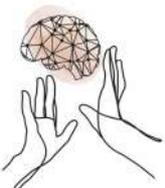


REGISTRO CONDUCTA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ. MAESTRA PT.



Uso del material



Doc. 1.

Datos del alumno-a e información relevante y coordinaciones (profesionales y familia que intervienen con el alumno/a).



Doc. 2.

Registro de las conductas más presentes y ordenadas de mayor a menor gravedad.



Doc. 3.

Registro de conductas teniendo en cuenta el contexto. Ordenamos de mayor a menor gravedad y anotamos datos relevantes.



Doc. 4.

Documento para recoger si funcionan o no nuestras actuaciones en relación a los conductas que presenta el alumno-a.



Doc. 5 y 6.

Registro de la conducta más importante (semanalmente).



Doc. 7.

Registro de relación: conducta y regulación emocional.



Doc. 8,9,10,11.

Registro de frecuencia e intensidad de la conducta.



Doc. 12 y 13.

Cómo se interviene ante esas conductas: todo el personal que interviene con el alumno/a y otros contextos.



Doc. 14 y 15. Planificación semanal y diaria del día para el alumno/a.



Doc. 16. Intervención de los profesionales y horario del maestro/a con el alumno/a.



Doc. 17 . Planificación mensual con el alumno/a.



Uso del material



★ Doc. 18. Tabla comparativa casa/ colegio.

★ Doc. 19. Plan preventivo.

★ Doc. 20. Diario y notas.



DATOS DEL ALUMNO/A



Datos del alumno-a

NOMBRE

CURSO

DIAGNÓSTICO

CONDUCTAS
MÁS
IMPORTANTES

FUNCIONES
DE LAS
CONDUCTAS



DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE:

CURSO:

EDAD:

¿CÚAL ES SU ESTADO EMOCIONAL?

- CONTENTO/A
- ENFADADO/A
- MIEDOSO/A
- RELAJADO/A
- EXPRESA SUS EMOCIONES
- NO EXPRESA CÓMO SE SIENTE
- ES DESCONFIADO/A
- NO HEMOS TRABAJADO A NIVEL EMOCIONAL



CONDUCTA A TRABAJAR

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA CONDUCTA MÁS DESTACADA



MEJOR MOMENTO DEL DÍA

PEOR MOMENTO DEL DÍA

GUSTOS, PREFERENCIAS Y REFORZADORES



COORDINACIONES Y ENTREVISTAS



COORDINACIONES CON EL PROFESORADO. REUNIONES

MES:

L.	M.	MX.	J.	V.

NOTAS:





Coordinación

FAMILIA/EQUIPO DOCENTE



✓ **ASISTENTES:**

✓ **CONDUCTA A TRATAR:**

✓ **ACUERDOS ADOPTADOS:**





Coordinación FAMILIA



INFORMACIÓN EXTRAIDA: PLENA INCLUSIÓN.

Parte 1: Identificación de las necesidades

Por favor, piense en los próximos seis meses. En este periodo de tiempo, qué grado de necesidad presenta uno o más miembros de su familia para poder realizar las siguientes tareas:

	1- Ninguna necesidad	2- Necesidad baja	3- Necesidad	4- Necesidad elevada	5- Necesidad muy elevada
1. Control médico (médico de cabecera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atender las actividades diarias de cuidado de uno mismo (por ejemplo, bañarse o ducharse, cepillarse los dientes, vestirse, comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Participar en las actividades preferidas de carácter lúdico que se llevan a cabo en recintos cerrados de la comunidad (por ejemplo, películas, conciertos, clases de arte...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Orientar a los demás (por ejemplo vecinos, amigos) a relacionarse con los miembros de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentirse apoyado por los					

OBSERVACIONES:





Coordinación FAMILIA



INFORMACIÓN EXTRAIDA: PLENA INCLUSIÓN.

Parte 2: Determinación de las necesidades prioritarias

Por favor, escoja las 5 necesidades que actualmente considere que sean la máxima prioridad para su familia para poder llevar a cabo las actividades del día a día (pueden estar o no en el apartado anterior).

Cinco necesidades prioritarias
1ª
2ª
3ª
4ª
5ª

OBSERVACIONES:





Coordinación FAMILIA



INFORMACIÓN EXTRAIDA: PLENA INCLUSIÓN.

Parte 3: Identificación de los apoyos

Le pedimos que elija el tipo de apoyo que considere que le ayudaría a de dar respuesta a cada una de sus cinco necesidades principales (puede escoger en cada caso, más de una opción).*

Cinco necesidades prioritarias	Tipos de Apoyos			
	Emocional	Informativo	Logístico	Económico
1ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:





Coordinación FAMILIA



INCLUYO ALGUNAS PREGUNTAS. PARA PROFUNDIZAR, INCLUIR TODAS LA NECESARIAS.

1. ¿CÓMO SE COMUNICA CON SU HIJO/A EN CASA?
2. ¿LE AYUDA LA INFORMACIÓN VISUAL?
3. ¿EMPLEA ALGÚN CAA?
4. ¿QUÉ RUTINA TIENE SU HIJO/A?
5. ¿DUERME BIEN?
6. ¿SE LEVANTA DE BUEN HUMOR POR LAS MAÑANAS?
7. ¿ACUDE A ALGUNA ASOCIACIÓN?
8. ¿CÓMO TIENEN ORGANIZADAS SUS ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE?
9. ¿CÓMO SE RELACIONA CON VOSOTROS EN CASA?
10. ¿SE RELACIONA IGUAL CON TODO EL MUNDO?
11. ¿HAY ALGUNA CONDUCTA QUE LES PREOCUPA?
12. DESCRÍBAMELA.
13. ¿CÓMO RESPONDE ANTE ESA CONDUCTA?
14. ¿SABE LO QUE LE ESTÁ PIDIENDO SU HIJO?
15. ¿QUÉ LÍMITES TIENE EN CASA?
16. ¿SABE LAS CONSECUENCIAS DE SUS CONDUCTAS?
17. ¿QUÉ LE GUSTA, RELAJA...?
18. ¿TIENE SU PERSONA FAVORITA?.
19. ¿SIEMPRE RESPONDEN IGUAL ANTE LA CONDUCTA?
20. ¿OS RESPETA A LOS DOS?
- ¿EN QUÉ CONTEXTO SUELE OCURRIR?
21. ¿OCURRE SIEMPRE EN HORAS DETERMINADAS?
22. ¿RECUERDAN CUÁNDO COMENZÓ A HACERLO Y CÓMO RESPONDIÓ USTED LA PRIMERA VEZ?
23. ¿CÓMO SE SIENTE CUANDO OCURRE? ¿Y ÉL/ELLA?
24. ¿CREE QUE LE TRANSMITE CALMA?
25. ¿SIENTE QUE SU HIJO/A LE RESPETA Y ENTIENDE SUS RUTINAS ASI COMO LAS CONSECUENCIAS DE SUS CONDUCTAS?
26. ¿DIRÍA QUE TIENE UN BUENA RELACIÓN CON SU HIJO/A Y QUE ENTIENDE LO QUE USTED LE QUIERE DECIR?
27. ¿VALIDA SUS EMOCIONES?



REGISTRO DIARIO DE CONDUCTAS



Registro de conductas a trabajar

NOMBRE:

CLASE:

DIAGNÓSTICO:

EDAD:

OBSERVACIONES:

Orden según la intensidad	Conducta y función	¿Dónde ocurre ? ¿Con quién está?





Registro de conductas



¿QUÉ OCURRIÓ ANTES?	CONDUCTA y FUNCIÓN	¿CÓMO ACTUAMOS?	¿ES ÚTIL LA INTERVENCIÓN?



Registro de conductas



CONDUCTA Y FUNCIÓN	RESPUESTA A LA CONDUCTA	QUÉ HACES	¿FUNCIONA?





Conducta:

Funcionalidad de la conducta:

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

IUEVES

VIERNES



REGISTRO CONDUCTAS

OBSERVACIONES

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

CONDUCTA A OBSERVAR



¿QUÉ QUIERE CONSEGUIR?

CÓMO REFORZAMOS LAS CONDUCTAS
INADECUADAS?



CONDUCTAS EN EL AULA

FECHA

L M MX J V S D

NOMBRE

.....

CONDUCTAS

- TIRARSE AL SUELO
- HETEROLESIONES
- AUTOLESIONES
- RABIETAS
-
-



¿QUÉ HA FUNCIONADO?



¿CÓMO ME DICE LAS COSAS?



¿QUÉ HAGO CUANDO PRESENTA CONDUCTAS INADECUADAS?

.....

.....

.....

HA ESTADO...



INTENSIDAD DE LA CONDUCTA



CONTEXTO DE LA CONDUCTA

.....

.....

.....

.....

.....



NOMBRE: _____

REGISTRO CONDUCTA

8:00 AM	
9:00 AM	
10:00 AM	
11:00 AM	
12:00 PM	
1:00 PM	
2:00 PM	
3:00 PM	
4:00 PM	
5:00 PM	
6:00 PM	
7:00 PM	
8:00 PM	
9:00 PM	
10:00 PM	
11:00 PM	
12:00 AM	

GRAVEDAD/CONDUCTA

NIVEL ALTO

NIVEL MEDIO

NIVEL BAJO

QUÉ FUNCIONÓ

1 _____

2 _____

3 _____



RASTREADIR DE CONDUCTAS

MES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30



Doc. 10. Registro de frecuencia e intensidad de la conducta. Marcar el día y hora cuando observamos dicha conducta.

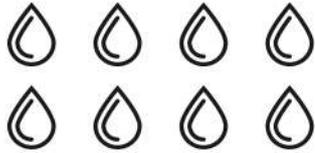
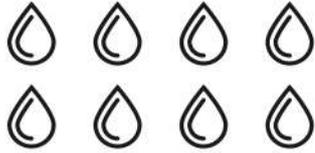
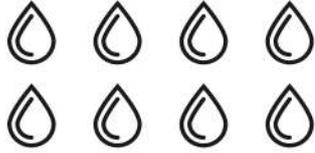
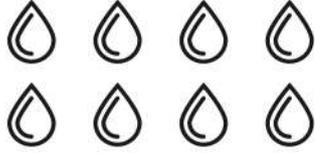
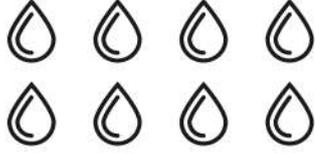
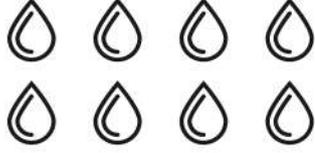
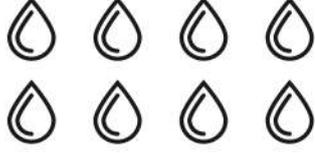
DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA A OBSERVAR:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							



CONDUCTAS EN EL AULA

NOMBRE

DÍA	QUÉ HACE	QUÉ HAGO. FUNCIONA S-N	INTENSIDAD
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			



Respuesta ante conductas inadecuadas



CONDUCTA	¿RESPONDO A LO QUE QUIERE CONSEGUIR?



Análisis funcional de la conducta



CONDUCTA	REFORZADORES



Análisis funcional de la conducta



¿QUÉ LE PONE NERVIOSO/A?	CONDUCTA	REFORZADORES



Análisis funcional de la conducta



CONDUCTA	¿QUÉ LE PONE NERVIOSO/A?



INTERVENCIÓN CONDUCTAS INADECUADAS

NOMBRE

DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA:

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PARA ESA CONDUCTA Y SUS REFUERZOS POSITIVOS. CÓMO DEBO INTERACTUAR.





REGISTRO

CONDUCTAS

	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	



RECURSOS ORGANIZATIVOS MAESTRO/A



REGISTRO TRAS OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

NOMBRE:

CLASE:

DIAGNÓSTICO:

EDAD:

OBSERVACIONES:

MAESTRO/A	CONDUCTA ¿QUÉ QUIERE CONSEGUIR?	INTERVENCIÓN



PLANIFICACIÓN HORARIO DEL ALUMNO/A

MES:

NOMBRE:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

NOTAS:



RUTINA DIARIA



NOMBRE:

1º

2º

3º

4º

5º

6º



NOMBRE:

LUNES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

HORARIO INDIVIDUAL PARA EL MAESTRO/A

L	M	M	J	V

MARTES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MIÉRCOLES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

JUEVES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

VIERNES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

NOTAS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



PROGRAMACIÓN CON EL ALUMNO/A

MES:

L.

M.

MX.

J.

V.

REFORZADORES:



SUPERVISIÓN PATIOS

MES:

L.

M.

MX.

J.

V.

REFORZADORES:



NOMBRE:

CONDUCTA:

DÍA	CASA	COLEGIO
LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SÁBADO		
DOMINGO		



PLAN PREVENTIVO

DOCENTE

ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS
DE LA SEMANA

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

OBJETIVOS

-
-
-
-
-

ACTIVIDADES

REFORZARES



NOTAS.



DIARIO



FECHA: ?



**INFORMACIÓN
RELEVANTE**

COORDINACIONES

**PLAN
PREVENTIVO**

NOTAS

**SUPERVISIÓN
PATIOS**

PROGRAMACIÓN

FAMILIA

ENTREVISTAS

**RUTINA
DIARIA**

ENTREVISTAS

**MEDIDAS
PREVENTIVAS**

**HORARIO
ALUMNO/A**

**REGISTRO DE
CONDUCTAS**

INTERVENCIÓN

**DIARIO
SEMANAL**



