

Fajardo Bullón, Fernando; Fajardo Caldera, M. Isabel

PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 3, núm. 1, 2010, pp. 447-455

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
Badajoz, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832326048>



*International Journal of Developmental and
Educational Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 0214-9877

fvicente@unex.es

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y
Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
España



PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Fernando Fajardo Bullón* y M. Isabel Fajardo Caldera,**

*Profesor de la Facultad de Formación del Profesorado.
Universidad de Extremadura. Email: fernandofajardo@unex.es.

**Profesora Titular de Universidad. Facultad de Educación.
Universidad de Extremadura. Email: ifajardo@unex.es

RESUMEN

Los trastornos de conducta provocan una alteración del comportamiento que puede ser diagnosticada en la infancia y que suele requerir una serie de adaptaciones curriculares individuales. Esta realidad supone un desafío para las instituciones educativas que deben encargarse del estudio, análisis y comprensión de dichos trastornos para conseguir una buena inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales.

En este artículo se analizan las puntuaciones obtenidas por los menores con trastornos de conducta, de 3 a 15 años, en la escala "problemas de conducta" del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). A su vez, mediante pruebas estadísticas del análisis de la varianza y no paramétricas, se analizan las relaciones de esas puntuaciones con las variables género y nivel educativo.

Palabras claves: trastornos de conducta, Test SDQ, educación, técnicas estadísticas.

ABSTRACT

Conduct disorders causes behavioral alterations that can be diagnosed in the childhood which usually requires individual curricular adaptations. This reality presents a challenge for educational institutions that are responsible of the study, analysis and understanding of these disorders to achieve a good inclusion of students that require special education.

In this paper, we analyze the marks obtained, in the scale "conduct problems" of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), by children with behavioral problems, from 3 to 15 years old. We analyze, in its turn, the relationship between theses results and the variables gender and educational levels by an ANOVA and nonparametric statistical test.

Key words: conduct disorders, SDQ test, education, statistical techniques.



PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

1. INTRODUCCIÓN

La niñez suele ser una época feliz para la mayoría de los niños, pero para algunos la vida parece estar en estado constante de agitación. Con frecuencia, están en conflicto con los iguales y consigo mismo, o son tan tímidos y están tan ensimismados que parecen vivir sus propios mundos. En muchas ocasiones es extremadamente difícil para estos niños jugar con otros, tener amigos y adquirir todo lo que un niño debe aprender a su edad. Estos niños padecen trastornos de conducta.

Una muestra de la dificultad, que presenta el abordaje del fenómeno que se pretende analizar en este estudio, es la multiplicidad de términos y conceptos utilizados para describirlo o denominarlo: trastornos de conducta, trastornos del comportamiento, graves alteraciones de conducta, trastornos disociales, comportamientos antisociales, comportamientos disruptivos, etc.

El DSM-IV- TR reagrupa los trastornos de conducta en un epígrafe que denomina Déficit de Atención y Conductas Perturbadoras con cuatro grandes categorías: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y el no especificado. Aun así, existen desajustes a la hora de clasificarlos y definirlos. Esta dificultad se muestra en el debate actual que hay sobre la categorización de estos trastornos en lo que será el DSM -V dentro de unos años (DSM IV- TR, 2003)

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas (Slachevsky, 2005). Se considera además, que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de “carácter difícil” tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

Una de las facetas de los trastornos del comportamiento son los “problemas de conducta”, que cada vez aparecen con más intensidad en los centros escolares y que supone un alto nivel de preocupación para la comunidad educativa.

Los problemas de conducta son una de las causas más frecuentes de malestar en el seno de las familias y de los centros educativos. El alumnado con trastornos del comportamiento puede presentar necesidades educativas especiales y requerir la puesta en marcha de recursos técnicos y humanos específicos para darles respuesta.

El comportamiento perturbador que determinados alumnos presentan, no tiene significado por sí solo. Su origen puede ser diferente para cada individuo a pesar de que el comportamiento sea en muchas ocasiones el mismo y por tanto debe ser analizado de manera individualizada. Dichos factores pueden ser de naturaleza multidimensional, bien sean de carácter social, biológico, psicológico y/o pedagógico. En este sentido, para el abordaje de la conducta problemática en el contexto escolar, es imprescindible realizar un diagnóstico preciso de cada alumno que presenta dichas conductas con el objetivo de poder determinar el origen de las mismas.

Por todo ello, el diagnóstico de los factores de riesgo de la problemática conductual en el contexto escolar es una acción imprescindible tanto para la prevención de las citadas conductas, como para el tratamiento de las mismas; constituyendo a la vez un apartado de vital importancia en el proceso diagnóstico de dicha problemática.

Todas estas manifestaciones se pueden considerar problemas de comportamiento cuando no se producen únicamente en el entorno escolar y cuando se manifiesta sistemáticamente, cumpliendo el criterio temporal específico. El objetivo general debe ser el regular el comportamiento del alumno, disminuyendo la frecuencia de sus comportamientos desajustados y aumentando y desarrollando otros comportamientos necesarios para su integración en la dinámica social y de trabajo del aula.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

2. MÉTODO

2.1 Muestra.

Los datos que vamos a utilizar en nuestro análisis son obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud 2006/2007 (ENS-06), realizada por el Instituto Nacional de Estadística. El período de recogida de la información se realizó a lo largo de un año, desde junio de 2006 hasta junio de 2007 y está dirigida al conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales, en todo el territorio nacional español.

El tipo de muestreo utilizado es un muestreo polietápico estratificado, constituyendo la muestra que hemos considerado de estudio la formada por 7.341 menores de edad comprendida entre los 3 y 15 años de edad, que nos da un error de muestreo del 1% para $p = q = 0,5$.

2.2 Procedimiento e instrumentos.

Las variables a analizar son las puntuaciones obtenidas por los menores en la escala "problemas de conducta" del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), diseñado por Robert Goodman (Goodman, 1997, 1998, 1999) en el Instituto de Psiquiatría de Londres en 1997 y validado en varias ocasiones. El SDQ ha sido confirmado como un excelente recurso para realizar el cribado de trastornos de salud mental en la población infantil.

La escala de "Problemas de Conducta", que consta de 5 ítems, se indica a continuación:

- | | |
|---|-------|
| 1. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio | 0 1 2 |
| 2. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos | 2 1 0 |
| 3. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se meten con ellos/ellas | 0 1 2 |
| 4. A menudo miente y engaña | 0 1 2 |
| 5. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios | 0 1 2 |

Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2 puntos según la respuesta "No es cierto", "Un tanto cierto" o "Absolutamente cierto". La puntuación se invierte en aquellos ítems cuya presencia indican características positivas. La suma de los puntos para la escala de "problemas de conducta" varía de 0 a 10 puntos.

Los puntos de corte para la interpretación de los resultados de los cuestionarios se encuentran reflejados más abajo, tanto los originales de Goodman (1997) como los de Rodríguez (2005, 2006) para la población española.

<u>Puntuación problemas de conducta</u>	<u>Normal</u>	<u>Límite</u>	<u>Anormal</u>
<i>Rodríguez</i>	0 - 3	4	5 - 10
<i>Goodman</i>	0 - 2	3	4 - 10

Para el análisis de esta escala, utilizaremos variables auxiliares como el grupo *al que pertenece, sexo y el nivel educativo* tal como las definimos a continuación:

Grupo: TC (Trastornos de Conducta) y GC (No Trastornos de Conducta, grupo control).

Sexo: Varón o mujer.

Educación:

Educación Infantil. (3 - 5 años).

Educación Primaria. (6-11 años).

Educación Secundaria Obligatoria. (12-15 años).

Para medir si existen diferencias significativas entre los menores, según el sexo, y la edad escolar utilizaremos las técnicas estadísticas del análisis de la varianza y pruebas no paramétricas.



PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

3. RESULTADOS

En este apartado se analizarán las características y diferencias estadísticas entre el grupo de TC y el llamado Grupo Control (GC)

3.1 Trastornos de Conducta (TC).

Una vez considerados a los menores de 3 a 15 años, ambos inclusive, se observa que un 3% de ellos manifiestan haber padecido alguna vez TC, frente a un 97% que manifiestan no haberlos padecido. Además, de los que han manifestado padecer TC, el 66,8% son varones y el 33,2% son mujeres.

Según el grado de educación, los menores con TC se distribuyen de la siguiente forma: 13,8% en E. Infantil (3 - 5 años), 49,8% en E. Primaria (6 - 11 años) y por último 36,4% en E. Secundaria (12 a 15 años).

3.2 Escala de “problemas de conducta”.

Las características principales de las puntuaciones obtenidas por los menores con TC y aquellos que no han padecido trastornos de conducta, que denominaremos grupo control (GC) son:

Estadísticos descriptivos.

Los estadísticos más usuales se ofrecen en la siguiente tabla:

Descriptivos: “Problemas de conducta” * grupo			
Grupo	N	Media	Desviación típica
TC	211	3,73	2,206
GC	6906	1,71	1,706
Total	7117	1,77	1,756

INE. Elaboración propia.

Se puede observar que los menores con TC presentan una puntuación media superior a los menores del GC. Si atendemos a las puntuaciones dadas por Goodman y Rodríguez, encontramos los siguientes porcentajes:

<u>Problemas de conducta</u>	<u>Puntuación</u>		
	Normal	Límite	Anormal
Rodríguez	0 - 3	4	5 - 10
TC	46,5%	15,6%	37,9%
GC	85,4%	7,1%	7,5%
Goodman	0 - 2	3	4 - 10
TC	34,6%	11,8%	53,6%
GC	72,7%	12,7%	14,6%

Podemos observar que la escala de “problemas de conducta” atribuye un 37,9% (Rodríguez) o un 53,6% (Goodman) de anormalidad en menores con TC.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

Además, los porcentajes para cada respuesta a los ítems pueden observarse en la siguiente tabla 2:

Ítems	Menores con TC				Total
	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto	No consta	
Ítem 1	22,3%	22,3%	53,6%	1,9%	100,0%
Ítem 2	24,6%	45,0%	28,4%	1,9%	100,0%
Ítem 3	58,3%	20,9%	19,0%	1,9%	100,0%
Ítem 4	41,7%	33,2%	22,7%	2,4%	100,0%
Ítem 5	87,2%	4,7%	5,7%	2,4%	100,0%

INE. Elaboración propia.

Se observa en la tabla II que un 53,6% frecuentemente tienen rabietas o mal genio, que un 24,6% por lo general no es obediente y no suele hacer lo que le piden los adultos, un 19,0% pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos, un 22,7% a menudo miente o engaña y un 5,7% roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.

También existen diferencias significativas (5%) en las puntuaciones medias entre los grupos TC y GC, tanto en la prueba del Análisis de la Varianza (Anova), como en las más robustas de Welch y Brown-Forsythe (cuando no se acepta la igualdad de varianzas), así como en la prueba no paramétrica de Prueba de Mann-Whitney. Esto indica que los menores con TC son más propensos a manifestar “problemas de conducta” que aquellos que no lo padecen (GC).

3. 2.1. “Problemas de Conducta” y sexo.

En la siguiente tabla se pueden observar las puntuaciones alcanzadas por los varones y mujeres en la escala de “problemas de conducta”:

Descriptivos: “Problemas de conducta” * Grupo* sexo.			
Grupo	Puntuación Media		
	Varones	Mujeres	Total
TC	3,56	4,06	3,73
GC	1,76	1,66	1,71
Total	1,83	1,71	1,77

INE. Elaboración propia.

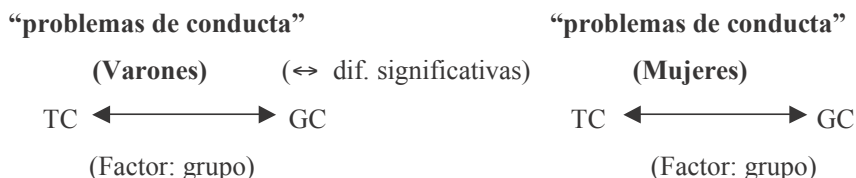
Podemos apreciar que existe mayor puntuación media, en la escala “problemas de conducta”, entre el grupo TC y el grupo GC, tanto en los varones como en las mujeres.

Vimos en el apartado anterior que existían diferencias significativas (5%) para los grupos TC y GC respecto a la escala “problemas de conducta”; estas se conservan cuando consideramos separadamente a los varones y a las mujeres, como indicamos en la siguiente gráfica;



PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Gráfica 1



3.2.2. Problemas de conducta y Educación.

En el siguiente cuadro exponemos algunos estadísticos descriptivos y la distribución de los grupos según el grado educativo donde están integrados.

TABLA IV

Estadísticos descriptivos: “Problemas de conducta” * Educación				
Grupo	Nivel Educación	Media	Desv. típ.	N
TC	Infantil	3,54	2,728	28 (13,27%)
	Primaria	3,49	1,906	104 (49,29%)
	Secundaria	4,10	2,346	79 (37,44%)
	Total	3,73	2,206	211 (100%)
GC	Infantil	1,37	1,737	1506 (21,81%)
	Primaria	1,89	1,731	2966 (42,95%)
	Secundaria	1,70	1,621	2434 (35,24%)
	Total	1,71	1,706	6906 (100%)
Total	Infantil	1,41	1,783	1534 (21,55%)
	Primaria	1,95	1,761	3070 (43,14%)
	Secundaria	1,77	1,701	2513 (35,31%)
	Total	1,77	1,756	7117 (100%)

INE. Elaboración propia.

Obsérvese en la tabla IV, que aproximadamente el 50% de los menores con TC tienen una edad que corresponde a la E. Primaria. Además, las puntuaciones medias son más altas para los menores con TC que para el grupo GC, en todos los grados educacionales.

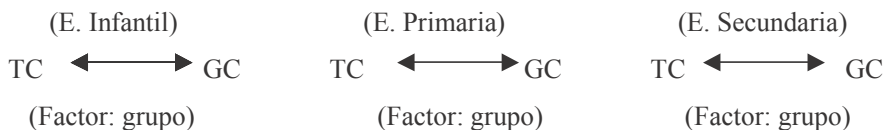
Existen diferencias significativas (5%), para la escala de “problemas de conducta”, para cada nivel de educación entre los grupos TC y GC, como indicamos en el gráfico siguiente:



Gráfica 2

“problemas de conducta”

(↔ Dif. significativas)



Estas diferencias significativas se obtienen tanto en la prueba del Análisis de la Varianza (Anova), como en las más robustas de Welch y Brown-Forsythe (cuando no se acepta la igualdad de varianzas), así como en la prueba no paramétrica de Prueba de Mann-Whitney.

4. CONCLUSIONES.

A continuación destacamos las siguientes conclusiones:

En menores españoles de 3 a 15 años, ambos inclusive, estimamos en un 3% los menores que manifiestan haber padecido alguna vez Trastornos de Conducta (TC), de los cuales el 66,8% son varones y el 33,2% son mujeres, aproximadamente en la proporción de dos varones por cada mujer, lo que nos indica que los varones son más propensos a padecer TC que las mujeres.

Los menores con TC presentan una puntuación media de 3,73 en la escala de “problemas de conducta”, que es superior a 1,71 para los del GC (no padecer alguna vez TC). Si atendemos a la evaluación de las puntuaciones de esta escala, dada por Goodman (Rodríguez), el 53,6% (37,9%) de los menores con TC están en situación de anormalidad frente a un 14,6 (7,5%) del grupo GC. Además, el ítem “frecuentemente tiene rabietas o mal genio” de la escala de “problemas de conducta” es el de más potencia discriminativa con un 53,6% de menores con TC que responden con la calificación de “absolutamente cierto”. Además, contrastamos que existen diferencias significativas, al 5% de significación, para las puntuaciones medias en la escala de “problemas de conducta” entre los grupos TC y GC.

Por tanto concluimos que los menores con TC presentan una mayor propensión a tener “problemas de Conducta” que aquellos que no la han padecido (GC).

En los menores con TC, los varones (3,56) alcanzan puntuaciones medias más bajas que las mujeres (4,06), lo que nos indica en principio que son más propensas a tener “problemas de conducta” aunque no son diferencias significativas en medias. En cambio, tanto para los varones como para las mujeres, existen diferencias significativas en puntuaciones medias entre el grupo TC y el grupo GC.

Las puntuaciones medias en la escala de “problemas de conducta” para todos los grados educativos (infantil, primaria y secundaria) o en sus edades (3-5 años, 6-11 años, 12-15 años) son superiores en los alumnos con TC. Además, existen diferencias significativas (5%) entre ambos grupos, TC y GC, para todos los grados de educación, lo que nos indica que los menores con TC son más propensos a tener problemas de conducta en cada uno de los niveles educativos.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Adams JW, Snowling MJ, Hennessy SM, Kind P (1999). *Problems of behaviour, reading and arithmetic: Assessments of comorbidity using the Strengths and Difficulties Questionnaire*. *Br J Educ Psychol*, 69:571-585.

Bourdon KH, Goodman R, Rae DS, Simpson G, Koretz DS (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: US. Normative data and psychometric properties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 57-64.

**PROBLEMAS EDUCATIVOS EN LOS MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA**

Boydell B, Bowers S. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Reports*, 121:303-10.

Brown, Morton B. and Forsythe, Alan B. (1974), Robust Tests for Equality of Variances. *Journal of the American Statistical Association*, 69, 364–367.

Cassidy LJ, Jellinek MS. (1998). Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. 45: 37-52.

De Socio J, Hootman J. (2004). Children's mental health and school success. *J. Sch Nurs*, 20: 189-96.

DSM- IV-TR (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. . Barcelona : Editorial Masson.

Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7,125-130.

Goodman R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40: 791-801.

Goodman R, Renfrew D, Mullick M (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.

Goodman R (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Hawes DJ, Dadds MR (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand J Psychiatry*. 38: 644-651.

Lindsay G, Dockrell J (2000). The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *Br J Educ Psychol*, 70,583-601.

Malmberg M, Rydell AM, Smedje H. (2003).Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nord J Psychiatry* 57(5),357-63.

Mathai J, Anderson P, Bourne A. (2003). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire as an outcome measure in a child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*, 11, 334-337.

Narbona J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha?. *Rev Neurol*, 32(3), 229-31.

Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 277-284.

Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallares J, (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol*.; 42 Supl 2:s83-s88.

Rodríguez Hernández PJ, Herreros O. (2005). Historia clínica, evaluación y diagnóstico en Psiquiatría Infantil. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. 2005. Disponible en www.sepeap.org/index.php?menu=416

Rodríguez Hernández PJ. (2006). Trastornos psiquiátricos infantiles de etiología neurobiológica y su despistaje en Atención Primaria. *BSCP Can Pediatr*. 2006; 30:9-18

Rodríguez Hernández PJ. (2006). *Estudio de la prevalencia de los trastornos mentales infantiles en la Comunidad Autónoma Canaria* (tesis doctoral). Tenerife: Universidad de La Laguna..

Slachevsky,A. et all (2005).Cortex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación. *Revista Chilena de Neuro – Psiquiatría.*, vol 43, 109-121.

Taylor TK, Webster-Stratton C, Feil EG, Broadbent B, Widdop CS, Severson HH (2008). Impacto del programa psicoeducativo en padres con niños con problemas de conducta (Computer-based intervention with coaching: an example using the Incredible years program. *Cogn Behav Ther*. 37 (4): 233-46.



PSICOLOGÍA POSITIVA: EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD

Touzin M. (2002). Academic difficulties in hyperactive children. *Rev Prat*, 52:1998-2001.

Vostanis P. Strengths (2006). Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*. 19(4):367-72.

Welch, B. L. (1951). On the comparison of several mean values: An alternative approach. *Biometrika*, 38, 330-336.

Fecha de recepción: 1 de marzo 2010

Fecha de admisión: 19 de marzo 2010