

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Relación entre el vínculo de apego en los niños y el desarrollo de trastornos de comportamiento. El trastorno disocial (TD) y el trastorno negativista desafiante (TND) en Educación Primaria: herramientas teóricas para tratarlos en el aula.

Autor/es

Celia Chueca González

Director/es

Sergio Benabarre Ciria

Contenido

1. INTRODUCCIÓN:	7
2. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE LA TEORÍA DEL APEGO.	8
2.1. Afectividad, vínculo y apego	8
2.2. Evolución histórica: desde los comienzos hasta la actualidad.	9
2.3. Tipos de apego.	11
2.4. Trastornos de apego.	14
3. TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO.	15
3.1. Características y tipos (DSM-5).	17
4. TRASTORNO DISOCIAL O DE LA CONDUCTA	18
4.1. Definición.....	18
4.2. Comportamientos y síntomas.	18
4.2.1. Tipo de inicio.....	19
4.2.2. Tipo de gravedad.	20
4.3. Epidemiología	20
4.4. Etiología	21
4.4.1. Factores biológicos:	21
4.4.2. Factores socioculturales:.....	21
4.4.3. Factores psicológicos:.....	22
5. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	22
5.1. Definición.....	22
5.2. Comportamientos y síntomas.....	23
5.2.1. Tipo de gravedad.	23
5.3. Epidemiología	24
5.4. Etiología	25
5.4.1. Factores biológicos	25
5.4.2. Factores socioculturales.....	25
5.4.3. Factores psicológicos.....	25
6. RELACIÓN ENTRE EL VÍNCULO DE APEGO Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.	26

7. HERRAMIENTAS TEÓRICAS PARA TND Y TD	30
7. 1. Detección.....	30
7.2. Procedimiento	31
7.3. Instrumentos de evaluación para TD y TND.	32
a) Cuestionario ESPERI	32
b) Test de Conners para profesores	33
7.4. Tratamientos.....	34
7.4.1. Tratamiento para el Trastorno Negativista Desafiante	34
a) Programa de Russell Barkley.	35
b) Collaborative Problem Solving.....	36
7.4.2. Tratamiento para Trastorno Disocial	38
7.5. Objetivos generales y específicos	39
7.6. Intervención en el aula.	40
8. METODOLOGÍA	43
9. CONCLUSIONES GENERALES.....	44
10. BIBLIOGRAFÍA	45
11.ANEXOS:	49
ANEXO I:	49
ANEXO II.....	52

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Título del TFG: Relación entre el vínculo de apego en los niños y el desarrollo de trastornos de comportamiento. El trastorno disocial (TD) y el trastorno negativista desafiante (TND) en Educación Primaria: herramientas teóricas para tratarlos en el aula.

Title (in English): Relationship between the attachment bond in children and the development of behavioural disorders. Dissociation disorder and defiant negativism disorder in primary education: theoretical tools to deal with them in the classroom.

- Elaborado por Celia Chueca González.
- Dirigido por Sergio Benabarre Ciria.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Febrero del año 2020
- NÚMERO DE PALABRAS (SIN INCLUIR ANEXOS): 12.207

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

RESUMEN

El Trabajo de Fin de Grado que se desarrolla a continuación, se ha basado en llevar a cabo una investigación que relacione el desarrollo de los diferentes vínculos de apego y el posible desarrollo de un Trastorno de Conducta o Comportamiento.

Dentro de este grupo de trastornos, la investigación se ha centrado principalmente en dos de ellos, ya que son los que más se manifiestan actualmente en la sociedad. Se hace referencia pues al Trastorno Negativista Desafiante, caracterizado por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y de enfado hacia padres, compañeros, profesores y personas de autoridad y al Trastorno Disocial, determinado por la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de una violación de las normas sociales.

Cada día aparecen más niños en las aulas que presentan comportamientos difíciles y problemáticos. Es necesario que tanto docentes actuales como futuros docentes sepamos cómo enfrentarnos a estas situaciones, por ello se muestran también diferentes herramientas con la intención de facilitar a los maestros una detección, intervención e interacción para poder llevar a cabo en el aula en base a los posibles trastornos de conducta que puedan sufrir los alumnos y así, hacer frente a sus necesidades.

PALABRAS CLAVE

Afecto, vínculo, apego, trastorno, conducta, diagnóstico.

ABSTRACT.

This dissertation, which is developed below, has been based on investigating an existing relation between the establishment of the different attachment links and the possible development of a behavioral disorder.

Within this group of disorders, the investigation has been mainly centered in two of them, as they are the ones that are more frequently manifested in the current society. So, the first one is the Oppositional Defiant Disorder (ODD) which is characterized by non-cooperative, challenging, negative, irritable and angry behaviors towards parents, classmates, teachers and people with authority. The second one is the dissocial disorder which is determined by the recurring presence of distorted, destructive and negative behaviors, in addition to a violation of social norms.

Every day, more children that present difficult and problematic behaviors appear in classrooms. It is necessary that both current teachers and future teachers known how to deal with these situations. So different tools are also shown with the purpose of facilitating teachers a detection, intervention and interaction to be able to carry out in the classroom, based on the possible behavioral disorders that these students may suffer, and thus, face their needs.

KEY WORDS:

Soft spot, bond, attachment, disruption, behaviour, assessment.

1. INTRODUCCIÓN:

Ser educador o educadora, no es una tarea sencilla, pues además de necesitar ciertas capacidades o recursos para enseñar y hacer comprender a los alumnos los contenidos que deben aprender, también tenemos que saber tratar con ellos psicológicamente. Como docentes, debemos saber que cada niño es un mundo, cada uno tiene una vida y una situación familiar y personal diferente a los demás, sin embargo, está en nuestras manos ayudarles a hacer frente a las posibles situaciones negativas de sus vidas, ya que “Lo que un niño puede hacer hoy con ayuda, será capaz de hacerlo por sí mismo mañana” (Vygotsky.S.f.)

Hoy en día, varios estudios concluyen que los principales problemas en la infancia y adolescencia más prevalentes son los trastornos de comportamiento, seguidos de los trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención y trastornos de la eliminación (Meléndez y Navarro, 2009; Valero y Ruiz, 2003).

Uno de los factores más influyentes a la hora de desarrollar un trastorno de comportamiento, es la falta de afectividad en los niños. Esta repercute negativamente en varios aspectos de su vida, manifestando así, ya sea de manera directa o indirecta una serie de problemas que deberán ser tratados.

El doctor Juan Casado, en su artículo *El valor del afecto en la salud de los niños* defiende:

El afecto es un sentimiento imprescindible para los humanos, especialmente para los más frágiles, aquéllos que están en los extremos de la vida, las personas mayores y los niños. Para ellos es tan necesario que sin afecto enferman, y no sólo del alma con disfunciones psicológicas y del comportamiento...El déficit afectivo conduce además a los niños a inmadurez en el desarrollo como persona, dificultad para relacionarse de adultos y adolescentes, inadaptación social y quizás a la delincuencia. El afecto también reduce el estrés, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos. (Casado, 2011).

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Así mismo, es conveniente destacar también en este punto que según afirma la profesora de psicología evolutiva de la Universidad Complutense de Madrid, Belén García, “un niño que ha pasado un tiempo con alguna privación afectiva va a tener carencias en su función de desarrollo” (2005). Ella se ha dedicado a estudiar los problemas de desarrollo de niños criados en orfanatos en Rumania.

El Trabajo de Fin de Grado que se desarrollará a continuación, se ha centrado en los trastornos de comportamiento, incluyendo en este bloque los siguientes:

- a. Trastorno negativista desafiante (TND).
- b. Trastorno disocial (TD)
- c. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- d. Trastorno explosivo intermitente (TEI)

Sin embargo, los que han sido investigados, desarrollados y trabajados son los mencionados en primer y segundo lugar, es decir, el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Esta decisión se debe a que ambos trastornos conforman los padecimientos claves de los trastornos de comportamiento recogidos en el DSM (Manual diagnóstico estadístico). Además, estos se manifiestan cuando existe una falta de afectividad y problemas de apego.

El principal objetivo que este estudio busca, es analizar a nivel teórico la relación existente entre el vínculo de apego y los trastornos de comportamiento. Además, como objetivos secundarios, se muestran datos, herramientas y estrategias que pretenden facilitar a los docentes la manera de conseguir una detección y tratamiento adecuados para los posibles alumnos que puedan sufrir un Trastorno de Comportamiento, contando siempre con la ayuda de profesionales como psicólogos o psiquiatras, pues ellos son los encargados de realizar el diagnóstico, como se explicará en el presente trabajo.

2. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE LA TEORÍA DEL APEGO.

2.1. Afectividad, vínculo y apego

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Para comenzar la redacción de este estudio teórico, creo conveniente aclarar una serie de conceptos con los que trabajaremos a lo largo de la realización del Trabajo de Final de Grado.

El primer concepto clave a aclarar es el de *afectividad*, pues se entiende dicha palabra como el conjunto de sentimientos, emociones y pasiones que una persona puede demostrar ante distintas situaciones.

Nos centraremos también en la definición de la palabra *vínculo*, cuyo concepto se entiende como la unión o atadura de una persona o cosa con otra.

Finalmente, explicaremos que la palabra *apego* está compuesta por el prefijo “*ad*”, que es traducido como hacia y el verbo “*picare*” que es sinónimo de unir, ambos procedentes del latín. Su significado hace referencia a un vínculo afectivo que se extiende en el tiempo y que resulta intenso.

2.2. Evolución histórica: desde los comienzos hasta la actualidad.

La evolución del desarrollo de la teoría del apego, cuenta con tres fases en las que destacaremos a tres autores y autoras diferentes como John Bowlby, Mary Ainsworth o Mary Main

El comienzo de dicha teoría, tuvo su origen en los años cincuenta, cuando John Bowlby, médico inglés, especializado en la mente humana se interesó por el desarrollo infantil. El psicoanalista realizó un estudio observando los efectos de la separación temprana de algunos niños de sus madres, que habían sido ubicados en hospitales o residencias infantiles. De esta forma, confirmó que, para conseguir y mantener un bienestar psicológico en los niños pequeños, los cuidados maternos son imprescindibles, además de defender que los menores no deberían ser instalados en entornos no familiares. Así mismo, sostiene que existen tres etapas por las que los niños pasan cuando se produce una separación de su figura de apego:

- a. Protesta
- b. Desesperación
- c. Desconexión

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Durante estas etapas, el niño experimenta una serie de sentimientos y reacciones psicológicas negativas, que según menciona John Bowlby serían la aparición de ansiedad y ambivalencia y un estado de indiferencia, llamado desapego, en el cual se cohiben los sentimientos afectuosos y los hostiles. De esta forma, el autor defiende que la necesidad de apego es primaria, negando por tanto, la Teoría de los Instintos creada y explicada por Sigmund Freud en la que se habla del apego como un aspecto secundario.

La segunda fase a destacar en la evolución de la teoría del apego aparece con los estudios y declaraciones de Mary Ainsworth, la cual tuvo como mentor principal, al autor que inició la teoría del apego y que ha sido nombrado anteriormente, John Bowlby.

Tras años de formación, en el 1954, Ainsworth decidió viajar a Uganda donde comenzó un estudio basado en el área del desarrollo socio-emocional. Seleccionó a veintiocho niños con sus madres y los observó cada dos semanas durante nueve meses, obteniendo como resultado tres grupos de niños; Un grupo desarrolló un apego seguro, el siguiente lo desarrolló inseguro y el último no desarrolló ningún tipo de apego.

Dos años más tarde, al finalizar este primer estudio, viajó a Estados Unidos, donde, de nuevo, inició una segunda investigación, en la que trabajó con veintiséis niños y sus madres durante el primer año del niño, cada tres semanas. Comparando resultados, la psicóloga encontró una serie de diferencias en base al estudio realizado en Uganda, de manera que decidió crear un instrumento de observación llamado "*La Situación del extraño*".¹ Con ello, pretendía examinar de una manera más sistemática el comportamiento de apego del niño, observando la interacción de este con su madre, para conseguir explicar aquellas diferencias surgidas entre ambos estudios.

La Técnica de la Situación del Extraño, ha sido utilizada en una considerable cantidad de estudios relacionados con la investigación del apego, desde que Mary Ainsworth la creó, hasta la actualidad.

¹ Nombre original en inglés es Strange Situation

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

La última fase de la evolución histórica de la teoría del apego nos llega de la mano de Mary Main. Autora destacada, entre varios investigadores, por la creación de un instrumento clínico llamado “*Entrevista de Apego Adulto*”.²

Adult Attachment Interview es un cuestionario creado para que sea realizado por padres y madres en el que deben narrar su historia infantil, recuerdos, experiencias y relación con sus progenitores. De esta forma, se comenzó a evaluar también el apego que las personas adultas habían desarrollado en base a sus vivencias de la infancia.

El estudio y avance de la teoría del apego, ha permitido categorizar los trastornos de apego, estableciendo en la actualidad uno de los ámbitos que mayor interés despierta entre los profesionales. Así pues, el uso de los instrumentos descritos anteriormente, han facilitado el estudio y la investigación entre los tipos de apego en los niños y en sus padres

2.3. Tipos de apego.

Como dice Barudy (2005) un niño necesita de la presencia continuada de los cuidadores (o al menos un cuidador) para llegar a ser alguien.

Para conseguir que un niño tenga un desarrollo psíquicamente correcto, es necesario que su cuidador consiga responder de manera adecuada a las conductas que este demuestra y manifiesta, además de crecer en un ambiente adecuado. De este modo, solo existiría un tipo de apego, que recibe el nombre de: apego seguro. Sin embargo, después de realizar gran cantidad de estudios e investigaciones con niños y sus cuidadores o progenitores, se ha confirmado que existen tres tipos más, dentro del tipo de apego inseguro; clasificados como apego inseguro-ambivalente, apego inseguro-evitativo y apego desorganizado.

En la obra “*Child Care and the Growth of Love*” (1965) que Mary Ainsworth creó, comienzan planteándose tres tipos de apego, posteriormente se reconoce y se añade un modelo más, con el que también se trabaja en la actualidad.

A continuación se expondrán tanto las características, como las circunstancias más comunes en las que pueden aparecer los diferentes modelos de apego.

² Adult Attachment Interview

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

1. Apego seguro: Los bebés que conforman este grupo, se caracterizan por la aparición de una sensación de angustia cuando se produce una separación de sus cuidadores, sin embargo, en el momento que estos reaparecen, los bebés recuperan una sensación de calma. Esto es debido a que dichos cuidadores, han sido consistentes en cuanto a la protección y la atención prestada al niño. En general, este tipo de apego se da en un 65% de los niños.

Las características más comunes que desarrollan los niños con un apego seguro son:

- a. Menor nivel de ansiedad
- b. Menor nivel de depresión
- c. Menor nivel de tristeza
- d. Menor nivel de apatía
- e. Mayor afecto positivo
- f. Mayor energía
- g. Mayor concentración

2. Apego inseguro-ambivalente: Este grupo está constituido por entre el 10% y el 12% de los niños, son aquellos en los que sus necesidades no se han visto atendidas de manera completa. Es decir, en ocasiones, el cuidador no está disponible, por lo que el niño aprende a hacer llamadas de atención para conseguir que satisfagan las necesidades demandadas.

Las características más comunes que desarrollan los niños con un apego inseguro-ambivalente son:

- a. Ansiedad
- b. Inseguridad
- c. Respuestas temerosas ante estímulos

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- d. Necesidad de cercanía
- e. Miedo a ser rechazado
- f. Niveles altos de afecto negativo (malestar, enfado, nerviosismo)
- g. Bajo nivel de calma
- h. Bajo nivel de tranquilidad
- i. Muy emocionales

3. Apego inseguro-evitativo: El cuidador que caracteriza este tipo de apego, se muestra nervioso, asustado, ansioso o inseguro ante las demandas del infante, por lo que la mayoría de las veces no se ve capaz de atenderlo, llegando incluso, a rechazar la satisfacción de dichas demandas. Como respuesta a este comportamiento, el niño deja de exteriorizar sus emociones para evitar ser rechazado, hasta dejar de sentir las y cuando son separados de su cuidador muestran indiferencia. 20 de cada 100 niños, desarrollan este tipo de apego.

Las características más comunes que desarrollan los niños con un apego inseguro-evitativo son las siguientes:

- a. Distancia emocional en relación con los iguales
- b. Ansiedad continuada
- c. Alto nivel de miedo
- d. Negación de emociones
- e. Menor nivel de alegría
- f. Mayor autonomía

4. Apego desorganizado: El porcentaje de niños que sufren este tipo de apego es bajo, pues se sitúa entre el 3% y el 5%. La diferencia encontrada en el apego desorganizado en comparación con los dos anteriores (inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo), se centra en el comportamiento del cuidador. Este se muestra

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

agresivo, violento e incluso llega a abusar o maltratar al niño. La manera desorganizada en la que actúan los cuidadores, provocan en el infante una fuerte inestabilidad interna, entrando, para conseguir sobrevivir, en una evasión del contacto con la realidad. Todo ello, afectará de manera negativa en el desarrollo psicológico del menor.

Las características más comunes que desarrollan los niños con un apego desorganizado son las siguientes:

- a. Sentimiento de culpa
- b. No sabe identificar sus emociones
- c. No tienen confianza en sí mismos ni en los demás
- d. Tendencia a auto-agredirse
- e. Alto nivel de miedo
- f. Alto nivel de incertidumbre

2.4. Trastornos de apego.

Para que un niño consiga un desarrollo físico, psicológico y social correcto, es importante que sus cuidadores establezcan, una relación de apego sano. Son las experiencias vividas las que ayudan al cerebro a madurar, enseñándole a relacionarse con los demás, a reaccionar ante las diferentes situaciones, a defenderse y a saber regularse emocionalmente, entre otras.

Por consecuencia, si el vínculo de apego desarrollado entre el infante y su cuidador no es sano o seguro, a lo largo de su infancia desarrollarán de forma involuntaria un trastorno de apego, que afectará en los diferentes aspectos de su vida. Uno de estos aspectos es la dificultad para establecer relaciones sociales con el grupo de iguales, pues pueden tener una percepción negativa de los demás y calificarlos de agresivos, manipuladores o peligrosos. También aparecen problemas en la aceptación individual,

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento derivados de un auto concepto negativo de inseguridad e incapacidad e incluso trastornos de personalidad.

Sin embargo, el estudio de los trastornos de apego, hoy en día, sigue siendo uno de los que más interés despierta entre los especialistas, pues serían necesarios mayor cantidad de trabajos sistemáticos de investigación. No hay un patrón clave a seguir por el que se puedan diagnosticar trastornos de apego, no obstante, si encontramos declaraciones de autores opinando sobre lo que podría diagnosticarse como un trastorno de este tipo.

Por ejemplo, Zeanah y Smile (2005) defienden que el trastorno de apego podría estar dividido en dos tipos diferentes dependiendo de la inhibición o la desinhibición del niño en relación con los adultos, llegando a eliminar la segunda opción como trastorno de apego.

Por otro lado, Gonzalo Marrodán (2015) crea una definición de trastorno de apego justificando que dicho trastorno aparece cuando el proceso de apego que se desarrolla en los infantes se ve alterado por diferentes motivos como abandonos o ausencias totales de los cuidadores

Así pues, este es un campo en el que todavía hay que investigar e indagar bastante para llegar a crear y establecer unos patrones claros a la hora llevar a cabo un diagnóstico basado en un trastorno de apego, además, dichos patrones, tendrán que ser aceptados por la mayoría de los especialistas dedicados a ello.

3. TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO.

Como se ha mencionado en el apartado de introducción, la investigación realizada se ha centrado principalmente en dos de los trastornos que se encuentran dentro de los de comportamiento. No obstante, a fin de alcanzar los conocimientos necesarios para desarrollar correctamente el trabajo, ha sido necesario vincular estos trastornos con la teoría del apego.

Según defiende Urizar (2012) el desarrollo psicológico de los menores es diferente dependiendo, entre otros factores, del tipo de apego que el niño recibe desde los primeros días de vida. Se crea un factor de riesgo en el momento en que el estilo de

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

apego desarrolla un vínculo inseguro, pero si el vínculo creado es desorganizado, el niño tiene un alto porcentaje de sufrir varias patologías.

Una de las patologías más frecuentes, que más ha aumentado en los últimos años, y que más ligada se encuentra al tipo de vínculo establecido entre infantes y sus cuidadores, son los trastornos de conducta. Los comportamientos que definen dicho trastorno son aquellos que violan los derechos de otros y las reglas sociales, es decir, conductas antisociales que incluyen comportamientos delictivos como el absentismo escolar, robos e incluso agresiones físicas contra animales o el grupo de iguales.

Hoy en día, todavía no existe una explicación o unos factores concretos que causen la aparición de este tipo de trastorno, no obstante, hay investigadores que defienden que se debe a una interacción entre diversas variables. La primera de ellas hace referencia al sexo, pues son los varones los que más prevalencia tienen de sufrir un trastorno de comportamiento. Influyen también los factores de temperamento; como las dificultades a la hora de desarrollar un sentimiento de empatía, la escasa cordialidad o la reactividad.³ La genética es otra de las variables, demostrándose, mediante estudios en gemelos monocigóticos⁴ y dicigóticos⁵ que no existe ningún gen concreto, sino que se debe a la interacción de varios de ellos, que a su vez interaccionan con los factores ambientales. Se tienen en cuenta también las variables socio familiares siendo de vital importancia la posible existencia de una conducta disocial o delincuente en los padres, haber padecido abusos sexuales o encontrarse en un ambiente de consumo de drogas o el desarrollo de algunos estilos educativos [desarrollados y explicados en el apartado 3.3] (Rodríguez Hernández, 2017).

Tras realizar gran número de estudios sobre los diferentes trastornos de conducta, el porcentaje más alto de la población que lo desarrolla, en cuanto al género y edad, es el masculino entre los seis y los siete años. Además resulta de vital importancia destacar que en la mayoría de casos aparecen vinculados otros problemas psiquiátricos, como trastornos de aprendizaje o depresiones.

³ En psicología: tendencia que tienen los individuos a modificar su comportamiento cuando sienten que alguien los está observando.

⁴ Aquellos que se originan a partir de un único óvulo y un único espermatozoide y por tanto comparten la misma carga genética

⁵ Aquellos que se originan a partir de la fecundación de dos óvulos distintos en un mismo embarazo.

3.1. Características y tipos (DSM-5).

El 18 de mayo del año 2013, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría actualiza, siendo esta la quinta edición, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, por lo que recibe el nombre de DSM-5. Como su propio nombre indica, mediante esta guía se crean las clasificaciones y diagnósticos de los diferentes trastornos mentales existentes hoy en día en nuestra sociedad.

Los especialistas diagnostican un trastorno de conducta en el momento en que los comportamientos desarrollados por un niño implican conductas agresivas o perturbadoras sin ser apropiadas para su edad. Dependiendo de la etapa de inicio podemos destacar que los comportamientos serán delictivos y agresivos si se inicia precozmente, sin embargo, si el inicio es tardío, estos comportamientos serán delictivos, pero no agresivos. Estas malas conductas deben ser serias repetitivas y persistentes, durante más de seis meses. Determinar la existencia de dicho trastorno no es una tarea sencilla, pues los menores se encuentran en un constante cambio.

Los comportamientos agresivos y delictivos más frecuentes, que posteriormente clasificaremos en trastorno disocial o trastorno negativista desafiante son: tratar mal a los demás, destruir sus propias cosas y las de los demás, mostrar sentimientos de celos, presentar cambios repentinos de humor, amenazar constantemente, mostrar una ausencia de culpabilidad o mentir a menudo.

Este tipo de trastornos, según la clasificación propuesta en el DSM-5, están incluidos en el apartado llamado: *“Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta”*. Se diferencian los siguientes:

- a. Trastorno negativista desafiante (TND).
- b. Trastorno disocial (TD)
- c. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- d. Trastorno explosivo intermitente (TEI)⁶

⁶ Se caracteriza por un comportamiento de violencia descontrolada que consiste en que la persona que lo sufre estalla ante cualquier frustración por mínima que sea, sin necesidad de que haya un estado de ánimo alterado previo.

4. TRASTORNO DISOCIAL O DE LA CONDUCTA

4.1. Definición

Una de las definiciones existentes, que fue creada por el profesor de psicología y psiquiatría infantil del instituto de Ciencias y Políticas Sociales de la Universidad de Yale, Edward Alan Kazdin, para explicar este trastorno disocial o de la conducta es la siguiente:

“Patrones de conductas antisociales manifestados por los niños o adolescentes, que provocan un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano en casa y en la escuela, o bien las conductas se consideran como inmanejables por las personas significativas del entorno del sujeto” (Kazdin, 1995).

Sin embargo, en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) aparece trastorno disocial definido de la siguiente manera:

Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes [ver apartado 4.2] en cualquier de las categorías siguientes, [ver apartado 4.2] existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses. Provocando un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica y laboral (DSM-5, 2013 p 246).

4.2. Comportamientos y síntomas.

La manifestación de una de las siguientes áreas: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo o incumplimiento grave de las normas, así como el desarrollo de cualquiera de los quince comportamientos incluidos en dichas áreas, expuestos a continuación, caracterizan el desarrollo y la presencia del trastorno disocial o de conducta.

Según recoge el DSM-5 (2013) estos comportamientos son:

1. Acosa, amenaza o intimida a otros con frecuencia

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

2. Inicia peleas con frecuencia
3. Utiliza un arma que puede ocasionar daños serios a terceros. (p. ej.: un bastón, un ladrillo, una botella rota, o un cuchillo)
4. Ha llevado a cabo crueldad física contra personas
5. Ha llevado a cabo crueldad física contra animales
6. Se ha enfrentado a un víctima mientras robaba (p. ej.: atraco, robo de monedero, extorsión, atraco a mano armada)
7. Ha violado sexualmente a alguien.
8. Ha creado daños graves intencionadamente prendiendo fuego
9. Ha destruido conscientemente la propiedad de alguien.
10. Ha asaltado la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. Miente de forma reiterada para conseguir objetos, favores o evitar obligaciones.
12. Ha hurtado objetos de poco valor sin producir enfrentamientos con la víctima (p. ej.: robo en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).
13. Sale por la noche con frecuencia, eludiendo la prohibición de los padres, realizándolo antes de los 13 años.
14. Ha estado, mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, durante una noche fuera de casa sin permiso.
15. Falta a la escuela constantemente antes de los 13 años.

4.2.1. Tipo de inicio

Así mismo, especificar en qué momento de la vida del individuo aparecieron los comportamientos nombrados, ayudará a saber el tipo de inicio que tuvo este trastorno de conducta. Si se muestra al menos uno de los síntomas anteriores antes de cumplir 10

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

años, se trata de un inicio infantil. Si no dan muestra de ninguno de los síntomas antes de cumplir la edad mencionada anteriormente, forman parte del tipo de inicio adolescente, y por último, cuando los síntomas se manifiestan notablemente, pero no se dispone de información suficiente sobre el inicio de ellos, será un tipo de inicio no especificado.

4.2.2. Tipo de gravedad.

Nuevamente, hacemos mención al DSM-5 (2013) ya que es necesario clasificar la gravedad del trastorno dependiendo de los problemas de conducta existentes.

- **Leve:** A parte de los problemas de conducta necesarios para establecer el diagnóstico, no existe ninguno o casi ninguno más y el daño provocado a los demás es menor en comparación con lo establecido
- **Moderado:** Tanto los problemas de conducta reproducidos como el daño causado a los demás son de gravedad intermedia comparándolos con los que se detallan en “leve” y “grave”.
- **Grave:** Además de los problemas de conducta necesarios para establecer el diagnóstico aparecen muchos más, provocando daños importantes a los demás.

4.3. Epidemiología

La media de menores que se ve afectada por el trastorno disocial o de conducta, se encuentra entre un 4% y un 6%. Generalmente es diagnosticado en la infancia, la niñez o la adolescencia. Destacando que la edad de inicio más frecuente se da entre la mitad y el final de etapa de la niñez, es decir, antes de cumplir los 10 años. Las características que aparecen en dicha etapa lo hacen más comúnmente en personas del sexo masculino, teniendo mayor riesgo de padecer un trastorno antisocial de la personalidad.⁷ Además aparecerán problemas en cuanto al desarrollo de las relaciones sociales, especialmente con el resto de compañeros.

⁷ Afección mental en la que una persona no muestra ninguna consideración por lo bueno y lo malo, e ignora los derechos y los sentimientos de los demás de manera sistemática

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Sin embargo, existen una serie de diferencias en el momento en el que este trastorno aparece durante el inicio de la adolescencia. Hay una menor diferenciación en cuanto al sexo que lo desarrolla, existe un riesgo menor de padecer el trastorno antisocial de la personalidad, las relaciones con el grupo de iguales se normalizan y las conductas son menos agresivas.

Así mismo, destacaré que la aparición del trastorno disocial, como indica P.J. Rodríguez Hernández (2017) en su artículo *Trastornos del comportamiento* ha sido mayor en situaciones socioeconómicas más desfavorecidas, aunque últimamente esta diferencia ha comenzado a igualarse en base al resto de situaciones socioeconómicas existentes en la sociedad actual. Igualmente, la aparición del trastorno es más frecuente en zonas urbanas que en zonas rurales.

4.4. Etiología

Existen una serie de causas que facilitan que el niño desencadene un trastorno de conducta o disocial, estos son los llamados factores de riesgo, y se muestran a continuación.

4.4.1. Factores biológicos:

- Posible lesión en el lóbulo frontal del cerebro
- Desarrollo de un comportamiento agresivo en los familiares
- Abuso, por parte de la madre, de sustancias y alcohol durante el embarazo
- Trastornos psiquiátricos en los progenitores
- Complicaciones tanto en el parto como en el embarazo

4.4.2. Factores socioculturales:

- Sufrir abuso o maltrato infantil tanto físico como verbal
- Falta de apoyo emocional
- Vivir en zonas urbanas marginadas

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- Mala relación entre los progenitores, desencadenando un ambiente negativo en el hogar.
- Incorrectos patrones de disciplina

4.4.3. Factores psicológicos:

- Incapacidad para tolerar la frustración
- Problemas en el desarrollo de las relaciones sociales
- Incapacidad para evitar riesgos
- Inestabilidad emocional

5. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

5.1. Definición

La desobediencia, los desafíos o las rabietas se encuentran dentro del grupo de comportamientos más comunes que pueden aparecer durante la etapa de la niñez y la adolescencia. Explorar y descubrir hasta donde pueden llegar tanto los límites personales como los de los cuidadores es algo innato que se desarrolla en todos los infantes. En la mayoría de los casos, estos síntomas o comportamientos son temporales y característicos en el desarrollo del niño.

Sin embargo, existen situaciones en las que dichos comportamientos o síntomas permanecen y perduran más tiempo de lo habitual, afectando en las relaciones sociales y en el desarrollo del aprendizaje. Es entonces cuando aparece la sospecha de que el menor pueda sufrir un trastorno de comportamiento, calificado como trastorno negativista desafiante.

En la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) aparece trastorno negativista desafiante definido de la siguiente manera:

Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes [ver apartado 5.2] y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Este trastorno del comportamiento va asociado a un

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo. (DSM-5, 2013 p.243).

5.2. Comportamientos y síntomas

Enfado o irritabilidad, discusiones o actitud desafiante y el sentimiento de venganza son los tres grupos de comportamientos que clasifican los síntomas que se presentan a continuación, la demostración de al menos cuatro de los síntomas mientras se lleva a cabo una interacción con otro individuo, serán motivo de la presencia de un trastorno negativista desafiante.

Según recoge el DSM-5 (2013), estos comportamientos son:

1. Pierde la calma a menudo
2. Se molesta con facilidad o se muestra susceptible
3. Está enfadado y resentido a menudo
4. Si se da en niños o adolescentes, las discusiones con la autoridad o con los adultos son constantes.
5. Se muestra desafiante o negativo ante las peticiones realizadas por las figuras de autoridad o normas.
6. Molesta a los demás premeditadamente
7. Culpabiliza a los demás por su mal comportamiento y errores cometidos
8. En los últimos seis meses, ha sido rencoroso o vengativo un mínimo de dos veces.

5.2.1. Tipo de gravedad.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Para establecer la gravedad, del trastorno dependiendo de los problemas de conducta existentes, volvemos a centrarnos en el DSM-5 (2013).

- Leve: Solamente se muestran los síntomas en un entorno
- Moderado: Por lo menos, los síntomas se muestran en dos entornos diferentes
- Grave: Algunos de los síntomas se muestran en tres o más entornos.

5.3. Epidemiología

El porcentaje de personas que sufren un trastorno negativista desafiante, en la población general se sitúa entre el 2% y el 16%. Igual que el trastorno disocial, es más frecuente en el sexo masculino presentando un exceso de actividad, dificultades para encontrar la calma y una reactividad extrema durante los años de Educación Infantil, pues suele ser detectado, normalmente entre los 2-3 años de edad, nunca aparece después de la adolescencia, ya que la aparición de los síntomas y comportamientos se da hasta los 8 años de edad. La convivencia familiar es uno de los aspectos que más afectados se muestran por este trastorno.

Es importante enfatizar en este punto, que según indican varios estudios el TDAH ⁸ se encuentra asociado y relacionado con otros trastornos como son el Trastorno de Conducta o Disocial o, el más frecuente, el Trastorno Negativista Desafiante. Los datos que señalan las investigaciones recogen que en torno al 15% y el 60% de los niños que sufren TDAH, tienen altas posibilidades de desarrollar también uno de los dos trastornos mencionados anteriormente. Si el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad continúa en la adolescencia, serán entre el 40% y el 60% aquellos que desarrollen en algún momento de sus vidas un Trastorno Negativista Desafiante. Si los datos son analizados desde el punto de vista contrario, los porcentajes sitúan que entre el 70% y el 80% de preadolescentes que sufran Trastorno de Conducta o Trastorno Negativista Desafiante presentarán principios y características comunes del TDAH. (Rigau-Ratera et al, 2006 p. 2)

⁸ Trastorno por Déficit de Atención o Hiperactividad

5.4. Etiología

De la misma forma que se han especificado diversas causas en el trastorno tratado anteriormente, encontramos de nuevo, una serie de factores de riesgo que impulsan el desarrollo del TND.

5.4.1. Factores biológicos

- Problemas emocionales de la madre durante el embarazo
- Abuso de sustancias o alcohol durante el embarazo
- Problemas en el parto
- Depresión materna
- Carácter y personalidad del niño (base genética)
- Temperamento difícil
- Dificultades para calmarse
- Antecedentes genéticos de primer o segundo grado de diferentes trastornos

5.4.2. Factores socioculturales

- Situación familiar negativa
- Presencia de maltrato o abusos
- Vivir en situaciones marginales
- Influencia negativa del grupo de iguales
- Refuerzo negativo constante

5.4.3. Factores psicológicos

- Dificultades para regular las emociones
- Dificultades para separarse de su figura de apego

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- Dificultades para relacionarse con el grupo de iguales

6. RELACIÓN ENTRE EL VÍNCULO DE APEGO Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.

Desde los primeros días de vida de un bebé hasta que alcanza la edad de tres años, se produce el desarrollo más importante en cuanto a capacidad cerebral. Según Banz y Dörr (2010) estos años abarcan la etapa más delicada en el desarrollo del menor, pues es el período en el que se crean y establecen las características cognitivas, psicosociales, emocionales y conductuales además de la vinculación afectiva. Por ello, gran cantidad de estudios e investigaciones aseguran una relación existente entre el establecimiento de los diferentes tipos de vínculos de apego y el desarrollo de un posible trastorno de conducta en las personas. Estos trastornos, como se ha explicado en apartados anteriores, aparecen comúnmente durante la infancia o adolescencia, sin embargo, la existencia de un apego inseguro (ambivalente o evitativo) o desorganizado también puede traer consecuencias durante toda la vida de la persona que lo sufre, desarrollando otro tipo de trastornos como puede ser el de personalidad.

Reiss y sus colaboradores (1995) realizaron un estudio que controlaba las variables genéticas de la conducta, así pues, observaron que la manifestación de una actitud negativa en los progenitores o cuidadores de los niños, favorece la aparición de comportamientos antisociales en los menores, lo que puede significar un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de conducta.

No solamente los mencionados en el apartado anterior defienden esta relación, sino que contamos con más autores que aseguran, después de haber investigado, que los posibles comportamientos que se desencadenan cuando existe un tipo de apego inseguro-ambivalente o inseguro-evitativo, son conductas que pueden anticipar la existencia de algún trastorno de comportamiento. Gaschler (2013) aboga de nuevo sobre esta relación explicando que los dos estilos de apego inseguro suponen un riesgo en el desarrollo, pues actúan de manera perjudicial en los aspectos emocionales, cognitivos y sociales del menor.

En cuanto al apego desorganizado, es interesante hacer referencia a la investigación realizada por Lyons-Ruth (1993) en la que obtuvo como resultado que más del 70% de

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

los niños que en el momento del estudio manifestaban conductas agresivas, habían presentado un apego desorganizado a los dieciocho meses de edad. Además, añadió que la población con este tipo de apego y un CI⁹ bajo estarían predispuestos de forma significativa a padecer sobre los siete años de edad un trastorno de comportamiento.

De la misma manera que se ha encontrado una relación entre los vínculos de apego desarrollados en los menores y la posterior aparición de algún posible trastorno de conducta, hay autores que defienden que los estilos educativos llevados a cabo por los progenitores o cuidadores del niño, también están vinculados con los trastornos mencionados. La explicación se basa en que los diferentes estilos educativos, desarrollados a continuación, (ver Tabla 1), especialmente el permisivo, el autoritario y sobre todo el negligente, influyen de una manera considerable y perjudicial en el desarrollo emocional y social del menor, así como en la configuración de un auto concepto negativo.

⁹ Cociente Intelectual

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Tabla 1: Estilos educativos		
ESTILOS	CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS
PERMISIVO	Muestra altos niveles de afecto y comunicación, sin embargo, no se pide obediencia al menor ni se establecen una serie de normas o posibles castigos, es decir, es un estilo poco punitivo. Además los progenitores desarrollan una superprotección hacia el niño.	Los niños desarrollan un sentimiento de dependencia, presentan baja autoestima y escasa motivación, lo que les puede llevar al fracaso escolar. Muestran dificultades para controlar sus impulsos presentando problemas de comportamiento.
AUTORITARIO	Existe una escasez de comunicación y afecto entre los progenitores y sus hijos, desarrollando una actitud muy controladora. Establecen unas normas concretas de comportamiento, valorando el castigo como un aspecto positivo en el momento que estas son incumplidas.	Las emociones de los niños se ven afectadas negativamente pues desarrollan baja autoestima y confianza en sí mismos. En la mayoría de los casos, se consigue un buen rendimiento académico, sin embargo, ocurre todo lo contrario en el desarrollo de las relaciones sociales, por lo que pueden convertirse en niños agresivos.
DEMOCRÁTICO	A diferencia con los anteriores, en este aparecen altos niveles tanto en el afecto y la comunicación como	Los menores que se encuentran bajo este estilo consiguen formar un equilibrio emocional correcto y completo, siendo más felices y exitosos pues desarrollan positivamente el

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

	<p>en la presentación de límites.</p> <p>Hacen frente a las necesidades que el niño demanda prestándole atención usando el diálogo y la comunicación. De esta forma, los niños también comprenden el porqué del establecimiento de una serie de normas de comportamiento y las consecuencias de una mala conducta. Ante los buenos comportamientos utilizar el refuerzo positivo.</p>	<p>autocontrol y la autoestima. Los resultados académicos son buenos y no presentan problemas a la hora de desarrollar relaciones sociales, son capaces de hacer frente a nuevas situaciones sin presentar problemas y tienen mayor sentido de la responsabilidad. Es muy difícil que presenten problemas de conducta.</p>
<p>NEGLIGENTE</p>	<p>No aparece ningún tipo de implicación emocional entre los padres y los niños. Se caracteriza por la baja presencia del afecto y la comunicación, los progenitores muestran una actitud pasiva, no se implican en la crianza de los menores.</p>	<p>Es el estilo más perjudicial y que más negativamente afecta en el desarrollo tanto emocional como personal del niño. Son muy negativos, presentan inseguridad e inestabilidad, así como dificultades para soportar la frustración y para relacionarse con el grupo de iguales. Aparece el fracaso escolar, y problemas que afectarán en el futuro, destacando la aparición de graves problemas de comportamiento.</p>

A modo de conclusión, después de observar y estudiar la gran cantidad de investigaciones basadas tanto en los vínculos del apego como en los trastornos de comportamiento y sus características se puede afirmar como señala Díaz (S.f.) que “el apego es fundamental en el desarrollo afectivo del niño, y que por tanto, la calidad de éste determinará algunos de los patrones de conducta”

7. HERRAMIENTAS TEÓRICAS PARA TND Y TD

7. 1. Detección

Para poder tratar cualquiera de estos dos trastornos de comportamiento, hay que hacer un seguimiento exhausto, contando no solo con la opinión de los maestros, sino también con la ayuda del Equipo de Orientación y de profesionales dedicados a las alteraciones y comportamientos infantiles. Por ello, momentáneamente nos centraremos en la explicación de uno de los conceptos fundamentales, que es el mencionado en el título de este apartado; *detección*. Posteriormente, en el apartado 7.2, aparecerá definida la palabra *diagnóstico*, el segundo concepto fundamental. De esta manera, será más sencillo comprender el seguimiento que se debe realizar.

Los docentes son las personas que más tiempo comparten con los niños diariamente, por ello, la mayoría de las veces está en sus manos observar una anomalía en los comportamientos y actitudes de los alumnos. Así pues, “la *detección* es el descubrimiento mediante la recogida de pruebas o señales, de la presencia de un fenómeno que no puede ser observado directamente” (Moreno, 2014). Además, ser capaces de realizar una detección precoz de los posibles trastornos de comportamiento existentes favorecerán la mejora del desarrollo cognitivo y social del menor, podrán crearse ayudas y pautas para reducir o eliminar el posible fracaso escolar e incluso se podrán trabajar las emociones para afianzar una estabilidad emocional y así evitar el desarrollo del trastorno de personalidad durante la vida adulta.

7.2. Procedimiento

El procedimiento utilizado más frecuentemente son las escalas de diagnóstico, en las que el docente rellena una serie de datos con la intención de facilitar información a la persona que posteriormente realizará el *diagnóstico*, entendido como “juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona” (Moreno, 2014). Por consiguiente, la figura del maestro juega un papel fundamental en la educación de todos los niños, pero mayormente en lo que a niños con trastornos se refiere.

La diferencia que existe entre los trastornos trabajados en el presente trabajo, se centra, principalmente en la ausencia de la violación de las leyes o derechos de los demás, por parte del Trastorno Negativista Desafiante. Sin embargo, esta característica si es desarrollada en los menores que sufren Trastorno Disocial o de Conducta. (Alonso Bada et al, 2010).

No obstante, para comenzar correctamente la detección en el aula, debemos centrarnos en identificar si verdaderamente se trata de un trastorno de comportamiento. Según señalan Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo (2012) identificar los indicadores que pueden guiar a docentes y familias hasta la detección de un trastorno de este tipo, así como la prevención o el tratamiento es una tarea difícil. El problema de las familias aparece en la falta de información y el del profesorado en la falta de formación tanto de estrategias educativas como psicológicas. Por tal motivo, estos autores facilitan, como una de las opciones para detectar el trastorno, una escala de evaluación conductual con carácter de observación sistemática (ANEXO I). En el que aparecen las características de los principales trastornos de comportamiento; TND Y TC (esta escala ha sido modificada eliminando los comportamientos recogidos en el TDAH). Para poder llevarla a cabo, los docentes requieren una previa formación en cuanto a los aspectos teóricos de dichos trastornos se refiere.

Una vez se ha completado la escala de diagnóstico, mediante el protocolo de observación sistemática, propuesto por Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo, esta será facilitada a los Servicios de Orientación del Centro para que junto con el resto de profesionales dedicados a este campo realicen un riguroso diagnóstico psicopedagógico al alumno. Posteriormente el docente será informado sobre el tipo de trastorno detectado, ya que tendrá que hacer frente a él diariamente en el aula.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Por otro lado, hay autores que defienden que el diagnóstico de los tipos de trastorno de comportamiento no solo puede realizarse mediante las escalas de diagnóstico, sino que es necesario trabajar con el llamado sistema multi-informantes. Este sistema se basa, en la realización de varias entrevistas o exámenes realizados a los padres, al propio niño o al profesor, su finalidad es obtener información sobre la evolución de las diferentes etapas del desarrollo del menor, su comportamiento, tener en cuenta los antecedentes familiares, personales y patológicos o conocer si el menor consulta con algún otro especialista. Uno de estos sistemas multi-informantes es el cuestionario ESPERI que será explicado en el punto 7.3 junto con otros instrumentos de evaluación.

7.3. Instrumentos de evaluación para TD y TND.

a) Cuestionario ESPERI

Un grupo de expertos decidió crear en el año 2009 este cuestionario en base a la falta de instrumentos para detectar problemas de conducta. De este modo, el principal objetivo fue la detección de trastornos de comportamiento en el aula tanto de niños como de adolescentes.

Este test está formado por cuatro cuestionarios, uno de ellos lo realizan niños de entre ocho y once años, otro está pensado para que sea realizado por adolescentes de entre doce y diecisiete años, y otros dos que son contestados por los padres y profesores del niño que está siendo evaluado. Cabe destacar que los profesores deberán contestar a un total de sesenta y cinco ítems, y en caso de que el alumno tenga más de once años, tendrán cuatro ítems más, además ESPERI incluye cinco preguntas abiertas sobre la historia escolar del alumno.

Con este test se pueden contrastar los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados por los padres y los profesores, además de obtener información sobre los comportamientos conductuales que afectan a los trastornos de comportamiento (hiperactividad, inatención, impulsividad, disocial, negativismo, desafiante y oposicionismo).

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

b) Test de Conners para profesores

Como su propio nombre indica, este test fue creado en el año 1969 por C. Keith Conners. Comenzaron evaluando a los niños que padecían hiperactividad y recibían tratamiento farmacológico para observar los cambios en sus conductas. Sin embargo, con el paso de los años, su uso se está llevando a cabo durante el proceso de evaluación anterior al tratamiento.

El objetivo principal del Test de Conners es descubrir la presencia de TDAH en los niños y otros problemas asociados como pueden ser el Trastorno Disocial o el Negativista Desafiante.

Se lleva a cabo mediante la valoración de la información que los padres y profesores facilitan realizando un cuestionario, sin embargo, a continuación solo se hará mención de la escala dirigida a profesores. Dicha escala está formada por treinta y nueve preguntas que se encuentran repartidas en los siguientes factores:

1. Hiperactividad
2. Problemas de conducta
3. Labilidad emocional
4. Ansiedad-Pasividad
5. Conducta Antisocial
6. Dificultades en el sueño

Las preguntas se contestarán entre 15 y 20 minutos, siguiendo el formato de escala de Likert¹⁰ con cuatro opciones de respuesta.

Existe también una versión abreviada que está formada por veintiocho preguntas divididas en tres factores:

1. Problemas de conducta

¹⁰ Es una herramienta de medición que, a diferencia de preguntas con respuesta sí/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

2. Hiperactividad

3. Desatención

7.4. Tratamientos.

Una vez se ha realizado la detección desde el centro escolar, y se ha trabajado la situación del menor tanto con el Equipo de Orientación como con el resto de profesionales que lo han tratado y examinado, el siguiente paso será llevar a cabo un tratamiento que se ajuste a las necesidades que el caso del niño demanda. Dependiendo de los resultados de las pruebas realizadas en base al tipo de trastorno de comportamiento (TND o TC) que presenta el alumno, este podrá ser tratado desde diferentes aspectos.

Es importante destacar que se puede hacer frente a los trastornos de comportamiento mediante dos tipos de tratamiento diferentes, el teórico y el farmacológico. Sin embargo, el segundo de ellos puede servir de gran ayuda pero nunca será suficiente, por lo que en la mayoría de los casos, la intervención se llevará a cabo en base a las dos posibilidades de tratamiento,

7.4.1. Tratamiento para el Trastorno Negativista Desafiante

Si nos centramos en el Trastorno Negativista Desafiante, la primera opción para llevar a cabo el desarrollo de un tratamiento es aquella que se enmarca en la comprensión, predicción y modificación de la conducta social tanto de las personas, como de los aspectos nocivos que se encuentran en su entorno, esta intervención es conocida como Intervención Psicosocial. Se centra principalmente en la perspectiva conductual, ya que abarca tanto el texto familiar, como el escolar y el del propio niño.

Según defienden De la Peña Olvera y Palacios Cruz (2011) en su artículo “Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento” el entrenamiento de los padres o cuidadores en base al manejo de la conducta del niño o el adolescente temprano (entre 12 y 15 años) es una de las intervenciones con mayor evidencia.

Cabe destacar también, que estas intervenciones conductuales parten del enfoque denominado ABC centrado en la observación y estudio de los antecedentes, los

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

comportamientos y las consecuencias (recibe ese nombre por las siglas de las mismas palabras en inglés), el cual tiene su origen en la teoría conductista defendiendo que todo comportamiento está anticipado por unos antecedentes y seguido por unas consecuencias.

En los apartados siguientes, se expondrán y explicarán dos programas basados en enfoques distintos. El primero de ellos, se centra en el enfoque conductista; *Programa de Russel Barkley* siendo uno de los más empleados. El segundo: CPS¹¹ (recibe ese nombre por sus siglas en inglés) se basa en el enfoque cognitivo. Aunque ambos programas son para llevar a cabo en el ámbito familiar contando con una importante involucración de los padres, los docentes también son figuras importantes a la hora de llevar a la práctica estos programas, por lo que deben conocerlos y manejarlos.

a) *Programa de Russell Barkley.*

Defiant Children es uno de los programas basados en el enfoque conductista que comenzó a utilizarse en la década de los ochenta. Posteriormente, en el año 1999, su creador, el científico, psicólogo e investigador norteamericano Russell Barkley lo adapta y lo traduce al castellano, hoy en día se conoce como Programa de Russell Barkley. Dicho programa está formado por unas pautas que observan la intervención de los padres de manera estructurada y sistematizada

Como explican Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006), el objetivo del programa es mejorar la conducta del menor, las relaciones sociales y la adaptación en casa adquiriendo un conjunto con conductas positivas que favorezcan la consecución del éxito en el centro escolar y en las relaciones con su grupo de iguales. Cuando las conductas positivas se manifiesten, se llevará a cabo un refuerzo positivo, mientras que si siguen manifestándose conductas negativas, serán ignoradas o tendrán consecuencias negativas. Las estrategias utilizadas para modificar el comportamiento del menor serán la creación de una lista de conductas, establecer un menú de premios y castigos, y crear un sistema de fichas (véase figura I).

¹¹ Collaborative Problem Solving

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Figura I: Sistema de fichas.

Leyenda: 0= Hoy no ha habido ningún problema; 1= Hoy ha habido un problema leve; 2= Hoy ha habido un problema importante

Días de la semana y fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total semanal
Conducta 1								
Conducta 2								
Conducta 3								
Conducta 4								

La realización de este programa se lleva a cabo mediante el seguimiento, preferiblemente semanal, de cuatro pautas destinadas a los padres o cuidadores para que cambien su conducta y la relación con sus hijos, y otras cuatro, en las que el cambio empieza a notarse también en los niños (ANEXO II).

b) Collaborative Problem Solving

El siguiente programa para llevar a cabo un tratamiento en base al Trastorno Negativista Desafiante fue desarrollado por el psiquiatra estadounidense Ross W. Greene, y a diferencia del anterior, tiene un carácter cognitivo. Es decir, la creación del CPS fue llevada a cabo partiendo de la base de que los problemas conductuales del

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

menor aparecen por un retraso en el desarrollo de las habilidades cognitivas concretas¹² o una dificultad para ponerlas en práctica.

Por tanto, este enfoque se centra más en la cognición que en la conducta; es decir, la aproximación al trastorno de conducta parte de la premisa de que el niño puede realizar las cosas de forma correcta si dispone de las habilidades necesarias. Este modelo modifica la visión clásica, según la cual el niño puede hacer las cosas de forma correcta si él quiere. (Rigau-Ratera et al, 2006)

Para llevar a la práctica el Collaborative Problem Solving (CPS) se ayudará a los progenitores o cuidadores de los niños a ubicar las malas conductas de estos en tres categorías diferentes (cesto A, cesto B y cesto C, representados en la Tabla 2). Dependiendo de la categoría en la que se sitúe la conducta del menor, los padres o cuidadores reaccionaran de una manera o de otra.

Tabla 2: Collaborative Problem Solving

CATEGORÍAS	CESTO A	CESTO B	CESTO C
CONDUCTAS	Riesgo de que el niño se haga daño, de hacer daño a terceros, mediante la agresión, o de atentar contra la propiedad ajena destruyendo o robando.	Sin riesgo propio o hacia terceros pero que ocasionan problemas en el ambiente familiar	Inadecuadas pero que no causan riesgos ni problemas destacables en el ambiente familiar. (p.ej: decir palabras mal sonantes o levantarse de la mesa)
REACCIÓN DE LOS PADRES	Refrenar la conducta imponiendo su autoridad para evitar daños mayores. No se mejorarán las habilidades cognitivas porque no habrá	Desarrollar empatía y buscar juntos una solución aceptable para ambos. Al tener en cuenta la opinión del niño, mejorará su autoestima	No habrá intervención (por el momento) para eludir desautorizaciones o enfrentamientos por cosas menores.

¹² Habilidades ejecutivas, habilidades en el procesamiento del lenguaje, habilidades para regular las emociones, habilidades sociales y flexibilidad cognitiva

	acuerdos ni discusiones.	y se creará un diálogo conjunto optimizando el autocontrol.	
--	--------------------------	---	--

7.4.2. Tratamiento para Trastorno Disocial

Las conductas caracterizadas por Trastorno Disocial presentan variables psicológicas, biológicas y sociales. Pueden tratarse con terapias de diferente tipo, como tratamientos biológicos, programas psicoeducativos para padres, terapias individuales, o la más conocida y efectiva que es la terapia familiar. Como su propio nombre indica, en ella, se involucra toda la familia. Es una terapia cognoscitiva-conductual que se centra en cambiar o intentar modificar la manera que tiene el menor de hacer frente a las diversas situaciones. Se enseñan juegos, se llevan a cabo actividades académicas, o se trabaja el reforzamiento. Los estudios sobre este tratamiento aseguran que los beneficios que aparecen a corto plazo, dejan de reflejarse a mediano y largo plazo, por ello, existe otro método de tratamiento llamado terapia multisistemática.

De la Peña (2003) define esta terapia como una herramienta integradora de carácter multimodal, pues engloba tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos con una ambientación ecológica, defendiendo que la persona y la comunidad en la que vive se encuentran conectados, pues se basa en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner¹³. Esta terapia trabaja con estrategias familiares, individuales y farmacológicas para hacer frente a los problemas conductuales del menor, facilitando a los progenitores o cuidadores recursos y habilidades para ello. El equipo necesario para llevar a cabo una terapia multisistemática consta de psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, pediatras, neurólogos, pedagogos, psicoterapeutas, entre otros, además de un profesional capacitado y disponible las veinticuatro horas del día para las familias. Así pues, las intervenciones realizadas por la familia pueden llegar a ser diarias en el inicio, y semanales posteriormente, el tratamiento puede tener una duración de entre tres y cinco meses.

¹³ Enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

A continuación se muestran los nueve principios en los que se basa la terapia multisistemática. (De la Peña, 2003).

1. El objetivo fundamental de la evaluación es comprender la forma en que interactúan los problemas identificados, y el contexto sistémico.

2. Los contactos terapéuticos destacan lo positivo y la fortaleza del abordaje sistémico para lograr el cambio.

3. Las intervenciones están diseñadas para promover entre los miembros de la familia las conductas responsables y disminuir las irresponsables.

4. Las intervenciones están enfocadas al presente y orientadas a la acción sobre problemas específicos y bien definidos.

5. Las intervenciones están orientadas secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema.

6. Las intervenciones están diseñadas de acuerdo con el nivel de desarrollo del adolescente y satisface las necesidades de desarrollo del muchacho.

7. Las intervenciones están diseñadas para contar con esfuerzo diario o semanal de la familia.

8. La efectividad de las intervenciones se evalúa constantemente desde diferentes perspectivas, lo que permite superar barreras.

9. Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios terapéuticos a largo plazo, al tiempo que refuerzan a los cuidadores para las necesidades de los miembros de la familia en los diferentes contextos del sistema.

7.5. Objetivos generales y específicos

El objetivo general que se pretende conseguir con las pautas de intervención expuestas a continuación (véase apartado 7.6.) es la modificación y reducción de las conductas negativas que se presentan ante el desarrollo de los trastornos de comportamiento (TND y TD) en el ámbito escolar mediante actuaciones generales, modificaciones de actividades y contenidos y estrategias metodológicas.

En cuanto a objetivos específicos, se destacarán los siguientes:

- Conseguir una mejora en la autoestima del alumno, mejorando también su auto concepto.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- Reducir los posibles comportamientos agresivos.
- Trabajar la tolerancia y la frustración.
- Aprender a gestionar las emociones
- Mejorar las relaciones sociales con el grupo de iguales y con los docentes.
- Conseguir respetar las normas del centro escolar
- Crear un clima de aula favorable, ayudando en la adquisición de estrategias para trabajar en grupo.

7.6. Intervención en el aula.

Anteriormente, se ha comentado que tanto los docentes como el equipo directivo juegan un papel fundamental a la hora de detectar la posible existencia de un trastorno de conducta, sin embargo, para ello, se necesitan una serie de pautas y formación para poder llevarlo a cabo. En el momento que aparece un resultado positivo de trastorno de conducta en el diagnóstico realizado por el profesional, ocurre lo mismo que en el paso de la detección, pues los profesores tienen que saber cómo hacer frente a esa situación en las aulas. A continuación se muestran diferentes pautas para llevar a cabo durante las intervenciones con niños que presentan Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial.

Angulo Domínguez et al (2007) proponen las siguientes pautas de intervención en el aula:

A nivel general:

- Como docente, se debe ser previsor y estar preparado para las posibles situaciones que pueden darse en el aula
- No esperar a que la mala conducta cambie por sí sola, sino que se debe abordar el problema en el momento que aparece.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- No permitir que la explicación o el trabajo sea interrumpida por un mal comportamiento, dicho comportamiento podría ser calmado mediante el contacto físico o una mayor cercanía con el menor.
- En el momento que el menor realice una buena conducta, podremos valorarlo delante del grupo de iguales, así conseguiremos que se repitan. Del mismo modo, también se puede hacer referencia de alguna cualidad positiva de este.
- A diferencia del punto anterior, si se produce algún problema, es recomendable hablar con el menor a solas, para intentar solucionarlo.
- En caso de que la conducta negativa continúe, se puede llegar a una serie de acuerdos con el alumno para intentar que esto cambie.
- Conversar a solas con el menor sobre posibles comportamientos alternativos para que reaccione e intente mejorar su conducta
- Para evitar una pérdida de control, es recomendable que tengamos las actividades a realizar programadas de antemano y establecido el orden en el que se van a llevar a cabo.
- Explicar a los alumnos qué vamos a hacer durante esa sesión, pues es importante que ellos sepan lo que ha dado tiempo a hacer o lo que habrá quedado pendiente de hacer para la próxima sesión.
- Es adecuado escribir en la pizarra los mensajes importantes para que estén presentes durante todo el día.
- No deben usarse gestos, palabras o tonos de voz despectivos.
- Prestar atención cuando trabajan y facilitar ayudas en el momento que lo necesitan.
- No es recomendable entrar en confrontación directa con el alumno, ni perder el control de la situación, siempre se intenta resolver todo mediante el diálogo con él.

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

- Trabajar en colaboración con los padres siempre.
- Reconocer los errores como docente, para servir de referencia al resto de alumnos.

A nivel de contenidos y actividades:

- Adaptar las actividades a realizar al nivel tanto cognitivo como ejecutivo del alumno.
- Crear secuencias de menor tiempo para hacer las actividades y tareas, anunciando un tiempo límite para su ejecución.
- Preparar actividades novedosas que motiven al alumnado, en base a sus gustos y preferencias para conseguir una mayor involucración.
- Establecer unos límites de tiempo junto con unas rutinas de actividad.
- Enseñar métodos para facilitar el estudio como la creación de mapas conceptuales o resúmenes.

Estrategias metodológicas:

- Mantener un feed-back con el alumno, es decir, facilitarle información que le ayude a cumplir los objetivos propuestos. No es suficiente decirle que algo lo ha hecho bien o mal, sino que es necesario explicar por qué está bien o por qué está mal.
- Llevar a cabo una autocorrección y una auto-evaluación para que pueda descubrir los errores cometidos por él mismo.
- Planear con él los procedimientos que se van a llevar a cabo para mantener el control de la conducta. Uno de ellos puede ser la creación de una economía o sistema de fichas.
- Crear señales entre el docente y el niño para llamar y mantener la atención. Especialmente en el momento de presentación de cualquier actividad, pues es

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

cuando se imparten las instrucciones y explicaciones que se deberán llevar a cabo para finalizar dicha actividad con éxito.

- Utilizar material llamativo, como cartulinas de colores, rotuladores o dibujos que sean de su agrado para que no pierda la atención.
- Basar la realización de los exámenes en un instrumento de enseñanza-aprendizaje, adaptándolos a su nivel cognitivo.

8. METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo un trabajo teórico como el que se ha desarrollado en este documento, es necesario conseguir y recopilar toda la información posible sobre el tema o los temas que se van a tratar, a continuación se describe brevemente la metodología utilizada para conseguir dicha información. Todo lo mencionado a continuación, se encuentra referenciado bibliográficamente posteriormente. (Véase apartado 10)

La página online *DialnetPlus*, está reconocida como un proyecto de cooperación bibliotecaria que proporciona acceso a documentos publicados en España en cualquier lengua y sobre cualquier tema, pudiendo realizar la búsqueda mediante el título de documentos, el nombre de los autores o incluso, mediante el nombre de Congresos, entre otros. Por ello, gran cantidad de los artículos que se han utilizado para recabar información sobre el tema desarrollado en el trabajo, fueron buscados y descargados en esta página.

También, se consiguió información a través de la consulta de artículos pertenecientes a revistas del campo de la psicología, en base a la búsqueda de palabras como: *Trastorno Negativista Desafiante*, *Trastorno Disocial*, *Estudios realizados o Metodología*.

De la misma forma, se han utilizado diferentes libros, ya hayan sido impresos o en formato digital, que aportaban información, principalmente sobre el desarrollo del apego en los niños.

Finalmente, destacar asimismo, que durante la formación como futuros docentes, se reciben manuales, archivos y documentos que posteriormente pueden ser utilizados para

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

la realización de los Trabajos de Fin de Grado, en este caso, ha sido otra de las metodologías utilizadas para completar esta revisión teórica.

9. CONCLUSIONES GENERALES

La conclusión obtenida después de realizar el presente trabajo de revisión teórica, se centra en que los problemas conductuales en el aula son trastornos prevalentes que necesitan ser tratados desde una edad muy temprana. “Se puede apreciar que los maestros tienen un papel vital en este proceso de detección y cuanto antes se comience a actuar ante un caso, es muy probable que los resultados sean muy positivos” (Moreno Catarecha, 2014).

Por ello, se requiere de una formación especial que permita observar y detectar la aparición de los posibles trastornos de conducta en el aula. Pues en el momento que el personal docente tiene la sospecha de la existencia de alguno de estos trastornos, contacta con el equipo psicopedagógico, que junto a la familia, proporcionan la intervención más adecuada. (Álvarez Menéndez y Pinel González, citado en Moldovsky y Sayal, 2013). Así mismo, aparecen una serie de profesionales que defienden lo siguiente: “Los Trastornos de Conducta precisan de un abordaje intensivo, transversal, interdisciplinar y de corresponsabilización de funciones entre los diferentes recursos de intervención” (Feixas et al. 2018).

La siguiente conclusión a la que se puede hacer alusión, como se comentó anteriormente, es la relación existente entre los trastornos de conducta y el tipo de apego desarrollado en el menor, siendo el más positivo de ellos el apego seguro donde los padres o cuidadores son la figura más importante, ya que la sensibilidad parental es fundamental para que se dé el apego seguro, refiriéndose a la habilidad de los padres para percibir e interpretar los mensajes del niño, y dar respuesta adecuada y puntual. (Moreno Catarecha, citado en Gómez Artiga et al. 2013).

Así pues, para finalizar, cabe destacar que se debe tener en cuenta el papel que el docente juega en la vida de un niño, pues adquiere un carácter fundamental. Como defiende Esther Prieto “Debemos ser conscientes de la realidad implícita de que, los docentes o maestros, no son sólo unos meros transmisores de conocimientos, sino que su influencia en la formación de los niños va mucho más allá” (Prieto Jiménez, 2008)

10. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Hernández, M, Castro Pañeda, P, González-González de Mesa, C, Álvarez Martino, E y Campo Mon, M.A. (2016). Conductas disruptivas desde la óptica docente: validación de una escala. *Anales de psicología*, 3, 855-862.
- Álvarez Menéndez S y Pinel González, A (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula de infantil. *Revista española de Orientación y Psicopedagogía*, 3, 141-152.
- Amarro Parrado, F y Sais, M.M. (2009). Trastornos de conducta (Master). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastorno_Conducta_0.pdf.
- American Psychiatric association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Andrade Palos, P y Betancourt Ocampo, D (2010). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 1, 27-41.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. (2010). Protocolos clínicos. Madrid: Siglo S.L.
- Banz, C y Dörr, A. (2010). Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *Psiquiatría universitaria*, 6, 38-45.
- Barudy, J, Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Benabarre Ciria, S (2018). Trastornos del comportamiento infantil. Universidad de Zaragoza.
- British Broadcasting Corporation. (2005). La falta de afecto “marca” al niño. Recuperado de: news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4459000/4459596.stm
- Carillo, S (1999). Mary Salter Ainsworth (1913-1999). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2. 383-386.
- Casado, J (21 de marzo de 2011). El valor del afecto en la salud de los niños. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/blogs/salud/saludinfantil/2011/03/21/la-importancia-del-afecto-en-la-salud-de.html>

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Cepsim Madrid: El apego ansioso-ambivalente. Consultado el 13 de diciembre de 2019.

Recuperado de: <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/apego-ansioso-ambivalente>.

Cepsim Madrid. El apego: apego desorganizado. Consultado el 13 de diciembre de 2019. Recuperado de:

<https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/que-es-el-apego-desorganizado>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (S.f.). Evaluación del cuestionario Esperí. Madrid. Recuperado de:

<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/ESPERI.pdf>

Corral Íñigo, A, Delgado Egado, B, García Nogales, M.A., Giménez-Dasí, M, Mariscal Altares, S. (Ed.) (2008). Manual de Psicología del desarrollo, desde el nacimiento hasta la primera infancia. Nueva York: Mc Graw

De la Peña, F.R (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. Salud pública de México. 1, 124-131.

De la Peña-Olvera, F y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud Mental, 34, 421-427.

Del Hoyo García, C. (2015). La afectividad en adolescentes con trastornos del apego desde los Programas de Intervención Familiar: propuesta y estudio de caso. (Trabajo fin de grado). Universidad de Palencia.

Díaz Atienza, J. (S.f.) Teoría del apego y trastornos de conducta.

Eduforics: Los estilos educativos en la familia y cómo se manifiestan en el aula.

Consultado el día 17 de diciembre de 2019. Recuperado de:

<http://www.eduforics.com/es/los-estilos-educativos-en-la-familia-y-como-se-manifiestan-en-el-aula/>

Emberley Moreno, E y Pelegrina del Río, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. Psicothema 2011, 2, 215-220.

Espinoza Guachisca, M.C. (2019). Proceso de evaluación, diagnóstico y plan de intervención del trastorno negativista desafiante.

Feixas, C, López, N, Graner, M y Cruz, D. (2018) “Manos de trapo”. Abordaje interdisciplinar del alumnado con Trastornos de Conducta. Ámbitos de

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

psicopedagogía y orientación. Núm. 48. Recuperado de:
<http://ambitsaaf.cat/article/view/25>

Fundación CADAH. (2014). En qué consisten las Escalas de Conners para evaluar el TDAH. Cantabria. Recuperado de:
<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-tdah.html>

Fundación CADAH. (2014). Trastorno Negativista Desafiante (TND). Cantabria. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/trastorno-oposicionista-desafiante-tnd.html>

Galán Rodríguez (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 4.

Gaschler, K. (2013). El peso del apego temprano. *Mente y cerebro*; 60, 34-40.

Gonzalo Marrodán, J.L. (2009). Guía para el apoyo educativo de niños con trastorno de apego. LibrosEnRed

Gonzalo Marrodán, J.L. (2015). Vincúlate. Relaciones preparadores del vínculo en los niños adoptados y acogidos. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Kadin. A. E. (1996). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2ª edición). Thousand Oaks. CA: Sage.

La falta de afecto “marca” al niño. Consultado del día 22 de diciembre de 2019. Recuperado de:
http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4459000/4459596.stm

Lyons-Ruth K; Alpern L; Repacholi B. (1993) Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the pre-school classroom. *Child Dev.* 64: 572-585.

Martín, V., Granero, R., Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*, 26; 1: 27-32.

Moneta, M.E. (2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista chilena de pediatría, 3.

Moreno Catarecha, E. (2014) Trastorno Negativista Desafiante: Conocimiento, prevención e intervención con un caso real. (Trabajo fin de grado). Universidad de Zaragoza.

Presentación-Herrero M. J., García-Castellar R., Miranda-Casas A., Siegenthaler-Hierro R., Jara-Jiménez P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42; 3: 137 – 143.

Prieto Jiménez, E. (2008). El papel del profesorado en la actualidad. *Su función docente y social. Foro de Educación*, 10, 325-345.

Psicología y Mente: Los 4 estilos educativos. ¿Cómo educas a tus hijos? Consultado el día 17 de diciembre de 2019. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/estilos-educativos>

Rabadán Rubio, J.A. y Giménez Gualdo, A.M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1*, 2, 185-212.

Reiss D, Hetherington EM, Plomin R y cols. (1995) Genetics questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 52: 925-936.

Rigau-Ratera, E. García-Nonell, C y Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, 42, 83-88.

Rodríguez Hernández, P.J. (2017). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*, 2, 73-81.

Ruiz Díaz, M.V. (2010). Trastornos de Conducta: El Trastorno Negativista Desafiante. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, 36; 1-9.

Sánchez Peralta, A. (2020). Características de niños con apego desorganizado. *Eres mamá*. Recuperado de: <https://eresmama.com/caracteristicas-ninos-con-apego-desorganizado/>.

Serradas Fonseca, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 71 (v. 24).

Stanford Children's Health. (S.f.). Trastorno de la conducta. San Francisco. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=conduct-disorder-in-children-90-P05670>

Tejero Martín, A.B. (2003) Teoría del Apego: Evolución histórica y enfoque actual. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/blogs/salud/saludinfantil/2011/03/21/la-importancia-del-afecto-en-la-salud-de.html>

Urizar Uribe, M. (2012). Vínculo Afectivo y sus trastornos. Bilbao. Recuperado de: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>

11. ANEXOS:

ANEXO I: Tabla de observación sistemática (Escala de evaluación)

Protocolo de observación de los trastornos conductuales en el aula		Escala de valoración			
Alumno/a:	Edad:	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Observador/a:	Fecha:				
TRASTORNO DISOCIAL					
Amenaza o intimida a las personas presentes (profesor, compañeros) verbalmente					
Se inicia en peleas					
Molesta a sus compañeros					
Realiza hurtos (se le ha pillado en alguno o lo acusan de ello) en clase o el colegio					
Destruye intencionadamente los materiales de otros compañeros					
Miente para obtener algún beneficio o evitar obligaciones					
Culpa a otros de sus malos actos					
Es incapaz de aceptar las normas de clase (horarios, convivencia...)					
Se abstiene de ir a clase por un tiempo o falta a clase sin motivo					

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

justificado				
Muestra falta de empatía, sensibilidad y culpa				
Destruye, rompe, pinta en el mobiliario escolar				
Es mal aceptado por los demás				
Discute o pelea por cualquier cosa				
Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE				
Desafía las normas o pautas que provienen de algún figura de autoridad				
No coopera, colabora u oferta ayuda a los demás cuando lo necesitan				
Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso y grosero				
De forma impredecible, muestra mal genio o mal humor				
Es pesimista y negativo ante todo lo que se le propone o hace				
Parece estar resentido con todos y todo				

El vínculo de apego en los niños y el desencadenamiento de T. de Comportamiento

Presenta baja tolerancia a la frustración				
Utiliza vocablos inadecuados				
Es mentiroso				
Tiene problemas académicos (tendencia al fracaso escolar)				
Acuso a otro de su mal comportamiento (victimización)				
Se irrita con facilidad				
<p>OTRAS OBSERVACIONES A CONSIDERAR:</p>				

ANEXO II

Pautas para las sesiones del programa Barckley.

Pautas orientadas al cambio de conducta solamente parental.	Aprenda a prestar atención positiva a su hijo
	Use el poder de su atención para conseguir que obedezca
	De órdenes de forma eficaz
	Enseña a su hijo a no interrumpir actividades
Pautas orientadas al cambio de conducta de los padres y el niño.	Establezca en casa un sistema de recompensa con fichas
	Aprenda a castigar el mal comportamiento de forma constructiva
	Amplíe el uso del tiempo fuera
	Aprenda a controlar a su hijo en lugares públicos