



Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Psicologia

Trabajo de Fin de Grado

Detección precoz del Trastorno de Conducta en educación
preescolar desde una perspectiva sistémica: una intervención
para la formación a docentes y orientación a las familias

Autoras:

Mayra Benezuela & Alba Puerta Silva

Supervisora:

Remedios Rubio

2021/2022

“Toda conducta es una forma de comunicación”

Paul Watzlawick

AGRADECIMIENTOS

Transmitir el más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que nos han ayudado a lo largo de esta etapa y han colaborado en nuestro Trabajo de Fin de Grado.

A nuestra tutora Remedios Rubio, por acompañarnos y guiarnos en este proyecto. Gracias por la implicación y por hacerlo más fácil.

A las profesionales entrevistadas, que han colaborado en la investigación y la han enriquecido con sus experiencias y conocimientos.

A las familias componentes de la Asociación de Familiares de Afectados por el Trastorno de Conducta, que nos han contado su historia y nos han permitido acercarnos a su realidad.

Título: Detección precoz del Trastorno de Conducta en educación preescolar desde una perspectiva sistémica: una intervención para la formación a docentes y orientación a las familias

Title: Early detection of Conduct Disorder in preschool education from a systemic perspective: an intervention for teacher training and family orientation

RESUMEN:

El Trastorno de Conducta (TC) puede suponer grandes dificultades para los niños y niñas en la vida cotidiana, así como para sus familias, tanto a corto como a largo plazo. Durante los últimos años se ha evidenciado un aumento significativo de trastornos psicológicos en la infancia, siendo el TC la categoría diagnóstica que presenta mayor prevalencia en esta población. A partir de la demanda de la Asociación de Familiares de Afectados por Trastornos de Conducta (AFATRAC), el presente trabajo pretende dar respuesta a la necesidad de contar con recursos que permitan la detección precoz del TC, y lo hace desde una perspectiva sistémica. Esta propuesta se realiza mediante el diseño de una intervención en el ámbito escolar, concretamente en los cursos de Educación Preescolar y del primer ciclo de Educación Primaria. Para desarrollar el diseño, se lleva a cabo una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a distintas profesionales, así como entrevistas y un cuestionario administrado a diferentes integrantes de la asociación. La intervención, como resultado de la investigación en formato de Aprendizaje y Servicio (ApS), comprende cuatro fases: formación al equipo docente acerca del TC; tutoría inicial con las familias y entrevista de cribado; entrevista de seguimiento a las familias; y talleres de soporte y orientación para las familias. De cara a futuras líneas de trabajo, se espera que este estudio sea de utilidad tanto para investigaciones como para el desarrollo de proyectos de intervención en el aula.

Palabras clave:

Trastorno de Conducta, AFATRAC, intervención, perspectiva sistémica, educación preescolar, familia, escuela, Aprendizaje y Servicio.

ABSTRACT:

Conduct Disorder (CD) can imply great difficulties for children in daily life, as well as for their families, both in the short and long term. During recent years, a significant increase in psychological disorders has been evidenced in childhood, being the CD the diagnostic category with the highest prevalence in this population. Based on the request of the Association of Relatives of People Affected by Behavior Disorder (AFATRAC), this work aims to respond to the need for resources that allow early detection of CD from a systemic perspective. This proposal is made through the design of an intervention in the school environment, specifically in the levels of Preschool Education and the first cycle of Primary Education. To develop this design, qualitative research is carried out through semi-structured interviews to different professionals, as well as interviews and a questionnaire with several members of the association. The intervention, as a result of the research in Service-Learning Project (SLP) format, includes four phases: training the teaching team about CT, initial tutoring with families and screening interview, monitoring interview with parents, and support and orientation workshops for families. With regard to future lines of work, it is expected that this study will be useful both for research and for the development of intervention projects in the classroom.

Key words:

Conduct Disorder, AFATRAC, intervention, systemic perspective, preschool education, family, school, Service-Learning.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Objetivos, aportación y relevancia	11
PROPUESTA METODOLÓGICA	13
RESULTADOS	16
Discusión de resultados y diseño de la intervención	23
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	37
ANEXO I. Formulario de Consentimiento	37
ANEXO II. Trastorno de Conducta según el DSM-5 (APA, 2013)	38
ANEXO III. Flyer para grupo focal	41
ANEXO IV. Formulario “Trastorno de Conducta en el ámbito educativo”	42

INTRODUCCIÓN

El trastorno de conducta (TC) -llamado Trastorno Disocial hasta la publicación del DSM-V en 2013-, implica dificultades importantes en la vida de los niños y niñas que lo padecen con consecuencias negativas que pueden llegar a la edad adulta, tales como fracaso escolar y bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones íntimas y desempeño laboral, desarrollo de conductas delictivas, uso y abuso de sustancias o trastornos de ansiedad y depresión, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2004). Tal y como lo describe la OMS en el informe de Prevención de los Trastornos Mentales (2004), los costes no son solo a nivel individual, sino que estos alcanzan las esferas de lo social y económico (tratamientos y atención sanitaria, uso del sistema judicial y penal, servicios sociales, educación, etc.), sumando los costes emocionales, tanto para las personas con TC como para sus familias.

Existen diferentes asociaciones de apoyo en respuesta a las necesidades que presentan las personas con trastornos psicológicos y su entorno familiar, ya que en muchos casos se encuentran sin recursos suficientes para abordar la situación en los hogares. En el caso del TC a nivel de Cataluña, en noviembre de 2016 se funda la Asociación de Familiares de Afectados por Trastornos de Conducta (AFATRAC), presidida actualmente por Charo Díez. El presente trabajo intenta dar respuesta a una de las demandas que realiza esta asociación: contar con recursos que permitan la detección precoz del TC en la infancia.

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), el TC se describe como “un 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”. Los criterios que se definen en el DSM-5 pueden clasificarse en tres características: agresión a personas y/o animales, destrucción de la propiedad e incumplimiento grave de las normas (véase [Anexo II](#)).

La prevalencia de este trastorno se encuentra alrededor de un 3% en España y suele iniciarse antes en varones que en mujeres, con una frecuencia mayor en los primeros (Jané i Ballabriga, 2021). Sin embargo, diferentes estudios hablan de la ausencia de investigación de base empírica en las mujeres, ya que el TC en el género femenino suele aparecer en comorbilidad con trastornos de tipo internalizante, por lo que el tratamiento de la salud mental en mujeres se

centra en estos, muchas veces ignorando la posible interacción entre los mismos y el TC (Keenan, Loeber & Green, 1999). Asimismo, tal y como explican Berkout, Young & Gross (2011), esto va estrechamente relacionado con los roles de género y la aceptabilidad social de la agresividad masculina. La sintomatología externalizante, en términos de criterios diagnósticos, se detecta más frecuentemente en niños que en niñas, dado que en estas se suele asumir el papel internalizante. Esto no permite el cumplimiento de los criterios del TC, sino que se atiende a la sintomatología más emocional desde un componente social casi en su totalidad.

Por otro lado, recientemente se está observando una equiparación entre sexos en tratamientos e ingresos por TC (ITA, 2019), hecho probablemente debido a la disolución de las barreras entre los roles de género, relacionando esto con el contexto sociocultural presente. No obstante, esta igualdad de prevalencias se hace más visible a partir de los 10 años, entendiendo que en preescolar las diferencias continúan siendo más marcadas que en la adolescencia (Loeber & Keenan, 2002).

La gravedad de los síntomas es mayor cuanto más temprano sea el inicio de estos, por lo que pueden diferenciarse dos tipos de cuadro clínico, según si la sintomatología se presenta en la etapa de la infancia (antes de los 10 años) o bien en la adolescencia. En el caso del TC de inicio infantil, suelen presentarse de manera comórbida el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Hewitt Ramírez & Armando Rey Anacona, 2018). No obstante, también es importante considerar la sintomatología relacionada con la emotividad, la ausencia de sentimientos de empatía y culpa, así como los estilos de afrontamiento (Keenan, Loeber & Green, 1999), que podrían ser factores clave para entender el desarrollo de un futuro TC, sobre todo en el género femenino -teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente-.

Durante los últimos años, se ha observado un aumento importante y progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, entre ellos el TC. Resulta, por tanto, urgente y especialmente importante poder contar con recursos que posibiliten realizar una detección precoz y llevar a cabo una intervención que permita evitar la evolución y cronificación de los síntomas (Navarro-Pardo, Melendez Moral & Sancerni Beitia, 2012). Cabe comentar que, en los servicios de salud mental infanto-juvenil, la conducta perturbadora o antisocial es uno de los motivos más

frecuentes de consulta, siendo el TC la categoría diagnóstica que presenta mayor prevalencia en esta población (Torrubia & Molinuevo, 2014; Aláez, Martínez-Arias & Rodríguez-Sutil, 2000; Lemos Giráldez, 2003).

Las investigaciones dedicadas a estudiar las causas del TC han permitido identificar un gran número de factores asociados con el riesgo de desarrollar el trastorno en la infancia o adolescencia. Entre estos, se pueden mencionar factores individuales, tales como complicaciones prenatales y perinatales, genotipos o déficits cognitivos y emocionales; factores parentales y familiares, como psicopatología en la familia, problemas socioeconómicos graves, prácticas educativas e interacciones coercitivas parento-filiales, maltrato, exposición a conflictos familiares o violencia doméstica; y factores ambientales externos a la familia, como riesgo en el barrio de residencia e influencia de los iguales (Torrubia & Molinuevo, 2014).

Desde AFATRAC, las familias presentan en 2017 un manifiesto en el *Parlament de Catalunya* donde explican desde la vivencia compartida, cuáles fueron las carencias con las que se encontraron a lo largo del recorrido realizado con sus hijas e hijos. Critican y cuestionan el sistema educativo, sanitario, judicial, de asuntos sociales y de trabajo, y piden en contraposición que se resuelvan los fallos en cada uno de estos ámbitos. Entre otras cosas, reclaman la proporción de recursos adecuados para el conocimiento y la detección del TC, que permitan poder reconducir la situación desde los centros educativos, el núcleo familiar y/o diferentes entidades (AFATRAC, 2017).

En respuesta a la demanda de AFATRAC y dada la relevancia y necesidad de tratar la problemática, el trabajo en cuestión pretende realizar un abordaje desde la perspectiva sistémica, desarrollando una serie de recursos que permitan la detección precoz del TC en la infancia y así romper con la individualización de la problemática y contemplar las consecuencias negativas de un diagnóstico más allá de la propia sintomatología.

El modelo sistémico posibilita estudiar la temática con una mirada más amplia, ya que su unidad de análisis no es el individuo, sino el sistema y, en este caso, el sistema familiar. Este modelo permite un entendimiento más profundo de las interrelaciones familiares, ya que sus bases conceptuales son el sistema familiar como un todo (un organismo estructurado e interdependiente que tiene unas pautas determinadas de comunicación) en el que el individuo

solo es un componente cuyo valor tiene que ver con la función que cumple y la posición que tiene dentro del sistema (Espinal, Gimeno & González, 2006).

En esta misma línea, en investigaciones donde se estudian los patrones de apego de menores con sus cuidadores/as referentes y la relación de estos patrones con los comportamientos agresivos que aparecen en la infancia, se plantea que el apego inseguro desorganizado podría ser un precursor en el desarrollo de esta conducta agresiva (Lyons-Ruth, 1996). Otro estudio señala que el apego inseguro desorganizado es característico en personas con diagnóstico de TC (García, 2019). La presencia de problemas de comportamiento temprano es también un predictor importante del TC (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999); y, a su vez, la expresión y regulación de las emociones se presentan de acuerdo con el estilo de apego (Garrido-Rojas, 2006).

De esta manera, la Teoría del Apego ocupa un lugar importante a la hora de determinar los riesgos para desarrollar este trastorno, ya que el tipo de apego si bien no es determinante, puede suponer un factor de vulnerabilidad en la persona (Marrodán, 2015). Esto va ligado a las prácticas parentales, entendidas como las conductas que las figuras cuidadoras utilizan en la socialización de los niños y niñas (Segura et al., 2011), y a los estilos educativos que se establecen durante la infancia, pues la calidad de los diferentes estilos influye de una manera considerable en el desarrollo emocional y social del menor, así como en la configuración de su autoconcepto (Chueca, 2020; Barudy & Dantagnan, 2005). Los diferentes estilos educativos se definen en función de dos ejes principales: por un lado, el afecto y la comunicación; y por otro, el establecimiento de límites (Kuppens & Ceulemans, 2019). Estos estilos, que se explican a continuación, pueden ser el democrático, el autoritario y el permisivo, clasificando este último en permisivo-indulgente o permisivo negligente.

El estilo democrático se caracteriza por altos niveles tanto en el afecto y la comunicación como en la presentación de límites. Las personas cuidadoras hacen frente a las necesidades del/de la menor mediante el diálogo y el refuerzo positivo ante las buenas conductas, dando lugar a un equilibrio emocional completo y, con esto, a buenos resultados académicos y relaciones sociales satisfactorias.

El estilo autoritario muestra escasez de comunicación y de afecto entre los progenitores y el menor, caracterizándose por una actitud punitiva y controladora, es decir, el establecimiento de límites de manera estricta. Las emociones de los/las menores se ven afectadas negativamente, mostrando una baja autoestima y un déficit en las relaciones sociales, por lo que pueden mostrar cierta agresividad. No existe un reconocimiento ni de sus capacidades ni de sus logros.

En el estilo permisivo aparecen altos niveles de afecto y comunicación, pero no se establecen una serie de normas ni se pide obediencia al menor. Esto puede producir un sentimiento de dependencia, baja autoestima y escasa motivación en el hijo o hija, lo que puede desencadenar en fracaso escolar. Podemos encontrar dos variantes del estilo permisivo (Barudy & Dantagnan, 2005):

- El estilo permisivo-indulgente se caracteriza por una alta afectividad parento-filial, pero normalmente los hijos/as son utilizados por los adultos para satisfacer sus propias necesidades afectivas. No existen normas, reglas ni leyes claras explícitas, por lo cual estos niños y niñas presentan dificultades a la hora de modular las emociones y su comportamiento, así como una muy baja tolerancia a la frustración.
- El estilo permisivo-negligente viene determinado por la nula implicación de los/las cuidadores/as en la crianza, que tienen una actitud pasiva y apenas muestran afecto y comunicación hacia sus hijos e hijas. No reciben la educación necesaria para integrarse, adaptarse y funcionar en el medio social.

Para finalizar, cabe señalar que el estilo educativo permisivo-negligente se trata del más perjudicial para los/las menores, tanto en el ámbito emocional como personal y social, y supone un gran factor de riesgo para la aparición de graves problemas de comportamiento.

Objetivos, aportación y relevancia

A partir del manifiesto por parte de AFATRAC mencionado anteriormente y de la información obtenida en la revisión bibliográfica, se aprecia la necesidad de contar con recursos que puedan ayudar a detectar factores de riesgo en la primera infancia y que indiquen el posible desarrollo de un TC en el niño o la niña. De este modo, se define el siguiente objetivo general:

- Diseñar una intervención que posibilite la detección precoz del TC en la educación preescolar en colaboración con las familias.

En cuanto a los objetivos específicos, estos son:

- Elaborar un listado de indicadores de riesgo del TC.
- Ofrecer al equipo docente formación sobre técnicas que permitan la detección de sintomatología precoz del TC en el aula.
- Elaborar el guión de una entrevista semiestructurada para optimizar el flujo de información entre familia y escuela.
- Diseñar sesiones de intervención con las familias que pretendan mejorar los ítems de riesgo identificados.
- Promover recursos para facilitar la comunicación asertiva entre familias y escuela.
- Diseñar un cuestionario de satisfacción que permita conocer la valoración de los talleres para familias y equipo docente.

El cumplimiento de estos objetivos mejoraría la calidad del trabajo por parte de los/las profesionales, puesto que dicha prevención reduciría los casos de sintomatología severa, lo que deriva en un mayor bienestar de las personas y familias afectadas e impide, a su vez, la cronificación del trastorno. A largo plazo, esto garantizaría la disminución de costes en el tratamiento del TC en cuanto a recursos de salud pública, tanto económicos como materiales y humanos.

PROPUESTA METODOLÓGICA

El presente proyecto, que es de carácter profesional o de intervención (tipo C), se basa en la metodología Aprendizaje y Servicio (ApS), la cual integra en un mismo proyecto educativo el aprendizaje de contenidos, habilidades y valores, y el servicio a la comunidad. Tal y como comentan Bringle, Hatcher y McIntosh (2006, citado en Clayton & Felten, 2011), esta metodología tiene la finalidad de ofrecer un servicio directo a la sociedad, para transformarla y aportar soluciones a una problemática según las necesidades sociales identificadas en el entorno, a partir del conocimiento teórico y empírico de la disciplina. Asimismo, esto permite la reflexión del/de la estudiante sobre la actividad de servicio, obteniendo así una mayor comprensión.

En cuanto al análisis de las necesidades, se lleva a cabo una metodología mayormente cualitativa, caracterizada por un diseño emergente, en el que la persona investigadora es el elemento principal de obtención de la información, la cual es ideográfica y se da en entornos naturales. El análisis es, por tanto, conceptual, donde la objetividad no es necesariamente una meta (Portell & Vives, 2014).

La evaluación de las necesidades de la población en cuestión, familias de personas afectadas por el TC, se traduce en el uso de diferentes instrumentos con el fin de desarrollar un diseño de intervención.

En primer lugar, se lleva a cabo la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales¹ de distintas especialidades, con la intención de contar con diferentes perspectivas referentes a la manera de entender y abordar el TC, a su etiología, a las implicaciones en la vida de la persona y su entorno, entre otras cuestiones. Las entrevistas realizadas forman parte de un muestreo accidental o de conveniencia (Portell & Vives, 2014), ya que las fuentes de información se incluyen según su accesibilidad y proximidad. Estas son las siguientes:

- Psicóloga psicoanalista con experiencia en procesos de adopción.

¹ Para consultar el Formulario de Consentimiento entregado a las personas entrevistadas, véase [Anexo I](#).

- Trabajadora social de un Hospital de Día, en el cual se trabaja con casos de personas con TC.
- Técnica en Integración Social (TIS) de una escuela de Educación Preescolar y Primaria, que realiza atención directa en el aula y supone el nexo entre familias y escuela.
- Integrante de una de las familias de AFATRAC, con experiencia en educación y psicología.
- Presidenta de AFATRAC.
- Psicopedagoga del EAP² de Sabadell, con experiencia en los procesos y protocolos a seguir en caso de la detección de sintomatología TC.

La información obtenida de las diferentes entrevistas es analizada y sintetizada mediante el software de análisis cualitativo *ATLAS.ti 8* (Scientific Software Development GmbH, 2017).

En segundo lugar, considerando de vital importancia poder contar con los testimonios de las personas afectadas, se propone a las familias de AFATRAC la posibilidad de participar en un grupo focal (*focus group* en inglés). Esta técnica, según Lederman (Rabiee, 2004), consiste en una entrevista de grupo en profundidad, en la cual las personas participantes forman parte de una población específica y, aunque no son necesariamente representativas, se seleccionan por sus características sociales similares y con el criterio de que tienen algo que decir sobre un tema determinado, enfocando el grupo en cuestión a este. Con esto, el objetivo es acercarse a la realidad de la problemática, encontrar puntos en común y divergentes en los diferentes recorridos vitales, detectar factores de vulnerabilidad y de protección que se hayan podido dar durante la primera infancia y contemplar posibles puntos relevantes que no se hayan considerado durante la revisión de la literatura científica referente o en las entrevistas realizadas. Para esta finalidad, se elabora un *flyer* (véase [Anexo III](#)) mediante el cual se invita

² Los EAP son equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógico que apoyan al profesorado ya los centros educativos en la respuesta a la diversidad del alumnado y en relación con los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, así como a sus familias (Generalitat de Catalunya, 2022).

a las familias por correo electrónico. Además, es imprescindible la revisión bibliográfica para la fundamentación teórica de la intervención.

Dada la imposibilidad de realizar el grupo focal, ya que la participación que se obtuvo fue finalmente de tan solo dos familias (se habían comprometido un total de 5 familias), se opta por utilizar la técnica de entrevista semiestructurada conjunta con las participantes que sí asistieron, con el mismo objetivo que el descrito para el grupo focal. A su vez, con tal de recoger más información y complementar la información ya obtenida, se elabora un formulario, “Trastorno de Conducta en el ámbito educativo” (véase [Anexo IV](#)) que se envía a las familias de AFATRAC, en el cual se obtiene un total de 56 respuestas. Este formulario consta, por un lado, de un conjunto de preguntas sociodemográficas, y por otro lado, de 4 preguntas cerradas y 7 preguntas abiertas distribuidas en dos apartados: *Recorrido evolutivo* y *Experiencia en el ámbito escolar*. Las respuestas a estas preguntas abiertas serán categorizadas para su posterior análisis mediante el software *Microsoft Excel* (Microsoft Corporation, 2018). Finalmente, se plantea la posibilidad de comentar abiertamente consideraciones u opiniones que la persona participante crea relevantes, las cuales pueden ser utilizadas directamente para los fundamentos del diseño de la intervención.

Dado que el TC puede desarrollarse desde la primera infancia, se cree conveniente actuar desde el sistema escolar del individuo, ya que la escuela es el lugar donde más tiempo pasa el/la menor, además de ser el principal agente de socialización después del sistema familiar. Esto convierte al equipo docente en una figura fundamental para realizar la detección precoz del TC en el aula (Rabadán & Giménez, 2012; Chueca, 2020). Teniendo en cuenta esto y una vez analizados los resultados de los instrumentos anteriores, se procede al diseño del producto: un modelo de intervención dirigido a la detección de posibles síntomas que presente el/la alumno/a, junto a la examinación de indicadores de alarma relacionados con la tipología de apego y el estilo educativo parental, entre otras cuestiones familiares. En base a esto, se propone una serie de formaciones al equipo docente respecto a la detección e intervención en el TC, así como el diseño de sesiones dirigidas a las familias, con la finalidad de abordar los objetivos mencionados.

RESULTADOS

El presente análisis de resultados consta de dos partes. Por un lado, se muestran los resultados de las entrevistas a las distintas profesionales y a las dos madres que se ofrecieron para la entrevista derivada del inicialmente llamado grupo focal. La información obtenida ha sido sintetizada mediante el software *ATLAS.ti* (Scientific Software Development GmbH, 2017). Por otro lado, se observan los resultados del formulario administrado a las familias participantes, con el nombre de “Trastorno de Conducta en el ámbito educativo” (véase [Anexo IV](#)).

En primer lugar, se han extraído diferentes aspectos del análisis de las entrevistas a los 4 perfiles profesionales (trabajadora social, psicóloga psicoanalista, técnica en integración social y psicopedagoga). Uno de ellos es la participación de los diferentes agentes que, habitualmente, intervienen en el proceso de detección de las alteraciones de conducta en la escuela pública y, en consecuencia, su posible derivación a distintos dispositivos (véase **Imagen 1**).

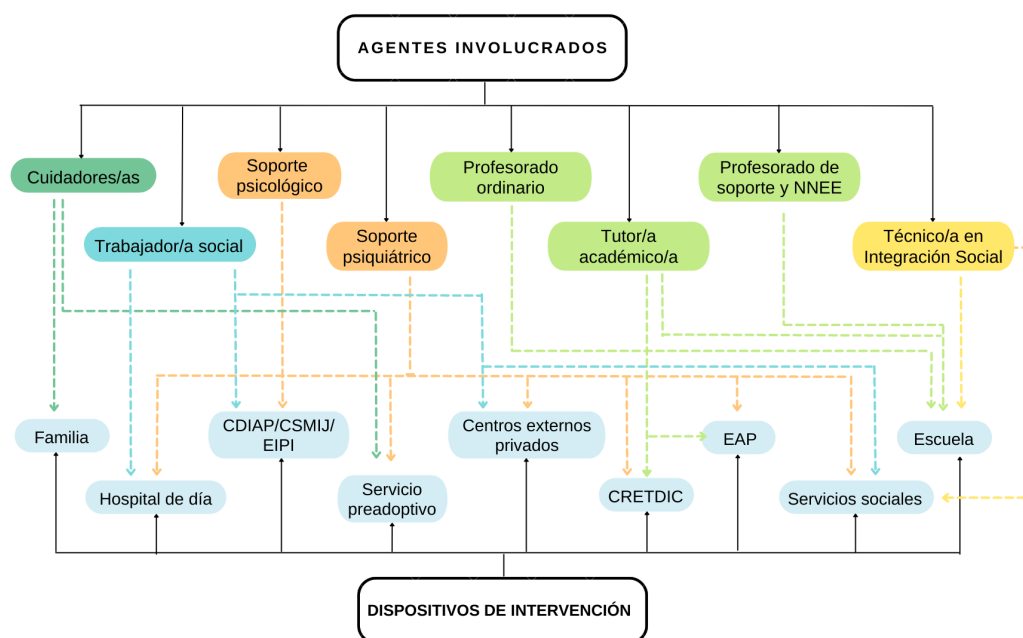


Imagen 1. Mapa conceptual de los agentes y dispositivos que intervienen en el proceso de detección e intervención de los Trastornos de Conducta, así como la relación entre estos.

A continuación, en la [Tabla 1](#) se recogen los factores asociados al TC obtenidos del análisis de las diferentes entrevistas, tanto a profesionales como a familias, utilizando el software *ATLAS.ti* (2017).

Factores asociados al TC	
DE RIESGO	
Relación de apego inseguro	<i>Bullying</i> (escolar y no escolar)
Conflictos externos entre cuidadores/as	Baja autoestima
Patología mental de los/as cuidadores/as	Negación familiar ante la problemática
Sobrejustificación de los límites	Expulsión escolar
Abandono en la infancia	AVE* previos a la adopción
Dificultades en el diagnóstico diferencial	AVE, en general
Diagnósticos previos o asociados (TDAH, TND, TEA, TEAF)	Amistades problemáticas
Falta de formación específica para abordar el TC desde el aula	Rechazo por parte del profesorado (marginación en el centro escolar)
Estilo educativo permisivo	Falta de compromiso de las familias con la escuela
Adolescencia	
Transición escuela-instituto	*AVE: Acontecimiento Vital Estresante
PROTECTORES	
Estilo educativo democrático	
Estabilidad emocional en periodo vacacional	
Refuerzo escolar individualizado	
Formación y sensibilización del equipo docente respecto al TC y otros problemas de conducta	

Tabla 1. Factores asociados al Trastorno de Conducta: factores de riesgo y de protección

Finalmente, se procede a mostrar los resultados del formulario “Trastorno de Conducta en el ámbito educativo”. Este, dirigido a las personas integrantes de la asociación AFATRAC, cuenta con una participación de 56 respuestas, 50 de las cuales dicen estar vinculadas a la asociación por el diagnóstico de TC de su hijo/a. El resto de las respuestas mencionan otros trastornos,

como el Trastorno bipolar afectivo, el Trastorno por consumo de sustancias, Esquizofrenia o Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF).

De las personas afectadas por un trastorno (casi en su totalidad, hijos/as de las personas participantes), un 55,4% son adoptadas y un 44,6% mantienen una relación parento-filial biológica.

La mayoría de estas personas son de sexo masculino (89,3%), con una edad actual comprendida entre 11 y 22 años el 58,9%, y por encima de los 22 años el 41,1%. Cabe mencionar que las edades en las que fueron diagnosticados/as de TC son variadas, aunque el porcentaje más alto corresponde con la franja de edad de entre 12 y 16 años (41,1%) seguida de los 6 a los 11 años (25%).

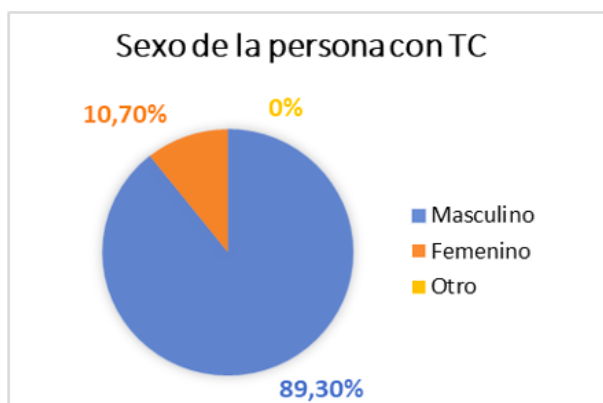


Gráfico 1. Proporciones del sexo de las personas con TC

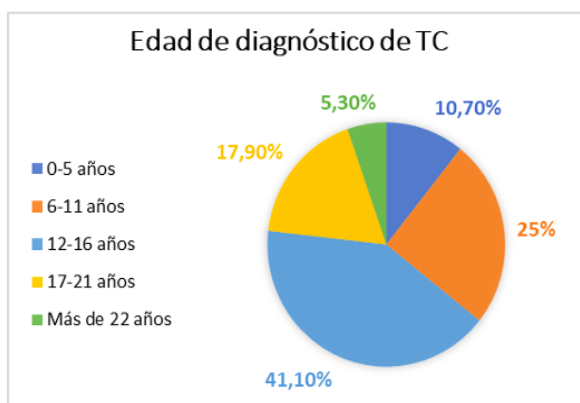


Gráfico 2. Proporciones de la edad a la que las personas con alteración de la conducta fueron diagnosticadas de Trastorno de Conducta.

En cuanto a los datos de financiación educativa, no existe una diferencia pronunciada entre la escolaridad pública y concertada (65,5% y 69,1%, respectivamente), mientras que el porcentaje de personas que asistieron a una escuela privada es de un 16,4%. No obstante, cabe aclarar que en 24 de las 55 respuestas válidas indican que la persona asistió a más de una modalidad escolar.

Como puede observarse a continuación (véase **Gráfico 3**) el 66,1% de las familias señalan, como mínimo, el diagnóstico de TDAH como diagnóstico precedente del TC. El diagnóstico de TND se da en un 26,8% de los casos, y lo siguen el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un 21,4%, el

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) 14,3%, el TEAF 8,9% y la Discapacidad Intelectual (DI) en un 7,1%. Cabe señalar que en un 46,4% de las respuestas aparece más de un diagnóstico previo al TC, siendo el TDAH y TND (12,5%) los que concurren mayormente. Por último, el 7,1% de las familias señala que no hubo un diagnóstico previo al TC.

En cuanto al análisis de los diagnósticos posteriores al diagnóstico de TC, se observa que en 20 respuestas se señalan los mismos diagnósticos que en la pregunta anterior (véase **Gráfico 3**), aunque, en algunos casos, no todos los mencionados previamente. Esto podría ser debido a que las personas que respondieron no diferenciaron entre ambas preguntas y/o a alguna limitación en el desarrollo de estas. Por este motivo, se analizan 36 respuestas de las 56 iniciales.

El 16,7% de estas señala que no se realizó un diagnóstico posterior al de TC. El 80,5% señala que sí hubo diagnósticos posteriores a este trastorno, siendo los más destacados el Trastorno de Personalidad (TP) y el TEA, que se diagnosticaron en un 16,7% de los casos; el TEAF y el TND en un 13,9%, y TLP y Esquizofrenia en el 11,1% de las respuestas.

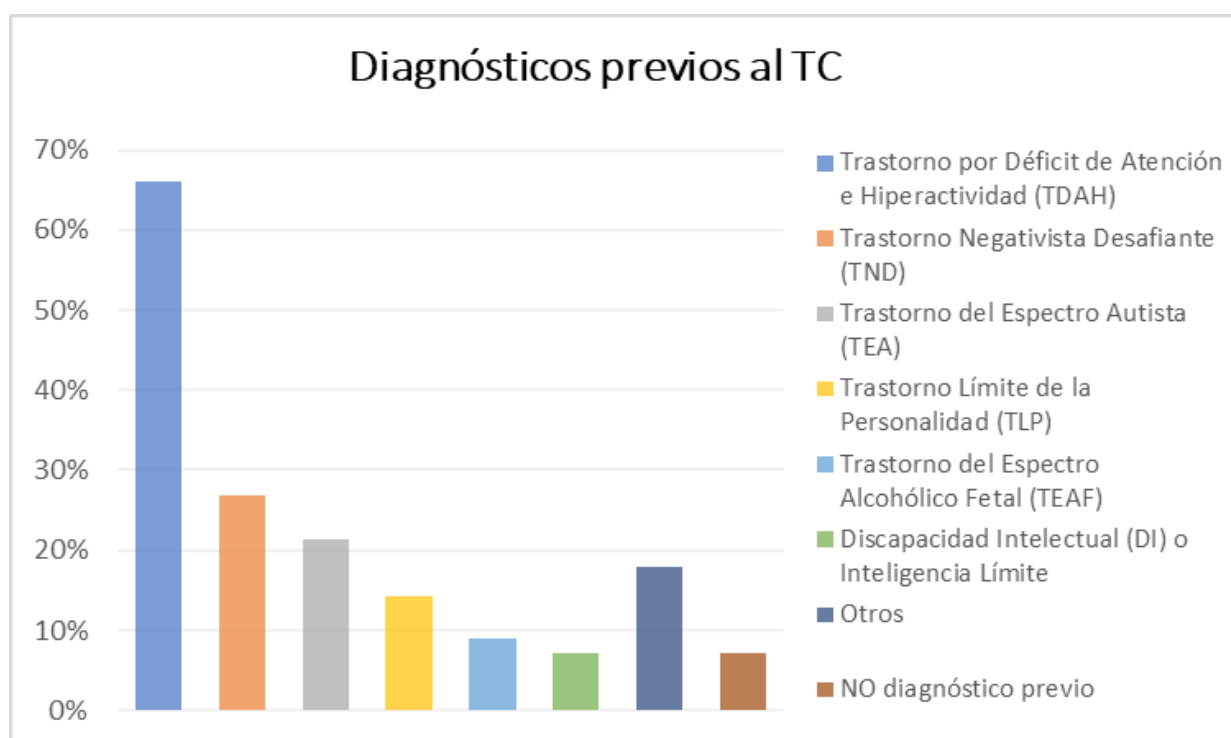


Gráfico 3. Diagnósticos realizados con anterioridad al diagnóstico de Trastorno de Conducta.

Por otro lado, se analizan las características de la relación parento-filial de las familias participantes en dos momentos vitales diferentes: primeramente, en los años previos a los 10 años del hijo o hija, edad de referencia del DSM-5 para distinguir el tipo de inicio del TC infantil del tipo de inicio adolescente (véase [Anexo II](#)); y, en segundo lugar, una vez aumentó la severidad del comportamiento del/de la menor. Cabe considerar que, en este caso, se ha tenido en cuenta una muestra de 48 participantes sobre las 56 iniciales, puesto que 8 de las respuestas se consideran nulas.

Tal y como muestra el **Gráfico 4**, durante los 10 primeros años (aproximadamente), un 70,8% de las personas participantes califica la relación con su hijo/a entre “Normal” y “Perfecta”, siendo un 27,1% las respuestas que definen la relación como “Difícil/Disruptiva” y tan solo un 2,1% las que afirman que la relación con su hijo/a era “Mala”.

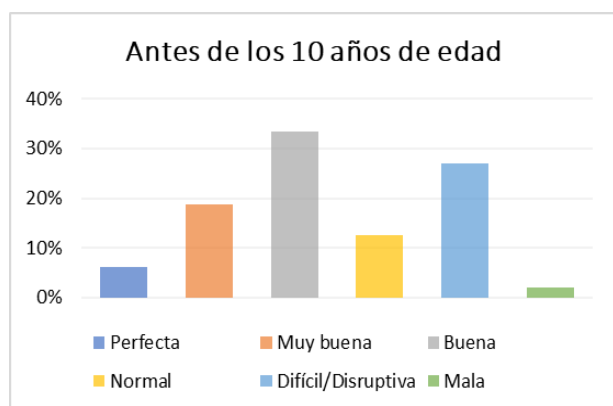


Gráfico 4. Tipo de relación parento-filial antes de los 10 años del hijo/a actualmente diagnosticado de Trastorno de Conducta.

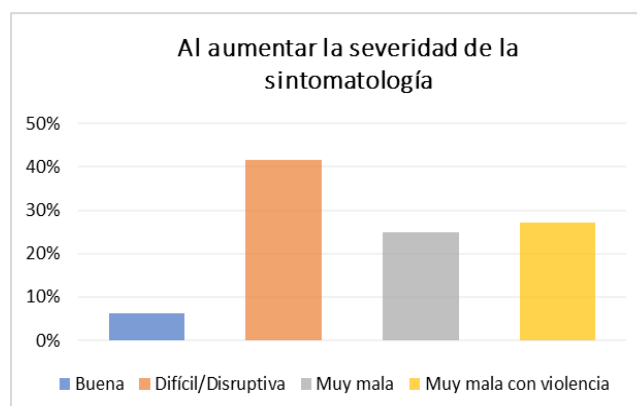


Gráfico 5. Tipo de relación parento-filial después de aumentar la severidad de los síntomas TC.

En el **Gráfico 5** se indica que, una vez se agravan los síntomas de los/las menores, únicamente un 6,3% de familias considera haber mantenido una buena relación con su hijo/a. Sin embargo, el tipo de relación “Difícil/Disruptiva” aumenta, significando un 41,7% de la muestra. Finalmente, el número de familiares que apuntan una muy mala relación alcanza más de la mitad de las respuestas (52,1%), entre las cuales un 27,1% se caracterizan por haber presenciado comportamientos violentos.

En relación con los recursos que se ofrecieron desde la escuela en respuesta a las dificultades en el ámbito académico, un 35,3% de las familias señala explícitamente que no se les ofreció ningún recurso ni herramienta. Adaptaciones curriculares y plan individual es la respuesta que se da en algunos casos (17,6%), donde tres familias aclaran que éstas se llevaron a cabo de manera deficiente, o bien los recursos eran demasiado limitados para poder hacerlo. En un 9,8%, la respuesta de la escuela consistió en hacer derivación a centros especializados para realizar una evaluación/abordaje. Otras respuestas (11,8%) indican la expulsión directa de la escuela o la recomendación de cambio de centro escolar. Y, por último, nos encontramos con familias (25,5%) que señalan diferentes facilitadores brindados como más tiempo en exámenes, refuerzo escolar, asistir al psicólogo, apoyo en los estudios, entre otros, que valoran positivamente. De las 55 respuestas, se excluyen del análisis 4 que no especifican cuál ha sido el recurso ofrecido por la escuela.

Al consultar a las familias cuáles son los recursos que echaron en falta por parte del sistema educativo, un 27,8% responde, de manera rotunda, que echaron en falta todos (señalando, en algunos casos, que no se les ofreció ningún tipo de acompañamiento). El 11,1% señala la falta de refuerzo y trabajo individualizado en clase, mientras que el 7,4% expresa conformidad con la actuación, especialmente del profesorado. En el resto de las respuestas, se observan dos vertientes. Por un lado, el 22,2% de las familias indica la falta de recursos en cuanto a la formación de los docentes para reconocer el TC y otros trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, así como la falta de conocimientos para abordar las dificultades que se dan en consecuencia, tanto en lo curricular como en lo relacional con los iguales. Y, por otro lado, un 31,5% responde que lo que echaron en falta es acompañamiento emocional, comprensión, atención, empatía, aceptación y no ser culpabilizados/as por la conducta de sus hijos/as. De las 56 respuestas, dos se excluyen por no especificar recursos que se hayan echado en falta.

Al pedir a las familias que describan las similitudes y diferencias del comportamiento de la persona en casa y en la escuela, un 57,8% señala que el comportamiento era muy diferente en casa y en la escuela, siendo mayormente (73,1%) más conflictivo, desafiante y disruptivo en el hogar. Por otro lado, el 42,2% expresa que el comportamiento era muy similar, mostrando en ambos contextos conductas desafiantes, baja tolerancia a la frustración, desgana, desinterés, la no aceptación de las normas, y conductas violentas en algunos casos. De las 54 respuestas, solo se toman como válidas

45, ya que seis no especifican si lo descrito son similitudes o diferencias y tres respuestas indican no saberlo.

En cuanto a la relación de las personas con TC con sus iguales durante el trayecto escolar, las familias informan que en un 25,4% la relación era buena o muy buena y sociable y en un 56,4% las relaciones eran difíciles, nulas, conflictivas y/o complicadas. Cabe resaltar que, en estas últimas, se señalan casos de acoso escolar y limitaciones en las habilidades sociales de las personas con TC que dificultaron estas relaciones. En el 18,2% de las respuestas se explica que las relaciones eran muy fluctuantes dependiendo del momento y que, en algunos casos, eran buenas hasta una determinada edad, entre 12 y 15 años, cuando empeoraron de manera significativa. De las 56 respuestas, una es excluida por no mostrarse clara.

Finalmente, en cuanto a las consideraciones finales que pueden aportar las familias, se destacan algunas citas que son consideradas de relevancia para el posterior diseño de la intervención:

“La prevención y actuación de acompañamiento ante las primeras manifestaciones hubiera sido muy importante para que no desarrollara un Trastorno de conducta y poder enderezar la situación”.

“La escuela no puede transmitir sensación de fracaso desde la infancia”.

“Faltan recursos, más información y ayuda mutua entre profesorado y familia”.

“Coordinación entre centro escolar, padres o madres y equipo terapéutico”.

“Los educadores tienen que darse cuenta de la diversidad de sus alumnos para poder ayudarlos”.

“Falta educación y acompañamiento de la gestión emocional en el inicio del problema y ayuda profesional integral durante y después del problema, sobre todo a la familia, pues es imposible una resiliencia adecuada sin comprensión ni formación”.

“Lo fundamental no es hacer un diagnóstico exhaustivo de lo que tienen, sino tener unos recursos básicos cuando tienen una conducta alterada, tanto si es un trastorno o no lo es. Los recursos o medios que usaremos no representan una demora, solo es una ayuda para allanar el camino hasta que se defina ese trastorno o no trastorno”.

“Una buena ratio en clase, más psicólogos/as, maestros/as bien formados/as”.

“Formación o asesoramiento a padres y madres. Muy muy importante”.

“Se necesita dar pautas claras a la familia y atención inmediata”.

“Si a mi hijo, con 5 años, le hubieran empezado a tratar, estaríamos en otro nivel, aunque luego el diagnóstico fuera otro. Esto le hubiera ayudado a mejorar su autoestima”.

“Se ha de hacer un cambio de paradigma por parte de todas las instituciones. Estamos muy lejos de dar acogida a este colectivo”.

“Hay que conseguir rebajar las pretensiones con ellos; su conducta es muchas veces a raíz de su frustración”.

“[...] A los niños y a los adolescentes se les trata como alumnos, no como seres humanos que se están desarrollando”.

Discusión de resultados y diseño de la intervención

La población diana de la intervención en cuestión son los/las menores escolarizados/as en el nivel educativo de preescolar (P3, P4 y P5) y en el primer ciclo de Educación Primaria de las escuelas públicas. Se cree conveniente comprender esta edad ya que, de acuerdo con la bibliografía revisada, la sintomatología del TC ya puede manifestarse en la primera infancia, desencadenando consecuencias más severas a largo plazo si esta se inicia antes de los 10 años (APA, 2013). Los resultados obtenidos del cuestionario a las familias también apuntan a un agravamiento de la sintomatología a partir de la adolescencia. A su vez, señalan que la relación parento-filial positiva se conserva en esta etapa, volviéndose más conflictiva a medida que la sintomatología empeora.

En cuanto a incluir la perspectiva de género a lo largo de la intervención, se consideran las diferencias intergénero en la manifestación de los síntomas, sobre todo en la etapa de la infancia. Por este motivo, se atenderá a los roles de género reproducidos en la educación a los niños y niñas, así como a la posible sintomatología internalizante de las segundas.

La propuesta de intervención surge del planteamiento de la necesidad de intervenir tanto en el ámbito educativo³ como el familiar, en cuanto a ofrecer información y formación a ambas partes, planteando un trabajo conjunto donde la comunicación se establezca de manera bidireccional. Así, el equipo

³ Tal y como se muestra en la [Imagen 1](#), los agentes que intervienen en la escuela son el profesorado ordinario y de educación especial, incluyendo al tutor o tutora académico/a. En el caso de que también se disponga de la figura de Técnico/a en Integración Social, su cargo puede ser utilizado para dar soporte en la entrevista con las familias, así como en la intervención con estas.

docente, que en la escuela no siempre está completamente informado de la situación familiar y/o personal de cada alumno/a, puede nutrirse de lo que las familias le comuniquen; a su vez, desde la escuela se puede acompañar y orientar a las familias que así lo necesiten y lo permitan. De esta manera, las conductas de los niños y niñas se entienden en un contexto más amplio -desde lo familiar, social y cultural-, donde será posible identificar con mayor eficiencia sus necesidades y dar respuesta a estas de manera eficaz.

Por lo anterior, el diseño de intervención consta de 4 fases a lo largo de un curso escolar, tal y como se detalla a continuación:

Formación al equipo docente. Semanas previas al inicio del curso escolar (julio-septiembre).

A partir del formulario contestado por las familias de AFATRAC, queda evidenciada la necesidad de contar con el acompañamiento emocional desde la escuela, así como de poder confiar en los conocimientos del equipo docente para dar respuesta a las dificultades que puedan presentar los niños y niñas en el aula, tanto en lo académico como en lo social. En vista de esto, la intervención se plantea a partir de dos vertientes de trabajo; por un lado, el trabajo de formación al profesorado y, por otro lado, la intervención con las familias.

La formación al equipo docente incluye a todas aquellas personas que vayan a estar en contacto con los/las menores en la escuela. Como se desprende de los resultados obtenidos, tanto desde la literatura científica como del conocimiento aportado por las familias y las diferentes profesionales consultadas, es de vital importancia contar con herramientas que permitan la detección de las primeras señales del TC en el ámbito educativo.

En esta fase se plantea brindar al profesorado las herramientas para este fin, así como las necesarias para poder establecer un canal de comunicación con las familias que facilite la coordinación. Algunos de los aspectos principales a trabajar se muestran en la siguiente tabla:

Aspectos principales que considerar en la formación al equipo docente
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación del TC y detección de la sintomatología de la alteración de la conducta (véase Anexo II): <ul style="list-style-type: none"> - Emociones prosociales limitadas: rasgos de dureza (falta de remordimiento o culpabilidad) e insensibilidad afectiva (carencia de empatía, afecto superficial o deficiente). - Impulsividad, irritabilidad y/o grandiosidad. - Despreocupación por el rendimiento. - Detección de sintomatología internalizante en niñas, para plantear si se relaciona con un posible caso de TC. - Sensibilización con la diversidad de estructuras y situaciones familiares (adopciones, multiculturalidad, etc.). - Coordinación y comunicación asertiva entre escuela y familia. - Cómo realizar una entrevista semiestructurada de identificación de indicadores de alarma. - Información sobre las tipologías de estilos parentales.

Tabla 2. Aspectos principales que considerar en la formación al equipo docente.

Esta formación, que se desarrollaría a modo de ponencias o conferencias, puede acompañarse de material didáctico (casos reales, lista de signos de alarma, esquemas, guías para seguir protocolos, etc.) para que el equipo pueda utilizarlo de soporte a la hora de ponerlo en práctica. De acuerdo con el Código Deontológico del Psicólogo (COPC, 2015), se cree conveniente que estos cursos sean llevados a cabo por profesionales de la psicología, por lo que se propone realizarla desde el EAP al que pertenezca cada escuela. En caso de que esto comporte dificultades en cuanto a su disponibilidad o tiempo invertido, dichas conferencias podrían ser registradas y reutilizadas en cada curso escolar, siempre que su contenido se revise y actualice periódicamente. Además, en beneficio del profesorado, se sugiere la posibilidad de certificar esta formación para que puedan añadirla a su Curriculum Vitae de manera oficial.

Tutoría inicial con las familias. Durante el primer trimestre escolar (octubre-diciembre).

Se realiza una reunión en formato de entrevista entre tutor/a educativo/a y personas cuidadoras. En este punto, es necesario que el tutor o tutora haya adquirido experiencia en la realización de entrevistas semiestructuradas con familias. Como se comenta en la fase anterior, la escuela puede contar con algún soporte, visual o escrito, que explique de qué manera trabajar con esta técnica, al cual el/la docente pueda recurrir en el caso de necesitarlo.

La entrevista en cuestión consta de preguntas cerradas y abiertas que permitan averiguar cómo se dan las prácticas parentales en el hogar, cuál es el estilo educativo que prima, cuál es la estructura familiar del estudiante y de qué manera se dan las dinámicas familiares, así como obtener información que se considere relevante para cada caso. Al mismo tiempo, se pone en relación el comportamiento observado en el aula y se trabaja en la identificación de ítems críticos que indiquen la necesidad de acompañamiento específico a las familias o, si se cree conveniente, la derivación del caso al EAP⁴. Para esto, se tendrá en cuenta la tabla de los factores de riesgo y de protección identificados en el presente trabajo (véase [Tabla 1](#)).

Entrevista de seguimiento con las familias. Segundo semestre escolar (enero-febrero).

En esta fase, se utiliza el espacio de las tutorías de seguimiento que ya son realizadas habitualmente con todas las familias del alumnado. Para esta segunda entrevista, se parte de la información obtenida de la primera y de las conductas observadas durante el primer semestre en el aula. Además, se determina cuál es el interés de los/las cuidadores/as de cada menor en abordar los temas tratados en la entrevista inicial. Paralelamente, se procura trabajar en un ambiente respetuoso y adecuado donde se favorezca la comunicación asertiva entre docente y familia.

⁴ En caso de que el tutor o tutora considere conveniente la intervención de un/a profesional cualificado/a para completar la evaluación, se propone la consulta al personal del EAP, que puede utilizar instrumentos de cribaje que complementen la información de la entrevista, como puede serlo la versión preescolar de la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-PP), administrada a las personas tutoras del niño o niña para evaluar síntomas generales de su hijo/a que indiquen un posible signo de alarma relacionado con el TC. En cuanto a las prácticas parentales, son útiles instrumentos como el Alabama Parenting Questionnaire (APQ), que mide diversas dimensiones de la crianza relevantes en los problemas de conducta; o bien el Cuestionario de estilo educativo percibido por los progenitores (EMBU-P), que comprende términos más generales.

En el caso de que la familia muestre predisposición, se propone que participe en los talleres de soporte y orientación, los cuales se explican en el apartado siguiente. Estos talleres van dirigidos, especialmente, a aquellas familias en las que se han detectado indicadores de riesgo previamente. No obstante, la invitación a estos talleres es abierta a cualquier familia que desee participar, siempre que el/la estudiante esté cursando Educación Preescolar o el primer ciclo de Educación Primaria (1º y 2º curso).

Si, por lo contrario, los/las cuidadores/as no muestren interés en participar en los talleres y se identifican indicadores de alarma, se realiza un registro de ello y se solicita la intervención de la figura de TIS o del EAP, según las características del caso y las figuras presentes en la escuela. A su vez, este registro permite realizar un seguimiento puntual del menor o la menor en base a los ítems de alarma detectados, que se prolonga durante los años posteriores. En referencia a la necesidad de derivación al EAP por la manifestación de síntomas relacionados con un posible o futuro TC, se debe tener en cuenta la opción de realizar un diagnóstico evolutivo o del desarrollo⁵, que permita un seguimiento desde los servicios psicológicos (su CDIAP o CSMIJ correspondiente), tal y como se extrae de algunas peticiones que realizan las familias de AFATRAC mediante el cuestionario administrado.

Talleres de soporte y orientación a las familias. Tercer trimestre escolar (marzo-mayo).

Tal y como se ha explicado, a lo largo del tercer trimestre se realizan diferentes sesiones de apoyo y orientación para las familias que así lo deseen. Estas consisten en un conjunto de charlas, dinámicas grupales y ejercicios de reflexión, en los cuales se trabajan distintos temas de abordaje, como son los siguientes:

- Importancia de la tolerancia a la frustración del niño/a y cómo trabajarla.
- Técnicas de mejora del rendimiento académico en el hogar plausibles con la edad escolar.

⁵ Un diagnóstico evolutivo consiste en una estimación de modos de conducta observados a partir de formas normalizadas expresadas en función de la edad. Esto permite adecuar el diagnóstico a lo largo del curso de la sintomatología, optimizando así el tratamiento correspondiente (Jané i Ballabriga, 2021).

- Establecimiento de límites y comunicación parento-filial.
- Potenciar el reconocimiento, la validación y la expresión de las emociones de los niños y niñas desde la coeducación.

A continuación, se muestra una propuesta de ficha técnica a la hora de planificar y realizar dichos talleres (véase **Tabla 3**). Este modelo, a modo de plantilla, es susceptible a las modificaciones que se consideren oportunas para dar respuesta a las necesidades de cada comunidad educativa: contexto sociocultural de la escuela en cuestión, ítems apreciados durante las entrevistas previas que realiza el tutor o tutora a cada familia, predisposición de los padres y madres, entre otros aspectos.

Talleres de soporte y orientación a las familias: ficha técnica		
Nombre del taller: <i>A convenir</i>		
Día y lugar: <i>A convenir según la escuela</i>	Temporalización: 2h 30min	Número de participantes: 15 familias (aprox.)*
<p>Objetivo: Brindar herramientas a las familias para identificar y responder adecuadamente a las dificultades presentes en el contexto más próximo de sus hijos/as.</p> <p>Objetivos específicos: <i>A convenir</i></p>		
<p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación inicial y dinámica rompehielo. Se realiza una ronda de nombres para que las personas participantes y el equipo técnico se conozcan. - Actividad objeto del taller, surgida de las necesidades y objetivos específicos de cada población. Se selecciona el tema o los temas a tratar en la sesión. - Role-playing. Al finalizar la actividad, se propone un seguido de <i>role-plays</i> representados por las mismas familias, relacionados con la temática trabajada a lo largo de la sesión. Con esta representación teatral, los padres y madres pueden ver reflejadas algunas de las actitudes y/o conductas que desempeñan en su vida cotidiana respecto a sus hijos e hijas. 		

<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de reflexión final. En esta última fase de la sesión, las familias son libres de expresar sus pensamientos, sensaciones y emociones respecto a las actividades y <i>roleplays</i> realizados, así como de compartir su propia experiencia y obtener apoyo mutuo de otras familias que puedan sentirse identificadas con el caso. En este punto, el equipo técnico deberá hacer las aportaciones e intervenciones que crea convenientes para acompañar la reflexión. - Devolución de las familias y cierre de la sesión. Se entrega un formulario de satisfacción a los/las participantes y se despide la sesión.
<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De infraestructura: espacio consensuado con la dirección de la escuela. - Materiales: en función de las actividades planificadas. <ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto: ___€ - Humanos: 2 profesionales en psicología del EAP correspondiente a la escuela* <ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto: ___€ / profesional <p>Presupuesto económico total: ___€</p>
<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulario de satisfacción (devolución de las familias): respuesta tipo Likert. Pregunta abierta sobre la opinión de los/las participantes de cada taller.
<p>Observaciones:</p> <p>*1. Si el número de familias excede el aproximado, se plantea configurar más de una sesión destinada al mismo taller, para que puedan asistir todas las familias que así lo deseen.</p> <p>*2. En caso de que no sea posible que el taller sea dirigido por profesionales de la Psicología, se sugiere la figura de un/a Técnico/a en Integración Social, o el profesional del que disponga la escuela que más se adecue a las funciones requeridas.</p>

Tabla 3. Propuesta de ficha técnica para los talleres de soporte y orientación a las familias durante el tercer trimestre escolar.

Considerando la dificultad de compromiso de las familias por aspectos como la disponibilidad y el tiempo de cada persona, estos talleres se recogen en, únicamente, dos sesiones, con una duración de 2.5h, aproximadamente. Además, la posibilidad de replicar estas actividades en cada curso escolar permite asistir a la misma familia durante cursos consecutivos, por lo que facilita un seguimiento de los casos, así como un espacio de soporte mutuo con otras familias.

Finalmente, y de manera transversal, se solicita una devolución de las familias respecto a los talleres y las diferentes actuaciones, así como de los docentes respecto a las formaciones. Esto se hace mediante un breve formulario de satisfacción con formato de respuestas tipo Likert y una pregunta abierta que permita una crítica constructiva sobre los puntos fuertes y débiles de las actuaciones llevadas a cabo.

CONCLUSIONES

A modo de cierre, en este apartado se expone una serie de consideraciones con relación al cumplimiento de los objetivos -tanto el general como los específicos-, así como aspectos referentes a las diversas limitaciones y/o *handicaps* que se han presentado a lo largo de la investigación y el diseño de la intervención. Asimismo, se plantean posibles líneas futuras que tomen como punto de partida este trabajo y que permitan así continuar avanzando en cuanto a la intervención desde la disciplina de la psicología.

Siguiendo el objetivo general del presente trabajo, se ha llevado a cabo el diseño de una intervención para la detección precoz del TC en la educación preescolar, trabajando juntamente con las familias. Esta intervención consta de cuatro fases que responden a cada uno de los objetivos específicos: 1) Formación al equipo docente; 2) Tutoría inicial con las familias; 3) Entrevista de seguimiento con las familias; y 4) Talleres de orientación y soporte a las familias. Una vez analizados los resultados obtenidos, cada una de las etapas surge siguiendo un curso lógico con la finalidad de comprender y dar respuesta a la necesidad planteada, a partir de considerar la intervención en los contextos educativo y familiar de los niños/as de manera conjunta.

El cumplimiento del primer objetivo específico, que consiste en la elaboración de un listado de indicadores de riesgo del TC, fue posible gracias a la información obtenida de las profesionales entrevistadas y las familias que participaron durante el desarrollo del trabajo. Cumplir con este objetivo supuso un proceso laborioso, pero una vez recopilados los datos de las diferentes fuentes, se observó que muchos de los resultados eran similares y convergían en indicadores base.

En cuanto a ofrecer al equipo docente formación sobre técnicas que permitan la detección de sintomatología precoz del TC en el aula, este objetivo corresponde a la primera fase mencionada. En esta, además, se propone trabajar la comunicación asertiva con las familias, así como el

entrenamiento en la realización de entrevistas semiestructuradas. Las fases 2) y 3) trabajan los objetivos relacionados con la optimización del flujo de información entre familia y escuela, mediante las tutorías y entrevistas a los padres/madres mencionadas.

La cuarta y última fase cumple con el objetivo de diseñar sesiones de intervención con las familias para disminuir los ítems de riesgo identificados; este se trabaja con la elaboración de una plantilla a modo de ficha técnica para los talleres propuestos y sus consideraciones pertinentes.

Por último, se plantea el diseño de un cuestionario de satisfacción tanto para los talleres destinados a las familias como para la formación impartida al equipo docente, De esta manera será posible valorar la eficacia de estos recursos y plantear posibles mejoras. En términos generales, por tanto, los objetivos han sido cumplidos con éxito.

Un punto fuerte que destacar del trabajo en cuestión es la inclusión de la familia como agente fundamental en la intervención planteada, en coordinación con la escuela. En la revisión de la bibliografía científica aparece la escuela como ámbito primordial de intervención para la detección y abordaje del TC, siendo el equipo educativo un actor fundamental en tanto puede identificar, desde un lugar privilegiado, el posible desarrollo o existencia de un TC en los alumnos y alumnas (Rabadán & Giménez-Gualdo, 2012; Chueca, 2020). En el presente trabajo se suma a esta idea la participación de las familias que de por sí suelen estar implicadas directamente. Es necesario poder abarcar el entorno de los niños y niñas de manera que la información obtenida sobre sus necesidades sea fiable y específica, en coherencia con los distintos sistemas contextuales.

Por otro lado, se observan diferentes limitaciones relevantes a tener en cuenta para la optimización del diseño con una perspectiva futura.

Durante la revisión bibliográfica, la búsqueda de información específica del TC implicó cierta dificultad, dado que en artículos anteriores al 2013 el TC aparece como un grupo de trastornos que incluye al TDAH, TND y al trastorno disocial (TD). A partir de esto, surgió la siguiente cuestión: de qué manera se entienden los trastornos comúnmente comórbidos al TC, como son el TDAH, el TND, el TEA o el TEAF. El diagnóstico de estos trastornos, que habitualmente se consideran precedentes al TC propiamente dicho, dificultan el diagnóstico diferencial, ya que comparten muchos de los signos y síntomas que los caracterizan. Es por eso por lo que se sugiere un diagnóstico abierto o evolutivo, que permita intervenir de la manera menos yatrogénica posible en relación con medidas irreversibles como un uso de medicación erróneo, o bien medidas que incidan directamente

en el niño o niña, ignorando por completo el trabajo sobre los sistemas o contextos en los que se encuentran.

En lo que refiere a la investigación realizada, dada la falta de participación de la totalidad de las familias que se habían comprometido, la herramienta de grupo focal planteada en un principio se vio reducida a la realización de una entrevista semiestructura. Asimismo, algunas de las respuestas del formulario realizado a las familias fueron eliminadas, ya que no se adecuaban a las preguntas. Esto puede deberse a que las preguntas no hayan sido lo suficientemente claras, o bien lo suficientemente meditadas antes de contestarlas.

Otro aspecto que se ha puesto en el punto de mira es el género y la influencia de esta construcción social en la investigación y la práctica científica. Tal y como explican Keenan, Loeber & Green (1999), si bien la prevalencia del TC en la población preescolar española es mayor en varones, son escasas las investigaciones que tienen en cuenta la evolución del trastorno en el género femenino, así como en la multitud de géneros que se están visibilizando en las últimas décadas. Es por este motivo que surge el siguiente planteamiento: ¿el TC predomina en varones por motivos de sexo biológico, o su epidemiología viene determinada por las construcciones sociales de género, el sexismo de las normas sociales y la consecuente educación que reciben niños y niñas de acuerdo a los estereotipos de feminidad y masculinidad? Con esta reflexión, se da soporte a la decisión de actuar en edades tempranas, cuando los roles de género ya aparecen de manera evidente. Asimismo, cabe reconceptualizar el término de Trastorno de Conducta en la adolescencia y la adultez, a sabiendas que la sintomatología en el género femenino tiende a ser de carácter internalizante, aspecto que no se recoge en manuales de criterios diagnósticos oficiales como el DSM-V. Es posible que un cambio de paradigma en el entendimiento del trastorno, de cara a establecer líneas futuras, permita una intervención con mayor eficacia del TC en edades más avanzadas.

Con relación a la práctica de la psicología, tal y como se ha ido comentando a lo largo del presente trabajo, la figura ideal para realizar determinadas funciones (formación al equipo docente, orientación a las familias, detección de sintomatología relacionada con el trastorno) es la de un/a profesional en esta misma disciplina, responsable de estudiar los procesos cognitivos, afectivos, conductuales y relacionales del individuo. En su defecto, ante la limitación en cuanto a los recursos disponibles en el sistema público actualmente, el diseño propone la alternativa de trabajar con las figuras ya existentes en cada comunidad educativa. Dado que parece que en los últimos años la

asistencia psicológica se va visibilizando cada vez más, es importante la demanda de una ampliación de la ratio de psicólogos y psicólogas a nivel general.

En torno a esto, se pueden destacar otras propuestas o planteamientos de cara a la realización de trabajos futuros. Las familias de AFATRAC han mencionado el *bullying*, ya sea como acontecimiento vital a partir del cual aparece la sintomatología del TC en la infancia o como condicionante de las relaciones con los pares en el contexto escolar y/o familiar. A su vez, durante la investigación, a partir de la información brindada por las familias, se encontró que la respuesta de la escuela, ante situaciones difíciles planteadas en el contexto educativo en ocasiones ha sido de carácter evitativo/marginador. Cabría preguntarse si existe una relación entre estos dos puntos, si el abordaje negativo de la escuela favorece el rechazo o acoso escolar por parte de los niños y niñas, que dejan a la persona con TC en una situación de gran vulnerabilidad. Ya sea por esto último y/o por las implicaciones que puede tener el *bullying* en tanto factor de riesgo del TC en la infancia, sería importante incluirlo en estudios futuros.

En adición a la propuesta de líneas futuras, el formulario administrado a las familias de AFATRAC indica que un 55,4% de las familias de la asociación son adoptantes. La adopción en sí misma es un factor de riesgo del TC para el hijo o hija. En las entrevistas a familias y a profesionales, la condición de ser personas adoptadas (las que tienen diagnóstico de TC) y ser familias adoptantes las que acompañan a estos niños y niñas, se plantea como una situación que requiere un abordaje específico teniendo en cuenta la complejidad que implica. En cuanto a futuras investigaciones sería interesante, en tanto que necesario, poder profundizar en este aspecto.

La detección precoz del TC y un abordaje adecuado desde el ámbito educativo y familiar, en coordinación con los profesionales de la salud, puede suponer un punto de inflexión en la prevalencia del TC en la población infanto-juvenil. Es necesario reconocer la importancia de implicar a las familias en la intervención -que suponen el primer agente de socialización del niño/a- así como entender la realidad de los niños y niñas en un contexto sociocultural complejo, donde las conductas conflictivas que puedan aparecer sean un aspecto importante a tener en cuenta, pero sin que la problemática quede reducida a estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aláez, M., Martínez, R. & Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Phicothema*, 12(4), 525-532.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5TH ED.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asociación de Familiares de Afectados por Trastornos de Conducta (AFATRAC) (15 de marzo de 2017). Primer *manifiesto* AFATRAC. <https://afatrac.org/wp-content/uploads/2019/09/20170315-1r-Manifest-AFATRAC.pdf>
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Berkout, O., Young, J. & Gross, A. (2011). Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 16 (6), 503-511.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Phicothema*, 11 (4), 939-956.
- Chueca, C. (2020). 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 [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/88788>
- Clayton, P. & Felten, P. (2011). Special Issue: Evidence-Based Teaching. *Service-learning* 2011(128), 75-84. doi: 10.1002/tl.470
- Codi Deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (COPC). (2015). Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/dogc>
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34. Recuperado de <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

- García, M. (2019). Apego, trastorno de conducta y menores institucionalizados. Revisión bibliográfica. *Ciencias y Orientación familiar*, 57, 89-124.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Generalitat de Catalunya. (26 de enero de 2022). Serveis educatius de zona. Recuperado de <http://xtec.gencat.cat/ca/serveis/sez/eap/>
- Marrodán, J. L. G. (2015). *Vincúlate: Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos*. Bilbao, España: Desclee.
- Hewitt, N. & Armando, C. (2018). Trastornos de conducta. En Moreno Zarco, G. (Ed.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia* (307-327). El Manual Moderno.
- ITA SALUD MENTAL. (2019). *Trastornos de conducta y roles de género* [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=bu3cCCp40lY>
- Jané i Ballabriga, M.C. (octubre de 2021). Trastorn de Conducta [Presentación de la conferencia]. Universidad Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Keenan, K., Loeber, R. & Green, S. Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2, 3–19 (1999). <https://doi.org/10.1023/A:1021811307364>
- Kuppens, S. & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *J Child Fam Stud* 28, 168–181 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x>
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Loeber, R. & Keenan, K. (2002). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14 (6), 497-523.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64-73.

- Microsoft Corporation. (2018). *Microsoft Excel*. Recuperado de <https://office.microsoft.com/excel>
- Navarro-Pardo, E., Melendez, A. & Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Phicothema*, 24(3), 377-383.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de política*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Segura, H. B., Vallejo, A. G., Osorno, J. R., Rojas, R. M. & Reyes, S. I. (2011). La escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 18.
- Portell, M. & Vives, J. (2014). Introducció als dissenys experimentals, quasiexperimentals i ex post facto: *La investigació científica en psicologia*. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra: Servei de Publicacions.
- Rabadán, J. A. & Giménez, A. M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI*, 15(2), 185-212.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655-660. doi:10.1079/PNS2004399
- Scientific Software Development GmbH. (2017). ATLAS.ti (Versión 8) [Programa de ordenador]. <https://atlasti.com/es/>
- Torrubia, R. & Molinuevo, B. (2014). Trastorno de conducta y psicopatía. En Ezpeleta, L. & Toro, J. (Coords.), *Psicopatología del desarrollo* (443-468). Pirámide.

ANEXOS

ANEXO I. Formulario de Consentimiento



Formulario de consentimiento

1. Acepto participar voluntariamente en esta grabación.
2. Acepto que los datos de esta grabación sean utilizados con finalidad investigadora por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.
3. Entiendo que tengo el derecho de escuchar, editar o suprimir cualquier porción de la grabación.
4. Entiendo que con el fin de ayudar a preservar el anonimato en las muestras editadas se ocultarán mi nombre y apellidos, así como cualquier otra información que pudiese identificarme a mí o a otros hablantes.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma

Fdo.: Mayra Benezuela y Alba Puerta
Estudiantes del Grado de Psicología

ANEXO II. Trastorno de Conducta según el DSM-5 (APA, 2013)

Trastorno de la conducta

- A. Un 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 en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.
- C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos

que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

ANEXO III. Flyer para grupo focal

UAB

¿FORMAS PARTE DE AFATRAC?

¡CONTAMOS CONTIGO!



Somos Mayra y Alba, estudiantes de Psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Estamos realizando nuestro Trabajo de Final de Grado, el cual intenta dar respuesta a una demanda de AFATRAC.



¿QUÉ HACEMOS?

Trabajamos en una propuesta de intervención para la detección precoz del Trastorno de Conducta en la infancia.



¿CÓMO?

Realizando, entre otras cosas, un grupo de discusión con personas que forman parte de AFATRAC, para el que te necesitamos.



¿POR QUÉ?

Porque creemos que es la mejor manera de entender y conocer la realidad de las familias de AFATRAC.



¿CUÁNDO?

Fecha y hora a concretar
Via Meet (online)
Duración: 1:30h



CONTÁCTANOS

Para consultas y para confirmar tu asistencia (dos días antes de la fecha acordada) a: mayra.bnezuela@gmail.com

ANEXO IV. Formulario “Trastorno de Conducta en el ámbito educativo”

Trastorno de Conducta en el ámbito educativo

Somos Alba y Mayra, y como ya saben, estamos realizando nuestro TFG a partir de una demanda de AFATRAC. Nos sería de gran ayuda que pudieran contestar a las siguientes preguntas relacionadas con su recorrido personal como familiares de personas con Trastorno de Conducta (TC), entendiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas. La información que nos puedan brindar es totalmente anónima y será utilizada para acercarnos a la realidad de la problemática y desarrollar nuestro proyecto.

Esperamos sus respuestas hasta el domingo 30 de enero inclusive. Gracias!

***Obligatorio**

Datos iniciales

1. ¿Cuál es tu vinculación con AFATRAC? *

Marca solo un óvalo.

☐ Mi hijo/a tiene Trastorno de Conducta (TC)

☐ Otro: _____

2. ¿De qué sexo es la persona con TC? *

Marca solo un óvalo.

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Otro

3. ¿Qué edad tiene la persona con TC actualmente?

Marca solo un óvalo.

☐ Entre 0 y 10 años

☐ Entre 11 y 22 años

☐ Mayor de 22 años

4. ¿Qué relación parento-filial tiene la persona con TC? *

Marca solo un óvalo.

☐ Biológica

☐ Adoptiva

5. ¿A qué edad fue diagnosticada de TC? *

Marca solo un óvalo.

☐ 0-5 años

☐ 6-11 años

☐ 12-16 años

☐ 17-21 años

☐ +22 años

6. El recorrido escolar lo realizó en centros: *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Públicos

☐ Concertados

☐ Privados

7. ¿En qué curso escolar se encontraba cuando fue diagnosticado/a de TC? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Educación Infantil (P3, P4 o P5)
- ☐ Primer ciclo de Educación Primaria (1º o 2º)
- ☐ Segundo ciclo de Educación Primaria (3º o 4º)
- ☐ Segundo ciclo de Educación Primaria (5º o 6º)
- ☐ Primer ciclo de Educación Secundaria (1º o 2º de ESO)
- ☐ Segundo ciclo de Educación Secundaria (3º o 4º de ESO)
- ☐ Formación Profesional o Bachillerato
- ☐ No estaba escolarizado/a

Recorrido evolutivo

8. ¿Qué diagnósticos le fueron adjudicados ANTES del diagnóstico de TC? *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- ☐ Trastorno del Espectro Autista (TEA)
- ☐ Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)
- ☐ Discapacidad Intelectual (DI) o inteligencia límite
- ☐ Trastorno Negativista Desafiante (TND)
- ☐ Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

Otro: ☐ _____

9. ¿Qué diagnósticos le fueron adjudicados DESPUÉS del diagnóstico de TC? *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- ☐ Trastorno del Espectro Autista (TEA)
- ☐ Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)
- ☐ Discapacidad Intelectual (DI) o inteligencia límite
- ☐ Trastorno Negativista Desafiante (TND)
- ☐ Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

Otro: ☐ _____

10. ¿Puede identificar un acontecimiento vital (detonante, estresor) a partir del cual su hija/o /familiar empezó a mostrar síntomas del TC? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

11. En el caso de haber contestado a la pregunta anterior de manera afirmativa a continuación describa el acontecimiento.

12. Explicar en pocas palabras cómo era la relación con sus cuidadores hasta los diez años. *

13. ¿Cómo fue la relación con sus cuidadores cuando aumentó la severidad de los síntomas?

Experiencia en el ámbito escolar

14. ¿En algún momento se le realizó un dictamen de escolarización a la persona con TC? *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sí
☐ No

15. ¿Qué recursos se les ofrecieron desde la escuela en respuesta a las dificultades que se dieron en su recorrido escolar? *

16. ¿Qué auxilios echaron en falta por parte del profesorado y/o del sistema educativo en general? *

17. Describa brevemente las similitudes y diferencias del comportamiento de la persona en casa y en la escuela.

18. ¿Cómo era la relación con sus iguales (compañeros, familiares de su edad, etc.)?

Otras consideraciones...

19. Si consideras que puedes aportar alguna otra información relevante, por favor, escríbela aquí:

DETECCIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO DE CONDUCTA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: UNA INTERVENCIÓN PARA LA FORMACIÓN A DOCENTES Y ORIENTACIÓN A LAS FAMILIAS

Resumen ejecutivo
(1450 palabras)

AUTORA: MAYRA BENEZUELA
TUTORA: REMEDIOS RUBIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UAB
MAYO, 2022

AGENTES CLAVE

El presente estudio está dirigido a profesionales que participan en el acompañamiento y/o la intervención de niñas y niños con trastorno de conducta (TC) tanto en el contexto educativo (psicólogos/as, técnicos de integración social, equipo docente, directivos) como en el ámbito de salud mental. Este trabajo puede servir de orientación en la toma de decisiones en la intervención y asesoramiento a familias y escuela.

Dada la necesidad presente de contar con recursos adecuados y suficientes para dar respuesta a las necesidades que presentan las personas afectadas de TC y sus familias, este estudio está dirigido también a las personas del sector público que se encargan de políticas de educación, en el caso de Cataluña, a la Consejería de Educación de la Generalidad.

Por último, dado que las familias en muchos casos son las impulsoras de cambios y mejoras en las problemáticas asociadas al TC, este estudio también está dirigido a ellas, en tanto puede brindar información útil en relación a la coordinación con el ámbito educativo.

INTRODUCCIÓN

Algunas de las conductas que pueden llevar a cabo las personas con TC tienen que ver con la agresión a personas y/o animales, destrucción de la propiedad e incumplimiento grave de las normas. Por tanto, el TC se describe como un patrón de comportamiento que se da de manera persistente en el que no se respetan los derechos básicos de otras personas, las reglas o normas sociales.

Durante los últimos años, se ha observado un aumento importante y progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, entre ellos el TC. Este implica dificultades importantes en la vida de los niños y niñas que lo padecen con consecuencias negativas que pueden llegar a la edad adulta. Los costes no son solo a nivel

individual, sino que estos alcanzan las esferas de lo social y económico, sumando los costes emocionales, tanto para las personas con TC como para sus familias.

En Cataluña en noviembre de 2016 se funda la Asociación de Familiares de Afectados por Trastornos de Conducta (AFATRAC). Entre otras cuestiones, desde la asociación reclaman la proporción de recursos adecuados para el conocimiento y la detección del TC, que permitan poder reconducir la situación desde los centros educativos, el núcleo familiar y/o diferentes entidades.

El presente trabajo se basa en la metodología Aprendizaje y Servicio (ApS), la cual integra en un mismo proyecto educativo el aprendizaje de contenidos, habilidades y valores, y el servicio a la comunidad. Se decide trabajar desde el modelo sistémico que permite un entendimiento más amplio del problema, dado que su unidad de análisis no es el individuo si no, el sistema, en este caso el sistema familiar. Desde este punto de partida, el trabajo en cuestión pretende dar respuesta a la demanda de AFATRAC, entendiendo la importancia y urgencia de abordar esta problemática. Para tal fin se definen los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Diseñar una intervención que posibilite la detección precoz del TC en la educación preescolar en colaboración con las familias.

Objetivos específicos:

- Elaborar un listado de indicadores de riesgo del TC.
- Ofrecer al equipo docente formación sobre técnicas que permitan la detección de sintomatología precoz del TC en el aula.
- Elaborar el guion de una entrevista semiestructurada para optimizar el flujo de información entre familia y escuela.
- Diseñar sesiones de intervención con las familias que pretendan mejorar los ítems de riesgo identificados.
- Promover recursos para facilitar la comunicación asertiva entre familias y escuela.

- Diseñar un cuestionario de satisfacción que permita conocer la valoración de los talleres para familias y equipo docente.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del proyecto se ha realizado una investigación previa que permitió determinar cuáles eran las necesidades que presentaban las familias componentes de AFATRAC, complementando la información obtenida en la revisión de la literatura científica.

En primer lugar, se efectuaron una serie de entrevistas semi estructuradas a diferentes profesionales (psicóloga, trabajadora social, técnica en intervención social y psicopedagoga) con experiencia en la detección e intervención en casos de personas con TC. Así como a la presidenta de AFATRAC y a una persona integrante de una de las familias perteneciente a esta asociación, con experiencia en educación y psicología.

En segundo lugar, se realizaron entrevistas semi estructuradas a dos madres pertenecientes a AFATRAC con el objetivo de acercarse a la realidad de la problemática a partir de los recorridos vitales de ambas familias.

Por último, se confeccionó un formulario, “Trastorno de conducta en el ámbito educativo”, que se envió mediante correo electrónico a las familias de AFATRAC y para el cual se obtuvieron un total de 56 respuestas.

RESULTADOS

A partir del análisis de la información de las entrevistas realizadas fue posible confeccionar una tabla que recoge los factores asociados al TC.

Factores asociados al TC	
DE RIESGO	
Relación de apego inseguro Conflictos externos entre cuidadores/as Patología mental de los/as cuidadores/as Sobrejustificación de los límites Abandono en la infancia Dificultades en el diagnóstico diferencial Diagnósticos previos o asociados (TDAH, TND, TEA, TEAF) Falta de formación específica para abordar el TC desde el aula Estilo educativo permisivo Adolescencia Transición escuela-instituto	<i>Bullying</i> (escolar y no escolar) Baja autoestima Negación familiar ante la problemática Expulsión escolar AVE* previos a la adopción AVE, en general Amistades problemáticas Rechazo por parte del profesorado (marginación en el centro escolar) Falta de compromiso de las familias con la escuela *AVE: Acontecimiento Vital Estresante
PROTECTORES	
Estilo educativo democrático Estabilidad emocional en periodo vacacional Refuerzo escolar individualizado Formación y sensibilización del equipo docente respecto al TC y otros problemas de conducta	

Por otro lado, la información obtenida del formulario administrado a las familias de AFATRAC permitió una serie de reflexiones que dieron paso al diseño de la intervención.

- Los primeros síntomas del TC pueden manifestarse en la edad preescolar.
- La relación parento-filial positiva se conserva durante los primeros años de la infancia, volviéndose conflictiva a medida que los síntomas empeoran.

- Siendo la escuela y la familia los principales ámbitos de socialización de los niños y niñas en edad preescolar, son los ámbitos adecuados para plantear una intervención que permita la detección precoz del TC.
- Queda evidenciada la falta de formación del equipo docente en cuanto al reconocimiento del TC y la falta de herramientas para abordar las dificultades que aparecen en consecuencia en la escuela.
- Las conductas de los niños y niñas con TC deben ser entendidas en un contexto más amplio.
- Es necesario el asesoramiento y acompañamiento a las familias por parte de la escuela.

A partir del análisis de la información obtenida se plantea realizar un diseño de intervención en el ámbito educativo dado que el TC puede desarrollarse desde la primera infancia, y la escuela es en este período el principal agente de socialización después del sistema familiar. La propuesta de intervención consta de cuatro fases.

→ Formación al equipo docente.

Se plantea brindar al profesorado herramientas para la detección de las primeras señales del TC, así como recursos que faciliten la comunicación y coordinación con las familias.

→ Tutoría inicial con las familias.

Se realiza una entrevista que permita determinar de qué manera se dan las dinámicas familiares. A su vez, se utiliza la tabla de factores de riesgo y protectores para la identificación de ítems críticos que indique la necesidad de acompañamiento específico y/o derivación.

→ Entrevista de seguimiento con las familias.

Juntamente con la información obtenida en la fase anterior, se analiza cuál ha sido el rendimiento del/la menor durante el primer semestre en la escuela y cuáles son las necesidades a las que se debe dar respuesta.

→ Talleres de soporte y orientación a las familias.

A lo largo del tercer trimestre se realizan una serie de charlas, dinámicas grupales y ejercicios de reflexión, en los cuales se trabajan distintos temas tales como: importancia de la tolerancia a la frustración del niño/a y cómo trabajarla, establecimiento de límites y comunicación parento-filial, entre otros.

CONCLUSIONES

La intervención diseñada para la detección precoz del TC en la educación preescolar, trabajando juntamente con la familia, responde al objetivo general planteado inicialmente. Las cuatro fases que la componen responden a su vez, a los objetivos específicos de manera exitosa.

Tanto en trabajos previos revisados, como en el presente trabajo, se entiende a la escuela como el ámbito por excelencia para la detección y abordaje del TC, pero en el diseño de intervención planteado se incluye un factor novedoso que es el trabajo en coordinación con las familias manteniendo un canal de comunicación fluido y bidireccional.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

ADOPCIÓN → Un 55,4% de las familias de AFATRAC son adoptantes y la adopción es un factor de riesgo del TC, en futuras investigaciones sería necesario profundizar en este aspecto dado que por su complejidad requiere de un abordaje específico.

BULLYING → El bullying es otro factor de riesgo y a lo largo de las diferentes entrevistas realizadas como en las respuestas obtenidas del formulario administrado a las familias de AFATRAC, el bullying parece tener un papel importante en tanto condiciona las relaciones que establecen los niños y niñas con sus pares.

GÉNERO → Existen escasos estudios en los que se analice el papel que juega el género como construcción social en relación con los síntomas de TC que presentan niños y niñas a partir de los estereotipos de feminidad y masculinidad.

La detección temprana del TC y una intervención a tiempo y adecuada desde el ámbito familiar y educativo, en coordinación con los profesionales de la salud, puede suponer un punto de inflexión en el recorrido vital de la población infanto-juvenil.

Trastorno de Conducta en la educación preescolar: la necesidad de trabajar en equipo escuela y familia.

Un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) da respuesta a la demanda de AFATRAC: necesitamos recursos para detectar el Trastorno de Conducta (TC) en la infancia.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

Durante los últimos años, se ha observado un aumento importante y progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, entre ellos el TC. La Asociación de personas afectadas por trastornos de conducta (AFATRAC) debió hacerse un lugar ante la falta de respuesta del sistema educativo, entre otras razones, y reclama la proporción de recursos adecuados para la detección del TC que permitan reconducir la situación desde los centros educativos, el núcleo familiar y/o diferentes entidades.

¿QUÉ RESPUESTA PODEMOS DAR?

Se realizó una investigación en la UAB en la que se llevaron a cabo entrevistas a profesionales con experiencia en el acompañamiento y la intervención de personas con TC, y a familiares de personas afectadas. Se elaboró y envió un formulario a las familias de AFATRAC y se complementó así la información obtenida de la literatura científica. A partir de los resultados se decidió que la intervención se llevaría a cabo en la educación preescolar ya que la escuela es el principal agente de socialización después del sistema familiar y el TC puede desarrollarse desde la primera infancia.

Se diseñó una intervención de coordinación familia y escuela que consta de 4 fases:

1. Formación al equipo docente.

Brindar al profesorado herramientas para la detección de las primeras señales del TC,

2. Tutoría inicial con las familias.

Identificación de ítems críticos que indiquen la necesidad de un abordaje específico y/o derivación.

3. Entrevista de seguimiento con las familias.

Determinar cuáles son las necesidades a las que se debe dar respuesta.

4. Talleres de soporte y orientación a las familias.

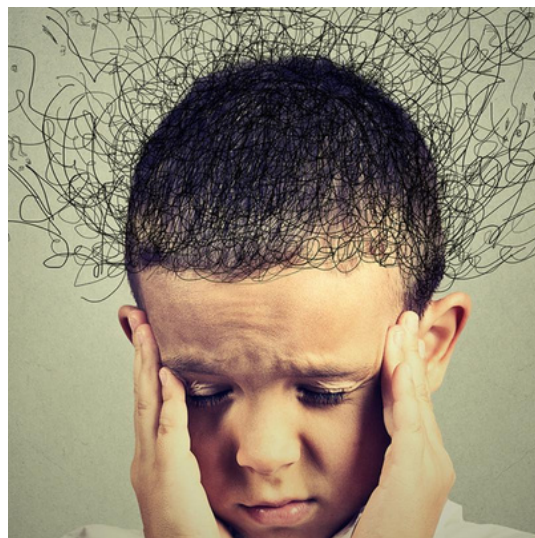
Charlas, dinámicas grupales y ejercicios de reflexión, para trabajar temas adecuados a las necesidades.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE CONDUCTA?

Se describe como un patrón de comportamiento de la persona que se da de manera persistente en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las reglas o normas sociales. Normalmente de inicio en la infancia.

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO?

Las dificultades y consecuencias negativas pueden llegar a la edad adulta. Los costes no son solo a nivel individual, sino que estos alcanzan las esferas de lo social y económico, sumando los costes emocionales, tanto para las personas con TC como para sus familias.



La detección temprana del TC y una intervención a tiempo desde el ámbito familiar y educativo, en coordinación con los profesionales de la salud, puede suponer un punto de inflexión en el recorrido vital de niños y niñas.

Autora:
Mayra Benezuela
mayrabenezuela.ps@gmail.com