

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN FUNCIÓN DE LA
CONDUCTA DISOCIAL EN UN COLEGIO DISTRITAL DE USAQUÉN EN
BOGOTÁ**

MARTHA CAROLINA HUERTAS AVILA

UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA, D.C.
2008

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN FUNCIÓN DE LA
CONDUCTA DISOCIAL EN UN COLEGIO DISTRITAL DE USAQUÉN EN
BOGOTÁ**

MARTHA CAROLINA HUERTAS AVILA

HECTOR RICARDO JIMÉNEZ MARIN

UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA, D.C.
2008



**TRABAJO DE GRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
No. 20080707-004**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 10:30 A.M. horas del día 07 del mes 07 del año 2008, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:

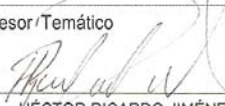
"CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN FUCION DE LA CONDUCTA DISOCIAL EN UN COLEGIO DISTRITAL DE USAQUEN, BOGOTA".

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.	Facultad o Programa
Martha Carolina Huertas Ávila	2000281031 52862693	Psicología

Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.

Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Temático

HÉCTOR RICARDO JIMÉNEZ MARTÍN
C.C. 79710386

Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **ACEPTADO**

Los jurados fueron:


ANDERSSEN VERA MALDONADO
C.C. 88156348

Observaciones: _____

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.


JUAN CARLOS MAHECHA
DIRECTOR DE PROGRAMA

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN,	8
MARCO TEORICO,	9
JUSTIFICACION,	23
DEFINICION DE VARIABLES,	27
PROBLEMA,	28
OBJETIVOS,	29
METODOLOGIA,	30
Participantes,	30
Instrumento.	30
Procedimiento,	31
RESULTADOS,	32
Análisis Descriptivo,	32
DISCUSIÓN,	50
REFERENCIAS,	58
APENDICE,	62

TABLA DE APENDICES

Apéndice A	Listado de chequeo de conductas infantiles (CBCL) formato para padres, 62
Apéndice B	Listado de chequeo de conductas infantiles (CBCL) formato para padres, 67
Apéndice C	Consentimiento informado, 71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Descripción de la variable género, 32
Tabla 2	Descripción de la variable edad, 33
Tabla 3	Descripción de la variable tipología familiar, 34
Tabla 4	Descripción de la variable nivel socioeconómico, 35
Tabla 5	Descripción de la variable nivel de escolaridad, 36
Tabla 6	Porcentaje de problemas de conducta disocial reportado por padres, 37
Tabla 7	Porcentaje de problemas de conducta disocial reportado por niños, 38
Tabla 8	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del género reportado por padres, 39
Tabla 9	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del género reportado por niños, 40
Tabla 10	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la edad reportado por padres, 41
Tabla 11	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la edad reportado por niños, 42
Tabla 12	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del curso reportado por padres, 43
Tabla 13	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del curso reportado por niños, 44
Tabla 14	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la tipología familiar reportado por padres, 45
Tabla 15	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la tipología familiar reportado por niños, 46
Tabla 16	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del estrato socioeconómico reportado por padres, 47
Tabla 17	Porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del estrato socioeconómico reportado por niños, 48

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Distribución del porcentaje de la variable género, 33
- Figura 2 Distribución del porcentaje de la variable edad, 34
- Figura 3 Distribución del porcentaje de la variable tipología familiar, 35
- Figura 4 Distribución del porcentaje de la variable nivel socioeconómico, 36
- Figura 5 Distribución del porcentaje de la variable nivel de escolaridad, 37
- Figura 6 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del género reportado por padres, 39
- Figura 7 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del género reportado por niños, 40
- Figura 8 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la edad reportado por padres, 42
- Figura 9 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la edad reportado por niños, 43
- Figura 10 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del curso reportado por padres, 44
- Figura 11 Distribución del porcentaje de conducta disocial en función del curso reportado por niños, 45
- Figura 12 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la tipología familiar reportado por padres, 46
- Figura 13 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función de la tipología familiar reportado por niños, 47
- Figura 14 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del estrato socioeconómico reportado por padres, 48
- Figura 15 Distribución del porcentaje de los problemas de conducta disocial en función del estrato socioeconómico reportado por niños, 49

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN FUNCIÓN DE LA CONDUCTA DISOCIAL EN UN COLEGIO DISTRITAL DE USAQUÉN EN BOGOTÁ

El presente estudio tuvo como propósito caracterizar en función de la presencia de conducta disocial, a un grupo de escolares de entre 9 y 11 años, en relación con las condiciones sociodemográficas de edad, género, estrato y tipo de familia. La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria. La conducta disocial se evaluó por medio del (The Child Behavior Checklist, CBCL) versión para padres y autoreporte para niños. Achenbach y Edebrock. (1983). Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que del 28,6% de los niños presentan problemas de conducta disocial. Presentándose con mayor frecuencia en los hombres con un 22,4%; la edad de 8 años con un 16,3%; en cuanto al estrato 3 fue el más frecuente con un 18,4% y por último se encontró que el mayor número de casos que se registraron significando un 20,4% pertenecen a una familia biparental. En este estudio también se evidenció la diferencia que se presenta en la percepción que tienen los niños y la que tienen los padres quienes reportaron el 10,2% de los casos.

Para la elaboración de la investigación se realizó una revisión conceptual inicialmente del desarrollo infantil en la etapa de la niñez intermedia, en donde se tienen en cuenta aspectos físicos y psicológicos que se consideran característicos de dicha etapa. Además se plantea el desarrollo social del niño teniendo en cuenta componentes ambientales, escolares y familiares; como lo plantea el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1917) ya que el niño permanece una cantidad de tiempo importante en estos contextos.

La evaluación infantil busca establecer si hay o no presencia de conductas que son consideradas perturbadoras por las personas más cercanas al niño o si estas le están causando malestar dentro de su contexto escolar, familiar o social; para lo que también

se tienen en cuenta los comportamientos característicos de la edad en la que se encuentra el niño.

Dentro de los comportamientos disruptivos y agresivos que se tuvieron en cuenta en este estudio se hace una breve conceptualización del trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta disocial. Teniendo en cuenta la sintomatología que cada uno de estos presenta.

Por último se realizó una revisión acerca de los factores de riesgo asociados a las condiciones sociodemográficas en las que se encuentran inmersos los niños; las cuales influyen de manera significativa en el proceso de desarrollo de cada niño, para identificar dicha influencia es importante tener en cuenta el proceso de desarrollo normal que se da en la etapa de la niñez intermedia con los cambios y comportamientos característicos de esta edad.

El desarrollo significa una serie de cambios que se dan en el tiempo los cuales se presentan a nivel físico, cognitivo y comportamental, los cuales intervienen de manera directa en el actuar constante de cada persona y en su estructura de pensamiento a causa de factores biológicos y ambientales. En las primeras etapas del desarrollo los cambios que son más evidentes y continuos son los físicos ya que se presenta crecimiento del cuerpo como también aumento de las capacidades corporales, así mismo sucede con los cambios a nivel cognitivo ya que el pensamiento alcanza su máximo desarrollo durante las primeras etapas del ciclo evolutivo.

Como se presenta en el caso concreto de la etapa de la niñez intermedia que abarca un rango de edad de seis a los once años, en el caso de los niños logran una mayor capacidad para correr, al igual que en otras destrezas motrices. Su juego cuenta con fuertes componentes físicos, aunque también se hace más cognoscitivo. (Papalia, 1999)

A nivel motor se presenta también el juego físico como lo es el juego rudo y vigoroso que incluye lucha, golpes y persecuciones. Además parece existir una función social, pues los niños suelen elegir a amigos cercanos para forcejear con ellos quizá porque confían en que no se tornarán agresivos durante el juego. (Papalia, 1999)

Por su parte Craig (1997) afirma que a nivel motor los niños afinan sus habilidades motoras y se vuelven más independientes. También dan más importancia a los deportes en equipo ya que en esta época se dedican a probarse tanto en lo físico como en lo mental, a enfrentar los propios retos así como los que le presenta el medio.

A partir de la infancia, la necesidad de poner en práctica las capacidades recién descubiertas a menudo choca con los requerimientos de protección contra los peligros que se le asocian, además, su habilidad para hacerse daño excede su habilidad para prevenir las consecuencias de sus actos o para controlar su conducta (Achenbach, 1982) citado por Craig, J. (1997)

A nivel cognoscitivo aplican principios lógicos para situaciones concretas y utilizan operaciones mentales internas. Sin embargo se limitan a situaciones reales y presentes, no pueden pensar en términos hipotéticos, la capacidad para pensar en forma abstracta es una característica de la adolescencia. (Papalia, 1999)

Por otra parte en el desarrollo se van alcanzando cambios a nivel social ya que las relaciones cambian de manera considerable con los pares y con la autoridad ya sea en el contexto familiar o educativo. La cognición social se vuelve un determinante cada vez más importante de su conducta. Es en la niñez media cuando se aprende a manejar algunas de las complejidades de la amistad y la justicia, reglas y costumbres sociales, convenciones sexuales, obediencia a la autoridad y las leyes morales. Los niños comienzan a observar el mundo social entorno y poco a poco llegan a entender los principios de las reglas que lo gobiernan. (Ross, 1981) citado por Craig J (1997).

Sin embargo cabe destacar que en el inicio de esta etapa entre los seis y siete años los niños alcanzan la edad de la razón y son capaces de algunas operaciones lógicas, en cierto modo siguen aún obstaculizados por su falta de habilidad para asumir el punto de vista de los demás. Craig, J. (1997).

El primer componente de la cognición social es la inferencia social, supuestos y conjeturas acerca de lo que alguien más siente, piensa o intenta (Flavell, 1985; Flavell, Millar y Millar, 1993). El desarrollo de inferencias sociales del todo precisas es gradual y continúa hasta el final de la adolescencia (Shantz, 1983). El segundo componente es el entendimiento infantil de las relaciones sociales, los niños acumulan información y conocimientos acerca de la amistad, el respeto a la autoridad y los conceptos de legalidad y justicia. Craig, J. (1997).

Se habla de la presencia de conductas perturbadoras o agresivas cuando los padres, compañeros o docentes presentan queja con respecto al comportamiento del niños hacia los demás. Sin embargo en ocasiones este tipo de comportamientos se consideran normal como lo afirman Feshbach y Feshbach (1972) quienes sugirieron que la conducta agresiva es una respuesta fácilmente disponible del repertorio de los niños pequeños, que es un modo directo de alcanzar objetivos tales como la obtención de un juguete. A medida que los niños se desarrollan, aprenden a adoptar medios más adaptativos. (Ollendick & Hersen 1993)-

Como lo han demostrado recientes investigaciones es elemental identificar este tipo de problemáticas en la infancia y de esta manera abordarlos a tiempo ya que la tendencia es de mal pronóstico. Las conductas disruptivas y agresivas de los niños han sido identificadas como predictores de conductas antisociales, abuso de sustancias en la adolescencia y desórdenes psiquiátricos en la adultez. Estas conductas, llamadas externalizadas han mostrado mayor grado de persistencia que las conductas

internalizadas, tales como tristeza, ansiedad, timidez, etc. (De la Barra, F, Toledo, V & Rodríguez, J. 2007)

Este tipo de comportamientos agresivos también son utilizados por los infantes para lograr el éxito, liderazgo y poder dentro de su grupo de pares. A menudo estas conductas son manifiestas en su juego y en la manera de relacionarse con sus compañeros. La escuela es uno de los entes socializadores más importantes en esta etapa de la vida; ya que a medida que el niño madura, experimenta en el seno de la institución escolar una mayor dependencia respecto de sus compañeros y maestros como agentes socializadores. La capacidad de aprendizaje, los logros académicos o deportivos y el atractivo físico para otros son distintos elementos que desempeñan papeles importantes en la búsqueda de la satisfacción del yo y de la autoestima necesarias para un desarrollo emocional positivo. (Ollendick & Hersen 1993).

De esta misma manera el niño aprende comportamientos agresivos los cuales puestos en práctica le permiten al niño medir la eficacia de dicha conducta con el fin de controlar las acciones de los demás. (Bandura, 1987). Este tipo de comportamientos son observados y puestos en práctica en su contexto social y familiar en algunos de los casos.

Como lo plantea Ardila. (1988) la conducta aprendida por un niño es modelada, controlada y regida por valores y pautas culturales específicas de una sociedad determinada.

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos se establece la importancia que juega el contexto social en la adquisición y mantenimiento de comportamientos, ya sean considerados socialmente adecuados o inadecuados. Una contribución en este campo se encuentra la teoría ecológica desarrollada por Bronfenbrenner (1977) la cual se enfoca

principalmente en los contextos sociales en que los niños viven y en las personas que afectan su desarrollo. (Santrock, J. 2006).

La perspectiva ecológica concibe un ámbito no sólo como un espacio material sino incluyendo, además, las actividades que en él se realizan las personas, las relaciones que tejen entre sí y los roles que desempeñan. Estos tres aspectos – actividades, relaciones y roles- interfieren entre sí constantemente. (Perinat, A. 2003).

Dicha teoría consiste de cinco sistemas ambientales que abarcan desde las interacciones interpersonales cercanas hasta las influencias cercanas de la cultura; denomina a los sistemas: a) un microsistema es un ambiente en el que el individuo pasa un tiempo considerable. Algunos de estos contextos son la familia, los pares, la escuela y el vecindario del estudiante. El individuo tiene interacciones directas y no se considera con un receptor pasivo de experiencias en estos ambientes sino que interactúa de forma recíproca con otros y ayuda a construir los escenarios ; b) el mesosistema involucra vínculos entre microsistemas como las conexiones entre las experiencias familiares y las experiencias escolares; c) exosistema está en operación cuando las experiencias en otro escenario afectan lo que los estudiantes y maestros experimentan en el contexto inmediato, esto hace referencia a aquellas entidades que ejercen poder sobre las entidades educativas y con sus decisiones pueden ayudar o entorpecer el desarrollo de un niño; d) el macrosistema es aquel que involucra a la cultura mas extensa la cual incluye el papel que tienen el origen étnico y los factores socioeconómicos en el desarrollo de los niños, así mismo incluye los valores y costumbres de la sociedad. Un ejemplo de esto son los papeles de genero tradicionales; e) por ultimo está el cronosistema el cual incluye las condiciones socio históricas del desarrollo de los estudiantes. (Santrock, J. 2006).

Estos sistemas integrados en la cultura son de gran influencia en el proceso de formación de cada individuo ya que son una fuente constante de información que muestra los patrones de comportamientos esperados dentro de una sociedad, lográndose a partir del proceso continuo de aprendizaje.

Los principios del aprendizaje tienen mucho que ofrecer a la comprensión de la psicopatología infantil. Una de las características más patente de los seres humanos es que, primariamente, son criaturas del aprendizaje. El homo sapiens es capaz de adquirir un amplio repertorio de comportamientos sumamente complejos, incluyendo la manipulación del ambiente, la manipulación de símbolos abstractos y la manipulación de otros sujetos mediante la socialización. Ollendick & Hersen (1993).

Durante este periodo de tiempo, el niño es “escolar” en el más amplio sentido del termino, definido más por la escuela que por las relaciones familiares. La importancia de la escuela va a ser decisiva, hasta tal punto, que, como señala Rey Ardid, no hay institución ni método que pueda semejarla, para conseguir que el niño entre en la adolescencia provisto del bagaje cultural y educacional exigido por nuestro sistema social. (Velilla, J. 1998).

La gran importancia psicosociológica de la escuela, radica en que no solo transmite conocimientos si no que también valores. La escuela institucionaliza dos necesidades básicas de la sociedad: la transmisión de la cultura y la formación de la personalidad social, ya que uno de sus aspectos mas importantes es el perfeccionamiento de las relaciones sociales en donde supone debe aprender a perfeccionar nuevas conductas que le posibiliten cooperar con sus iguales, y obedecer en el ámbito escolar las indicaciones de otros adultos que no son sus padres. (Velilla, J. 1998).

En cuanto lo que refiere a la exploración psicopatológica, tiene como objetivo obtener una imagen lo más precisa posible del estado mental y del funcionamiento de una persona en la actualidad, es una exploración amplia de la sintomatología presente.

En este sentido es importante identificar cuando los niños y adolescentes suelen mostrar comportamientos molestos o perturbadores, sin que afecten de forma grave a sus vidas. Sin embargo, cuando un niño presenta estos comportamientos frecuente y persistentemente, si puede terminar teniendo dificultades de adaptación a su medio familiar, escolar o social. Se consideran conductas gravemente perturbadoras las hiperactivas, las impulsivas, las desobedientes, las oposicionistas, y las agresivas.

En el ámbito de la psicología clínica infantil, y juvenil los problemas de conducta perturbadora reciben diferentes denominaciones. Según el sistema de clasificación DSM-IV-TR (America Psychiatric Association, 2000) estos problemas están incluidos como trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, dentro del apartado de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez, o la adolescencia, y son principalmente los tres tipos del trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDA/H), los tres tipos del trastorno disocial (TD) y el trastorno negativista-desafiante (TND). (Fernández, A. & Muñoz, L. 2005).

Las conductas perturbadoras también conforman algunas de las dimensiones (rasgos) comportamentales identificadas empíricamente y recogidas en sistemas de clasificación infantiles como el sistema Achenbach de evaluación con base empírica Achenbach system of Empirically Based Assessment, (ASEBA) (Achenbach, 1998; Achenbach y Rescorla, 2000). Los problemas de conducta perturbadora aparecen recogidos en el sistema ASEBA en tres síndromes básicos: problemas de atención, conducta delictiva o de ruptura de reglas y conducta agresiva. (Fernández, A. & Muñoz, L. 2005)

En la revisión realizada por Lahey, Millar, Gordon y Riley (1999), la prevaecía del trastorno negativista, entre el 0.3 y el 22 por 100 (media del 3.2 por 100); los trastornos exteriorizados parecen ser los problemas de comportamiento más frecuentemente remitidos y diagnosticados por los profesionales de la salud mental infantil y juvenil. Estos trastornos son más frecuentes en varones que en las mujeres (Lahey et al., 1999). En el caso del trastorno negativista, parece que ambos sexos muestran conductas perturbadoras similares, aunque los varones las presentan de forma más persistente y conflictiva; con respecto a la edad las conductas características del trastorno oposicionista desafiante suelen aparecer entre los 5 y 9 años. (Fernández, A. & Muñoz, L. 2005)

Para la mayoría de los clínicos el primer paso de la evaluación es determinar si el niño tiene un trastorno oposicionista desafiante. Este objetivo se lleva a cabo basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Esto a través de las escalas de evaluación conductual, como la lista de chequeo de conductas infantiles (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983) y las escalas de evaluación del profesor y de los padres, de Conners (Conners Parent and Teacher Rating Scales; Conners, 1990) se utilizan frecuentemente en la evaluación global de la psicopatología infantil. Otros instrumentos de evaluación conductual como el inventario de la conducta infantil, de Eyberg (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI Eyberg, 1980), el cuestionario de situaciones en la casa (Home Situations Questionnaire, HSO, Barkley, 1987) y el cuestionario de situaciones escolares (School Situations Questionnaire, SSO Barkley, 1987) son útiles cuando el interés es evaluar las conductas desafiantes y de oposición. (Luiselli, J. 2002).

Por otra parte Vásquez (2006) plantea que el trastorno desafiante oposicionista es un patrón de comportamiento, propio de los niños en edad escolar, que consiste en

una actitud negativista, provocadora y desafiante frente a las figuras de autoridad, además de un rechazo al cumplimiento de normas y solicitudes hechas por los adultos. Este comportamiento es persistente, se presenta por un periodo mayor a seis meses y con mayor intensidad que en otros niños de su misma edad. Este trastorno interfiere casi siempre en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar. Como consecuencias secundarias a estas dificultades los niños suelen tener: baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y depresión.

Además de los síntomas generales mencionados anteriormente cabe destacar que del 5- 15 % de los niños en edad escolar cursan con trastorno desafiante oposicional. Aunque puede aparecer desde los 3 años de edad, lo más común es que comience hacia los 8 años. Es mas frecuente en varones que en niñas antes de la adolescencia, ya que a partir de ésta se encuentra en la misma proporción. Se ha observado que estos niños tienen predisposición de temperamento hacia una voluntad fuerte con grandes preferencias marcadas por lo que muchos padres tienen dificultad para controlarlos; el problema se presenta cuando los padres quieren ejercer el poder según sus propias conveniencias y además quieren crear sobreprotección, por lo que el niño en un esfuerzo por establecer su propia autonomía y hacer respetar su propia identidad desarrolla un trastorno desafiante oposicional. (Vásquez, 2006)

Lo que difiere del trastorno disocial el cual presenta un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto, clasificado en cuatro grupos: 1) agresivo que causa daño físico; 2) comportamiento no agresivo, sino daño a la propiedad; 3) fraudes o robos y 4) violaciones graves de las normas. Para ser valido el diagnostico deben haber aparecido por lo menos tres comportamientos durante los

últimos 12 meses; además debe presentar indicadores de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. (APA 1998)

Dentro de los síntomas significativos del disocial se encuentra la fuga o permanecer fuera de casa en horas nocturnas antes de los 13 años de edad a pesar de las prohibiciones que se presenten, para identificar la presencia de este síntoma es importante tener en cuenta los reportes de los padres y docentes. En algunos casos los padres no se percatan de la problemática que manifiestan sus hijos en consecuencia del poco tiempo que tienen disponible para la vida familiar, como consecuencia de la demanda laboral y las necesidades económicas de las que son responsables, motivo por el cual con frecuencia son los docentes quienes se convierten en el referente más adecuado por su cercanía a los niños y sus.

De esta manera se evidencia como el papel de los padres y sus estilos de ejercer la autoridad sobre sus hijos tiene una incidencia en las conductas que posteriormente presentan. Al igual la importancia de las condiciones que se dan al interior del ambiente familiar puesto que es allí en el que se desarrollan una serie de habilidades para empezar a afrontar la vida social como lo es al ámbito escolar.

Debido a que los padres enseñan a sus hijos. Les instruyen y persuaden acerca de muchos aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo las reglas elementales de trato y convivencia en familia. Duna (1988) los padres van modelando el comportamiento de sus hijos y también cómo éstos son activos participantes en su proceso de socialización. En su nivel de desarrollo cognitivo, les inculcan reglas de comportamiento. (Perinat, 2003)

Hasta ahora las investigaciones han mostrado mayor evidencia respecto del impacto de procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de trastornos "externalizados" que "internalizados". Los trastornos externalizados han sido más

investigados; la investigación se ha concentrado más en hombres que en mujeres, los que aparentemente tienen mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos externalizados. (Cova, F. 2005)

Cova, F. (2005) realizó una investigación cuyo objetivo fue estudiar la relación entre la presencia de condiciones psicosociales adversas en el ambiente familiar y el desarrollo de comportamientos externalizados e internalizados. Así mismo intenta evaluar el impacto de condiciones específicas de la vida familiar en la psicopatología. Como la presencia de trastorno mental en los padres; el conflicto familiar; la existencia de hogares uniparentales; las características de los estilos parentales de cuidado y supervisión; la hostilidad, maltrato y abuso, entre otros. La mayor relación de la adversidad familiar con la presencia de trastornos externalizados ha sido observada no sólo en estudios con muestras clínicas sino también en estudios de cohorte longitudinales. Pocos factores se ha observado que muestren una relación inversa, más intensa con trastornos internalizados que externalizados. Otro aspecto para tener en cuenta es la falta de habilidades que tienen los padres para identificar la problemática ya que el propio conflicto familiar puede limitar la posibilidad de que los miembros de la familia pongan atención a las señales de alteración emocional de los hijos. De este estudio se obtuvo como resultado que el 49% de la muestra presentó dos o más factores de adversidad familiar. Una de las correlaciones encontradas fue entre el ambiente familiar global insatisfactorio o malo relacionado significativamente a todos los patrones de comportamientos desadaptativos.

Marchand, J. & Hock, E (2003) plantean la depresión en padres y conflicto en el matrimonio (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990; Downey & Coyne, 1990). La probable coocurrencia de estos factores ha sido ligada con las conductas que externalizan o interiorizan los niños (Campbell, 1995; Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne;

Fincham & Osborne, 1993; la Guarnición & Condes, 1986). Las conductas externalizantes son caracterizadas por una falta del control y su sintomatología es hiperactivo o agresivo; mientras que, interiorizando las conductas se refieren a conductas más pasivas que implican la retirada, la ansiedad, la depresión, y somática concierne (Achenbach & Edelbrock, 1978). Sorprendentemente, los síntomas depresivos de padres y conflicto marital han sido examinados tradicionalmente separadamente.

En una investigación que se llevó a cabo en Ciudad Vieja y Barrio Sur, en Montevideo, y en el pueblo de Colonia de Sacramento, abarcó a 115 niños entre las edades de 5 y 15 años. En la cual el objetivo fue explorar algunos de los factores de riesgo demográficos que se asocian con la presencia de problemas conductuales o emocionales en los niños. De acuerdo con los resultados obtenidos se argumenta que los problemas emocionales en los padres mostraron una relación directa significativa con la presencia de dificultades conductuales o emocionales en el hijo. La salud mental de los adultos también mostró diferencias en función del sexo. Entre los padres, la autopercepción de tener problemas emocionales y, entre las madres, la de sentirse desmoralizadas, se asociaron con mayores problemas conductuales o emocionales en el hijo. Además de las circunstancias que rodean al niño en su entorno familiar, otros factores adversos en la comunidad también pueden afectarlo. La pobreza, el hacinamiento y el alojamiento en una vivienda subsidiada. (Kohn, 2001)

En la actualidad no se presenta un único modelo familiar debido a una serie de cambios en las relaciones de pareja, reflejándose en el incremento de familias con estructura monoparental ya que han sido considerada por excelencia como la antítesis de la familia convencional y, por tanto, perjudicial para el adecuado desarrollo y crianza de los hijos. La cual en principio se definía a la familia monoparental como la compuesta

por uno de los miembros de la pareja y la descendencia de ambos (Iglesias Ussel, 1988). Esta definición hace referencia exclusivamente a las familias monoparentales originadas por la ruptura de la pareja, dejando a un lado otras formas de familia de carácter monoparental derivadas de la decisión libre de la maternidad en la soltería o de la adopción individual.

Este tipo de familias presentan unas características específicas en primer lugar mayoría de las familias monoparentales están encabezadas por las mujeres, estableciéndose así una primera distinción entre familias “monomaternales” y familias donde se convive con el padre. En segundo lugar, este tipo de familias presentan necesidades económicas, siendo mayores en las familias monomaternales dada la feminización de la pobreza (Proyecto IONE, 2000). Esto no significa que las familias monoparentales, aun teniendo mayores dificultades, no puedan hacer frente a las obligaciones familiares (transmisora de valores, socialización, alimentación, higiene, vivienda familiar, recursos educativos en la familia, etc.), del mismo modo que lo hacen las familias que disponen del modelo paterno y materno. Jiménez Tallón. (1999). (Hernández, M. & Ortega, P. 2004)

Por tanto se ha construido una percepción en cuanto a este tipo de familias monoparentales a las cuales se les atribuye la imposibilidad de cumplir con la formación de los hijos de manera educada socialmente, ya que culturalmente se ha asumido el trabajo de la crianza de los hijos debe ser con la presencia tanto del modelo paterno como materno. En este caso, este tipo de familias deben asumir las responsabilidades en su totalidad de tipo económico, educativo, afectivo y social.

Así mismo, el sentimiento de culpa o de fracaso ya no es compartido, sino que recae en un único progenitor siendo más difícil de sobrellevar. No obstante, las relaciones entre padres e hijos presentan peculiaridades en función del tipo de familia

monoparental, considerándose más perjudiciales para el niño las derivadas de la ruptura matrimonial. Considerándose un generador de estrés dentro del ambiente familiar interfiriendo directamente en la calidad de las relaciones entre los miembros que la conforman. (Hernández, M. & Ortega, P. 2004)

Como lo plantea Hernández, M. & Ortega, P. (2004) Respecto a la educación que el niño recibe en estas familias, existe la idea generalizada de que es inadecuada para su desarrollo. Como afirma Gaviria (1988) “este deterioro de la estructura tiene un fuerte efecto en la socialización del niño, debido a las carencias de tipo afectivo, de modelos de orientación y control que implica la falta de uno de los padres”. Sin embargo, tal afirmación nos parece cuando menos arriesgada, por no decir imprudente. La monoparentalidad exige una serie de modificaciones tanto en el progenitor que custodia y tutela a los hijos como en éstos, pero ello no significa que estas personas no sean capaces de hacer frente a estas situaciones y mantener unas relaciones respetuosas con sus hijos, de amor y disciplina, en las que el niño se forme saludablemente. No en todas las familias monoparentales las madres se encuentran incapaces de asegurar el cumplimiento de las normas, ni sucumben fácilmente ante los deseos de sus hijos en los procesos de negociación familiar, ni son excesivamente sobreprotectoras o permisivas. (Hernández, M. & Ortega, P. 2004)

Sin embargo no se separa la idea de que estos mismos factores no se presenten al interior de una familia conformada por los dos progenitores, ya que se tienen en cuenta características personales de sus integrantes, que ejercen gran influencia en la formación de los hijos. Por ello, se considera necesario ahondar más en el conocimiento de las dinámicas familiares y cómo influyen éstas en el proceso de maduración de los niños, pero difícilmente podemos seguir sosteniendo que la estructura familiar (ausencia del

padre o de la madre) es la principal responsable de la delincuencia juvenil y de la violencia en las escuelas.

En el contexto educativo se manifiestan una serie de comportamientos externalizados los cuales son percibidos por padres, docentes y pares. Estos perturban el ambiente y sus relaciones interpersonales ya que en algunos casos son comportamientos negativos o agresivos que afectan la convivencia del entorno familiar, educativo y social; por tanto se considera importante abordar esta problemática y esta manera dar a conocer los factores psicosociales que se asocian a este tipo de trastornos de la conducta.

En recientes investigaciones se afirma que “las consecuencias de estos comportamientos externalizados, o disruptivos, pueden tener efectos devastadores sobre el niño, sus familias, sus profesores, y la sociedad en total (Gardner y Sala, 2000; Kazdin, 1987)”. (Maughan, D & Colds 2005).

Datos obtenidos recientemente afirman que una de las variables a considerar en este tipo de población son las características del tipo de hogar al que pertenecen, ya que los niños con comportamientos disruptivos tienden a venir de familias caracterizadas por la tensión considerable (Short & Brokaw, 1994). Cambios de estructura familiar (Fergusson & Lynskey. 1993). Y prácticas incoherentes y sumamente punitivas disciplinarias. (Short & Brokaw. 1994). Citados por (Maughan, D & Colds, 2005).

Además es relevante que tanto docentes como padres de familia adquieran conocimientos sobre este fenómeno para que de este modo puedan abordar los comportamientos perturbadores con responsabilidad que estos merecen.

En la investigación de la problemática en salud mental infantil debe considerarse que confluyen diferentes perspectivas acerca de la infancia. Desde la perspectiva demográfica, se entiende por infancia el conjunto de población de un territorio que se

halla comprendida en un intervalo convencional de edad. Desde la perspectiva del desarrollo se entiende por infancia, el conjunto de sujetos que comparten ciertas características psicosociobiológicas con mayor o menor énfasis en algunas de ellas. En este caso la edad cronológica es considerada un referente, pero no un organizador preciso de una periodización en supuestas etapas naturales. Casas (1998). Citado por (Ministerio de salud de la nación, 2007)

Considerando las dimensiones señaladas anteriormente puede pensarse que la niñez es una categoría socialmente construida en la que se conjugan diversas dimensiones: la variabilidad cultural, la desigualdad social y el género.

“Un mayor conocimiento de dichos factores tiene un importante interés tanto teórico como aplicado, ya que puede ayudar a explicar la *baja intensidad* de acción que a menudo se observa para superar problemas que afectan a muchos niños y niñas de nuestro tiempo, a pesar de tratarse de cuestiones de *amplio consenso* en cuanto a la necesidad de encontrar soluciones” (Casas, 1998, p 40).

La OMS (2001) ha documentado que el desarrollo humano depende de la salud positiva de las comunidades, principalmente en lo que atañe a cuestiones asociadas con la salud mental. Las poblaciones en condiciones sociales y económicas adversas son las que están expuestas a mayores riesgos. Precisamente los niños constituyen un grupo poblacional particularmente vulnerable a los cambios en el contexto socioeconómico y al impacto de acontecimientos significativos sobre la calidad y los estilos de vida de su entorno familiar y comunitario. (Ministerio de salud de la nación 2007)

La identificación de niños en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial, facilita la organización de los servicios de atención y la programación de intervenciones preventivas.

Como lo han demostrado recientes investigaciones es elemental identificar este tipo de problemáticas en la infancia y de esta manera abordarlos a tiempo ya que la tendencia es de mal pronóstico. Las conductas disruptivas y agresivas de los niños han sido identificadas como predictores de conductas antisociales, abuso de sustancias en la adolescencia y desórdenes psiquiátricos en la adultez. Estas conductas, llamadas externalizadas han mostrado mayor grado de persistencia que las conductas internalizadas, tales como tristeza, ansiedad, timidez, etc. (De la Barra, F, Toledo, V & Rodríguez, J. 2007)

Así mismo con esta investigación se intenta recopilar información acerca de la población infantil en cuanto a la salud mental se refiere; ya que en la reciente investigación llevada a cabo por el ministerio de protección social sobre la salud mental nacional en el año 2003 se manifiesta la falta de información en este campo y los niños quienes son los protagonistas de esta investigación y son el futuro del país.

Se pretende abordar desde un punto de vista conceptual y hermenéutico el cual comprende un conjunto de estrategias clínicas y de investigación, que estudiando las variaciones del desarrollo normal y patológico, pretenden contestar a las cuestiones planteadas por mecanismos y procesos causales, sus formas de comienzo y expresión clínica su evolución y curso. Conde, V.& Ballesteros, M. (1998).

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro de la línea de investigación salud y calidad de vida; fundamentada en el área del conocimiento de la Psicología de la Salud por lo tanto, centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes

tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. Tiene como objetivo principal ampliar el conocimiento psicológico de las enfermedades y la aplicación de este conocimiento para generar medidas efectivas que modifiquen los hábitos de salud y los estilos de vida de los individuos. (Facultad de psicología de la Universidad San Buenaventura 2001)

Línea que contempla a la Psicología como ciencia tiene un interés en particular por problemas de salud integral, observando la participación del sujeto en los cambios de proceso salud-enfermedad; por lo tanto la psicología de la salud tiene como objetivo aplicar los conocimientos y aspectos psicológicos a los problemas relacionados con el área de la salud, al igual que el diseño y la aplicación de programas de intervención y promoción en cuanto a esta temática. (Flórez, 2000).

Con lo cual se pretende aportar datos acerca de la problemática planteada, en esta población infantil de la localidad de Usaquén. Lo cual facilite el desarrollo o la implementación de estrategias orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los niños en la edad escolar y de esta forma prevenir las consecuencias de estos comportamientos a largo plazo como lo señala un estudio realizado por Agüero, A. (1998), los principales estudios de seguimiento a largo plazo realizados y que hacen una valoración de los factores de riesgo y de protección, que hacen que los trastornos comportamentales en la infancia, prácticamente en la mitad de los casos evolucionen en la edad adulta de forma negativa. Este mismo autor en su estudio concluye que existe una continuidad de los Trastornos de conducta en la infancia hacia la edad adulta en forma de Trastorno antisocial de personalidad, en proporciones que oscilan entre el 33% y el 45 % en poblaciones de varones, y en menores proporciones en mujeres que se encuentran entre el 11 % y el 30 %. Agüero, A. (1998)

De acuerdo a lo planteado anteriormente los problemas de conducta en los infantes requieren mayor atención, conocimiento por parte de maestros y padres, lo cual depende del manejo que se de desde el campo de la psicología dando a conocer e implementando herramientas y estrategias de manejo cuando se presentan esté tipo de conductas. Lo cual contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los niños, procurando la prevención de consecuencias a largo plazo como se mencionó anteriormente.

Es importante tener en cuenta las características de los trastornos de conducta de está manera por medio de la evaluación infantil a través de diversos métodos como la observación, aplicación de pruebas y entrevistas, para así poder identificar la problemática real.

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio se tuvo en cuenta variables como la conducta disocial, características sociodemográficas, género, edad, nivel socioeconómico, tipología familiar y por ultimo el nivel de escolaridad. Las cuales se encuentran definidas conceptual y operacionalmente a continuación:

Conducta disocial: Presenta un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto, clasificado en cuatro grupos: 1) agresivo que causa daño físico; 2) comportamiento no agresivo, sino daño a la propiedad; 3) fraudes o robos y 4) violaciones graves de las normas. Para ser valido el diagnostico deben haber aparecido por lo menos tres comportamientos durante los últimos 12 meses; además debe presentar indicadores de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. (APA 1998)

Por otra parte el trastorno negativista clasifica dentro de los denominados trastornos exteriorizados, considerado como un patrón estable de conducta

oposicionista, irritable y desafiante (Lahey et al., 1997). Se caracteriza por: 1) conductas negativistas y desafiantes, expresadas a través de terquedad y resistencia persistente a las instrucciones; 2) desafío deliberado o persistente, ignorando o discutiendo con los demás sin aceptar su culpa, y 3) hostilidad manifestada mayoritariamente como agresión verbal. Estas conductas características suelen aparecer entre los cinco y nueve años. (Carlson, Tamm y Hogan, 1999; Ledingham, 1999; Luiselli, 2002) Citados por Fernández, A & Muñoz, L (2005)

Características Sociodemográficas: Conjunto de factores que están inmersos en el ambiente familiar, escolar y social y que se relaciona con las experiencias como individuo y como miembro de varios grupos en la sociedad. (Diccionario de pedagogía y psicología, 2002)

Género: Dentro del estudio se contó con participantes del género femenino y masculino, este dato se obtuvo de instrumento lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983)

Edad: Los participantes seleccionados para este estudio estuvieron dentro del rango de edad de los 8 a los 11 años, este dato se obtuvo de instrumento lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983)

Nivel socioeconómico: De acuerdo al lugar de residencia y la denominación o categoría asignada por el gobierno la cual se refleja en la facturación de los servicios públicos, esta información se obtuvo mediante el instrumento lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983)

Tipología Familiar: Se tuvo en cuenta la tipología familiar si es monoparental como la compuesta por uno de los miembros de la pareja y la descendencia de ambos (Iglesias Ussel, 1988) ó biparental la que está conformada por los dos miembros de la

pareja. Se conoció esta información por medio del instrumento lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983)

Nivel de Escolaridad: Grado escolar que cursaba al momento de la investigación se obtuvo la información de cada uno de los participantes por medio del instrumento lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983).

A partir de la revisión teórica llevada a cabo en esta investigación surge como pregunta de investigación ¿cuáles son las características sociodemográficas asociadas al trastorno de conducta disocial en la población infantil de 8 a 11 años de edad pertenecientes al colegio distrital Toberin de Usaquén en Bogotá?

El objetivo general que surgió en el presente estudio fue describir las características sociodemográficas asociadas a la conducta disocial presente en los niños de 8 a 11 años de edad del colegio distrital Toberin de Usaquén en Bogotá.

Finalmente para lograr el objetivo general se plantean una serie de objetivos específicos los cuales buscan describir condiciones sociodemográficas como género, edad, nivel socioeconómico, tipología familiar y nivel de escolaridad que se presentan en la población infantil con problemas de conducta disocial en el colegio distrital Toberin de Usaquén en Bogotá.

Metodología

Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. Tamayo, M (2002)

Según Hernández, Fernández, Baptista, (1991) el estudio descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas que son sometidas a un análisis.

Participantes

La muestra se obtuvo para el estudio fue conformada por un 49% de niñas y un 51% niños (Ver tabla 1) con edades que oscilan entre los 9 a 11 años, con un 38,8% con 9 años, un 32,7% tienen 10 años y el 28,6 de los niños con 11 años. En cuanto a la tipología de hogar el 65,3% pertenecen a hogares biparental y el 34,7% a hogares monoparentales. En el nivel socioeconómico un 4,1% pertenecen a estrato 1, un 30,6% a estrato 2 y con un 65,3% al estrato 3. Por último está el grado de escolaridad con un 51% asisten a cuarto de primaria y el 49% asisten al quinto grado de primaria en el colegio distrital Toberin sede B ubicado en la localidad de Usaquén en la ciudad de Bogotá.

Instrumento

Lista de chequeo de la conducta infantil – Formato para padres y el autoreporte: Se eligió este instrumento ya que permite evaluar los objetivos propuestos en esta investigación, además de ser el más utilizado en el campo de la evaluación infantil ya que cuenta un alto grado de confiabilidad y validez, al igual que abarca el rango de edad que se requiere para tal investigación.

La lista de chequeo de la conducta infantil (The Child Behavior Checklist For Ages 6-11) la cual permite evaluar la presencia de conductas internalizantes y

externalizantes. Dentro de este estudio se tuvieron en cuenta las subescalas que evalúan las conductas externalizantes dentro de las cuales se encuentran hiperactividad, agresividad y delincuencia, siendo este último el tenido en cuenta para desarrollar los resultados de la investigación. El formato empleado para padres consta de 112 ítems los cuales constan de tres opciones de respuesta como: 0 = no es cierto, 1 = algunas veces es cierto y 2 = muy cierto o muy frecuente. La calificación se efectúa mediante la suma de estos ítems correspondientes a la subescala que interesa y posteriormente se transforma en puntaje T, el cual indica un promedio de 70 que supone el rango de normalidad, lo que finalmente revela que si el sujeto puntúa igual o superior presenta un indicador clínico.

Procedimiento

Fase 1: Selección al azar del colegio distrital Toberin sede B para la realización de la investigación por medio del listado de colegios de la localidad de Usaquén.

Fase 2: Recolección de la información mediante la lista de chequeo de conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983). Formato para padres y autoreporte.

Fase 3: procesamiento de la información obtenida mediante un análisis con el programa SPSS para obtener los datos descriptivos.

Fase 4: Análisis de resultados.

Fase 5: Discusión.

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se obtuvieron mediante un análisis con el programa SPSS para obtener los datos descriptivos. En primer lugar se presenta el porcentaje de cada una de las variables tenidas en cuenta dentro de esta investigación como lo son: el género, edad, tipología familiar, el nivel socioeconómico y el grado escolar.

De acuerdo a los puntajes obtenidos por los reportes realizados por los padres de los estudiantes, serán contrastados con los puntajes obtenidos de los autoreportes realizados por los niños.

Análisis Descriptivo por Variables

De acuerdo con los puntajes obtenidos mediante la aplicación del instrumento lista de chequeo de la conducta infantil (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach y Edebrock. 1983) a 49 padres y 49 niños participantes en esta investigación, se presenta a continuación los resultados de dicha aplicación.

Variable genero

Tabla 1
Descripción de la variable género

<i>Genero</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
FEMENINO	24	49,0	49,0	49,0
MASCULINO	25	51,0	51,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

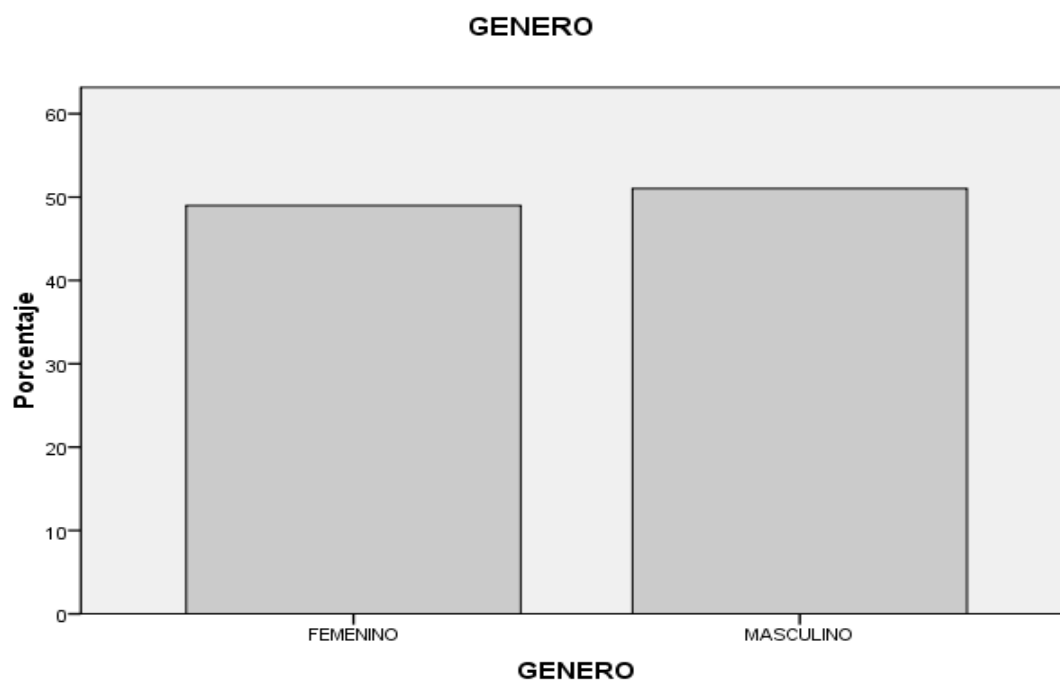


Figura 1: Distribución del porcentaje de la variable género

Según la tabla 1, la variable género se distribuyó de la siguiente manera con 24 niñas y 25 niños lo que equivale a un 49% y 51% respectivamente. (Ver figura 1)

Variable edad

Tabla 2
Descripción de la variable edad

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
10 años	16	32,7	32,7	32,7
11 años	14	28,6	28,6	61,2
9 años	19	38,8	38,8	100,0
Total	49	100,0	100,0	

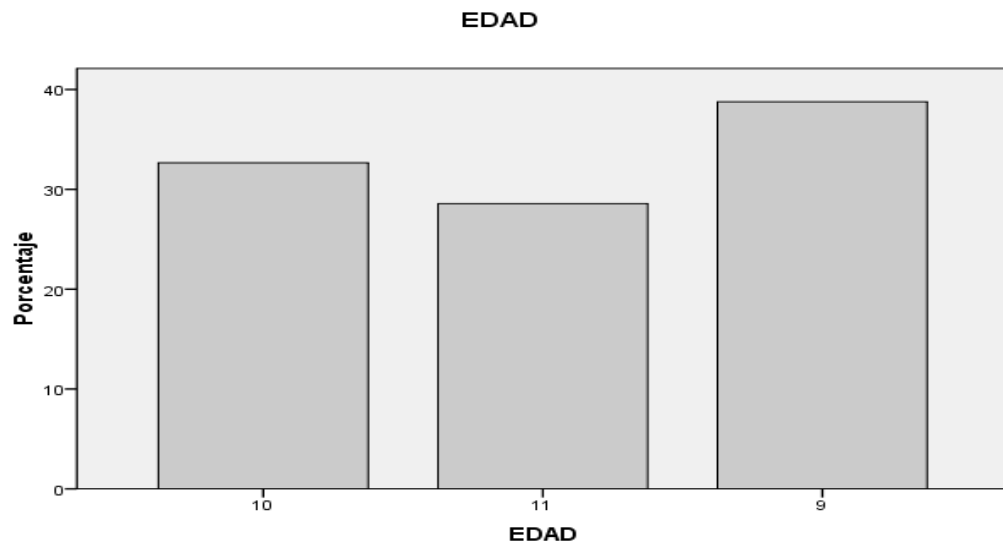


Figura 2: Distribución del porcentaje de la variable edad

En la tabla 2, en cuanto lo que respecta a la variable edad se manejaron edades entre los 9 años siendo el más alto con un 38,8%, 10 años el 32,7% y 11 años equivalentes a un 28,6%. (Ver figura 2)

Variable tipología familiar

Tabla 3

Descripción de la tipología familiar

<i>Topología familiar</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Biparental	32	65,3	65,3	65,3
Monoparental	17	34,7	34,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

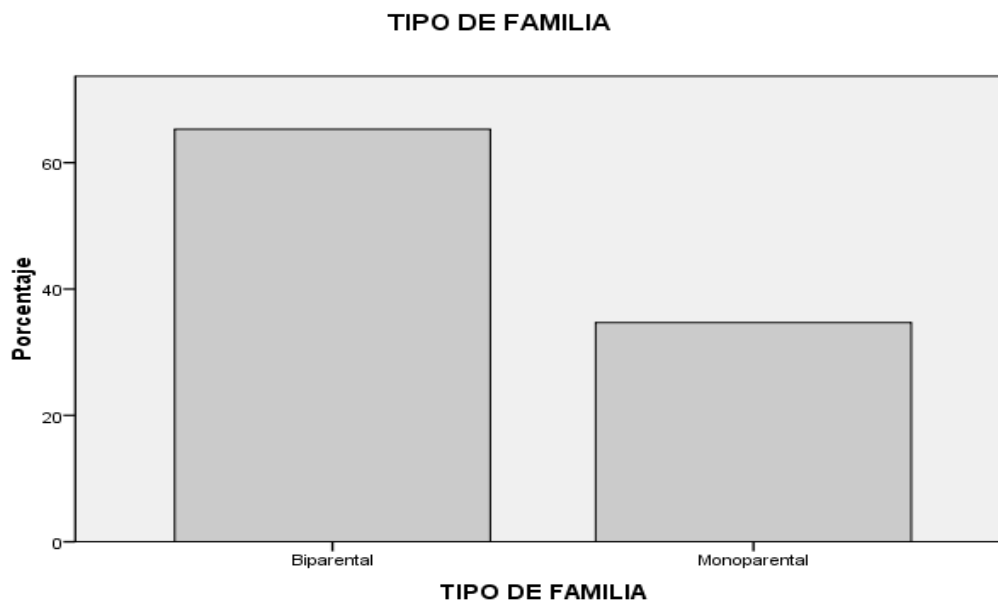


Figura 3: Distribución del porcentaje de la variable tipología familiar.

De acuerdo con la tabla 3, se encontró que un 65,3% de las familias presentan un modelo familiar biparental en donde se cuenta con el modelo paterno y materno y el restante 34,7% son familias monoparentales compuesta por uno de los miembros de la pareja y la descendencia de ambos. (Ver figura 3)

Variable nivel socioeconómico

Tabla 4
Descripción de la variable nivel socioeconómico

<i>Nivel socioeconómico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1	2	4,1	4,1	4,1
2	15	30,6	30,6	34,7
3	32	65,3	65,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

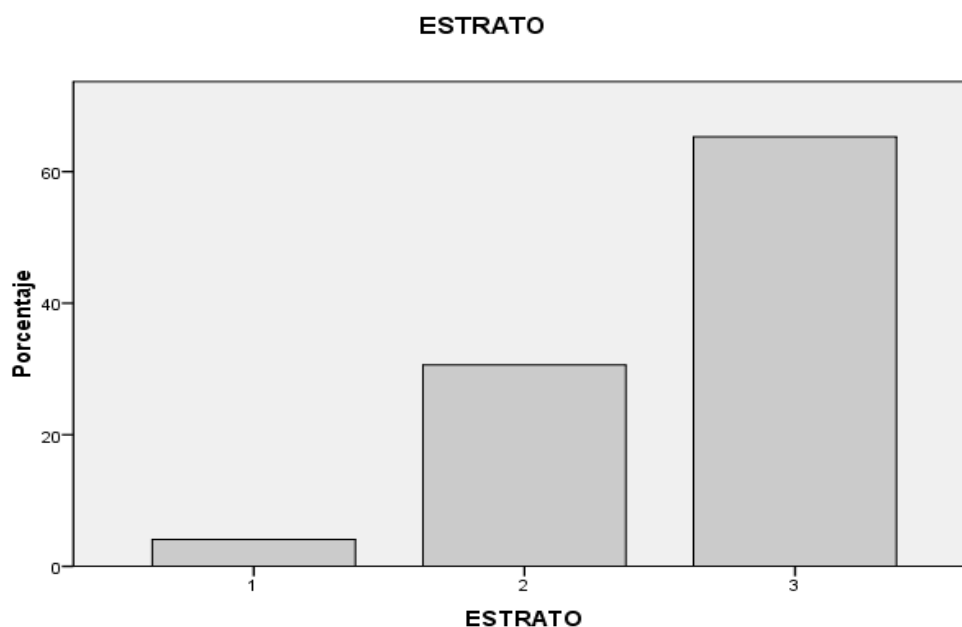


Figura 4: Distribución del porcentaje de la variable nivel socio económico.

Según la tabla 4, se observa la distribución de los niños en cuanto al nivel socioeconómico, en la cual se encontró que 32 de los participantes representan el 65,3% los cuales pertenecen al estrato social 3, 15 niños significando esto el 30,6% al estrato 2 y solamente 2 niños al estrato 1 siendo un 4,1%. (Ver figura 4)

Variable nivel de escolaridad

Tabla 5

Descripción de la variable nivel de escolaridad

<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Cuarto	25	51,0	51,0	51,0
Quinto	24	49,0	49,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

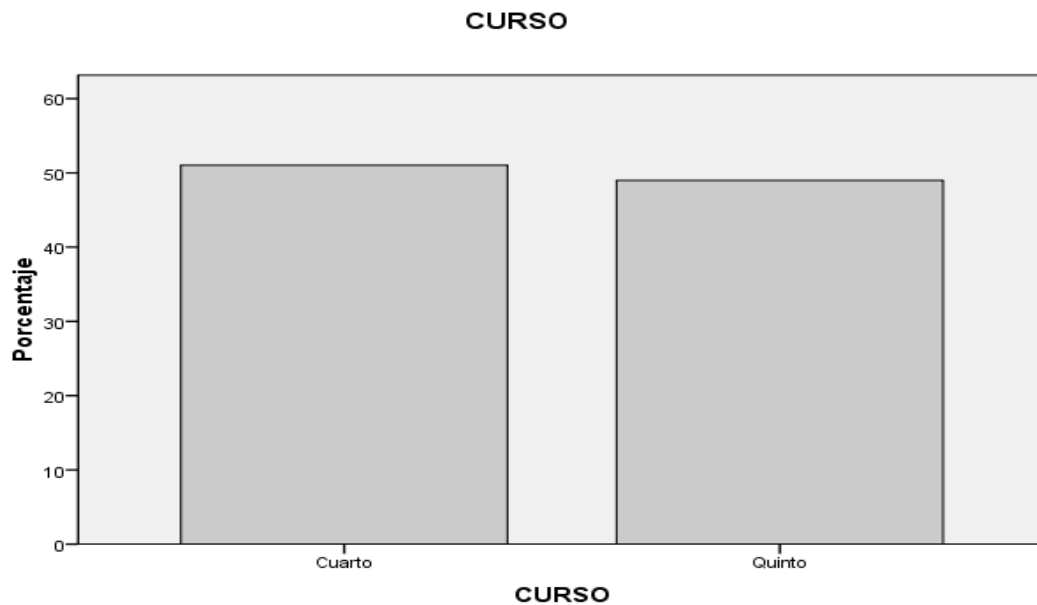


Figura 5: Distribución del porcentaje de la variable nivel de escolaridad

De acuerdo con la tabla 5, se presenta la participación de 25 niños pertenecientes al grado cuarto de primaria equivalente a un 51% y un 49% correspondiente a 24 alumnos de quinto de primaria. (Ver figura 5)

Tabla 6

Porcentaje problemas de conducta disocial reportado por padres

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
DENTRO DEL RANGO NORMAL	42	85,7	85,7	85,7
FUERA DEL RANGO NORMAL	7	14,3	14,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Según la tabla 6, se observan los resultados de la subescala de disocial obtenidos a través de la lista de chequeo de conducta infantil formato para padres (CBCL) de la cual se obtuvo a 7 niños con puntuaciones clínicamente significativas siendo esto equivalente a un 14,3%, mientras que los 49 niños restantes con puntuaciones dentro del rango de normalidad representan el 85,7%.

Tabla 7
Porcentaje problemas de conducta disocial reportado por niños

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
DENTRO DEL RANGO NORMAL	35	71,4	71,4	71,4
FUERA DEL RANGO NORMAL	14	28,6	28,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

En la tabla 7, se encuentran las puntuaciones obtenidas a través de la lista de chequeo de conducta infantil formato Autoreporte (CBCL) en donde se presenta un 28,6% siendo esto un grupo de 14 niños con puntuaciones por encima del percentil 70 lo que representa indicadores clínicamente significativos en cuanto a problemas de conducta disocial, en tanto que el 71,4% presentan puntuaciones por debajo del percentil 70 lo que los ubica dentro del rango de normalidad.

A continuación se describen los resultados obtenidos en cuanto a la variable conducta disocial la cual es objeto de esta investigación, en relación con cada una de las variables contempladas dentro de la misma. Con el fin de identificar como se comporta la variable disocial en función con el género, la edad, la tipología familiar, el nivel socioeconómico y por último con el nivel de escolaridad. Las cuales serán interpretadas a partir de las puntuaciones obtenidas por los padres y por los niños.

Tabla 8

Tabla de contingencia GÉNERO * DISOCIAL - PADRES

GÉNERO		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
FEMENINO	Recuento	22	2	24
	% del total	44,9%	4,1%	49,0%
MASCULINO	Recuento	20	5	25
	% del total	40,8%	10,2%	51,0%
Total	Recuento	42	7	49
	% del total	85,7%	14,3%	100,0%

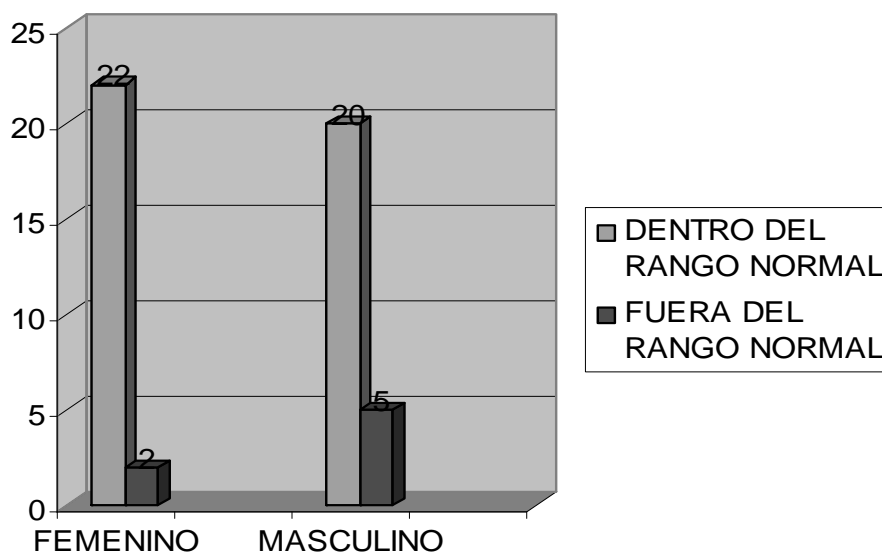


Figura 6: Distribución de la conducta disocial según el género reporte de padres

En la tabla 8, está representada la variable problemas de conducta disocial en relación al género de acuerdo con la puntuación obtenida por CBCL formato para padres, en cuanto al género femenino se encontró que 2 niñas siendo el 4,1% tuvo puntuaciones por encima del percentil 70 lo cual significa que están por fuera del rango de normalidad, mientras que 22 niñas representando un 44,9% restante si están dentro

del rango. Por su parte el género masculino presenta a 5 niños correspondientes a un 10,2% con puntuaciones clínicamente significativas por encima del percentil 70 ubicándolos fuera del rango de normalidad, mientras que 20 de los niños siendo el 40,8% si están dentro del rango. (Ver figura 6)

Tabla 9

Tabla de contingencia GÉNERO * DISOCIAL - NIÑOS

<i>GÉNERO</i>		<i>DENTRO DEL RANGO NORMAL</i>	<i>FUERA DEL RANGO NORMAL</i>	<i>Total</i>
FEMENINO	Recuento	21	3	24
	% del total	42,9%	6,1%	49,0%
MASCULINO	Recuento	14	11	25
	% del total	28,6%	22,4%	51,0%
Total	Recuento	35	14	49
	% del total	71,4%	28,6%	100,0%

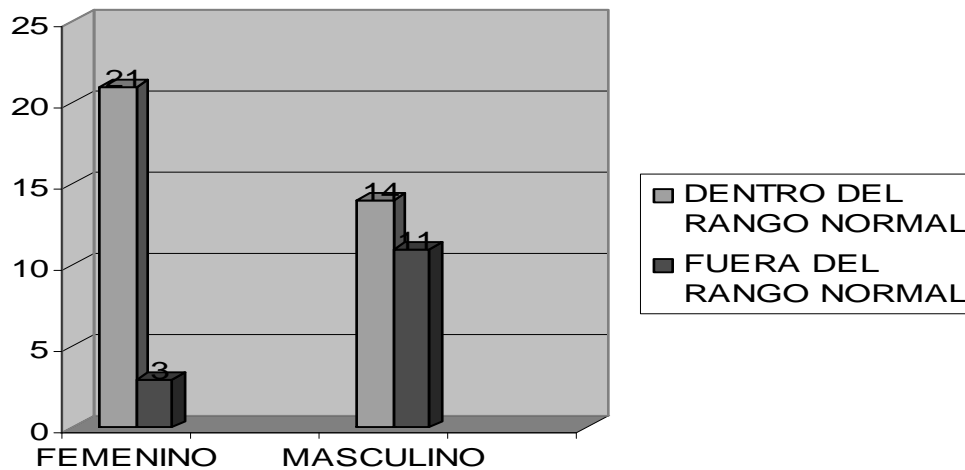


Figura 7: Distribución de la conducta disocial según el género reporte de niños

Según la tabla 9, la cual surge de las puntuaciones obtenidas por al CBCL formato Autoreporte, las cuales presentan los resultados de la variable género en

función de los problemas de conducta disocial en donde 6,1% del género femenino se encuentra con puntuaciones clínicamente significativas lo que significa que se encuentran fuera del rango de normalidad, mientras que el 42,9% se encuentran dentro del rango. Por su parte el género masculino presenta un 22,4% con puntuaciones clínicamente significativas ubicadas por encima del percentil 70, mientras que los otros 14 correspondiendo a un 28,6% se encuentran con puntuaciones que los ubican dentro del rango de normalidad. (Ver figura 7)

Tabla 10
*Tabla de contingencia EDAD * DISOCIAL - PADRES*

<i>EDAD</i>		<i>DENTRO DEL RANGO NORMAL</i>	<i>FUERA DEL RANGO NORMAL</i>	<i>Total</i>
10	Recuento	14	2	16
	% del total	28,6%	4,1%	32,7%
11	Recuento	13	1	14
	% del total	26,5%	2,0%	28,6%
9	Recuento	15	4	19
	% del total	30,6%	8,2%	38,8%
Total	Recuento	42	7	49
	% del total	85,7%	14,3%	100,0%

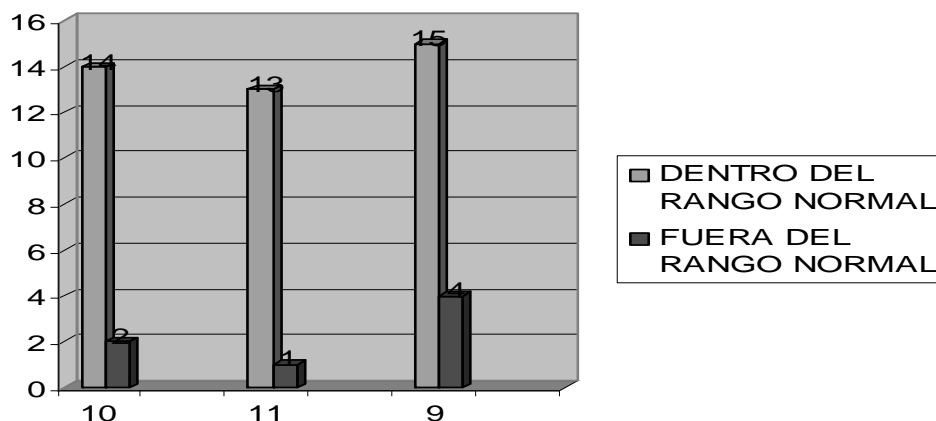


Figura 8: Distribución según la conducta disocial en función de la edad según padres

Según los resultados tenidos en cuenta en la tabla 10, se observan las edades que se trabajaron frente a la subescala de problemas de conducta disocial obtenida a través del CBCL formato para padres, con puntuaciones por encima del percentil 70 en donde se tuvo que la edad de 9 años fue el 8,2%, los de 10 años 4,1% y los de 11 siendo 2.0% los cuales se encuentran fuera del rango de normalidad con puntuaciones clínicamente significativas. Mientras que dentro del rango de normalidad se encuentran los de 9, 10 y 11 con porcentajes de 30,6%, 28,6% y por ultimo 26,5% respectivamente. (Ver figura8)

Tabla 11
Tabla de contingencia EDAD * DISOCIAL - NIÑOS

EDAD		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
10	Recuento	13	3	16
	% del total	26,5%	6,1%	32,7%
11	Recuento	11	3	14
	% del total	22,4%	6,1%	28,6%
9	Recuento	11	8	19
	% del total	22,4%	16,3%	38,8%
Total	Recuento	35	14	49
	% del total	71,4%	28,6%	100,0%

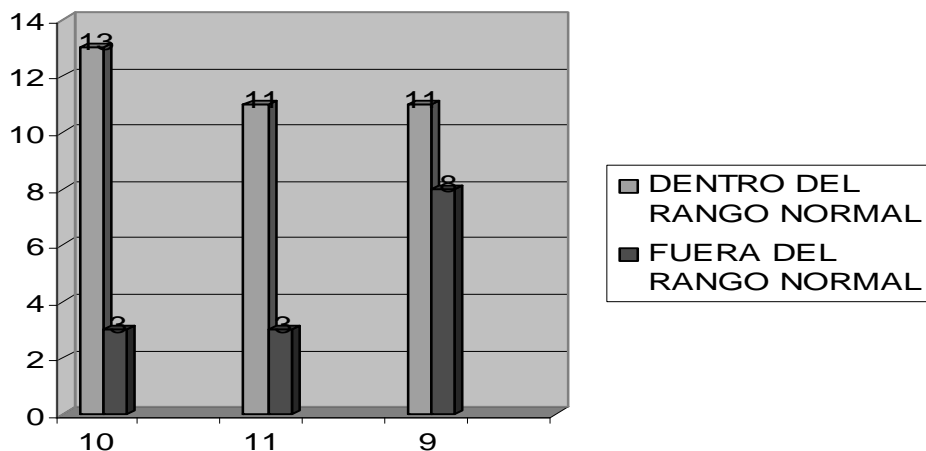


Figura 9: Distribución según la edad según las puntuaciones de los niños.

En la tabla 11, se encuentran los resultados a partir de las puntuaciones obtenidas por los niños por medio de CBCL autoreporte, en el cual se obtuvo que los 2 grupos de niños de 10 y 11 años representan cada uno el 6,1% con puntuaciones clínicamente significativas por encima del percentil 70, de igual manera los de 9 años correspondiente al 16,3%. Con estas mismas edades de 9,10 y 11 años se encuentran dentro del rango de normalidad en un 22,4%, 22,4% y 26,5% respectivamente. (Ver figura 9).

Tabla 12

Tabla de contingencia CURSO * DISOCIAL - PADRES

CURSO		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
Cuarto	Recuento	20	5	25
	% del total	40,8%	10,2%	51,0%
Quinto	Recuento	22	2	24
	% del total	44,9%	4,1%	49,0%
Total	Recuento	42	7	49
	% del total	85,7%	14,3%	100,0%

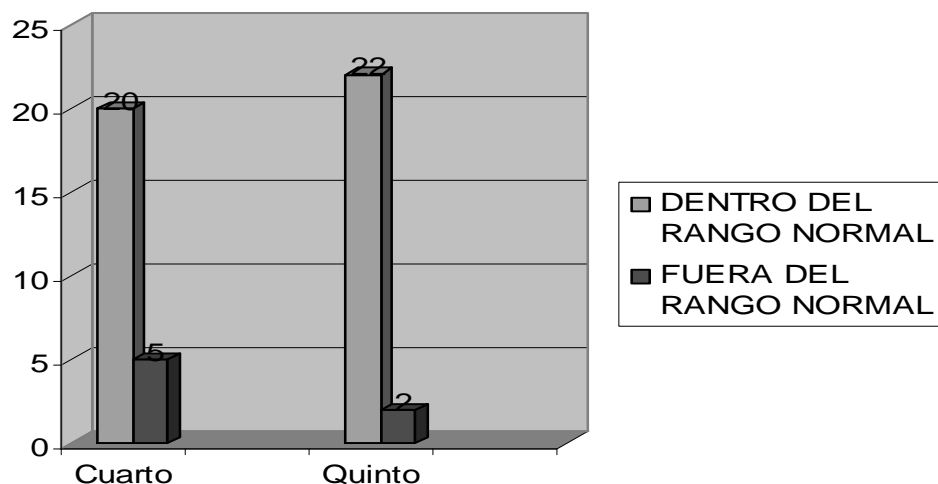


Figura 10: Distribución dentro de los rangos de normalidad en relación con el grado escolar según padres

En la tabla 12, se encuentra la relación entre el nivel de escolaridad y la subescala de problemas de conducta disocial como resultado de CBCL formato para padres presentándose de la siguiente manera: fuera del rango de normalidad con 10,2% y 4,1% correspondientes a los grados cuarto y quinto de primaria respectivamente. Mientras que el 40,8% y el 44,9% correspondientes a los grados cuarto y quinto respectivamente encontrándose dentro del rango de normalidad. (Ver figura 10)

Tabla 13

Tabla de contingencia CURSO * DISOCIAL - NIÑOS

CURSO		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
Cuarto	Recuento	17	8	25
	% del total	34,7%	16,3%	51,0%
Quinto	Recuento	18	6	24
	% del total	36,7%	12,2%	49,0%
Total	Recuento	35	14	49
	% del total	71,4%	28,6%	100,0%

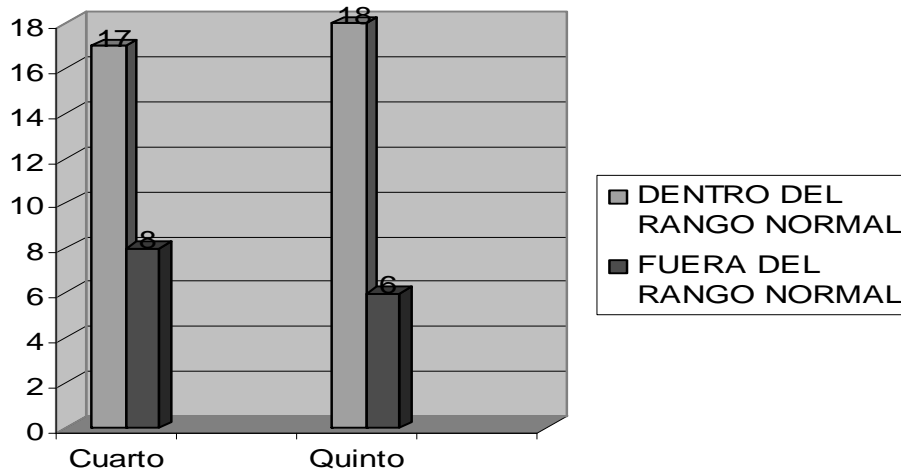


Figura 11: Distribución dentro de los rangos de normalidad en relación con el grado escolar según niños

En la tabla 13, se observan las puntuaciones obtenidas a partir de CBCL formato para niños, las cuales indican puntuaciones clínicamente significativas que corresponden a un 16,3% al grado cuarto y un 12,2% al grado quinto. Mientras que el 34,7% y 36,7% correspondientes al grado cuarto y quinto de primaria se encuentran por debajo del percentil 70 lo que significa que se encuentra dentro del rango de normalidad. (Ver figura11)

Tabla 14

Tabla de contingencia TIPO DE FAMILIA * DISOCIAL - PADRES

TIPO DE FAMILIA		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
Biparental	Recuento	29	3	32
	% del total	59,2%	6,1%	65,3%
Monoparental	Recuento	13	4	17
	% del total	26,5%	8,2%	34,7%
Total	Recuento	42	7	49
	% del total	85,7%	14,3%	100,0%

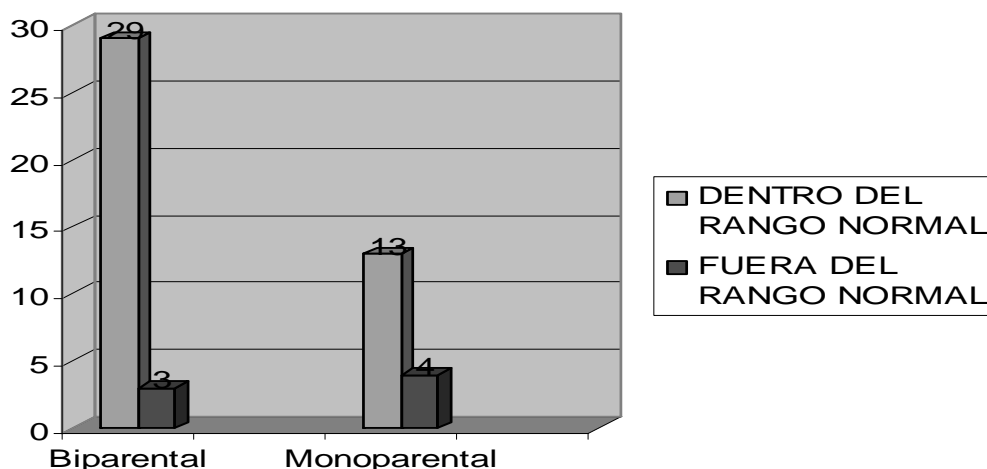


Figura 12: Distribución según la tipología familiar de acuerdo a la puntuación de los padres.

Según la tabla 14, de los niños que presentan puntuaciones clínicamente significativas el 8,2% de los niños tienen una estructura familiar monoparental, en tanto que el 6,1% pertenecen a hogares biparentales. Mientras que los que se encuentran dentro del rango de normalidad son el 59,2% y el 26,5% correspondiendo a tipo de hogar biparental y monoparental respectivamente, esto a partir de las puntuaciones obtenidas por los padres. (Ver figura 12)

Tabla 15:

*Tabla de contingencia TIPO DE FAMILIA * DISOCIAL - NIÑOS*

TIPO DE FAMILIA		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
Biparental	Recuento	22	10	32
	% del total	44,9%	20,4%	65,3%
Monoparental	Recuento	13	4	17
	% del total	26,5%	8,2%	34,7%
Total	Recuento	35	14	49
	% del total	71,4%	28,6%	100,0%

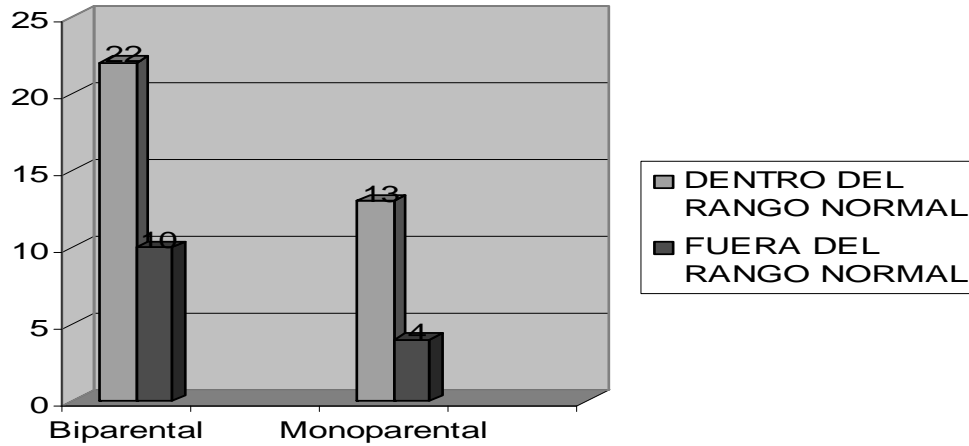


Figura 13: Distribución según la tipología familiar de acuerdo a la puntuación de los niños.

La tabla 15, presenta los resultados desde las puntuaciones obtenidas por el CBCL autoreporte, el 20,4% pertenecen a una familia biparental, el 8,2% a un hogar monoparental los cuales presentan puntuaciones clínicamente significativas. Mientras que el 44,9% y el 26,5% pertenecen a hogares biparentales y monoparentales respectivamente, ubicándose dentro del rango de normalidad. (Ver figura 13)

Tabla 16

Tabla de contingencia ESTRATO * DISOCIAL - PADRES

ESTRATO		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
1	Recuento	2	0	2
	% del total	4,1%	,0%	4,1%
2	Recuento	13	2	15
	% del total	26,5%	4,1%	30,6%
3	Recuento	27	5	32
	% del total	55,1%	10,2%	65,3%
Total	Recuento	42	7	49
	% del total	85,7%	14,3%	100,0%

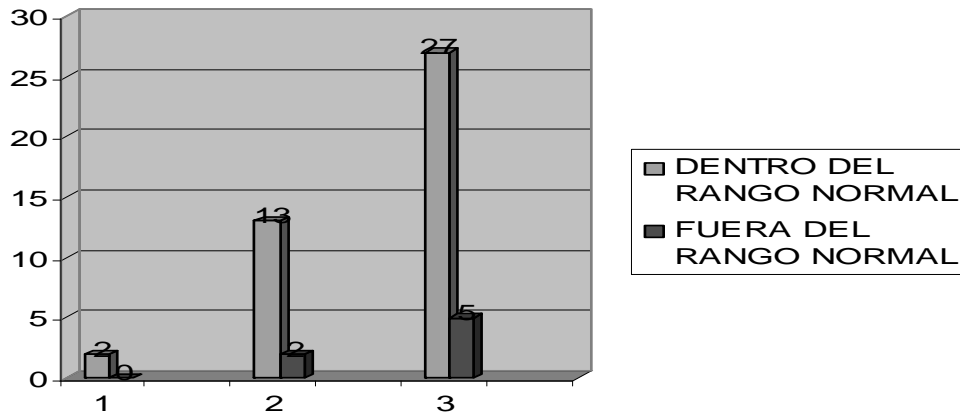


Figura 14: Distribución de normalidad según el nivel socioeconómico según padres

La tabla 16, presenta las puntuaciones de los padres en cuanto al estrato en proporción con los problemas de conducta disocial, fuera del rango de normalidad se encuentran el estrato 1, 2 y 3 representados con un .0%, 4,1% y 10,2% respectivamente. Mientras que el 4,1%, 26,5% y 55,1% respectivamente se encuentran dentro del rango de normalidad. (Ver figura 14)

Tabla 17
Tabla de contingencia ESTRATO * DISOCIAL - NIÑO

ESTRATO		DENTRO DEL RANGO NORMAL	FUERA DEL RANGO NORMAL	Total
1	Recuento	2	0	2
	% del total	4,1%	,0%	4,1%
2	Recuento	10	5	15
	% del total	20,4%	10,2%	30,6%
3	Recuento	23	9	32
	% del total	46,9%	18,4%	65,3%
Total	Recuento	35	14	49
	% del total	71,4%	28,6%	100,0%

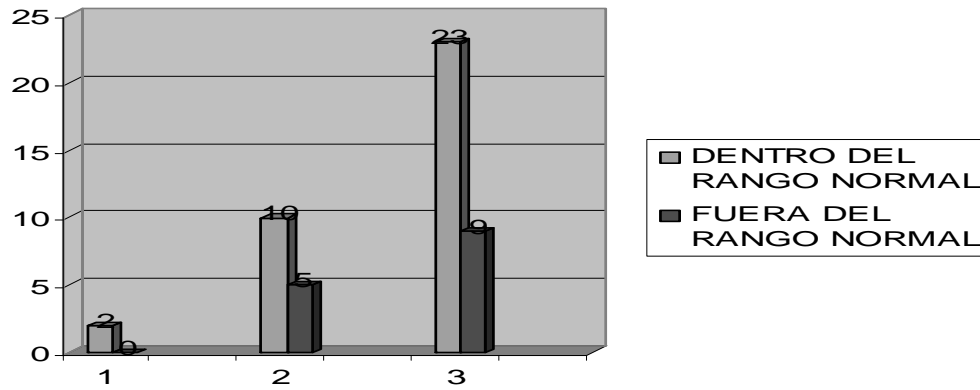


Figura 15: Distribución normalidad según el nivel socioeconómico

En la tabla 17, se presentan los resultados obtenidos en cuanto al nivel socioeconómico y problemas de conducta disocial, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas por los niños. Los estratos 1, 2 y 3 representados así mismo con un .0%, 10,2% y 18,4% los cuales presentan puntuaciones fuera del rango de normalidad. Mientras que dentro del rango de normalidad se encuentran los estratos 1,2, y3 con un 4,1%, 20,4% y 46,9% respectivamente. (Ver figura 15)

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas asociadas a la conducta disocial presentes en los niños de 8 a 11 años de edad asistentes al colegio distrital toberin de Usaquén en Bogotá.

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro de la línea de investigación salud y calidad de vida la cual tiene como objetivo principal ampliar el conocimiento psicológico de las enfermedades y la aplicación de este conocimiento, a los problemas relacionados con el área de la salud, al igual que el diseño y la aplicación de programas de intervención y promoción en cuanto a esta temática. (Flórez, 2000)

Teniendo en cuenta que los trastornos de conducta es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la niñez, debido a factores familiares como la puede ser la estructura familiar, los padres como modelos de conducta ya sean apropiados o no, el contexto social en el que están inmersos. Los cuales influyen de manera considerable en el desarrollo de habilidades sociales, académicas, capacidades cognitivas e incluso a que aprenden reglas y conceptos sociales.

La cual abarca un rango de edad de seis a los once años, en el caso de los niños logran una mayor capacidad para correr, al igual que en otras destrezas motrices. Su juego cuenta con fuertes componentes físicos, aunque también se hace más cognoscitivo. (Papalia, 1999).

De acuerdo con este mismo autor, durante esta etapa suele presentarse el juego rudo y vigoroso que incluye lucha, golpes y persecuciones. Además parece existir una función social, pues los niños suelen elegir a amigos cercanos para forcejear con ellos quizá porque confían en que no se tornarán agresivos durante el juego.

Tal vez por ser el juego rudo una de las características de esta etapa de la niñez y a su vez la falta de conocimiento por parte de padres y maestros en cuanto a estrategias

frente al manejo de los comportamientos que son causa de malestar en el ambiente familiar y escolar.

Dentro de la investigación se observó que de los 49 participantes con los que se contó el 28,6% de ellos presentaron puntuaciones clínicamente significativas en cuanto a los problemas de conducta disocial, mientras que el 71,4% restante presentó puntuaciones dentro del rango de normalidad. Cabe destacar que es un porcentaje relativamente alto de acuerdo con lo que se planteó por Vásquez, (2006) quien afirma que del 5- 15 % de los niños en edad escolar cursan con trastorno desafiante oposicional.

Edad en la que se pueden manifestar e identificar los síntomas debido al ambiente escolar, ya que la cantidad de tiempo en este ambiente es mayor y por consiguiente los síntomas suelen agudizarse notándose claramente en la calidad de las relaciones con sus pares, convirtiéndose en un indicador más, al igual la relación que el niño desarrolle con las figuras de autoridad en este caso con los docentes de la institución escolar.

Durante este periodo de tiempo, el niño es “escolar” en el más amplio sentido del término, definido más por la escuela que por las relaciones familiares. La importancia de la escuela va a ser decisiva, hasta tal punto, que, como señala Rey Ardid, no hay institución ni método que pueda semejarla, para conseguir que el niño entre en la adolescencia provisto del bagaje cultural y educacional exigido por nuestro sistema social. (Velilla, J. 1998).

En cuanto a la presencia de la conducta disocial en relación con el género se observó una mayor presencia en los niños que en las niñas ya que de los 14 casos reportados solo 3 eran niñas, esto concuerda con la revisión realizada por Lahey, Millar, Gordon y Riley (1999), la prevaecía del trastorno negativista, entre el 0.3 y el 22 por

100 (media del 3.2 por 100); los trastornos exteriorizados parecen ser los problemas de comportamiento más frecuentemente remitidos y diagnosticados por los profesionales de la salud mental infantil y juvenil. Estos trastornos son más frecuentes en varones que en las mujeres (Lahey et al., 1999).

También concuerda las conclusiones hechas por Agüero, A. (1998) quien afirma que existe una continuidad de los Trastornos de conducta en la infancia hacia la edad adulta en forma de Trastorno antisocial de personalidad, en proporciones que oscilan entre el 33% y el 45 % en poblaciones de varones, y en menores proporciones en mujeres que se encuentran entre el 11 % y el 30 %. Esto puede ser a la forma en como se manifiestan las conductas en los niños ya que las conductas agresivas que se presenten son aprobadas, justificadas y atribuidas al rol que supone debe desempeñar en la cultura en la que se desenvuelve. Mientras que las niñas se encuentran influenciadas por el entorno familiar y social que a su vez moldean su conducta de acuerdo a lo que se espera socialmente del género femenino un ejemplo es la delicadeza como sinónimo de femineidad, mientras que a los hombres se les permite el juego rudo como sinónimo de hombría; lo que se puede considerar como un factor que influye en la manera en como se presentan las conductas disociales, más que en la presencia o ausencia de dichas conductas.

En cuanto al caso del trastorno negativista, parece que ambos sexos muestran conductas perturbadoras similares, aunque los varones las presentan de forma más persistente y conflictiva; con respecto a la edad las conductas características del trastorno suelen aparecer entre los 5 y 9 años. (Fernández, A. & Muñoz, L. 2005)

En cuanto a la edad según los datos obtenidos en esta investigación los padres reportan 7 casos con puntuaciones clínicamente significativas distribuidos de la siguiente manera 4 de 9 años, 2 de 10 años y solo 1 caso de 11 años; mientras que los niños reportan 14

casos con puntuaciones fuera del rango de normalidad distribuidos de la siguiente manera 8 casos de 9 años, 3 casos de 10 y otros 3 casos de 11 años. Siendo en las dos medidas los nueve años la edad en que más presenta la conducta disocial. Como lo plantea Vásquez, (2006) Aunque puede aparecer desde los 3 años de edad, lo más común es que comience hacia los 8 años. Edad en la cual el niño se encuentra con una serie de situaciones nuevas que corresponden al ámbito escolar. Como lo afirma en este sentido (Velilla, J. 1998) la gran importancia psicosociológica de la escuela, radica en que no solo transmite conocimientos si no que también valores. La escuela institucionaliza dos necesidades básicas de la sociedad: la transmisión de la cultura y la formación de la personalidad social, ya que uno de sus aspectos mas importantes es el perfeccionamiento de las relaciones sociales en donde supone debe aprender a perfeccionar nuevas conductas que le posibiliten cooperar con sus iguales, y obedecer en el ámbito escolar las indicaciones de otros adultos que no son sus padres. Tal vez en este sentido se justifique que en los primeros se presente con mayor frecuencia los problemas de conducta disocial, esto sucede mientras como lo afirma el autor van perfeccionando su manera de relacionarse con sus iguales y el reconocimiento de otras figuras de autoridad diferentes a sus padres.

Otro dato a tener en cuenta y que puede apoyar lo planteado por (Fernández, A. & Muñoz, L. 2005) que el inicio de los problemas se da entre los 5 y los 9 años de edad, presentándose en esta investigación en los resultados con respecto al nivel de escolaridad en donde se presentaron 5 casos en el grado cuarto de primaria y solo dos casos en el grado quinto de primarias. Esto se puede relacionar con la transición en la que se encuentra a nivel cognoscitivo, ya que en el desarrollo se van alcanzando cambios a nivel social ya que las relaciones cambian de manera considerable con los pares y con la autoridad ya sea en el contexto familiar o educativo. La cognición social

se vuelve un determinante cada vez más importante de su conducta. Es en la niñez media cuando se aprende a manejar algunas de las complejidades de la amistad y la justicia, reglas y costumbres sociales, convenciones sexuales, obediencia a la autoridad y las leyes morales. Los niños comienzan a observar el mundo social entorno y poco a poco llegan a entender los principios de las reglas que lo gobiernan. (Ross, 1981) citado por Craig J (1997). Los niños a medida que su capacidad de pensamiento progresa adquieren conceptos como valores y reglas sociales, al igual que su capacidad para pensar hipotéticamente en las posibles consecuencias de sus comportamientos y así regular sus propias conductas.

Aunque al inicio de esta etapa entre los seis y siete años los niños alcanzan la edad de la razón y son capaces de algunas operaciones lógicas, en cierto modo siguen aún obstaculizados por su falta de habilidad para asumir el punto de vista de los demás. Craig, J. (1997).

Por otra parte se continua evidenciando en los resultados las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por los padres y por los niños, pues lo padres tienden a no percibir las conductas de sus hijos como problema sino como comportamientos típicos de la edad. Relacionado con esto (Cova, F. 2005) afirma que un factor para tener en cuenta es la falta de habilidades que tienen lo padres para identificar la problemática ya que el propio conflicto familiar puede limitar la posibilidad de que los miembros de la familia pongan atención a las señales de alteración emocional de los hijos. De este estudio se obtuvo como resultado que el 49% de la muestra presento dos o más factores de adversidad familiar. Una de las correlaciones encontrada fue entre el ambiente familiar global insatisfactorio o malo relacionado significativamente a todos los patrones de comportamientos desadaptativos.

En los resultados del tipo de estructura familiar en los resultados de los padres resultan 3 casos con estructura familiar biparental y otros 3 con estructura monoparental. Mientras que las puntuaciones de los niños fue más alta y arrojó 14 casos de los cuales 10 tienen una estructura familiar biparental y los 4 restantes pertenecen a familias monoparentales. En oposición a estos resultados hay datos obtenidos recientemente en investigaciones las cuales plantean que la estructura familiar monoparental entre otros factores como por ejemplo la dinámica familiar, el nivel de escolaridad de los progenitores o cuidadores, las practicas religiosas y las capacidades económicas de la familia, son considerados como factores de riesgo para el desarrollo de problemas conductuales en los niños. Este punto de vista se sustenta del planteamiento que realiza (Cova, F. 2005) cuando afirma que las investigaciones han mostrado mayor evidencia respecto del impacto de procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de trastornos “externalizados” que “internalizados”.

En cuanto a los factores dentro del contexto social datos obtenidos recientemente afirman que una de las variables a considerar en este tipo de población son las características del tipo de hogar al que pertenecen, ya que los niños con comportamientos disruptivos tienden a venir de familias caracterizadas por la tensión considerable, cambios de estructura familiar y prácticas incoherentes y sumamente punitivas disciplinarias. (Maughan, D & Colds, 2005).

Pues el cambio en la estructura familiar es un generador de estrés para la familia al igual para las relaciones entre sus integrantes, como también lo son las conductas disruptivas que presente el niño, ya que en la mayoría de los casos las madres o padres no tienen el conocimiento para dar manejo a está problemática.

Por otro lado Cova, F. (2005) realizo una investigación cuyo objetivo fue estudiar la relación entre la presencia de condiciones psicosociales adversas en el

ambiente familiar y el desarrollo de comportamientos externalizados e internalizados. De igual forma hace un acercamiento al impacto de condiciones específicas de la vida familiar en la psicopatología. Dentro de estas condiciones contempla la presencia de trastorno mental en los padres; conflicto familiar; la existencia de hogares monoparentales; las características de los estilos parentales de cuidado y supervisión; la hostilidad, maltrato y abuso, entre otros. La mayor relación de la adversidad familiar con la presencia de trastornos externalizados ha sido observada no sólo en estudios con muestras clínicas sino también en estudios de cohorte longitudinales. Pocos factores se ha observado que muestren una relación inversa.

Por ultimo se presentan los resultados en cuanto a los casos de conducta disocial de acuerdo al nivel socioeconómico los datos que se obtuvieron por parte de los padres fueron de 7 casos de los cuales 2 pertenecen al estrato 2; los otros 5 casos al estrato 2 y ningún caso al estrato 1. Mientras que según los resultados de los niños se registraron 14 casos correspondientes a 9 pertenecientes al estrato 3; 5 al estrato 2 y ninguno al estrato 1. Estos datos se muestran contradictorios a lo que se ha establecido en la literatura; esto se puede haber visto alterado por el número de la muestra ya que no es una muestra significativa que permita generalizar los resultados.

De acuerdo a lo que se planteó en la literatura difiere de los resultados obtenidos en la investigación ya que se esperaba que los niños con problemas de conducta disocial se encontrarán en situaciones adversas a nivel social y familiar consideradas como factores de riesgo como lo son las escasas condiciones económicas y el tipo de ambiente familiar en que se desarrollan. Motivo por el cual se considera importante tener en cuenta para próximas investigaciones que el número de la muestra sea más significativo.

Por otra parte se recomienda emplear más instrumentos para realizar el diagnóstico, como la observación directa, entrevista a maestros y entrevista a padres.

Para lo cual se recomienda realizar una socialización del instrumento a los padres, para que tengan conocimiento del manejo adecuado de las conductas que sus hijos presentan y de la importancia que estas tienen para el futuro.

Un elemento importante fue la resistencia de los padres para que sus hijos participaran en la investigación, ya que solo se contó con el 50% de la participación, ya que manifestaban que sus hijos no tenían ningún problema.

Cabe resaltar que la falta de información real acerca de las condiciones sociodemográficas a las que está expuesta la población infantil colombiana y como se relaciona esto con la salud mental de los niños, limita la creación de estrategias que sean realmente eficaces para la prevención de problemas futuros.

REFERENCIAS

Agüero, A. *El trastorno de conducta en la infancia como precursor del trastorno antisocial del adulto. Estudios de seguimiento a medio y largo plazo. Necesidad de programas preventivos.* Psiquiatría.COM [revista electrónica] 1998

Diciembre [citado 1 Ene 1999];2(4):[24 pantallas]. Disponible en: URL:

http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_2.htm

APA (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV – TR)* Barcelona: MASSON S. A.

Ardila, R. (1988) *Síntesis experimental del comportamiento*. Madrid: Ed. Alambra

Bandura, A. (1987) *Pensamiento y acción*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico 7ª edición*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

Cova S., Félix, Maganto M., Carmen y Melipillan A., Roberto. *Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes*.

Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. dic. 2005, vol.43, no.4 [citado 06 Marzo 2008], p.287-296. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227

De la Barra, F, Toledo, V & Rodríguez, J. (2007) *Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos*. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. jan.

2003, vol.41, no.1 [citado 05 Setembro 2007], p.65-76. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9227

Diccionario de pedagogía y psicología (2002) Madrid: editorial cultural S. A.

Facultad de Psicología (2001). *Líneas de investigación*. Universidad de San Buenaventura. Bogotá.

Fernández, A. & Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. Caballo (Ed.). *Manual para la*

evaluación clínica de los trastornos psicológicos. (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación.*

Bogotá: Mc Graw-Hill

Hernández, M. & Ortega, P. (2004) *XXIII seminario interuniversitario de teoría de la educación "familia, educación y sociedad civil" Familias monoparentales y*

conflictividad escolar. Universidad de Murcia. Disponible en la World Wide

Web: <http://www.ucm.es/info/site/docu/23site/a2prados.pdf>

Informe preliminar Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia (2003) *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia:* Disponible en la World

Wide

Web:

www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf

Kohn, R. Levav, I. Alterwain, P. Ruocco, G. Contera M. y Grotta, D. *Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio*

comunitario en el Uruguay . Revista Panamericana de la Salud Pública v.9 n.4

Washington abr. 2001. Disponible en la World Wide Web:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-

[49892001000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Marchand, J. & Hock, E. (2003) *Mothers' and Fathers' Depressive Symptoms and Conflict-Resolution Strategies in the Marriage and Children's Externalizing and*

Internalizing Behaviors. By: Marchand, Jennifer F., Hock, Ellen, *Journal of*

Genetic Psychology, 00221325, Jun2003, Vol. 164, Issue 2. Disponible en la

World Wide Web: <http://moodle.fukl.edu/mod/resource/view.php?id=60682>

- Maughan, D. Elizabeth Christiansen, William R Jenson, Daniel Olympia, Elaine Clark
Behavioral Parent Training as a Treatment for Externalizing Behaviors and Disruptive Behavior Disorders: A Meta-Analysis. School Psychology Review. Bethesda: [online]. 2005. Tomo 34, N° 3; pg. 267, 20 pgs. Disponible en la World Wide Web:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=905477391&sid=6&Fmt=4&clientId=54507&RQT=309&VName=PQD>
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). *Problemáticas De Salud Mental En La Infancia Proyecto De Investigación de Argentina*. Disponible en la World Wide Web: http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/informe_final.pdf
- Ollendick, T & Hersen, M. (1993). *Psicopatología infantil*. Ed Martinez Roca.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1999). *Psicología del desarrollo 7ª edición*. México: Mac Graw Hill.
- Santrock, J, (2006). *Psicología de la educación 2ª edición*. México: Mac Graw Hill.
- Velilla, J. (1998). Psicopatología de la edad escolar. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Vásquez, R. (2006) *Trastorno Desafiante Oposicional (Tdo) Comité De Niños Asociación Colombiana De Psiquiatría*. Disponible en la World Wide Web: www.psiquiatria.org.co/php/docsFTP/122319TOD.pdf

Apéndice

Apéndice A

LISTA DE COMPORTAMIENTOS - FORMATO PARA PADRES

INSTRUCCIONES: Con este cuestionario queremos conocer su punto de vista sobre la conducta de su hijo(a). Por favor responda exactamente lo que usted cree en cada pregunta. Recuerde que su información es estrictamente confidencial.

Nombre del niño (a) _____ Estrato socioeconómico _____

Fecha de nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____ Sexo: Masculino Femenino

Colegio _____ Curso _____ Edad _____

El núcleo familiar está compuesto por: Papá, Mamá e Hijos _____ Mamá e hijos _____ Papá e hijos _____

I. Por favor enumere los deportes más practica su hijo(a). Por ejemplo, fútbol, ciclismo, ping-pong, etc.	Comparado con otros de su edad qué tanto tiempo le dedica a cada deporte			Comparado con otros niños de su edad que tan bien realiza cada deporte		
	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio
Ninguno <input type="checkbox"/>						
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor enumere los juegos, intereses o actividades favoritas de su hijo(a), diferentes de deportes, ver TV u oír radio. Por ejemplo, jugar cartas, pasear, etc.	Comparado con otros niños de su edad qué tanto tiempo le dedica a cada actividad			Comparado con otros niños de su edad que tan bien realiza cada actividad		
	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio
Ninguna <input type="checkbox"/>						
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Por favor enumere cualquier grupo, organización o equipo al cual pertenezca su hijo(a)	Comparado con otros jóvenes de su edad que tan activo es su hijo en cada uno de ellos		
	Menos Activo	Promedio	Más Activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Por favor enumere cualquier trabajo, tarea o responsabilidad que el niño tenga. Por ejemplo, arreglar la casa, cuidar a los hermanos, etc.	Comparado con otros niños de su edad que tan activo es en cada uno de ellos		
	Menos Activo	Promedio	Más Activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Aproximadamente cuántos buenos amigos tiene su hijo(a):

Ninguno Uno Dos o tres Cuatro o más

V. 2. Aproximadamente cuantas veces a la semana realiza actividades con ellos, fuera del colegio

Menos de una vez Una o dos veces Tres o más veces

VI. Comparado con otros niños de su edad que tan bien:	Peor	Casi igual	Mejor
a. Se entiende con sus hermanos o hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se entiende con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realiza actividades de forma independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII 1. Para niños de 6 años y mayores, desempeño académico actual:

Materias	Perdiendo	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
a - Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. 2. Su niño ha repetido un curso

No Si Qué curso y porqué razón _____

VII. 3. Su niño ha tenido problemas académicos u otra clase de problemas en el colegio

No Si Por favor describa _____

Cuándo comenzaron estos problemas _____

Se han terminado estos problemas No Si Cuándo _____

VIII. A continuación hay una lista de características que describen a los jóvenes. Para cada característica que crea describe a su hijo(a) como es ahora, o como ha sido en los últimos seis (6) meses, por favor anote el número que

corresponda al frente de cada frase:

0 = No es cierto

1 = Un poco cierto o a veces

2 = Es verdad o frecuentemente es verdad

1	Se comporta como si fuera menor de lo que es	0	1	2
2	Tiene alergias	0	1	2
3	Discute mucho	0	1	2
4	Tiene asma	0	1	2
5	Se comporta como sí fuera del sexo opuesto	0	1	2
6	Hace sus necesidades fuera del baño	0	1	2
7	Le gusta dárselas y se muestra creído con sus cosas	0	1	2
8	No puede concentrarse ni puede prestar atención por largo rato	0	1	2
9	No puede alejar de su mente ciertos pensamientos	0	1	2
10	No puede permanecer quieto, no descansa, es hiperactivo	0	1	2
11	Es muy dependiente de los adultos	0	1	2
12	Se queja de soledad	0	1	2
13	Se siente confundido o parece estar en las nubes	0	1	2
14	Llora mucho	0	1	2
15	Es cruel con los animales	0	1	2
16	Es malintencionado, obtiene cosas de otros mediante amenazas, hace maldades	0	1	2
17	Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos	0	1	2
18	Deliberadamente se causa daño o ha hecho intentos de suicidio	0	1	2
19	Demanda mucha atención	0	1	2
20	Destruye sus propias cosas	0	1	2
21	Destruye las cosas que le pertenecen a la familia o a otros niños	0	1	2
22	Es desobediente en la casa	0	1	2
23	Es desobediente en el colegio	0	1	2
24	No come bien	0	1	2
25	No se lleva bien con los demás niños	0	1	2
26	No se siente culpable después de hacer algo que incorrecto	0	1	2
27	Se pone celoso fácilmente	0	1	2
28	Come o bebe cosas diferentes a los alimentos (no se incluye dulces)	0	1	2
29	Siente miedo de ciertos animales, situaciones o lugares diferentes	0	1	2
30	Siente miedo de ir al colegio	0	1	2
31	Siente miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2
32	Cree que tiene que ser perfecto	0	1	2
33	Se queja de que nadie lo quiere	0	1	2
34	Siente que los demás lo atacan	0	1	2
35	Se siente inferior y que no vale nada	0	1	2
36	Se lastima frecuentemente y tiene tendencia a tener accidentes	0	1	2
37	Se mete en muchas peleas	0	1	2
38	Lo molestan mucho	0	1	2
39	Se junta con compañeros que se meten en problemas	0	1	2
40	Escucha sonidos o voces que no existen	0	1	2
41	Es impulsivo y actúa sin pensar	0	1	2
42	Le gusta estar solo	0	1	2
43	Dice mentiras o hace trampas	0	1	2
44	Se come las uñas	0	1	2
45	Es nervioso, sensible y tenso	0	1	2
46	Tiene movimientos nerviosos o tics	0	1	2
47	Tiene pesadillas	0	1	2
48	No es popular entre los de su edad	0	1	2
49	Sufre de estreñimiento estomacal	0	1	2
50	Es muy temeroso o ansioso	0	1	2
51	Se siente mareado	0	1	2
52	Se siente muy culpable	0	1	2
53	Come en exceso	0	1	2
54	Parece estar siempre muy cansado	0	1	2
55	Tiene sobrepeso	0	1	2

56	Tiene problemas físicos sin causa médica conocida			
	a. Malestares y dolores	0	1	2
	b. Jaquecas o dolores de cabeza	0	1	2
	c. Náusea o mareos	0	1	2
	d. Rasquiña u otros problemas de la piel	0	1	2
	e. Dolores estomacales o calambres	0	1	2
	f. Vómitos	0	1	2
	g. Problemas con los ojos	0	1	2
57	Ataca físicamente a la gente	0	1	2
58	Se pellizca la nariz, la piel u otras partes del cuerpo	0	1	2
59	Juega con sus partes sexuales en público	0	1	2
60	Juega mucho con sus partes sexuales	0	1	2
61	Su trabajo escolar es pobre	0	1	2
62	Tiene mala coordinación en sus movimientos y es torpe	0	1	2
63	Prefiere jugar con niños mayores	0	1	2
64	Prefiere jugar con niños menores	0	1	2
65	Se niega a hablar	0	1	2
66	Repite algunas acciones una y otra vez.	0	1	2
67	Se escapa de la casa	0	1	2
68	Grita mucho	0	1	2
69	Es muy reservado y guarda cosas para él sólo	0	1	2
70	Ve cosas que no existen	0	1	2
71	Es quisquilloso y se apena fácilmente	0	1	2
72	Prende fuegos	0	1	2
73	Tiene problemas sexuales	0	1	2
74	Hace escenas o payasadas	0	1	2
75	Es tímido o penoso	0	1	2
76	Duerme menos que la mayoría de niños	0	1	2
77	Duerme más que la mayoría de los niños durante el día y/o la noche	0	1	2
78	Juega con los excrementos	0	1	2
79	Tiene problemas de lenguaje	0	1	2
80	Se queda mirando al vacío	0	1	2
81	Roba cosas de la casa	0	1	2
82	Roba cosas de lugares diferentes de la casa	0	1	2
83	Almacena cosas que no necesita	0	1	2
84	Tiene comportamientos extraños	0	1	2
85	Tiene ideas extrañas	0	1	2
86	Es terco, resentido e irritable	0	1	2
87	Tiene cambios repentinos en su estado de ánimo	0	1	2
88	Es muy retraído	0	1	2
89	Es desconfiado	0	1	2
90	Es grosero y utiliza malas palabras	0	1	2
91	Habla acerca de matarse	0	1	2
92	Conversa o camina dormido	0	1	2
93	Habla demasiado	0	1	2
94	Molesta mucho	0	1	2
95	Hace berrinches o se enoja fácilmente	0	1	2
96	Piensa mucho en el sexo	0	1	2
97	Amenaza a la gente	0	1	2
98	Chupa dedo	0	1	2
99	Se preocupa mucho por la limpieza y el orden	0	1	2
100	Tiene problemas para dormirse	0	1	2
101	Se vuela del colegio y falta sin permiso	0	1	2
102	Es poco activo, lento en sus movimientos o le falta energía	0	1	2
103	Se siente triste, infeliz o deprimido	0	1	2
104	Usualmente es ruidoso	0	1	2
105	Utiliza alcohol o drogas sin ser recetadas	0	1	2
106	Realiza actos de vandalismo	0	1	2
107	Se orina en la ropa durante el día	0	1	2
108	Se orina en la cama	0	1	2
109	Es quejumbroso	0	1	2
110	Desea ser del sexo opuesto	0	1	2
111	Se aísla, no le gusta meterse con los demás	0	1	2
112	Se preocupa	0	1	2

GRACIAS!!!

Apéndice B

AUTO-REPORTE ACHENBACH

Nombre _____
 Edad _____ Sexo: Masculino Femenino Curso _____
 Fecha de nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____
 Vives con: Papá _____ Mamá _____ Los dos _____

I. Por favor enumere los deportes que practica con frecuencia. Por ejemplo, fútbol, ciclismo, baloncesto, ping-pong, etc.	Comparado con otros de su edad qué tanto tiempo dedica a cada actividad			Comparado con otros de su edad qué tan bien realiza cada actividad		
	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio	Menos que el Promedio	Promedio	Más que el Promedio
Ninguno <input type="checkbox"/>						
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____						

II. Por favor enumere cualquier grupo, organización o equipo al cual pertenezca	Comparado con otros de su edad que tan activo es en cada uno de ellos		
	Menos Activo	Promedio	Más Activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Por favor enumere cualquier trabajo, tarea o responsabilidad que tenga. Por ejemplo, arreglar la casa, cuidar a los hermanos, etc.	Comparado con otros de su edad que tan activo es en cada uno		
	Menos Activo	Promedio	Más Activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>IV. 1. Aproximadamente cuantos buenos amigos tiene</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos o tres <input type="checkbox"/> Cuatro o más <input type="checkbox"/></p> <p>IV. 2. Aproximadamente cuantas veces a la semana realiza actividades con ellos, fuera del colegio</p> <p>Menos de una vez <input type="checkbox"/> Una o dos veces <input type="checkbox"/> Tres o más veces <input type="checkbox"/></p>
--

V. Comparado con otros de su edad que tan bien:	Peor	Casi igual	Mejor
d. Se entiende con sus hermanos y/o hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se entiende con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Realiza actividades independientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Desempeño académico actual

No voy al colegio

Materias	Perdiendo	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
a - Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. A continuación hay una lista de características que describen a los jóvenes de su edad. Para cada característica que lo (la) describe como es ahora, o como ha sido en los seis (6) últimos meses, por favor marque con una X el número que corresponda al frente de cada frase, de acuerdo con estos valores:

0 = no es cierto

1 = algunas veces es cierto

2 = muy cierto o muy frecuente

1.	Me comporto como si fuera menor de lo que soy	0	1	2
2.	Tengo una alergia	0	1	2
3.	Discuto mucho	0	1	2
4.	Tengo asma	0	1	2
5.	Me comporto como si fuera del sexo opuesto	0	1	2
6.	Me gustan los animales	0	1	2
7.	Me gusta sobresalir	0	1	2
8.	Tengo problemas para concentrarme o para poner atención	0	1	2
9.	No puedo alejar de mi mente ciertos pensamientos	0	1	2
10.	Me cuesta trabajo mantenerme quieto	0	1	2
11.	Dependo mucho de los adultos	0	1	2
12.	Me siento solo	0	1	2
13.	Me siento confundido	0	1	2
14.	Lloro mucho	0	1	2
15.	Soy honesto	0	1	2
16.	Le importo a los demás	0	1	2
17.	Sueño mucho despierto	0	1	2
18.	Deliberadamente trato de herirme o maltratarme	0	1	2
19.	Hago que me pongan atención	0	1	2
20.	Destruyo mis cosas	0	1	2
21.	Destruyo las cosas de los demás	0	1	2
22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2
23.	Soy desobediente en el colegio	0	1	2
24.	No me alimento tan bien como debería	0	1	2
25.	No me llevo bien con los compañeros de mi edad	0	1	2
26.	No me siento culpable después de hacer algo que no debería	0	1	2
27.	Me siento celoso de otras personas	0	1	2
28.	Estoy dispuesto a ayudar a otros cuando lo necesiten	0	1	2
29.	Siento temor de ciertos animales, situaciones o lugares diferentes del colegio	0	1	2
30.	Siento temor de ir al colegio	0	1	2
31.	Siento temor de pensar o hacer algo malo	0	1	2
32.	Creo que tengo que ser perfecto	0	1	2
33.	Siento que nadie me quiere	0	1	2

34.	Siento que los demás buscan atacarme	0	1	2
35.	Me siento inferior o que no valgo nada	0	1	2
36.	Accidentalmente me hago muchas heridas	0	1	2
37.	Me meto en bastantes peleas	0	1	2
38.	Me molestan mucho	0	1	2
39.	Me relaciono con otros que se meten en problemas	0	1	2
40.	Escucho voces y sonidos que no existen	0	1	2
41.	Actúo sin detenerme a pensar	0	1	2
42.	Me gusta estar solo	0	1	2
43.	Digo mentiras o engaño	0	1	2
44.	Me como las uñas	0	1	2
45.	Soy nervioso(a) o tenso(a)	0	1	2
46.	Algunas partes de mi cuerpo tiemblan o tienen movimientos nerviosos	0	1	2
47.	Tengo pesadillas	0	1	2
48.	No le gusto a otros de mi edad	0	1	2
49.	Puedo hacer ciertas cosas mejor que la mayoría de los de mi edad	0	1	2
50.	Soy muy temeroso(a) o ansioso(a)	0	1	2
51.	Me siento mareado(a)	0	1	2
52.	Me siento muy culpable	0	1	2
53.	Como mucho	0	1	2
54.	Siento mucho cansancio	0	1	2
55.	Tengo sobrepeso	0	1	2

56.	Tengo problemas físicos sin causa médica conocida:			
	a) Malestares y dolores	0	1	2
	b) Jaquecas o dolores de cabeza	0	1	2
	c) Náusea o mareos	0	1	2
	d) Problemas con los ojos	0	1	2
	e) Rasquiña o otros problemas de la piel	0	1	2
	f) Dolores estomacales o calambres	0	1	2
	g) Vómitos	0	1	2
57.	Ataco físicamente a la gente	0	1	2
58.	Me pellizco la piel	0	1	2
59.	Puedo ser muy amigable	0	1	2
60.	Me gusta ensayar cosas novedosas	0	1	2
61.	Mi rendimiento escolar es pobre	0	1	2
62.	Tengo mala coordinación en mis movimientos o soy torpe	0	1	2
63.	Prefiero estar con jóvenes mayores que yo	0	1	2
64.	Prefiero estar con gente menor que yo	0	1	2
65.	Me niego a hablar	0	1	2
66.	Repito algunas acciones una y otra vez	0	1	2
67.	Me escapo de la casa	0	1	2
68.	Grito mucho	0	1	2
69.	Soy muy reservado(a) y guardo cosas para mí sólo(a)	0	1	2
70.	Veó cosas que otros no son capaces de ver	0	1	2
71.	Me da pena fácilmente	0	1	2
72.	Prendo fuegos	0	1	2
73.	Puedo hacer bien los trabajos manuales	0	1	2
74.	Me gusta figurar o hacer payasadas	0	1	2
75.	Soy tímido(a)	0	1	2
76.	Duermo menos que la mayoría de mis compañeros	0	1	2
77.	Duermo más que la mayoría de mis compañeros durante el día y/o la noche	0	1	2
78.	Tengo buena imaginación	0	1	2
79.	Tengo un problema de lenguaje	0	1	2
80.	Defiendo mis derechos	0	1	2
81.	Robo cosas de mi casa	0	1	2
82.	Robo cosas de lugares diferentes de mi casa	0	1	2
83.	Guardo cosas que no necesito	0	1	2

84.	Hago cosas que los demás piensan que son extrañas	0	1	2
85.	Pienso cosas que otras personas creen que son extrañas	0	1	2
86.	Soy un estorbo	0	1	2
87.	Mis sentimientos cambian repentinamente	0	1	2
88.	Disfruto estando con otras personas	0	1	2
89.	Soy desconfiado(a)	0	1	2
90.	Maldigo y utilizo malas palabras	0	1	2
91.	He pensado matarme	0	1	2
92.	Me gusta hacer reír a la gente	0	1	2
93.	Hablo demasiado	0	1	2
94.	Molesto mucho a los demás	0	1	2
95.	Tengo un temperamento fuerte	0	1	2
96.	Pienso mucho en el sexo	0	1	2
97.	Amenazo con herir a la gente	0	1	2
98.	Me gusta ayudar a los demás	0	1	2
99.	Me preocupa mucho estar bien arreglado(a) y limpio(a)	0	1	2
100.	Tengo problemas para dormirme	0	1	2
101.	Me escapo de las clases o del colegio	0	1	2
102.	No tengo mucha energía	0	1	2
103.	Me siento triste o infeliz	0	1	2
104.	Hablo más fuerte que los demás	0	1	2
105.	Utilizo alcohol o drogas sin ser recetadas	0	1	2
106.	Trato de ser justo(a) con los demás	0	1	2
107.	Disfruto de los buenos chistes	0	1	2
108.	Me gusta tomar la vida fácilmente	0	1	2
109.	Trato de ayudar a otros cuando puedo	0	1	2
110.	Me gustaría ser del otro sexo	0	1	2
111.	Procuro no meterme con los demás	0	1	2
112.	Me preocupo demasiado	0	1	2

GRACIAS!!!

Apéndice C

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA FACULTAD DE PSICOLOGIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ____ (DD) ____ (MM) ____ (AA)

Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, representante legal del menor _____ autoriza la participación en el proyecto de grado “Caracterización de la población infantil en función del trastorno oposicionista desafiante en instituciones educativas en usaquén - Bogotá”, de la estudiante de universidad de San Buenaventura Bogotá quien aplicará un instrumento para evaluar las conductas de los niños.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el instrumento sea aplicado por la estudiante de décimo semestre de la carrera de Psicología de la Universidad de San Buenaventura para la realización de su proyecto de grado requisito indispensable para obtener el título de Psicóloga. Entiendo de igual forma que la estudiante está siendo asesorada por docentes asignados por la facultad de Psicología de la Universidad y que por lo tanto los resultados obtenidos serán supervisados y tendrán un seguimiento y control de estos.

Además de lo anterior entiendo que la información personal dada por el menor es confidencial y no será divulgada y la información dada en los instrumentos serán empleados con fines éticos académicos para investigaciones posteriores.

Por otro lado entiendo que los resultados serán entregados mediante un informe, que será llevado a cabo de manera profesional y se dará a conocer en la institución.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y CC

RESUMEN ANALITICO

(RAI)

TITULO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN FUNCIÓN DE LA CONDUCTA DISOCIAL EN UN COLEGIO DISTRITAL DE USAQUÉN EN BOGOTÁ.

AUTOR: HUERTAS, Martha.

PALABRAS CLAVES: Niñez intermedia, Conducta disocial, Condiciones sociodemográficas.

DESCRIPCION:

La investigación pretende describir las características sociodemográficas en función de la presencia de conducta disocial en un grupo de niños de un colegio distrital de la ciudad de Bogotá. Esta investigación se encuentra enmarcada dentro de la línea de investigación salud y calidad de vida propuesta por la facultad de psicología de la universidad de san buenaventura. El tipo de investigación es descriptivo, se contó con una muestra conformada por 49 participantes con edades entre los 9 y los 11 años quienes fueron evaluados por medio de la lista de chequeo de conducta infantil (CBCL). Achenbach y Edebrock. (1983). Se empleó la versión para padres y el autoreporte, para la realización del procesamiento de la información se hizo el análisis de los datos con el programa SPSS para obtener los datos descriptivos.

FUENTES:

Se consultaron un total de 23 referencias bibliográficas distribuidas así: Sobre Psicología del desarrollo: 2 libros; sobre trastornos de la conducta infantil: 4 libros y 6 artículos; sobre salud mental infantil: 3 artículos; sobre aprendizaje: 2 libros; sobre tipología familiar: 1 artículo; sobre investigación: 2 libros y 1 artículo; y sobre psicología de la educación: 1 libro.

CONTENIDO:

Dentro de esta investigación se trabajo el desarrollo infantil especialmente la etapa de la niñez intermedia puesto que la muestra con la que se trabajo se encontraba dentro del rango de edad la cual era uno de los objetivos. En donde se plantean comportamientos agresivos que se consideran normales durante esta etapa de la niñez; posteriormente se contemplan aspectos de la evaluación infantil, se analiza a los niños como seres sociales los cuales a través de su experiencia en el ambiente familiar y escolar van formando su forma de relacionarse con otros, dependiendo de sus relaciones y los modelos de aprendizaje con los que cuente, el éxito o fracaso de sus relaciones interpersonales se verán directamente influenciadas por dichas experiencias. En cuanto a los comportamientos que se consideran problema dentro del marco teórico se conceptualizo el trastorno de conducta disocial teniendo en cuenta los criterios diagnósticos y sus principales síntomas; por ultimo se tuvieron en cuenta investigaciones sobre la salud mental en los niños y las condiciones sociodemográficas que se consideran están asociadas a la presencia de trastornos de conducta en los niños escolares.

METODOLOGIA:

Esta investigación es de tipo descriptivo se contó con la participación de 49 niños con edades entre los 9 y los 11 años quienes fueron evaluados por medio del (The Child Behavior Checklist, CBCL) versión para padres y autoreporte para niños. Achenbach y Edekbrock. (1983). Inicialmente se hizo entrega del consentimiento informado a los padres con el formato de CBCL para padres, posteriormente se realizó la aplicación del instrumento a los niños que fueron autorizados por sus padres para participar en la investigación. Posteriormente se realiza el procesamiento de los datos obtenidos de las aplicaciones en donde se obtienen los casos con puntuaciones clínicamente significativas en relación con la subescala de problemas de conducta disocial; a quienes se les realizó el análisis estadístico descriptivo con cada una de las variables que se plantean en los objetivos de la investigación

CONCLUSIONES:

Se esperaba encontrar más casos con puntuaciones fuera del rango de normalidad según la lista de chequeo de conductas infantiles, ya que durante la aplicación del instrumento se observaron conductas perturbadoras y agresivas por parte de los niños, sin embargo se pudo ver alterado por la falta de participación de los niños que los docentes consideran “niños problema” ya que en la mayoría de los casos se negaron a participar o por el contrario se negaron los papás afirmando “que sus hijos no tienen nada, que nadie tiene que saber los problemas de ellos”. En cuanto la variable género los resultados encontrados en la investigación corresponden a los que se esperaban ya que en la literatura se plantea que se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. De acuerdo a la tipología familiar los resultados obtenidos no se esperaban ya que la teoría afirma que uno de los factores de riesgo cuando hay presencia de problemas de conducta infantil son las adversidades en el núcleo familiar como puede ser la descomposición familiar, cambios en la estructura, o las formas de relacionarse, sin embargo los resultados van en contra de estas afirmaciones ya que la mayoría de los casos se presentaron en hogares compuestos por los dos padres, no obstante hay que tener en cuenta que se debería en una próxima investigación ampliar la aplicación de métodos de evaluación para determinar si es en realidad la composición de la estructura familiar ejerce la influencia que se le ha venido atribuyendo o si la real influencia se encuentra en aspectos que están inmersos en el ambiente familiar como lo puede ser el temperamento o la forma de relacionarse de cada uno de sus integrantes.

ANEXOS:

Se anexaron 3 documentos, la lista de chequeo de la conducta infantil (CBCL) formato para padres y otro que es el formato para niños autoreporte, y por ultimo el consentimiento informado para los padres.