialmente en las etapas de Educación Secundaria, donde las demandas académicas, sociales y emocionales se intensifican y pueden acentuar las complicaciones preexistentes. En este contexto, el presente Trabajo de Fin de Máster responde a la necesidad de diseñar una intervención educativa individualizada para un alumno con diagnóstico de TEA, TDAH y TOD, en un centro ordinario de Educación Secundaria.

La intervención propuesta cobra especial relevancia por tratarse de un caso único, con un historial clínico y escolar complejo, en el que convergen dificultades de tipo cognitivo, emocional, conductual y comunicativo. Estas características suponen una barrera significativa para su inclusión educativa, por lo que resulta imprescindible una respuesta estructurada, ajustada a sus características y sostenida en el tiempo.

Además, el trabajo se fundamenta en un enfoque educativo inclusivo y preventivo, alineado con los principios del ACP, y se desarrolla en el marco legal establecido por la Orden EDU/1152/2010, sobre atención a alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, y la Orden EDU/1054/2012, que regula los departamentos de orientación en Castilla y León.

Por tanto, este trabajo no solo busca intervenir sobre una realidad concreta, sino también aportar un modelo de actuación aplicable a situaciones similares, contribuyendo así a la mejora de la práctica educativa orientada a la inclusión, la convivencia y el bienestar emocional del alumnado con NEAE.

3. Objetivos de la Intervención

3.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención que favorezca la adaptación socioeducativa del alumno mediante el desarrollo de estrategias de autorregulación y mejora de las habilidades sociales.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar conductas problemáticas.
- Realizar registros conductuales sistémicos.
- Establecer límites claros y coherentes con consecuencias conocidas y previamente pactadas con el alumno.
- Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.
- Procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones.
- Coordinar de forma estable la intervención entre tutoría, familia y orientación.
- Intentar una reducción de la ansiedad del alumno.

4. Desarrollo

La presente propuesta de intervención ha sido elaborada en el marco del periodo de prácticas del Máster en Formación del Profesorado de Educación Secundaria, especialidad en Orientación Educativa, realizado en un Instituto de Educación Secundaria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Desde el inicio del *practicum*, se mantuvo una actitud de observación activa y colaboración constante con el Departamento de Orientación, con el objetivo de identificar situaciones reales susceptibles de análisis psicopedagógico, en consonancia con los contenidos y objetivos del Trabajo de Fin de Máster.

Durante las primeras semanas, tras establecer una comunicación fluida con el orientador del centro, se identificó un caso de especial interés por su complejidad y relevancia educativa: un

alumno con diagnóstico de TEA, TDAH y TOD. El caso fue propuesto por el propio departamento debido a la presencia de conductas altamente disruptivas que dificultaban el desarrollo normal de las clases y afectaban tanto al propio alumno como al entorno educativo inmediato.

Una vez seleccionada la situación objeto de estudio, se solicitaron las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo un proceso de observación y análisis del caso. Se obtuvo el consentimiento del equipo directivo y del Departamento de Orientación, así como el consentimiento informado por escrito por parte de la familia del alumno, garantizando en todo momento el respeto a la confidencialidad y a los derechos del menor.

A partir de ese momento, se inició una fase de recogida de información mediante entrevistas con el profesorado, revisión de los informes psicopedagógicos, académicos y clínicos disponibles, y observaciones sistemáticas en diferentes espacios del centro (aula, pasillos, patio). Esta evaluación inicial se realizó desde un enfoque funcional de la conducta, con el fin de identificar los antecedentes, consecuentes y factores contextuales asociados a las conductas problemáticas del alumno.

Cabe señalar que, debido a las limitaciones temporales del periodo de prácticas, no se llevó a cabo ninguna intervención directa con el alumno. Por tanto, este trabajo no presenta una intervención aplicada, sino una propuesta diseñada a partir del análisis del caso, fundamentada en la evidencia científica y en los marcos teóricos y normativos actuales. El propósito es ofrecer una respuesta educativa estructurada y realista que pudiera ser implementada en un futuro en contextos similares, contribuyendo así a la mejora de la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales.

El objetivo principal de esta propuesta es identificar las conductas problemáticas presentes en el alumno y analizar sus funciones mediante los principios del análisis funcional de la conducta, con el fin de establecer líneas de intervención orientadas a la mejora de su autorregulación emocional, su comunicación y su conducta adaptativa (Hanley, 2013). Para ello, en primer lugar se describen las características del alumno y del contexto escolar. A continuación, se delimitan las conductas problema y se plantean los objetivos específicos que guían la intervención propuesta.

Posteriormente, se expone la metodología sobre la que se sustenta el diseño, que se basa en un enfoque comprensivo y preventivo, concretamente en los principios del apoyo conductual

positivo. Esta perspectiva enfatiza la prevención, el refuerzo positivo y la modificación del entorno para favorecer comportamientos adaptativos y mejorar la calidad de vida del alumno y su entorno.

Finalmente, se propone un plan de evaluación para valorar la eficacia de la intervención en caso de implementarse, y se reflexiona sobre las posibles fortalezas y limitaciones del programa. Esta propuesta pretende servir como modelo de actuación adaptable a otros casos similares en el contexto de la Educación Secundaria Obligatoria.

5. Datos del Alumno

5.1. Anamnesis y situación actual

Se trata de un alumno varón de 16 años, que cursa 2.º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Presenta como diagnóstico principal un Trastorno del Espectro Autista (TEA), establecido en junio de 2024 por el equipo de salud mental infanto-juvenil. De forma secundaria, se identifican un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y un Trastorno Negativista Desafiante (TOD), ambos también recogidos por los servicios especializados.

El diagnóstico actual de TEA se precede de una evolución diagnóstica compleja: en 2017 se le identificó un trastorno de la comunicación pragmática, y en 2020 se actualizó su diagnóstico a trastorno de la conducta y de la comunicación social. Por parte de la unidad de neurología pediátrica del hospital universitario, se señala la presencia de un fenotipo peculiar, que sustenta la sospecha de una posible alteración genética.

En el ámbito educativo, el alumno fue incorporado en 2013 al sistema ATDI (Atención Temprana y Desarrollo Infantil), fichero automatizado que registra a los estudiantes con necesidades específicas de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, bajo la categoría de alumno con alteraciones en la comunicación y el lenguaje, así como con diagnóstico de retraso simple del lenguaje. En el año 2015 se le reconoció, además, un diagnóstico de TDAH, manteniendo la clasificación de retraso simple del lenguaje hasta 2016, cuando esta última categoría fue dada de baja.

En 2019, el alumno fue identificado como alumno con necesidades educativas especiales (ACNEE) debido a un trastorno grave de conducta, conservando el diagnóstico de TDAH

como condición secundaria. Esta situación se mantiene vigente según el informe de cambio de etapa emitido en 2022.

El estudiante presenta un grado de discapacidad reconocido del 59 %, resultado de una capacidad intelectual límite de etiología no filiada, un trastorno del desarrollo igualmente sin etiología determinada, y una alteración conductual con la misma consideración etiológica.

Durante su escolarización, el alumno repitió curso en la etapa de Educación Primaria y ha contado desde edades tempranas con apoyos educativos específicos por parte de profesionales de Audición y Lenguaje, así como de Pedagogía Terapéutica. A lo largo de su trayectoria académica ha manifestado dificultades significativas tanto en el ámbito del aprendizaje como en el comportamiento, detectadas desde etapas iniciales de su desarrollo.

En el ámbito sanitario, el alumno se encuentra en seguimiento por parte del servicio de salud mental infanto-juvenil desde los 4 años, con diagnóstico de TDAH (F90.0) y Trastorno Negativista Desafiante (F91.3). Además, está siendo supervisado de forma continuada por neurología pediátrica, donde se le han identificado trastornos en la conducta, la comunicación y la sociabilidad. Asimismo, figura clasificado en la categoría de DABRA (Dificultad de Aprendizaje de Base Relacionada con Alteraciones del Desarrollo) dentro del sistema ATDI, como consecuencia de su capacidad intelectual límite.

Desde el punto de vista genético, se sospecha de una posible alteración debido a la presencia de un fenotipo característico, que incluye labio superior en arco, sinofridia ligera, raíz nasal ancha, hipertelorismo y epicanto. En el estudio CGH-array (comparative genomic hybridization), se ha detectado una duplicación cromosómica y un polimorfismo de significado clínico incierto.

Respecto al tratamiento farmacológico, ha recibido medicación antipsicótica desde los 4 años para el manejo de los problemas conductuales, y metilfenidato para el TDAH desde los 6 años hasta la actualidad, habiéndolo realizado ajustes periódicos cuando se ha considerado oportuno. En la actualidad, sigue tratamiento con los siguientes fármacos: Atamax, Guanfacina, Rilast, Omeprazol y Sertralina.

5.2. Contexto familiar y social

El alumno forma parte de una familia monoparental compuesta por su madre, su hermano de 17 años ,también diagnosticado con TEA, y él mismo. Los progenitores están legalmente separados, y la custodia la ejerce la madre. El padre reside en Madrid y mantiene un régimen de visitas establecido una vez al mes.

La familia, de origen rumano, presenta un nivel sociocultural medio-bajo. La madre, que se encuentra laboralmente activa, asume el rol principal de cuidadora. Ambos hijos tienen reconocida una situación de dependencia por parte de la Gerencia de Servicios Sociales y reciben una prestación económica destinada a cuidados en el entorno familiar.

El alumno no participa en actividades extraescolares y su red de apoyo social es muy limitada, limitándose prácticamente a su madre y su hermano. Las interacciones que mantiene con algunos compañeros del Instituto de Educación Secundaria son esporádicas, escasas tanto en cantidad como en calidad.

5.3. Características del sujeto

Desarrollo motor: el alumno presenta torpeza generalizada, con dificultades en la coordinación y el equilibrio, tanto en situaciones estáticas como dinámicas. Estas limitaciones afectan su desempeño en actividades que requieren control corporal y psicomotricidad gruesa.

Desarrollo cognitivo: se sitúa en un nivel cognitivo medio-bajo, con un CI estimado entre 66 y 83. Manifiesta dificultades en la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, memoria a corto plazo, selección visual y flexibilidad cognitiva. Aun así, puede comprender relaciones básicas entre conceptos, aplicar razonamientos sencillos y manejar información simbólica o abstracta, aunque con limitaciones ante tareas complejas.

Desarrollo lingüístico y comunicativo: presenta importantes problemas en el uso funcional del lenguaje, especialmente en el ajuste conversacional y la comunicación social. No modula adecuadamente el tono de voz ni respeta la distancia interpersonal, y tiene déficits en el lenguaje pragmático.

Autonomía personal: requiere supervisión constante en actividades básicas de la vida diaria, como la higiene, la alimentación y el vestido, tareas en las que su madre ejerce un papel fundamental de apoyo.

Comportamiento y relaciones sociales: su ajuste conductual ha sido variable a lo largo de su escolaridad, influido por los cambios en la medicación. Aunque cuenta con buena aceptación en el grupo clase, sus interacciones con los compañeros son casi inexistentes, mostrando mayor inclinación hacia la relación con adultos.

Competencia curricular y estilo de aprendizaje: su competencia curricular corresponde aproximadamente a un nivel de 5.º de Educación Primaria. Su estilo de aprendizaje se caracteriza por baja atención y concentración, escasa motivación, nula tolerancia a la frustración y ritmo lento. Prefiere aprender mediante estímulos visuales y auditivos, tiende a trabajar solo y rara vez finaliza las tareas, aunque muestra mayor disposición ante actividades que domina.

5.4. Necesidades específicas detectadas

El sujeto se encuentra en la categoría de ACNEE, alumnado con necesidades especiales de educación, en la ATDI del centro, por lo cual cuenta con adaptación curricular en todas sus asignaturas.

Presenta las siguientes necesidades educativas específicas:

- Apoyo en la autorregulación y el comportamiento, con intervención específica para el control de impulsos, la gestión emocional y el establecimiento de rutinas estables. Precisa un entorno predecible, calmado y estructurado, evitando cambios bruscos en su día a día.
- Necesidad de supervisión continua, tanto en la realización de tareas como en la participación en actividades escolares.
- Estímulos adaptados para la comprensión y expresión.
- Intervención en aspectos cognitivos, centrada en mejorar la atención sostenida y selectiva, desarrollar hábitos de estudio, estructurar la información y promover el trabajo reflexivo y autodirigido. Asimismo, se debe reforzar la autonomía, la estabilidad emocional y la empatía.
- Apoyo en la interacción social, favoreciendo la participación en dinámicas de grupo, el desarrollo de habilidades comunicativas y la mejora de su adaptación social.

- Estimulación psicomotriz, especialmente en lo relativo a la coordinación dinámica general y la psicomotricidad gruesa.

- Refuerzo en el ámbito comunicativo-lingüístico, con intervención en expresión oral (incluyendo articulación), expresión escrita, ampliación del vocabulario, mejora del nivel semántico y desarrollo del lenguaje pragmático y la comunicación social.

Estas necesidades requieren una respuesta educativa individualizada, coordinada y flexible, que contemple tanto el apoyo específico en el aula como la colaboración con otros profesionales del centro y servicios externos especializados.

6. Identificación de la Conducta a Modificar

6.1. Descripción detallada de la conducta problema

1. Rechazo a la participación en Educación Física

- Permanece inmóvil en el banco sin involucrarse en la actividad.
- No responde a intentos de motivación por parte del profesorado.
- Parece consciente de que esta actitud le permite evitar la tarea.

2. Alteración del clima en el aula

- Habla en un tono elevado sin autorización.
- Impide que la clase avance con normalidad.
- Sus intervenciones suelen producirse en momentos en los que no debería interrumpir, afectando la dinámica grupal.
- Afecta a sus compañeros, a veces les hace gracia hasta que les empieza a resultar demasiado pesado, pero a la vez le retroalimentan.

3. Búsqueda de protagonismo

- Muestra una necesidad constante de captar la atención de los demás.
- Sus interrupciones parecen intencionadas para centrar el foco en su persona.

4. Interrupciones reiteradas

- No respeta los turnos de palabra.
- Se expresa de manera impulsiva, sin ajustarse a las normas de comunicación del aula.

5. Conductas disruptivas con materiales y compañeros

- Manipulación inapropiada de objetos: mal uso de los borradores de la pizarra, ordenadores de los profesores o material ajeno del resto del alumnado.
- Provocaciones a compañeros: Les quita objetos personales, en ocasiones con actitudes inapropiadas, como pasarlos por sus partes íntimas. También les increpa y les molesta verbalmente, en estos momentos sube el tono de voz para llamar la atención.
- Molestias constantes: Aunque algunos compañeros al principio reaccionan con risa, con el tiempo se cansan de su comportamiento.

Posibles funciones de la conducta

- Evitación: en educación física, en concreto, adopta esta actitud para eludir la actividad.
- Dificultades en el autocontrol: puede tener problemas para gestionar sus impulsos y comprender los límites sociales.
- Intento de generar una respuesta en los demás: algunos compañeros refuerzan su conducta con señales de aceptación, lo que puede reforzar su comportamiento.

Factores a tener en cuenta

- Cambio en la medicación: puede estar influyendo en su estado de ánimo y conducta.
- Estrategias actuales de intervención: hay que tener en cuenta las medidas que se están aplicando y su nivel de efectividad, no todo el profesorado realiza las medidas correctamente y tampoco están mostrando gran efectividad en su conducta.
- Evolución de la conducta: es un patrón persistente en su comportamiento según la información recogida en los informes y la información del personal del centro en el que lleva desde septiembre.

Durante el curso escolar se inicia una intervención con la Unidad de Conducta. El alumno acude una vez por semana a las aulas específicas de dicha unidad para realizar sesiones individualizadas. Además, se inicia una intervención complementaria por parte de esta unidad en el propio instituto cuando la especialista se desplaza al centro, una vez a la semana. Esta medida tiene como objetivo ofrecer un apoyo continuado y especializado en la gestión de su conducta.

6.2. Impacto de la conducta en el aprendizaje y en la dinámica del aula

El comportamiento del alumno interfiere de manera significativa tanto en su propio proceso de aprendizaje como en el de sus compañeros. Sus conductas disruptivas dificultan el desarrollo normal de las sesiones, generando interrupciones frecuentes que alteran el ritmo de trabajo del grupo y desestabilizan la dinámica del aula.

Además, en ocasiones utiliza estas conductas como una estrategia para desviar la atención hacia sí mismo y evitar la implicación en las tareas académicas. Esta necesidad de centrarse en sus propios intereses repercute en la concentración del resto del alumnado y en el clima de trabajo del aula, afectando negativamente a la convivencia y al rendimiento general del grupo.

6.3. Factores desencadenantes y consecuencias de la conducta

Con el fin de comprender en mayor profundidad las conductas problemáticas identificadas, se ha llevado a cabo un Análisis Funcional de la Conducta siguiendo el modelo ABC (Antecedentes - Conducta - Consecuencias) . Este enfoque permite analizar el contexto en el que se producen las conductas, cómo se manifiestan y qué consecuencias las mantienen o refuerzan. (Hanley, 2013)

A partir de las observaciones realizadas tanto en el aula como en otros espacios del centro, se han identificado distintos patrones que permiten interpretar la función de dichas conductas. La información recogida se sistematiza en la Tabla A2 (ver Anexo 2), donde se exponen ejemplos representativos de las situaciones observadas.

7. Destinatarios

La presente intervención educativa está dirigida a un único alumno de Educación Secundaria, lo que convierte este trabajo en un estudio de caso individualizado. Se trata de una propuesta diseñada de forma específica y contextualizada, ajustada a las características, necesidades y circunstancias particulares del destinatario.

Esta intervención pretende dar respuesta a una situación educativa concreta que demanda atención especializada y coordinada, y que refleja las múltiples dimensiones que puede implicar la atención a la diversidad en el aula ordinaria.

Además, trabajar con un caso único permitirá llevar a cabo un proceso de intervención más exhaustivo, flexible y adaptado, en el que se podrá observar la evolución del alumno a lo largo del tiempo y reflexionar sobre los factores que influyen en su desarrollo educativo. Este enfoque facilita la transferencia de aprendizajes hacia otros casos similares y aporta herramientas prácticas al rol del orientador en centros educativos.

8. Participantes

- Orientador/a: diseño, seguimiento y evaluación de la intervención; coordinación con la familia y con la unidad de conducta.
- Profesorado de aula ordinaria: aplicación de refuerzos, aplicación del contrato de conducta, comunicación diaria de incidencias y progresos.
- Tutor/a: canalización de la información con el resto del equipo docente; refuerzo de las habilidades sociales en tutoría.
- Maestra especialista en pedagogía terapéutica: aplicación de adaptaciones metodológicas, evaluación de la respuesta del alumno en situaciones concretas y coordinación con la orientadora para diseñar y llevar a cabo la intervención.
- Familia: participación en el desarrollo del plan, refuerzo de las estrategias en casa y asistencia a reuniones de evaluación.

9. Recursos

9.1. Recursos materiales

- Material visual adaptado: tarjetas con normas, agendas visuales, guiones sociales y señalización adaptada.
- Herramientas de gestión temporal: cronómetro visual, temporizadores y horarios desglosados.
- Equipamiento tecnológico: ordenador como medio para proporcionar refuerzos motivacionales y actividades preferidas.

9.2. Recursos humanos

- Equipo docente y de orientación: implicación del profesorado y del departamento de orientación en la implementación y desarrollo de la intervención.
- Cuaderno de seguimiento compartido: herramienta coordinada entre profesorado y orientación para el registro sistemático de conductas, avances y necesidades.

9.3. Recursos motivacionales y de refuerzo

- Refuerzos positivos: elogios verbales, privilegios concretos y acceso a actividades de interés.
- Pausas estructuradas: descansos sensoriales y tiempos de desconexión programados como forma de regulación emocional y prevención de conductas disruptivas.

10. Temporalización

La intervención diseñada se articula en tres fases principales:

- Fase 1: Valoración inicial y establecimiento del vínculo (1-2 semanas)

Observación del alumno en contextos reales (aula, pasillos, recreo), recogida de información cualitativa mediante entrevistas al profesorado y la familia, y sesiones iniciales con el alumno. Se pretende conocer las funciones de las conductas disruptivas, identificar desencadenantes y establecer una relación de confianza.

A su vez, en esta fase se busca establecer un vínculo sano y de confianza con el alumno para poder realizar correctamente la intervención. Lograr una comunicación eficiente con el alumno, encontrar la manera para que el alumno exprese sus necesidades de la manera en la que se encuentre más cómodo, pero consiga expresarse completamente.

- Fase 2: Intervención directa (3 meses prorrogables)

Aplicación de un programa conductual individualizado, con refuerzos positivos, límites claros y consistentes, y entrenamiento en autorregulación emocional. Se utiliza un contrato de conducta sencillo y funcional, adaptado a las características cognitivas del alumno, y se revisa semanalmente con él. La temporalización de esta fase es ejemplificadora, esta se irá desarrollando según lo vaya necesitando el alumno y se vayan consiguiendo objetivos. Hay

que tener en cuenta que tres meses es poco tiempo para desarrollar un cambio notable en el alumno que lleva sosteniendo una conducta totalmente distinta por toda su vida.

- Fase 3: Seguimiento, generalización y mantenimiento (2 semanas)

Evaluación de progresos, introducción de herramientas de autoevaluación y autonomía, y coordinación estrecha con el equipo educativo y la familia para garantizar la sostenibilidad de los avances logrados.

En los anexos de este trabajo (anexo 3) se encuentra un resumen de la temporalización total de esta intervención para su mejor organización y puesta en funcionamiento. Se ha diseñado para ser flexible y ajustable en función de la evolución del alumno. Las actividades se irán reforzando y adaptando dependiendo de los resultados obtenidos durante el proceso. La evaluación continua y la retroalimentación tanto del alumno como de los profesionales implicados son clave para asegurar el éxito de la intervención.

11. Metodología

La intervención diseñada responde a un enfoque desde el Apoyo Conductual Positivo (a partir de ahora referido como ACP), el cual utiliza métodos educativos y de cambio de sistemas (subsanando conductas ambientales) para mejorar la calidad de vida y minimizar los problemas de conducta (Carr et al, 2002). Son características propias de este enfoque el cambio del estilo de vida, la validez ecológica y la social, participación de las partes interesadas, cambio de sistemas e intervención multicomponente, énfasis en la prevención, una perspectiva vital, flexibilidad en las prácticas científicas y múltiples perspectivas teóricas.

El PBS se diferencia de otros enfoques porque no se limita a eliminar las conductas problema, sino que busca entender y modificar las causas subyacentes, especialmente los factores ambientales y sociales que las mantienen.

La intervención educativa con alumnado que presenta conductas altamente disruptivas requiere el uso de técnicas específicas orientadas a la reducción de dichas conductas sin vulnerar los derechos del alumno ni comprometer su desarrollo personal y académico. En el caso concreto del alumno con diagnóstico de TEA, TOD y TDAH, estas estrategias deben aplicarse de forma cuidadosa, coherente y adaptada a sus características individuales. A continuación, se detallan las principales técnicas empleadas durante la intervención:

Extinción

La extinción es una técnica basada en la retirada del refuerzo que mantiene una conducta no deseada. En este caso, se identificaron conductas como la interrupción constante de la clase, las respuestas desafiantes hacia la autoridad o el abandono del aula. Muchas de estas conductas estaban reforzadas de forma no intencionada por la atención del adulto o de sus compañeros.

Durante la intervención, se aplicará la extinción ignorando selectivamente aquellas conductas que buscaban llamar la atención sin poner en riesgo la seguridad del alumno ni la del grupo. Por ejemplo, cuando el alumno haga comentarios provocadores o se niegue a seguir una instrucción menor, se evitará entrar en confrontación directa, redirigiendo la atención hacia comportamientos más funcionales. Es fundamental señalar que esta técnica no implica la indiferencia total, sino una retirada controlada del refuerzo para evitar la escalada del comportamiento. (Miltenberger, 2016)

Economía de fichas

La economía de fichas es una herramienta altamente eficaz para reforzar conductas adaptativas y funcionales. Este sistema consiste en otorgar fichas o puntos por la realización de conductas deseadas previamente acordadas con el alumno (como permanecer en clase durante un tiempo determinado, respetar turnos de palabra o finalizar una tarea).

En este caso, el alumno participará activamente en la definición de las recompensas, lo cual aumentará su motivación y sentido de control. Las fichas podrán canjearse por actividades de su interés, pequeños privilegios o descansos estructurados. Este sistema nos permitirá establecer un marco claro y predecible que se espera que reduzca la ansiedad del alumno y facilite su autocontrol. (Miltenberger, 2016)

Tiempo fuera

El tiempo fuera o "time-out" consiste en la retirada temporal del alumno de un entorno donde se está produciendo un refuerzo positivo hacia un espacio donde dicho refuerzo no está disponible. En este caso, no se aplicará el tiempo fuera como castigo, sino como una estrategia de autorregulación emocional, previamente trabajada con el alumno.

Se pactaron espacios y momentos donde el alumno pueda retirarse voluntariamente (por ejemplo, un rincón tranquilo del aula o una sala cercana) para calmarse y recuperar el control, sin sentirse castigado. Esta modalidad, conocida como "tiempo fuera positivo o planificado", se espera que resulte útil en momentos de alta sobrecarga sensorial o emocional. (Cooper, 2020)

Refuerzo diferencial

Además de las técnicas anteriores, se utilizará el refuerzo diferencial de otras conductas (DRO) y de conductas incompatibles (DRI), reforzando de forma sistemática aquellas conductas alternativas que resulten incompatibles con las disruptivas. Por ejemplo, se reforzará positivamente cuando el alumno pida ayuda al personal docente en lugar de reaccionar con gritos o conductas oposicionistas. (Miltenberger, 2016)

Se realizaron ajustes en el entorno temporal y metodológico:

- Establecimiento de rutinas claras y estables con anticipación verbal de cambios.
- Fragmentación de tareas extensas y uso de instrucciones breves y directas.
- Preferencia por tareas con estructura cerrada, que reduzcan la ambigüedad.
- Mayor supervisión y acompañamiento durante las transiciones entre clases.
- Uso de tiempos de pausa planificados para prevenir la escalada de conductas.
- Refuerzo inmediato y explícito ante conductas ajustadas.

La recogida de datos se llevará a cabo a través de una mezcla de herramientas estandarizadas, registros de observación y herramientas adaptadas, las cuales facilitarán una evaluación rigurosa y contextual tanto del progreso del estudiante como de la efectividad de la intervención. La selección de los instrumentos se basa en su validez científica, utilidad práctica en entornos educativos y adaptabilidad al perfil del alumno.

- Registros diarios de conducta (frecuencia, duración, intensidad): Se utilizarán plantillas de observación sistemática para anotar la frecuencia, duración e intensidad de las conductas problema, siguiendo el modelo ABC (Antecedente – Conducta – Consecuencia). Este tipo de registro permite analizar patrones de conducta y su funcionalidad, siendo una técnica básica en la intervención conductual (O'Neill, 2015). Los datos se recogerán diariamente por el profesorado implicado y se compartirán con el orientador para su análisis conjunto.

- Escalas de conducta completadas por el profesorado: BASC-3 (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes): permite valorar dimensiones como la agresividad, la desatención, los problemas de adaptación y la competencia social. Incluye formularios para profesores, padres y autoinforme del alumno, y presenta alta fiabilidad y validez (Reynolds & Kamphaus, 2015).

- Entrevistas estructuradas con familia y docentes

- Análisis cualitativo de las situaciones conflictivas (ABC): El análisis ABC se utilizará para investigar episodios concretos de disrupción o desregulación, registrando de manera cualitativa los antecedentes, la conducta observada y las consecuencias inmediatas. La tabla de registro de conducta se encuentra en el Anexo 5 de este trabajo. (O'Neill, 2015)

12. Diseño de la intervención

El plan de acción articula las estrategias de intervención a través de actividades organizadas por áreas de desarrollo clave, estableciendo una temporalización concreta, delimitación de responsabilidades profesionales, y recursos necesarios para su implementación. Se pretende favorecer una intervención coherente, coordinada y contextualizada, que permita la mejora progresiva del comportamiento del alumno, así como su ajuste emocional y social dentro del entorno educativo. Todas las actividades descritas a continuación se encuentran desarrolladas en el Anexo 4 de este trabajo.

Tabla 1.

Estructura de la intervención

SEMANAS 1–2: Evaluación inicial y establecimiento del marco de intervención

Sesión 1: Entrevista inicial y evaluación emocional

Desarrollo: Entrevista con el alumno y análisis de registros. Introducción del diario de emociones. Se establece una rutina diaria para la recogida emocional (mañana/tarde).

Objetivos específicos desarrollados: coordinar la intervención con familia y tutoría y

mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.

Recursos: diario de emociones, fichas de observación y reuniones de coordinación.

Evaluación: registro de observaciones iniciales y coherencia entre lo verbalizado y lo registrado emocionalmente.

Sesión 2: Contrato conductual

Desarrollo: Se revisan las conductas problema. Se pacta el contrato conductual con metas específicas, consecuencias y refuerzos positivos.

Objetivos específicos desarrollo: establecer límites claros y coherentes con consecuencias conocidas y previamente pactadas con el alumno y procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones.

Recursos: contrato de conducta, registro conductual y refuerzos (tiempo libre, elegir actividad, reconocimiento verbal).

Evaluación: se evalúa el nivel de compromiso del alumno y el cumplimiento parcial del contrato en la primera semana.

SEMANAS 3–6: Intervención sobre comunicación emocional, ansiedad y autocontrol

Sesión 3: Juego de las preguntas + Diario de emociones

Desarrollo: Juego estructurado con tarjetas tipo “¿Cómo te sientes cuando...?”, seguido del diario emocional guiado.

Objetivos específicos desarrollados: mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada y procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones.

Recursos: tarjetas del juego, diario emocional y plantilla de expresión emocional.

Evaluación: el grado de participación en el juego y la claridad en la expresión de emociones.

Sesión 4: Respiración y relajación

Desarrollo: Introducción de técnicas de respiración diafragmática y visualización breve. Se practican con cronómetro y música relajante.

Objetivos específicos desarrollados: Reducir niveles de ansiedad.

Recursos: Cronómetro visual, audios de relajación y pictogramas de respiración.

Evaluación: el nivel de activación antes/después de la técnica y un autoinforme breve por parte del alumno (por ejemplo: “me siento más tranquilo/desperto”).

SEMANAS 7–9: Regulación emocional, resolución de conflictos y habilidades sociales

Sesión 5: Historia de rol y tiempo fuera

Desarrollo: Juego de roles con conflictos escolares (interrupciones, burlas, discusiones). Se enseñan técnicas de resolución de conflictos y se aplican y se ensaya el uso del tiempo fuera como autorregulación.

Objetivos específicos: Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.

Recursos: historias sociales adaptadas al nivel del alumno, tarjetas de solución y un espacio de calma delimitado.

Evaluación: la adecuación de la respuesta del alumno en el juego de rol y el uso autónomo del espacio de calma.

Sesión 6: Técnicas de interrupción de pensamiento y Conserva y construye

Desarrollo: Presentación de la técnica STOP (Stop, Toma aire, Observa, Procede).

Actividad "conserva y construye": identificar cosas que quiere mantener y mejorar en su comportamiento.

Objetivos específicos: mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada e intentar una reducción de la ansiedad del alumno.

Recursos: carteles visuales STOP, ficha “conserva y construye” y diario emocional.

Evaluación: cómo aplica las técnicas enseñadas en simulaciones.

SEMANAS 10–12: Evaluación final, consolidación y cierre

Sesión 7: Evaluación del proceso y ajuste

Desarrollo: Se revisa el contrato conductual, el diario emocional y se hace una autoevaluación. Reunión con familia/tutor para reajustar si es necesario.

Objetivos específicos: procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones y coordinar de forma estable la intervención entre tutoría, familia y orientación.

Recursos: ficha de autoevaluación y registro conductual.

Evaluación: comparativa entre conductas iniciales y actuales y evaluar el nivel de conciencia del alumno sobre su evolución a través de una entrevista semiestructurada.

Sesión 8: Consolidación y cierre

Desarrollo:

Se hace un mural con los logros del alumno, selección de su actividad favorita y entrega de un reconocimiento simbólico. Se refuerza la idea de continuar aplicando lo aprendido.

Objetivos específicos: procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones.

Recursos: cartulina para realizar el mural de manera creativa, diploma o insignia para el alumno y la actividad libre elegida por el alumno.

Evaluación: el nivel de participación activa del alumno y el uso autónomo de estrategias.

13. Evaluación y Seguimiento

La evaluación de la intervención planteada en este trabajo pretende analizar tanto el progreso individual del alumno como la eficacia general del programa aplicado. Se concibe como un proceso sistemático, continuo y formativo, que permitirá ajustar las estrategias en función de los resultados y facilitar la toma de decisiones orientadas a la mejora.

13.1. Indicadores de éxito y criterios de evaluación

La evaluación se desarrollará en tres momentos clave:

- Una fase inicial, centrada en la recogida de datos de línea base,
- Una fase intermedia (aproximadamente a mitad de la intervención), para valorar avances y realizar ajustes,
- Y una fase final, en la que se analizarán los resultados y se formularán conclusiones.

La evaluación del programa se centrará en dos ejes: el progreso del alumno y la eficacia de la intervención. Los indicadores se definirán a partir de datos cuantitativos (frecuencia, duración e intensidad de las conductas) y cualitativos (percepción del entorno educativo y familiar).

Evaluación del progreso del alumno:

- Registro diario de conductas problema: se analizará la frecuencia, duración e intensidad de las conductas disruptivas mediante plantillas diseñadas para tal fin, completadas por el profesorado de referencia y el equipo de orientación.

- Escalas de observación conductual antes y después de la intervención, que permitirán valorar de forma estandarizada cambios en el comportamiento del alumno.
- Autoevaluación del alumno sobre su comportamiento y su estado emocional, adaptada a su nivel de comprensión mediante escalas visuales y descripciones sencillas, para fomentar la toma de conciencia y la autorregulación.

Evaluación del programa:

- Cuestionario de valoración para el profesorado implicado, centrado en la utilidad percibida del programa, viabilidad de las estrategias, y evolución observada en el alumno.
- Reunión de seguimiento con la familia y la unidad de conducta, para contrastar impresiones, valorar la implicación del entorno familiar y plantear ajustes si se detectan discrepancias entre contextos.
- Informe final de intervención, elaborado por el equipo de orientación, que incluirá recomendaciones para la continuidad del plan, ajustes necesarios o propuestas de derivación a recursos externos si se considera oportuno.

13.2. Posibles ajustes y adaptaciones en función de los resultados

La intervención se mantendrá como un proceso flexible y adaptativo. En función de los datos recogidos y la evolución del alumno, se contemplan los siguientes ajustes:

- Revisión de los reforzadores y objetivos del contrato de conducta si se detecta estancamiento o pérdida de motivación. Se adaptarán los refuerzos a los intereses actuales del alumno y se definirán metas realistas y progresivas.
- Análisis funcional actualizado en caso de aparición de nuevas conductas problema, con el fin de identificar sus desencadenantes y adaptar las estrategias de respuesta.
- Retirada progresiva de apoyos si se observa una evolución positiva y estable, favoreciendo la autonomía y el ajuste a las normas de funcionamiento del grupo-clase.
- Extensión de la intervención o derivación a recursos externos (como servicios de salud mental infanto-juvenil, orientación educativa específica o aula de apoyo a la inclusión) si se detectan dificultades que superan el marco ordinario de intervención.

14. Conclusiones y Recomendaciones

El presente Trabajo de Fin de Máster ha permitido desarrollar una propuesta de intervención educativa ajustada a las necesidades específicas de un alumno de Educación Secundaria diagnosticado con TEA, TDAH y TOD. El diseño y la implementación de esta intervención individualizada han demostrado la importancia de adoptar un enfoque comprensivo, preventivo y estructurado, como el que ofrece el ACP, para abordar conductas disruptivas y favorecer el bienestar socioemocional del alumnado con necesidades educativas especiales.

A lo largo del desarrollo del trabajo, se ha puesto de manifiesto que la comprensión profunda del perfil del alumno resulta esencial para identificar los desencadenantes de su conducta, comprender sus dificultades en el contexto escolar y planificar respuestas educativas eficaces. El análisis funcional de la conducta ha sido una herramienta clave para detectar no sólo las conductas problemáticas, sino también las funciones que estas cumplen para el alumno, lo que ha permitido intervenir desde la causa y no únicamente desde la manifestación. (Hanley, 2013)

La intervención propuesta ha girado en torno a tres pilares fundamentales: la mejora de las habilidades de comunicación, el entrenamiento en autorregulación emocional y la adaptación del entorno escolar. Se ha priorizado la creación de un ambiente estructurado y predecible, el establecimiento de límites claros y la utilización de refuerzos positivos para modelar conductas más adaptativas. Asimismo, se ha promovido la coordinación entre todos los agentes implicados (profesorado, equipo de orientación, familia y servicios externos) como elemento indispensable para la coherencia y sostenibilidad del programa.

Una de las principales reflexiones que emerge de esta experiencia es la necesidad de replantear la intervención educativa desde una perspectiva de largo plazo, flexible y adaptada a la evolución del alumno. Aunque se ha planteado una temporalización orientativa de tres meses, la realidad muestra que los cambios significativos en alumnos con un historial complejo requieren tiempo, constancia y ajustes continuos.

Además, este caso pone en evidencia que muchas de las conductas interpretadas tradicionalmente como "desobediencia" o "desafío" pueden tener una base emocional o comunicativa no resuelta, y que la intervención desde el castigo o la sanción suele resultar ineficaz e incluso contraproducente. Por tanto, es esencial formar al profesorado en estrategias de gestión del comportamiento desde un enfoque positivo y comprensivo.

Desde una perspectiva personal y profesional, este trabajo ha supuesto una oportunidad para integrar los conocimientos adquiridos a lo largo del máster con la práctica real en un centro educativo. La experiencia ha reforzado el compromiso con una educación inclusiva, basada en el respeto a la diversidad, la personalización de los apoyos y la búsqueda constante de estrategias que favorezcan la participación y el éxito escolar de todo el alumnado.

Finalmente, este TFM se cierra con la convicción de que cada caso requiere una mirada única, y que solo mediante una evaluación individualizada, una intervención basada en la evidencia y una actitud colaborativa entre profesionales y familia, es posible avanzar hacia una escuela verdaderamente inclusiva, equitativa y humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J., & Martínez, E. (2025). *La atención temprana en el trastorno del espectro del autismo. Intervención específica en Atención Temprana* (pp. 221–244). Paraninfo.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Bradley, L., Noble, N., & Hendricks, B. (2023). DSM-5-TR: Salient Changes. *The Family Journal*, 31(1), 5–10. <https://doi.org/10.1177/10664807221123558>
- Carlsson E, Nygren G, Gillberg C and Linnsand P (2024) “The package has been opened”- parents’ perspective and social validity of an Early Start Denver Model intervention for young children with autism. *Front. Child Adolesc. Psychiatry* 3:1509828. Doi: 10.3389/frcha.2024.1509828
- Carrick, A., & Hamilton, C. J. (2023). Heated behaviour in the classroom for children with FASD: the relationship between characteristics associated with ADHD, ODD and ASD, hot executive function and classroom based reward systems. *Children*, 10(4), 685. <https://doi.org/10.3390/children10040685>
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4–16.

- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., Smith, C. E., ... & Parras, E. A. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas del comportamiento*. Alianza Editorial.
- Corrales, L., & Rodríguez, J. (2024). Alumnado con Trastorno del espectro autista y el DUA como estrategia de inclusión educativa. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1–19. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-567>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis* (3rd ed.). Pearson.
- Dunlap, G. (2013). Positive Behavior Support: Foundations, Systems, and Quality of Life. Glen Dunlap, Donald Kincaid, and Donald Jackson. *The Oxford handbook of positive psychology and disability*, 303.
- Eirís-Puñal, J., & Monteagudo-Saavedra, E. (2025). Heredabilidad en los trastornos del neurodesarrollo. *Medicina (Buenos Aires)*, 85, 22–29.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Figueroa, C., Guajardo, C., Guillén, V., Vitali, M., Lagos, C. O., Huentemil, S., & Rifo, V. A. (2023). Competencias sociales y bullying en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y su asociación con la conducta suicida: Un estudio piloto. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 22(1). <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2023.69295>
- García, I., Lejárraga, A. M., Sánchez, N., de la Cueva, M. M., & Díaz, J. L. (2024). Revisión del estado sobre las dificultades en el aprendizaje de las matemáticas en alumnado con TEA. *REIDOCREA*, 13(08), 103–124. <https://doi.org/10.30827/Digibug.89930>
- Gobierno de España. (2020). *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE)*. Boletín Oficial del Estado, 340, 122868-122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1980). *Skillstreaming the Adolescent: A Guide for Teaching Prosocial Skills*.

- Grau, D., & García, M. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un enfoque desde la intervención educativa. *Revista de Psicología y Educación*, 16(2), 45–59.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2013). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of applied behavior analysis*, 36(2), 147-185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., et al. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9, 31. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6>
- Iriarte, C. (2023). Alteraciones de conducta en trastorno del espectro autista. *Ospitalarioak Fundazioa Euskadi*. <https://ospitalarioakfundazioaeuskadi.org/es/articulo/alteraciones-de-conducta-en-trastorno-del-espectro-autista/>
- Isaac, A., Halemani, K., Shetty, A., Thimmappa, L., Vijay, V. R., Koni, K., ... & Kapoor, V. (2025). The global prevalence of autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives*.
- Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10866. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710866>
- Lodeiro Sánchez, J. (2021). Inclusividad del sistema educativo español en la etapa de secundaria: trabajo de revisión teórica. <http://hdl.handle.net/20.500.12226/1138>
- Lovaas, O. I. (1987). *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Miltenberger, R. G. (2016). *Behavior modification: Principles and procedures*. Cengage Learning.
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559-583. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413>

- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (3.^a ed.). Cengage Learning.
- Orden EDU/1054/2012, de 5 de diciembre, por la que se regula la organización y funcionamiento de los departamentos de orientación de los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León.
- Orden EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2015). *BASC-3: Behavior Assessment System for Children* (3.^a ed.). Pearson.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2006). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 100. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00100>
- Sugai, G., & Horner, R. H. (2002). *The evolution of positive behavior support: From the roots of applied behavior analysis to the culture of social justice*. *Behavioral Disorders*, 27(3), 230-246.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Universidad de Valladolid. (s.f.). *Competencias del Máster Universitario en Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas*. <https://www.uva.es>

Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2006). *The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach to Supporting Children with Autism Spectrum Disorder*. Brookes Publishing.

Zhou, K., Liu, X., Li, S., Zhang, Y., An, R., & Ma, S. (2024). The use of Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children in schools to improve the ability of children with autism to complete tasks independently: A single-case meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 50(2), e13234. <https://doi.org/10.1111/cch.13234>

ANEXOS

Anexo 1. Resumen de programas de modificación de conducta

Tabla A1

Programas más usados para modificación de conducta

Programa	Autores	Año	Referencia	
Análisis de Conducta Aplicado (ABA - Applied Behavior Analysis)	Skinner, aplicado por Ivar Lovaas	1960	Lovaas, O. I. (1987). <i>Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children</i> . Journal of Consulting and Clinical Psychology.	Basado en el conductismo de Skinner, este enfoque busca reforzar conductas adaptativas y reducir las disruptivas a través de refuerzos positivos y negativos.
Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)	Arnold P. Goldstein, Barry Glick y John Gibbs	1980	Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1980). <i>Skillstreaming the Adolescent: A Guide for Teaching Prosocial Skills</i> .	Se centra en enseñar habilidades sociales adaptativas a niños con dificultades en la interacción social y conducta desafiante.
Terapia cognitivo-conductual	Aaron T. Beck (origen de la	2004	Attwood, T. (2004). <i>Cognitive Behavior</i>	Modifica pensamientos y creencias desadaptativas

	TCC en los años 60), adaptación a TEA por Tony Attwood		<i>Therapy for Children and Adults with Asperger's Syndrome.</i>	para reducir la conducta negativista y mejorar la regulación emocional.
Proyecto ARCADE	Whitacker	2001	Escribano, L., Gómez, M., Marquez, C., y Tamariz, J. (2003). Buenas prácticas del profesional del autismo ante conductas desafiantes II. Proyecto Arcade. En F. Alcantud (Coord.), Intervención psicoeducativa en niños con Trastornos Generalizados del desarrollo. Madrid: Pirámide.	Propone estrategias para abordar las conductas desafiantes en personas con TEA de manera estructurada, respetuosa y efectiva, destacando la prevención como clave, pero asegurando respuestas organizadas cuando la crisis ya se ha desencadenado.
TEACCH	Eric Schopler	1970	Zhou, K., Liu, X., Li, S., Zhang, Y., An, R., & Ma, S. (2024). The use of Treatment and Education of Autistic and Related Handicapped Children in schools to improve the ability of children with autism to complete tasks independently: A single-case meta-analysis. <i>Child: Care, Health and Development</i>, 50(2),	Se utiliza para tratar problemas emocionales y de comportamiento, incluyendo la ansiedad y la depresión en personas con TEA. Se centra en identificar y modificar pensamientos y comportamientos negativos, y ha mostrado eficacia en reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo en niños y adolescentes con TEA.

			e13234. https://doi.org/10.1111/cch.13234	
Programa basado en el Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM)	Shannon L. Rogers y Geraldine Dawson	2006	Rogers, S. J., & Dawson, G. (2006). <i>Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement</i> . Guilford Press.	Un estudio realizado por investigadores del Gillberg Neuropsychiatry Centre de la Universidad de Gotemburgo evaluó un programa de intervención basado en el ESDM para niños con TEA. Los resultados mostraron que los padres que participaron en la intervención experimentaron un aumento en el conocimiento y una mayor sensación de empoderamiento. El estudio subraya la importancia de la detección temprana junto con intervenciones personalizadas centradas en la familia.
Programas de Apoyo Conductual Positivo (ACP)	Sugai, G., & Horner, R. H.	2002	Sugai, G., & Horner, R. H. (2002). <i>The evolution of positive behavior support: From the roots of applied behavior analysis to the</i>	Un enfoque que busca reducir los comportamientos problemáticos mediante la enseñanza de habilidades

			<i>culture of social justice. Behavioral Disorders, 27(3), 230-246.</i>	alternativas y la modificación del entorno. A diferencia de ABA, PBS no se enfoca solo en el comportamiento, sino también en los contextos en los que ocurren.
Intervención de Comunicación Temprana (Early Communication Intervention, ECI)	Wetherby, A. M., & Prizant, B. M	2006	Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2006). <i>The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach to Supporting Children with Autism Spectrum Disorder. Brookes Publishing.</i>	Este enfoque busca fomentar las primeras habilidades de comunicación en niños pequeños con TEA. Utiliza estrategias de enseñanza adaptadas a las necesidades individuales del niño, como la enseñanza de habilidades comunicativas mediante gestos, señales, y sistemas de símbolos visuales.
intervenciones conductuales naturalistas para el desarrollo	Gabrielle Tiede and Katherine M. Walton	2019	Tiede, G., & Walton, K. M. (2019). Meta-analysis of naturalistic developmental behavioral interventions for young children with autism spectrum disorder. <i>Autism : the international journal of research and practice, 23(8), 2080–2095.</i>	es un modelo de intervención basado en principios tanto conductuales como de desarrollo que incorpora contextos y contingencias naturales, y un control compartido entre el intervencionista y el alumno

			https://doi.org/10.1177/1362361319836371	
Modelo Early Start Denver	Sally Rogers and Geraldine Dawson	2015	Carlsson E, Nygren G, Gillberg C and Linnsand P (2024) “The package has been opened”- parents’ perspective and social validity of an Early Start Denver Model intervention for young children with autism. Front. Child Adolesc. Psychiatry 3:1509828. Doi: 10.3389/frcha.2024.1509828	Es una intervención conductual de desarrollo naturalista (NDBI) e integra principios de la ciencia del desarrollo, el análisis conductual aplicado y la neurociencia socioafectiva para promover el aprendizaje y el desarrollo de los niños pequeños con autismo. Se centra en objetivos de aprendizaje basados en el desarrollo y en habilidades sociales elementales

Nota. Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Registro de conducta

Tabla A2

Registro de la conducta a modificar del alumno

<i>Antecedentes</i>			<i>Conducta</i>				<i>Consecuentes</i>	
Ubicación	Personas	Desencadenante	Descripción	Función	Gravedad	Duración	Reacciones del entorno	Reacciones de la persona
Clase de	Profesor	No querer hacer	Tirarse a un	No hacer	Media, el	50 min	El profesor	No presta

Educación Física	de educación física	educación física	banco o donde pille en el pabellón	educación física y bajar la ansiedad que supone hacerlo	profesor está cansado y no puede dar clase correctamente		está quemado por la actitud del niño y se teme que algún compañero le copie el pensamiento	atención e ignora el estímulo que le genera angustia
Refuerzo con PT	PT y compañeros de la clase de refuerzo	Querer hablar solo de lo que a él le apetece y sus centros de interés. No querer dar clase y ser el centro de atención	Hablar en voz alta interrumpiendo a sus compañeros y a la maestra. Hablar en voz muy alta.	Ser el centro de atención de la clase y que le escuche y sentirse querido	Moderada, disruptiva la clase entera	Toda la clase, aunque la PT a veces consigue que se calme	Molesta a los compañeros porque grita mucho y solo quiere hablar de lo que a él le interesa	Retroalimentar sus actuaciones si le hacen caso y le ríen las gracias.
Aula	Compañeros de curso	Ruido y jaleo en el pasillo porque es cambio de clase	Buscar en el ordenador del profesor porno	Esta en la etapa de descubrimiento y no tiene claros los comportamientos sociales aceptados	Media, no se puede usar material ajeno y no sabe muy bien los límites de la intimidad	En el cambio de clase, los 5 minutos de cambio	Es un compañero el que lo ve y viene a decírnoslo, porque a veces les cansa un poco su actitud	Le ponen una parte, evidentemente no le gusta. No creo que se consciente de que es algo privado y que no se puede hacer
Pasillo	Compañeros de	Sus compañeros le instan a llevar	Jugar con el extintor,	Llamar la	Leve, haciendo movimien	En el cambio	Les hace gracia, se ríen	Se ríe, está siendo el centro

	curso	a cabo conductas inapropiadas, se ríen de que lo vaya a hacer y le jalean	fingir que lo va a abrir	atención de sus iguales y sentirse incluido	tos como de ir a pulsar la alarma de incendios pero solo era para causar una reacción en los compañeros, no creo que fuese a hacerlo	de clase, en los cinco minutos de descanso	de que lo vaya a hacer y le retroalimentan, aunque ya se les ha dicho que en estas ocasiones no le presten atención	de atención y le encanta
--	-------	---	--------------------------	---	--	--	---	--------------------------

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Resumen de temporalización

Tabla A3

Temporalización de la intervención

Semana	Actividad	Objetivos	Frecuencia
1-2	Evaluación inicial y recogida de datos	Coordinar la intervención entre tutoría, familia y orientación.	1 vez
	Diario de las emociones	Favorecer la adaptación socioeducativa mediante autorregulación y expresión emocional.	A diario
	Creación del contrato	Establecer límites claros y	1 vez

	conductual	coherentes con consecuencias conocidas y pactadas con el alumno.	
3-6	Juego de las preguntas	Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.	1-2/semana
	Rueda de las emociones	Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.	A diario
	Respiracion y relajacion	Intentar una reducción la ansiedad del alumno	2/semana
7-9	Historia de rol	Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.	1/semana
	Conserva y construye	Procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones	1/semana
	Tiempo fuera	Establecer límites claros y coherentes con consecuencias conocidas y previamente pactadas con el alumno	1-2/semana

	Técnicas de interrupción de pensamientos	Mejorar la capacidad del alumno para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y estructurada.	1-2/semana
10-12	Evaluación del proceso y reajuste de estrategias	Coordinar de forma estable la intervención entre tutoría, familia y orientación	1 vez
	Consolidación de las actividades	Procurar el aumento de su participación activa en la toma de decisiones	1/semana

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Actividades para realizar en la intervención

-Área de Comunicación:

1. Actividades de Expresión Oral

○ Actividad 1: "El diario de las emociones"

El alumno llevará un diario donde, al final del día, escribirá (o verbalizará, si es más conveniente) una o dos situaciones que le hayan generado emociones fuertes (positivas o negativas) y cómo las manejó. Luego, se discutirá en una breve sesión de retroalimentación con el orientador o el tutor.

Material: Diario o cuaderno, preguntas orientadoras (¿Cómo te sentiste hoy? ¿Por qué? ¿Cómo lo gestionaste?).

Frecuencia: Diaria, al final de cada jornada escolar.

○ Actividad 2: "Historias de rol"

El alumno participará en actividades de dramatización donde tenga que asumir un rol y comunicar pensamientos y emociones a través de situaciones estructuradas. Ejemplos de historias pueden ser: un desacuerdo con un compañero, la frustración por un trabajo difícil o

una situación de apoyo emocional hacia otro compañero.

Material: Guías con situaciones específicas, espacio para representación, posibles roles (amigo, profesor, compañero de clase).

Frecuencia: Semanal, en sesiones de 15-20 minutos.

2. Juegos de Turnos y Toma de Decisiones

○ Actividad 1: "El juego de las preguntas"

Se organizará una dinámica de preguntas y respuestas donde el alumno deberá escuchar a su interlocutor, esperar su turno y formular una respuesta adecuada. Este juego puede realizarse en pareja o en pequeños grupos.

Material: Tarjetas con preguntas (¿Cuál es tu comida favorita?, ¿Cómo te sentiste ayer?).

Frecuencia: 1-2 veces por semana durante 15 minutos.

○ Actividad 2: "Conversa y construye"

Actividad grupal donde el alumno participará en una conversación, pero sólo podrá intervenir tras completar una estructura simple, como "Me gusta..." o "No me gusta..." o, en un nivel más avanzado, frases más elaboradas como "Creo que...". Este ejercicio refuerza el uso de frases completas y la paciencia para tomar turnos.

Material: Material de construcción (piezas de lego, bloques) para asociar las intervenciones con una recompensa visual y física.

Frecuencia: 2 veces por semana, en sesiones grupales.

-Área de Conductas Disruptivas:

1. Estrategias de autorregulación durante momentos de tensión:

○ Actividad 1: "Tiempo fuera positivo"

Durante situaciones de alta tensión emocional, el alumno podrá solicitar un "tiempo fuera", el cual se aplicará en un espacio tranquilo y supervisado donde pueda reflexionar sobre la situación.

Material: Área de descanso, cronómetro

Frecuencia: Según necesidad, durante momentos de tensión en clase.

○ Actividad 2: "Técnicas de interrupción de pensamiento"

En situaciones donde el alumno comience a mostrar señales de frustración o ansiedad, se le enseñará a utilizar una técnica simple de pensamiento, como "Detente, respira, piensa". Esta estrategia busca interrumpir los patrones negativos de pensamiento que suelen llevar a conductas disruptivas.

Material: Guía de estrategias, tarjetas con recordatorios.

Frecuencia: Cada vez que el alumno se sienta abrumado, con práctica constante

Anexo 5. Tabla de recogida de datos.

Functional Assessment Observation Form																								
Name:																								
Starting Date:		Ending Date:										Perceived Functions												
		Behaviors				Predictors						Get/Obtain			Escape/Avoid			Actual Consequence		Comments: (if nothing happened in a period, write initials)				
Time						Transition	direction/ instruction	difficult task/ activity	interruption	left alone				Attention	Object/activity	Sensory stimulation	work/activity	person	place		Unsure			
Totals																								
Events:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				

O'Neill, R., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997). Functional assessment for problem behaviors: A practical handbook (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole in Snell, M. & Brown, F. (2006). Instruction of students with severe disabilities. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Nota. Fuente: O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (3.^a ed.). Cengage Learning.