



PROBLEMAS DE CONDUCTA MÁS FRECUENTES EN JÓVENES DE SECUNDARIA

Laura Oliva Zárate¹, Elsa A. Rivera Vargas, Ma. del Pilar González Flores y
Dinorah León Córdoba
Instituto de Psicología y Educación
Universidad Veracruzana
Xalapa-México

Resumen

Los problemas de conducta que no fueron resueltos en la infancia tienen una gran posibilidad de prevalecer en la adolescencia, periodo especialmente de cambios y adaptación, los cuales se ven reflejados en el comportamiento por medio de conductas regularmente desaprobadas por los adultos que los rodean, lo anterior aunado a la diversidad de factores relacionados que en un momento dado se conjuntan afectando el comportamiento del joven. Resulta ser esta etapa especialmente de interés para los profesionales de la salud, ya que es precisamente esta edad en la que es posible evitar desviaciones o trastornos a nivel psiquiátrico si son atendidos oportunamente. De ahí el interés de identificar los problemas de conducta en jóvenes que asisten a nivel secundaria en Xalapa, Veracruz-México como factores asociados a la problemática. El muestreo, representativo de la población abarcó 36 secundarias y un total de 2371 jóvenes de entre 13 y 17 años de edad a quienes les fue aplicado el Cuestionario sobre el Comportamiento de niños(as) de 11-18 años, de T. Achenbach (2001) y el Cuestionario sobre factores asociados a los problemas de conducta. Los resultados indicaron que hay una población especialmente vulnerable y que se encuentra en riesgo ya que el 40% de los jóvenes presentan algún tipo de problemática que merece ser atendida. Los tipos de problemas identificados, así como las relaciones halladas en lo que se refiere a variables demográficas y familiares serán abordados.

Palabras clave: Problemas de conducta, adolescencia, factores asociados

¹ Dirección: Agustín Melgar y Juan Escutia, Col. Revolución. Xalapa, Veracruz-México. C.P. 91100
Tel y Fax: 01 (228) 8158619 La información aplica para todos los autores quienes de formación son
Psicólogos. Correo electrónico: loliva @uv.mx

Abstract

The behavior problems that were not solved in the childhood have a great possibility of prevailing in the adolescence, period specially of changes and adaptation, which are reflected in the behavior by means of conducts regularly disapproved by the adults that surrounds them, the previous thing combined to the diversity of related factors that in a while given are combined affecting behavior of the young person. It specially turns out to be this stage of interest for the professionals of the health, since it is indeed this age in which it is possible to avoid deviations or upheavals at psychiatric level if they are taken care of opportunely. The interest to identify the behavior problems in adolescents who attend to secondary level in Xalapa, Veracruz-Mexico. The sampling, representative of the population include 36 secondary school and a total of 2371 young people of between 13 and 17 years of age to those who answered the Young Behaviour Checklist of 11-18 years old of T. Achenbach (2001). The results indicate to us that there is a specially vulnerable population and that is in risk since more of 40% of the young people they present/display some type of problematic that deserves to be taken care of. The identified problems, as well as the relations found in which it talks about demographic and familiar variables will be boarded.

Key words: Behavior problems, adolescence and factors associate

Introducción

La identificación de trastornos de conducta en la niñez permite predecir futuros problemas de adaptación durante la adolescencia y la edad adulta. Los resultados empíricos de varias investigaciones señalan que los niños en los que se manifiestan formas extremas de este tipo de problemas no los superan con la edad. Estudios epidemiológicos usando diseños prospectivos han mostrado sustancial estabilidad de síntomas desde la niñez a la adolescencia y la adultez temprana (Achenbach, Howell y Conaughy, 1995; Caspi, Moffitt, Newman y Silva, 1996; Costello, Angold y Keeler, 1999; Ferdinand y Verhulst, 1995).

Para Nicolson y Ayers (2002) la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta, de ahí la

importancia de atender especialmente esta edad. Sin embargo, la OMS (2003) estima que tres cuartas partes de los niños y adolescentes con problemas permanecen sin atención, aún en naciones bien organizadas con sistemas de atención en la salud, entre el 44% y 70% no son atendidos.

Por otra parte, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), arriba de un 20% de niños y adolescentes sufren de una enfermedad mental. De manera general, el suicidio es la tercera causa de muerte entre adolescentes (OMS, 2003). Existe un incremento en la evidencia de una proporción significativa de adolescentes con depresión y que esos síntomas pueden tener efectos negativos en la adultez.

Aunque las estadísticas de los problemas conductuales y mentales son similares entre hombres y mujeres, hay diferencias claras entre género y edad en lo que se refiere a la depresión (OMS,2001), los problemas de depresión son más comunes entre mujeres, mientras que el uso de sustancias y los problemas de personalidad antisocial son más comunes entre los hombres. Las diferencias de género en los niveles de depresión emergen durante la adolescencia (Wade, Cairney, Pevalin, 2002; Nolen y Girgus, 1994).

En un estudio realizado por Appleyard et al (2005) examinaron el impacto de factores de riesgo, entre ellos maltrato infantil, violencia intrafamiliar, ruptura familiar, bajo estrato socioeconómico y alto estrés parental y sus hallazgos revelaron los efectos del incremento en la acumulación de factores de riesgo, de esta manera un solo factor de riesgo no incrementa significativamente el riesgo de desorden, la presencia de dos factores de riesgo contribuyen al incremento de la posibilidad de problemas mentales y la presencia de cuatro tienden a aumentarlo notablemente.

Aunado a lo anterior los problemas de comunicación entre los padres y niños es un importante factor de riesgo en el desarrollo de problemas de conducta en el adolescente (Demaray & Malecki, 2002; Estévez, Musitu, y Herrero, 2005). Como

se observa la familia es el factor de mayor influencia en la conducta de los niños y adolescentes.

Para el estudio empírico de la psicopatología en la infancia se han derivado dos tipos de dimensiones, desórdenes internos y externos. Los problemas externos reflejan conflictos con otras personas y sus expectativas, incluye agresividad y conductas delictivas. La ruptura de reglas y conducta opositora en la niñez han mostrado tener una considerable asociación predictiva con un alto rango de problemas en la adolescencia y en la adultez temprana (Hofstra, Van Der Ende, Verhulst 2002, 2000; Kim-Cohen et al, 2003). Por otra parte, los problemas internos reflejan estrés interno como depresión, ansiedad, introversión y somatización que podrían tener efectos sobre la autoestima, desempeño académico, competencia social y futuros ajustes psicológicos. Sin embargo, dado que los problemas internos son percepciones subjetivas del estrés, podrían no ser identificadas por un observador externo mientras que los problemas externos han generalmente recibido más atención dado que son conductas observables (Mesman, Bongers y Koot, 2001; Moffitt y Caspi, 2001).

Al respecto, Jones et al. (2002) encontró que la crianza deficiente fue asociada con los problemas de conducta externos y que cuando la crianza deficiente se asocia con la depresión materna se relaciona directamente con los problemas de conducta internos. En el presente estudio se identifican los problemas de conducta en los adolescentes, buscando diferencias demográficas, así como factores asociados.

Método

El método utilizado en este estudio es de índole cuantitativo que de acuerdo a su dimensión temporal nos referimos a su carácter transversal. Apoyado en una metodología estadística aplicada a problemas del comportamiento humano se ha realizado un análisis exploratorio de las variables de estudio presentándose un resumen numérico y un resumen gráfico de la variable de interés (Análisis

Univariado). Además para buscar alguna evidencia de relación significativa entre los ocho síndromes y las variables sexo y edad, así como familia, se utilizó el estadístico ji-cuadrado (Análisis Bivariado) y el Análisis Multivariado ejecutando un modelo de segmentación, CHAID (Kass,1980). El análisis y presentación correspondiente de la información se realizó con el apoyo del software **SPSS** versión 15.

Objetivo

El objetivo planteado para este estudio consistió en realizar un diagnóstico de la situación en que se encuentran los adolescentes del municipio de Xalapa respecto a la manifestación de problemas conductuales y afectivos así como factores asociados a ésta problemática”.

Procedimiento:

Una vez obtenida la relación de todas las escuelas secundarias de la ciudad de Xalapa, por medio de un método aleatorio se obtuvo una muestra representativa de la población. Obteniéndose así, un muestreo estadístico significativo. Posteriormente, previa autorización de los directivos de las secundarias fue aplicado el instrumento de recolección a los alumnos que se necesitaba para cubrir la muestra requerida. Los alumnos eran variados, esto quiere decir que pertenecían a diversos grupos y grados, los cuales eran tomados al azar por el mismo director.

Sujetos

La población objeto de nuestra investigación fueron jóvenes de la ciudad de Xalapa, Veracruz, cuyas edades variaban de 13 a 17 años, pertenecientes a tres de los estratos que podemos encontrar en la ciudad de Xalapa: bajo, medio y alto. Para obtener la muestra, nos encontramos con una población de 54 secundarias de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Las cuales fueron distribuidas en 5 rubros: Telesecundarias, Secundarias Oficiales, Secundarias Particulares, Técnicas y Otras.

Para obtener la muestra y las escuelas correspondientes se realizó un muestreo por etapas: primera etapa: al tener una población de 54 secundarias se realizó una muestra la cual nos llevo a utilizar la siguiente fórmula ya que se quiso hacer una muestra proporcional:

$$n = \frac{Npq}{(N - 1)D + pq}$$

$$\text{Donde : } D = \frac{B^2}{4}$$

Que sustituyendo nos da un total de 36 secundarias con un error del 10% y una confiabilidad del 95%.

En la siguiente tabla se muestra la manera en que quedó distribuida la muestra:

Tabla 1. Secundarias obtenidas

Categoría de Secundarias	Muestras
Tele secundarias	13
Secundarias Oficiales	5
Secundarias Particulares	11
Técnicas	5
Otras	2
TOTAL	<u>36</u>

Después de obtener la muestra de las escuelas se obtuvo la muestra de los alumnos, esto sería con la misma fórmula y sustituyendo se identificó que el número de alumnos a encuestar sería de 2371 de los 15715 alumnos inscritos. Con lo anterior se procedió a distribuirlos proporcionalmente a las escuelas y por turnos, en el caso de contar con Matutino y Vespertino.

En general el 50.51% de los alumnos entrevistados correspondían al sexo femenino y 48.36% son del sexo masculino, de éstos el 32.29% se encontraba estudiando en el turno vespertino, y el 67.71 de los entrevistados estaban en el turno matutino. Respecto a la edad el 14.46% tiene 12, 33.78% con 13, los de 14

años de edad representaron el 36.65% de la población, 12.64% los de 15, 2.06% los de 16 y la minoría de ellos tenía 17 años de edad representando el 0.43% de la muestra.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron el Cuestionario sobre el comportamiento de niños (as) de 11 a 18 años elaborado por T. M. Achenbach (2001) y el Cuestionario sobre factores asociados a los problemas de conducta.

1) Cuestionario sobre el comportamiento de niños (as) de 11 a 18 años.

El cuestionario sobre el comportamiento es un instrumento estandarizado que permite evaluar problemas conductuales/emocionales, en base a descripciones. La lista de cotejo del comportamiento del niño utilizada en esta investigación es un cuestionario de 112 ítems para ser contestado por los mismos jóvenes, está también diseñado para identificar síndromes de problemas que tienden a ocurrir juntos. Los 7 síndromes reportados son considerados como sumarios descriptivos de los ítems que componen el síndrome en lugar de ser etiquetas diagnósticas. A continuación se muestran los síndromes con sus respectivas conductas.

Síndrome	Conductas
Internos	
Ansioso Depresivo	Llora mucho, temeroso; miedo a la escuela, teme hacer mal, debe ser perfecto (a), se siente no amado, se siente devaluado, es nervioso, aprehensivo, siente mucha culpa, consciente, pensamientos suicidas preocupaciones
Introvertido	Disfruta poco, prefiere estar solo, no habla, sigiloso, tímido, falta de energía, triste, introvertido
Somatización	Pesadillas, mareos, muy cansado, dolores, dolores de cabeza, náusea, problemas de vista, problemas de la piel, estómago, vómitos.
Externos	
Rompe Reglas	Toma alcohol, falta de culpa, rompe reglas, malos amigos, miente, hace trampa, prefiere amigos más grandes, se aleja, hace incendios, roba en casa, roba fuera de casa, suda, piensa demasiado en el sexo, fuma tabaco, es truhán, usa drogas
Comportamiento Agresivo	Discute mucho, malo, demanda atención, destruye sus cosas, destruye cosas de los demás, es desobediente en casa, es desobediente en la escuela, se mete en peleas, ataca a las personas, grita mucho, necio, cambios de humor, sospechoso, molesta mucho, temperamental, amenaza a otros, ruidoso.
Otros Problemas	
Problemas Sociales	Dependiente, solitario, no se lleva bien, celoso, otros lo quieren perjudicar, propenso a accidentes, se burlan de él (ella), no es agradable, torpe, prefiere personas más jóvenes, problemas de lenguaje
Problemas de Pensamiento	No puede quitar ciertos pensamientos de su mente, se lastima, escucha cosas, se corta la piel, repite actos, ve cosas, duerme menos, acumula cosas, comportamiento extraño, ideas extrañas, problemas para dormir
Problemas de Atención	Actúa como pequeño, falla para terminar cosas, no se puede concentrar, no se puede quedar quieto, confundido, sueña de día, impulsivo, trabajo escolar pobre, poco atento

Tabla 3. Conductas que componen los diferentes síndromes de la escala de Achenbach (Auto reporte para jóvenes)

2) Cuestionario sobre factores relacionados con problemas de conducta.

El segundo instrumento constaba de una introducción-explicación para

situar a la persona que aplicaba la encuesta. La primera parte se refería a los datos generales del informante y posteriormente se daba inicio con el tema de interés en sí, conformado en tres dimensiones: Ámbito Escolar y Relaciones Familiares, las cuales aparecen en su mayoría preguntas cerradas y en menor cantidad abiertas, en total 12 preguntas.

RESULTADOS

Los resultados del cuestionario de Achenabach revelaron mediante análisis univariado los siguientes datos:

Síndrome	Rango/Porcentaje	
Ansioso Depresivo	Normal	79.6 %
	Limítrofe	11.3%
	Clínico	7.8%
Introvertido	Normal	84%
	Limítrofe	9.7%
	Clínico	5.1%
Somatización	Normal	82.8%
	Limítrofe	8.6%
	Clínico	7.4%
Problemas Sociales	Normal	80.3%
	Limítrofe	8.6%
	Clínico	9.9%
Problemas De Pensamiento	Normal	84.5%
	Limítrofe	7.8%
	Clínico	6.5%

Síndrome	Rango/Porcentaje	
Problemas De Atención	Normal	83.3%
	Limítrofe	9.5%
	Clínico	5.9%
Rompe Reglas	Normal	79.1%
	Limítrofe	14.2%
	Clínico	5.4%
Comportamiento Agresivo	Normal	75.1%
	Limítrofe	12.6%
	Clínico	11.1%
Resultado Interno	Normal	63.4%
	Limítrofe	15.3%
	Clínico	20.1%
Resultado Externo	Normal	59.1%
	Limítrofe	14%
	Clínico	25.7%
Resultado Total	Normal	58.7%
	Limítrofe	15.9%
	Clínico	24.2%

Tabla 4. Porcentajes por Síndromes

En los resultados se observó que la conducta más afectada entre los jóvenes es el comportamiento agresivo quienes en rango clínico obtuvieron el mayor porcentaje de todos los síndromes y el menor en el rango normal, seguido de los Problemas Sociales cuyo resultado de análisis los ubican en el rango clínico. En

el rango limítrofe, la conducta de romper reglas fue la que se presentó con mayor frecuencia. En lo que se refiere a los síndromes, los que aparecen con mayor porcentaje en el rango normal fueron los problemas de pensamiento y la introversión. Se observa que en general sólo el 58.7% de la muestra aparece como normal y el resto entre el rango limítrofe y clínico, en donde un cuarto por ciento de la población se encontraba en el rango clínico.

Un segundo análisis estadístico que se empleó para el estudio de la asociación entre dos variables nominales fue el de la χ^2 (chi cuadrada), para comprobar en este caso de independencia entre las dos variables, a través del análisis de las variables demográficas de sexo y edad encontrando lo siguiente:

<i>Cruce de variables</i>	χ^2	<i>p-leven</i>	<i>Resultado</i>
Sexo/Introvertido	10.947	.012	Dependiente
Sexo/Somatización	65.635	.000	Dependiente
Sexo/Problemas De Atención	13.550	.001	Dependiente
Sexo/Rompe Reglas	8.954	.011	Dependiente
Sexo/Comportamiento Agresivo	7.757	.021	Dependiente

Tabla 5. Resultados de los cruces de variables "Sexo" y "Síndromes"

En la tabla anterior se observan los síndromes con los que existe relación con la variable sexo resultando ser significativos: introvertido (.012), somatización (.000), romper reglas (.011) y comportamiento agresivo (.021). El sexo resultó ser un factor significativo que indica que algunos problemas de conducta se relacionan con el género del adolescente.

<i>Cruce de variables</i>	X^2	<i>p-level</i>	<i>Resultado</i>
Edad/Introverso	34.944	.010	Dependiente
Edad/Problemas Sociales	21.468	.044	Dependiente
Edad/Problemas De Pensamiento	23.467	.024	Dependiente
Edad/Problemas De Atención	32.987	.001	Dependiente
Edad/Rompe Reglas	53.858	.000	Dependiente
Edad/Comportamiento Agresivo	55.032	.000	Dependiente
Edad/Resultado Total	45.521	.000	Dependiente

Tabla 6. Resultados de los cruces de variables "Edad" y "Síndromes"

En lo que se refiere a la variable edad, se encontró dependencia en casi todos los síndromes a excepción de Ansioso depresivo y Somatización que no fueron variables significativas con la edad. Lo que da como resultado a la edad como factor de impacto respecto a los síndromes.

Además de realizar los análisis antes expuestos, se aplicó el algoritmo de segmentación CHAID (*Chi-square Automatic Interaction Detection*). Lo anterior, debido a que se presentaba el problema de la descripción parsimoniosa de un conjunto numeroso de datos que constituyen la caracterización de un gran número de individuos, según un gran número de variables. En muchas ocasiones se presenta la situación especial en la cual una de ellas en particular juega un papel primordial, siendo nuestro objetivo tratar de explicarlo con el resto de las variables. Lo anterior se llevo a cabo con las variables contenidas en el Cuestionario sobre factores relacionados con problemas de conducta, el cual detectó los mejores predictores y creando subgrupos potencialmente explicativos de la variable dependiente. Al respecto se encontró que los mejores predictores de los problemas de conducta eran los adolescentes cuyos padres presentaban relaciones de pareja mala o regular y además tenían malas relaciones familiares,

lo cual se confirma con el 60.32% de estos adolescentes quienes reportaron tener problemas de tipo familiar, escolar y/o de comportamiento.

Conclusiones

Los resultados revelan la necesidad de prevención y de intervención temprana dirigida a los jóvenes de alto riesgo, lo cual no parece ser un punto atendido dada la falta de servicios de esta naturaleza para niños y jóvenes, ya que es en estos espacios donde se podrían reducir los factores de riesgo a los que están expuestos.

La agresividad fue una de las conductas con mayor incidencia. Tales hallazgos permiten corroborar numerosos estudios que revelan dicho resultado, lo cual resulta comprensible dada la etapa de transición en la que se encuentra el joven caracterizándose por conductas como desobediencia, ser demandante, rebeldía, entre otras, lo que podría convertirse en problemas de adaptación a edad futura.

Referente a la relación entre género y síndrome, diversos estudios han reportado diferencias sexuales en términos de desórdenes individuales, la tasa de problemas es considerablemente mayor en adolescentes masculinos que en adolescentes mujeres. Al respecto, también se observó que tanto la introversión como la somatización se presentan en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del varón. Una explicación posible apunta a que factores hormonales podrían contribuir a la frecuencia más elevada de síntomas de depresión en la mujer, siendo una situación en particular los cambios hormonales implícitos en el ciclo menstrual, que podrían estar afectando el estado de ánimo, así como la manifestación de malestar somático.

La relación más fuerte entre las variables estudiadas (familiar, escolar y adicciones) con respecto a la manifestación con los problemas de conducta entre los jóvenes resultó ser la familiar, específicamente las que involucran las

relaciones entre los padres y dentro de la familia, notándose que la posibilidad de que un joven presente problemas conductuales o escolares está directamente relacionado con las malas relaciones entre los padres y de manera intrafamiliar. Lo cual confirma que la familia continúa siendo el factor de mayor influencia en el comportamiento de los jóvenes.

Referencias bibliográficas.

- Achenbach, T.M., Howell, C.T., Mc-Conaughy, S.H. & Stanger, C. (1995). Six year predictors of problems in a national sample, III: transition to young adult syndromes. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 34:658–669.
- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M. & Sroufe, L. (2005) When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 46:3, 235–245
- Demaray, M. P., & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. **Psychology in the Schools**, 39, 305-316.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: The role of parents and teachers. **Adolescence**, 40, 183-195.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.I. & Silva, P.A. (1996). Behavioral observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. **Psychiatry**, 53:1033–1039.
- Costello, E.J., Angold, A. y Keeler, G.P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 38:121–128.
- Ferdinand, R.F. & Verhulst, F.C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. **American Journal of Psychiatry**, 152:1586–1594.
- Hofstra, M.B., Van Der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2000) Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 39:850–858.

- Hofstra, M.B., Van Der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2002) Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood. A 14-year follow-up of Dutch epidemiological sample. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 41:182–189.
- Jones, D.J., Forehand, R., Brody, G., & Armistead, L.(2002). Psychosocial adjustment of African-American children in single-mother families: A test of three risk models. **Journal of Marriage and Family**, 64:105–115.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H.L., Milne, B.J. & Poulton, R. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. **Psychiatry** 60:709–717.
- Mesman, J. & Koot, H.M. (2001) Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM IV diagnosis. **Journal American Academy Children Adolescent Psychiatry**, 40:1029–1036.
- Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2001) Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. **Development Psychopathology**, 13:355–375.
- Nicolson, D. & Ayers, H. (2002) **Problemas de la adolescencia**. España: Narcea.
- Wade, T.J., Cairney, J. & Pevalin, D.J. (2002) Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 41:190-198.
- World Health Organization (2001) **World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope**. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2001) **Investing in Mental Health**. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2003). **Caring for Children and Adolescents With Mental Disorders: Setting WHO Directions**. Geneva, Switzerland.