

## LOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CATALUÑA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/TRASTORNO DE CONDUCTA. NECESIDADES EDUCATIVAS QUE GENERAN

*Josep Moya Ollé*

Observatorio de Salud Mental de Cataluña

*Manuel de Armas Hernández*

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

*María Teresa Anguera*

Universidad de Barcelona

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2010

### RESUMEN

En los últimos años, tanto los medios de comunicación como las comunidades de profesionales de diversos campos (salud, educación, campo social, justicia) vienen advirtiendo del aumento de situaciones conflictivas y disruptivas que se dan en los marcos educativos y también en los familiares. La falta de respeto al adulto, la falta de límites así como la falta de acuerdos entre las familias y los docentes, aparecen como problemas que preocupan a los educadores —familias y docentes— y los someten a fuertes tensiones que, en ocasiones, pueden comportar crisis personales y profesionales. Este estudio tiene como objeto conocer la naturaleza de estas problemáticas, sus consecuencias sobre los actores implicados así como las posibles vías de solución. Para ello se ha utilizado una metodología de análisis cualitativo (grupos de discusión) a partir de cuyos resultados se definen unas recomendaciones entre las que cabe destacar la necesidad de implementar modelos de intervención que den el soporte adecuado a los educadores —familias y docentes— superándose la ya clásica confrontación entre unos y otros.

*Palabras clave: comportamientos perturbadores, TDAH, trastorno disocial, soporte a los educadores.*

## ABSTRACT

In recent years, both media and professionals associations from different areas (health, education, social, justice) have been warning of conflict intensification and disruptive situations that occur in educational settings and also in family. The lack of respect for adults, the lack of boundaries and the lack of agreements between families and teachers, they appear as problems that concern to educators —families and teachers— and subject to strong tensions that can sometimes lead personal and professional crisis. This study aims to understand the nature of these problems, their impact on those involved and the possible ways of solution. We have used methodology has been used a qualitative analysis (focus group) from its results we have defined some recommendations, among which include the need to implement intervention models that give proper support to educators, families and teachers, surpassing the classical confrontation between them.

*Key words: disruptive behaviors, TDAH, dissociate disorder, support to teachers.*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, tanto los medios de comunicación como las comunidades de profesionales de diversos campos (salud, educación, campo social, justicia) vienen advirtiendo del aumento de situaciones conflictivas y disruptivas que se dan en los marcos educativos y también en los familiares.

La falta de respeto al adulto, la falta de límites así como la falta de acuerdos entre las familias y los docentes, aparecen como problemas que preocupan, y mucho, a los educadores —familias y docentes— y los someten a fuertes tensiones que, en ocasiones, pueden comportar crisis personales y profesionales.

Parece que educar es una tarea bastante compleja en el momento actual. Así, Camps (2008) explica que actualmente se vive una situación de desorientación total que se manifiesta en que no sabemos cómo debemos responder a los continuos interrogantes que plantea la educación de los hijos en unas circunstancias que no se parecen en absoluto a las de los tiempos en los que dominaba la educación basada en el orden, la disciplina y el respeto a la jerarquía. La misma autora añade que el horario escolar ha sido considerablemente reducido, muchas mujeres trabajan fuera de casa, la estructura familiar no es sólida, existen la televisión, los videojuegos, internet, los móviles y todo un conjunto de ofertas lúdicas muy poco coherentes con la tarea de educar. Entonces, ¿cómo controlar lo que parece que escapa a cualquier control familiar, escolar o político? Y, sobre todo, ¿cómo

hacer compatibles los diferentes mensajes que reciben los menores y que son absolutamente contradictorios?

Otra autora (Fernández, 2008), va más allá y plantea que la crisis de la educación revela un problema más profundo: la crisis de la sociedad. El sistema económico está destruyendo la idea misma de sociedad, la lógica del capital es incompatible con el principio de sociabilidad.

Sin embargo, otros autores (House, 2003) sostienen que un porcentaje importante de problemas conductuales que se dan en el marco escolar tienen una base psicopatológica siendo el trastorno por déficit de atención (TDA) uno de los más relevantes (Hallowell y Ratey, 2001). Barkley (2007) ha señalado que los niños con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) sufren una incapacidad para usar el sentido del tiempo, del pasado y del futuro, para guiar su comportamiento.

Finalmente, la hipotética asociación entre TDAH y comportamientos desafiantes y disociales (Soutullo y Mardomingo, 2010) hace que, en muchos casos afloren problemas vinculados con la violencia, que se concretan en el conocido *bullying*, entendido como el acoso, la intimidación y el maltrato entre escolares (Elliott, 2008).

## **1. TRASTORNOS PSÍQUICOS RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES**

Aunque no se puede establecer una correspondencia biunívoca entre comportamientos disruptivos y trastornos psíquicos, en ocasiones, algunos de estos comportamientos disruptivos que se dan en las aulas están relacionados con algún tipo de trastorno psicopatológico. Algunos de estos trastornos son:

- TDAH (trastorno por déficit de atención y hiperactividad).
- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno disocial.
- Otros trastornos (como el trastorno psicótico).

### **1.1. El trastorno por déficit de atención y hiperactividad**

Se trata de un trastorno que se diagnostica frecuentemente en la infancia y que se caracteriza porque el niño presenta problemas de atención, o un exceso de actividad y, finalmente, por un comportamiento impulsivo. Este trastorno ha recibido varios nombres (Soutullo y Mardomingo, 2010):

- Síndrome hiperquinético infantil.
- Reacción hiperquinética de la infancia.
- Trastorno hiperquinético.
- DSM III. Trastorno por déficit de atención.
- DSM III-R. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- DSM IV-R. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

#### 1.1.1. Síntomas nucleares del TDAH

El trastorno por déficit de atención y hiperactividad está constituido por tres síntomas nucleares: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad:

- **Falta de atención**

- Les cuesta atender a clase, no se pueden concentrar.
- Tienen problemas para iniciar las tareas o atender de manera selectiva a estímulos relevantes.
- Se distraen con facilidad.
- Tienen dificultades para procesar los trabajos de la clase.
- No pueden acabar las tareas que tienen objetivos concretos sin la intervención frecuente de otra persona que los supervise.
- Su producción escolar es inferior a la de otros niños.
- Les cuesta obedecer las órdenes de los adultos.

- **Hiperactividad**

- Niveles de movilidad superiores a los normales. No paran, no se cansan.
- Muestran dificultades para permanecer sentados durante mucho tiempo en situaciones que lo requieren (en clase, durante las comidas, viendo la televisión).
- En las aulas suelen molestar a los compañeros porque cambian constantemente de postura, lo tocan todo, hablan, hacen ruido.

- **Impulsividad**

- Suelen actuar sin considerar previamente las consecuencias. Actúan como si no fueran conscientes de los peligros.
- Pueden hacer comentarios inapropiados sin tener en cuenta al otro.
- Cuando juegan, pueden cambiar de juguete constantemente, rompen los juguetes o los desperdigan por toda la habitación.

- En el aula suelen interrumpir a los otros y no suelen esperar su turno de intervención.

No obstante, aun cuando no es considerado como criterio de TDAH por las clasificaciones actuales, hay un cuarto elemento que juega un papel muy importante: la motivación. En efecto, Brown (2006) cita la cuestión del desplazamiento de la concentración. Los mismos individuos que tienen dificultad crónica para concentrarse en una tarea pueden tener el problema contrario: ser incapaces de retirar su atención de algo y redirigir su concentración a otra cosa cuando lo necesitan. Algunos autores denominan esta situación como hiperatención y la describen como fijarse en alguna tarea en la que están interesados mientras que ignoran totalmente o pierden la pista de cualquier otra cosa, incluidas las que habrían de atender. Así, algunos niños diagnosticados de TDAH pueden mostrar una gran atención y escasísima movilidad cuando están realizando tareas que les motivan especialmente; es el caso del uso del ordenador. Esto comporta la necesidad de incorporar esta variable a la hora de establecer el diagnóstico de TDAH ya que no tendría sentido hablar de déficit de atención para unas tareas y exceso de atención para otras.

### 1.1.2. Prevalencia

Los estudios epidemiológicos sobre el TDAH han proporcionado información poco precisa y, a la vez, polémica, en los últimos años. Las razones derivan de las divergencias derivadas de los criterios clasificatorios adoptados. Así, los estudios que utilizan criterios DSM IV-TR, que permiten la comorbilidad, muestran prevalencias entre el 5 y el 10%; en cambio, cuando se utilizan criterios CIE-10 y el diagnóstico está restringido a la presencia del síndrome completo sin la opción de la comorbilidad, se encuentran cifras alrededor de 1 o el 2% (Schachar y Ickowicz, 2003).

### 1.1.3. Criterios diagnósticos. DSM IV-TR-CIE-10

Actualmente, los trastornos mentales se clasifican según los criterios de dos clasificaciones internacionales: el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y la CIE-10 (elaborada por la Organización Mundial de la Salud). Ahora bien, es preciso indicar que hay importantes diferencias en estos dos sistemas categoriales. Estas se producen en los algoritmos y en el papel de la comorbilidad:

- El DSM IV-TR y la CIE-10 han adoptado criterios casi idénticos para la identificación de los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

- No obstante, las diferencias se producen en los algoritmos diagnósticos. Así, el DSM IV-TR requiere la presencia de 6 síntomas de carencia de atención ó 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad, o ambos. En cambio, la CIE-10 requiere la presencia de 6 síntomas de inatención, más 3 síntomas de hiperactividad y 1 síntoma de impulsividad.
- En cuanto a la comorbilidad, el DSM IV-TR reconoce todos los diagnósticos presentes excepto la esquizofrenia, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo. En cambio, la CIE-10 desapruueba los diagnósticos múltiples. Así, por ejemplo, cuando hay trastornos afectivos, no se recomienda el diagnóstico de TDAH.

Ello explica las diferencias en las prevalencias según se utilicen criterios DSM IV-TR o CIE-10.

## **1.2. Trastorno negativista desafiante**

Las características básicas de este trastorno son un patrón de conducta negativista, de desobediencia y hostilidad dirigidas a las figuras de autoridad. Son niños provocadores que se enfadan y pierden el control con facilidad. Las actitudes de oposición y cólera no suelen tener un carácter impulsivo, sino de lucha y resistencia hasta llegar a conseguir sus objetivos. Claro está que la línea que separa a la normalidad y la patología es difusa puesto que la mayor parte de los niños y niñas muestran actitudes desafiantes contra sus familias. El DSM IV-TR establece como criterios para definir el trastorno negativista desafiante:

- a) Patrón de comportamiento negativista, desafiante y hostil que dura un mínimo de 6 meses estando presentes 4 de los siguientes:
  - A menudo se encoleriza.
  - Discute con los adultos.
  - Desafía activamente a los adultos.
  - Molesta deliberadamente otras personas.
  - Acusa a otras de sus errores.
  - Es susceptible.
  - Es colérico y resentido.
  - Es rencoroso o vengativo.
  
- b) Además, estos comportamientos deben provocar un deterioro significativo de la actividad académica o social; no han de aparecer en el transcurso de un

trastorno psicótico o del estado de ánimo y no se deben cumplir los criterios de trastorno disocial.

### 1.3. Trastorno disocial

La característica esencial del Trastorno disocial (TD) es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el cual se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:

- Comportamiento agresivo contra personas o animales.
- Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad.
- Robos.
- Violaciones graves de las normas.

El TD provoca un deterioro importante de la actividad social, académica y/o laboral. Además, el patrón de comportamiento suele presentarse en contextos diferentes: hogar familiar, escuela o comunidad. No obstante, si bien estos son los criterios con los cuales el DSM IV-TR define el trastorno disocial hace falta advertir que varios autores (Harwood, 2009) han señalado la dificultad que comporta la mencionada definición puesto que el propio DSM IV-TR admite que no existe una definición que aclare los límites del concepto de trastorno mental.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La constatación de problemas de comportamiento en la vida cotidiana de los centros educativos, tanto de primaria como de secundaria, junto a su frecuente asociación a ciertos trastornos psíquicos, plantea algunos interrogantes, como, por ejemplo, de qué naturaleza es esta asociación y cuáles son los malestares que comporta, tanto en las familias y los docentes como en los propios alumnos. Pero también plantea interrogantes sobre qué tipo de necesidades educativas generan y qué tipo de recomendaciones se pueden llevar a cabo.

El objetivo de este estudio descriptivo ha sido el intentar responder a estas preguntas contando con la implicación de todos los actores (familias, docentes, profesionales de la salud, y profesionales psicopedagogos, así como los propios alumnos).

### 3. ESTUDIO EMPÍRICO

#### 3.1. Diseño

Este estudio se ha realizado desde una complementariedad metodológica, ya que, por un lado, se ha utilizado una metodología cualitativa (grupos de discusión), la cual se considera una vía muy adecuada para el estudio de la complejidad social, y, por otro, se ha llevado a cabo una recogida de información a partir de cuestionarios que se han aplicado a los diversos actores implicados (madres y padres, docentes, profesionales del EAP, profesionales de salud mental infantil y juvenil y, finalmente, alumnado). La complementariedad de las dos vertientes ha permitido la triangulación que hace posible el estudio, que se ha desarrollado a partir de un diseño nomotético, puntual y multidimensional.

Con el fin de poder realizar el estudio sobre los malestares vinculados a los problemas del comportamiento en el ámbito educativo, incluyendo aquellos que afectan tanto a los propios alumnos como a los docentes y los padres, resulta muy útil recurrir a los grupos de discusión (Krueger, 1988). Con eso lo que se pretende es:

- Recoger datos cualitativos referentes al impacto de los problemas de comportamiento en las dinámicas educativas.
- Conocer cómo las mencionadas problemáticas inciden en las dinámicas familiares.
- Capturar datos de la vida real en un entorno social complejo y dinámico.
- Contrastar puntos de vista de los actores implicados.

Los grupos de discusión consisten en conversaciones planificadas y diseñadas para obtener información de un área definida de interés, en este caso, los problemas de comportamiento (TDAH y TC) en los ámbitos educativos; en un ambiente permisivo y no directivo.

Los grupos de discusión se realizan con un número aproximado de 7 a 12 personas, guiadas por un moderador experto. Los participantes en el grupo exponen sus ideas y comentarios en común.

Se trata de un procedimiento muy adecuado cuando se trata de explicar cómo perciben los individuos una determinada experiencia, y que actualmente es muy utilizado en los ámbitos de la salud mental.

### 3.2. Participantes

Los grupos de profesionales y de familias implicados han sido los siguientes:

- Profesionales docentes de primaria y secundaria.
- Profesionales del EAP.
- Profesionales de los centros de salud mental infantil y juvenil.
- Madres y padres de los alumnos.
- Alumnos.

En total, la muestra está formada por 53 grupos de discusión (centros educativos públicos de la Comunidad Autónoma de Cataluña). Cada grupo ha estado constituido por un número de entre 8 y 12 personas. Los expertos recomiendan analizar grupos de discusión heterogéneos con el fin de facilitar que en la discusión aparezcan opiniones contrastadas.

Los componentes de cada grupo se han distribuido de la siguiente manera:

- 4 profesionales (docentes) (Primaria /IES).
- 1 profesional del equipo directivo.
- 1 profesional del equipo de atención psicopedagógica (EAP).
- Dos madres y/o padres de alumnos con comportamiento distorsionador.
- Dos madres y/o padres de alumnos no distorsionadores.
- 1 o 2 profesionales del centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ).

### 3.3. Instrumentos

Para la obtención de los datos cualitativos se han formulado cuatro preguntas a los participantes de cada grupo de discusión:

1. ¿Qué comportamientos distorsionadores identifican en su ámbito?
2. ¿Qué factores consideran que los generan?
3. ¿Qué efectos tienen en las dinámicas de las aulas y en las dinámicas familiares?
4. ¿Qué consideran que habría que hacer?

Para analizar los contenidos de las conversaciones de los grupos de discusión se ha desarrollado un proceso de categorización de las respuestas obtenidas a cada pregunta, cumpliéndose los requisitos de exhaustividad y mutua exclusividad. A partir de las pruebas piloto realizadas se han propuesto, definido y codi-

ficado 45 categorías, cada una de las cuales consta de dos elementos: núcleo categorial y nivel de plasticidad.

### **3.4. Procedimiento**

#### 3.4.1. Constitución de los grupos de discusión

Los docentes de los grupos de discusión han sido escogidos incidentalmente. El profesional del EAP ha sido el de referencia del centro educativo. El profesional de salud mental ha sido el de referencia de la zona. Finalmente, las madres y padres han sido escogidos según los criterios indicados (de alumnos distorsionadores/no distorsionadores).

Se ha reclutado un número ligeramente superior de participantes con el fin de cubrir las ausencias posibles.

#### 3.4.2. Metodología de las sesiones

En el desarrollo de las sesiones se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Las reuniones se han hecho en lugares accesibles y bien comunicados.
- Se han evitado los ruidos de fondo que puedan interferir en las grabaciones.
- Se han colocado tarjetas identificadoras para los participantes.
- El aparato de grabación se ha colocado sobre la mesa, en posición equidistante a los participantes.

Cada grupo ha sido moderado por una psicóloga experta en la conducción de grupos. La reunión se ha iniciado explicándose el objetivo de la reunión y las reglas que había que respetar; a continuación se plantearon las cuatro preguntas clave descritas anteriormente.

#### 3.4.3. Análisis textual de los datos

El material grabado ha sido transcrito para su análisis a partir de las categorías elaboradas. Posteriormente, se ha llevado a cabo la codificación informatizada (Weitzman, 2000). El programa informático utilizado ha sido el Atlas.ti, versión 5. Este programa ha sido escogido para sus interesantes prestaciones en el análisis del material textual y porque permite un posterior análisis de la información (Anguera, 1995).

#### 4. RESULTADOS

En este trabajo se presentan parte de los resultados de los grupos de discusión, obtenidos a partir de un análisis descriptivo de las categorías establecidas. La tabla 1 muestra claros paralelismos entre los resultados de los centros de primaria (CEIPs) y los de secundaria (IES). Así, en la primera pregunta se obtiene una categoría común para los CEIPs y los institutos (IES) (distorsionan la clase); pero en la segunda pregunta aparecen dos categorías comunes (falta de asunción de responsabilidades y falta de tiempo de convivencia familiar). En la tercera pregunta destacan dos categorías comunes (aparecen síntomas y aparecen malestares). Finalmente, en la cuarta pregunta se obtienen también dos categorías muy destacables (aumentar los recursos de los centros educativos y establecer marcos de colaboración mútua).

Los datos obtenidos permiten realizar un análisis de comparación de proporciones entre respuestas obtenidas en CEIPs e IES respecto a las categorías coincidentes.

**Tabla 1. Comparación de proporciones en los grupos de discusión de los CEIPs y en los IES**

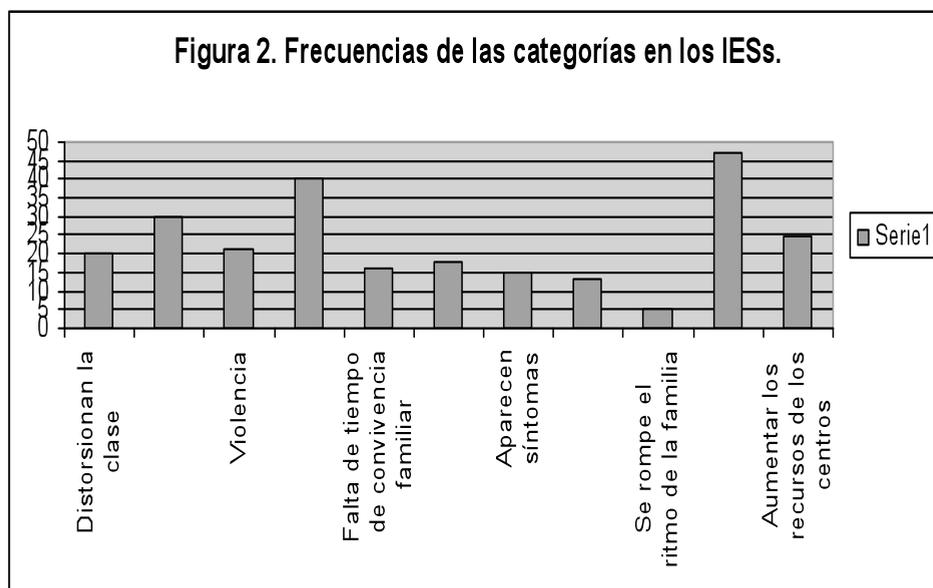
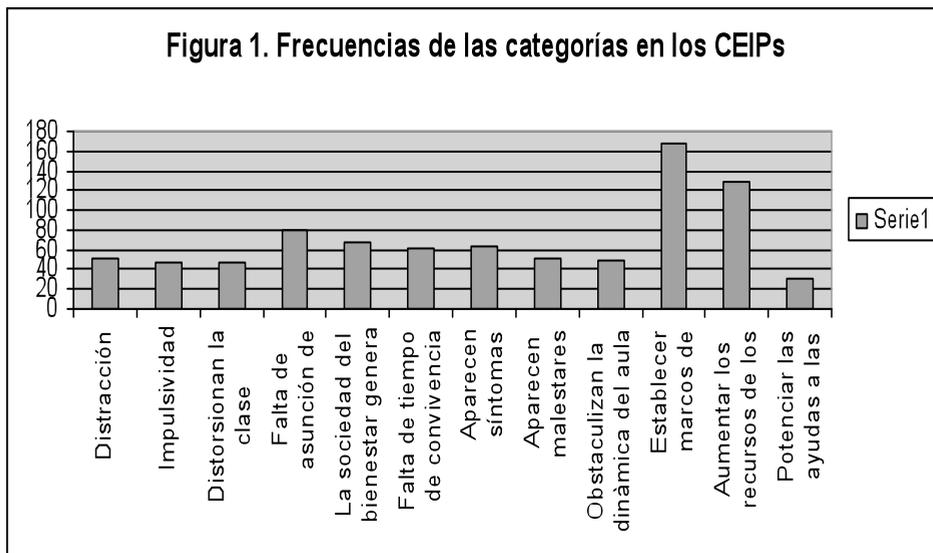
Categorías	Centros Primaria		Centros Secundaria		Contraste entre proporciones	Comentario
	F	%	F	%		
Pregunta 1						
Distracción	51	15,78				
Impulsividad	48	14,86				
Distorsionan la clase	47	14,55	20	16,5	Z=-0,53 (p=0,59)	No se rechaza la hipótesis nula
Subcultura de la droga			30	24,7		
Violencia			21	17,3		

(La Tabla continúa en la página siguiente)

Categorías	Centros Primaria		Centros Secundaria		Contraste entre proporciones	Comentario
	F	%	F	%		
<b>Pregunta 2</b>						
Falta de asunción de responsabilidades	80	21	40	29,4	Z=-1,9 (p=0,056)	No se rechaza la hipótesis nula
La sociedad del bienestar genera expectativas	67	17,6				
Falta de tiempo de convivencia familiar	62	16,3	16	11,7	Z=1,41 (p=0,15)	No se rechaza la hipótesis nula
Se pierde el valor de la autoridad			18	13,2		
<b>Pregunta 3</b>						
Aparecen síntomas	64	32,32	15	42,8	Z=-1,15 (p=0,24)	No se rechaza la hipótesis nula
Aparecen malestares	52	26,26	13	37,1	Z=-1,34 (p=0,179)	No se rechaza la hipótesis nula
Obstaculizan la dinámica del aula	49	24,74				
Se rompe el ritmo de la familia			5	14,2		
<b>Pregunta 4</b>						
Establecer marcos de colaboración mutua	168	42,6	47	58,75	Z=-2,62 (p=0,008)	Se rechaza la hipótesis nula
Aumentar los recursos de los centros	128	32,4	25	31,25	Z=0,17 (p=0,86)	No se rechaza la hipótesis nula
Potenciar las ayudas a las familias	30	7,61				

La comparación de las proporciones entre las respuestas obtenidas en los grupos de primaria y los de secundaria permite establecer que en la mayor parte de los casos no hay diferencias estadísticamente significativas. No obstante, son precisos futuros estudios que se centren en análisis más pormenorizados de las categorías.

En las Figuras 1 y 2 se presentan, respectivamente, las frecuencias correspondientes a las distintas categorías en los CEIPs y en los IESs.



## 5. CONCLUSIONES

### 5.1. Grupos de discusión de los CEIP

Un primer bloque de comportamientos perturbadores se relaciona con la distracción (15,78%), la hiperactividad (7,73%), y con la impulsividad (14,86%). Estos comportamientos forman parte del constructo categorial TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad).

Ahora bien, dado que los síntomas mencionados no son específicos del TDAH es preciso hacer una exploración psicopatológica para dilucidar el contexto clínico al que pertenece el síntoma. Así, en el caso del síntoma “distracción” hay que hacer un diagnóstico sobre el contexto clínico en el que se inserta. Si la distracción aparece en un contexto de ánimo depresivo, apatía, insomnio, desmotivación, ideas de muerte, etc., es muy probable que forme parte de un trastorno depresivo mayor. Si aparece en un contexto de contenidos delirantes del pensamiento y alucinaciones habrá que descartar un trastorno psicótico. Si aparece conjuntamente con una hiperactividad y con comportamientos impulsivos, habrá que descartar un TDAH.

Otro aspecto a considerar es el de los campos de actividades en los que aparece la distracción. A menudo, cuando se afirma que un alumno tiene la atención disminuida o se distrae no se especifica si este déficit es general o se centra en determinadas actividades. Ahora bien, hay que tener en cuenta que en algunos casos se constata que individuos que tienen dificultades crónicas para centrar su atención en una tarea determinada, son, al mismo tiempo, incapaces de retirar su atención de alguna actividad y redirigirlas hacia otra cuando el entorno así lo requiere. Esta situación ha sido denominada “hiperatención” y se define como la capacidad de fijarse en alguna tarea, imagen o sonido en la que están interesados mientras ignora totalmente o se pierde de vista cualquier cosa, incluidas algunas a las que debería atender, como, por ejemplo, atender en clase. La observación clínica constata algunos de estos casos: alumnos que no son capaces de estar atentos en el aula y, en cambio, pueden permanecer quietos y muy concentrados en otros tipos de tareas. Parece, pues, que el factor “motivación” puede jugar un papel muy importante en la atención y la concentración. En base a esta consideración, se hace necesario realizar investigaciones que estudien el papel del factor motivación en el constructo TDAH.

Un segundo bloque de comportamientos perturbadores es el conductual, que tiene una naturaleza diferente y se enmarca en un contexto relacional. La distorsión del aula, el desafío, la violencia y la agresividad verbal representan el 52,92% de los comportamientos perturbadores. Se trata de comportamientos que consti-

tuyen manifestaciones de cómo el individuo se sitúa hacia los demás desde una posición de confrontación y falta de respeto. En este contexto cabe señalar que una de las características más preocupantes de los comportamientos violentos protagonizados por niños y/o adolescentes es la banalización, es decir, la no inscripción del acto violento como un acto grave.

En cuanto a los factores que pueden contribuir a generar comportamientos perturbadores, se perfilan dos grupos. Por un lado, las dificultades educativas con las que se enfrentan los adultos (“se pierde el valor de la autoridad”, “falta de tiempo de convivencia familiar”). Se trata de dos problemas que inciden adversamente sobre la función educativa. En efecto, en la sociedad actual la autoridad está desacreditada y ello se debe a diferentes factores entre los que se pueden señalar el predominio de los derechos sobre los deberes, el sistema de mercado y las confusiones de la igualdad (Marina, 2009). En cuanto a la falta de tiempo de convivencia familiar cabe recordar que las madres y los padres disponen, en general, de poco tiempo para convivir con sus hijos y ello comporta actitudes de delegación que difícilmente pueden resultar vicariantes. Parece clara la necesidad de dar un apoyo a las Madres y Padres, tanto en el desempeño de la función educativa y de cuidar de los hijos como en cuanto a necesidad de poder compatibilizar los horarios laborales y familiares.

En relación a los efectos generados por los comportamientos perturbadores, las respuestas predominantes se centran en dos vectores. Un primer vector es el constituido por los malestares y los síntomas de los educadores (familias y docentes), los cuales suponen un 58,58% del total de las categorías correspondientes a la tercera pregunta. Se trata de síntomas como la jaqueca, el insomnio, el cansancio, la desmotivación, entre otros (Cordié, 1998). Por lo tanto, resulta obvia la necesidad de implementar medidas dirigidas a cuidar tanto a las familias como a los profesionales del campo educativo.

Un segundo vector de manifestaciones de cómo afectan los comportamientos perturbadores es el constituido por las consecuencias sobre las dinámicas de las aulas y las familiares (24,74%). Tanto los docentes como las familias explican que las conductas disruptivas de los niños provocan, en ocasiones, serias distorsiones en las aulas y en los hogares familiares. Los docentes se quejan de no poder realizar las tareas formativas si antes no ponen un poco de orden y resuelven los conflictos generados por algunos alumnos. Las madres y padres explican que las conductas de sus hijos pueden llegar a provocar tensiones entre ellos y, incluso, provocar rupturas de pareja. Nuevamente aquí se desprende la necesidad de realizar tareas dirigidas a reconducir, en ocasiones, las dañadas dinámicas familiares.

## 5.2. Grupos de discusión de los IES

Las categorías más recurrentes obtenidas en la primera pregunta (tipo de comportamientos perturbadores) han sido las siguientes: En primer lugar, “la subcultura de la droga”, que ha obtenido un 24,7% de todas las categorías. En segundo lugar, “los comportamientos violentos”, con un 17,3% de recurrencias. Finalmente, la categoría “distorsionan la clase”, ha obtenido un 16,5% del total. Hay puntos de similitud con las respuestas de los CEIPs excepto en la primera: “la subcultura de la droga”, lo que se explica por el papel que tiene el consumo de sustancias tóxicas en la población adolescente.

En cuanto a los factores que generan los comportamientos perturbadores, las categorías más recurrentes han sido las siguientes: En primer lugar, “la falta de asunción de responsabilidades por parte de los alumnos”, que representa un 29,4% del total. Esta falta de responsabilidad guarda una estrecha relación con el factor “motivación” en tanto los alumnos y las alumnas han perdido la motivación por los estudios. La segunda categoría más recurrente ha sido “se pierde el valor de la autoridad”, categoría que ya apareció en los CEIPs. Finalmente, la tercera categoría más recurrente ha sido “los padres no tienen tiempo para estar con sus hijos”. Ya ha sido comentada en el apartado de los CEIPs con la particularidad de que ahora se trata del tiempo que los padres y los hijos adolescentes no comparten.

En cuanto a los efectos a que dan lugar los comportamientos perturbadores, las categorías más recurrentes han sido las siguientes. En primer lugar, la categoría “aparecen malestares en los docentes y en las familias”, con un 42,80 del total de las categorías. Estos malestares hacen referencia a sentimientos de impotencia, de soledad o de replanteamiento de sus funciones y tareas profesionales. No se trata aún de síntomas clínicos, en tanto formando parte de un trastorno psíquico, pero sí de malestares que quizás pueden evolucionar hasta transformarse en síntomas, por ejemplo, un síntoma depresivo. La segunda categoría es “aparecen síntomas en los docentes-educadores”, y representa un 37,11% del total de categorías. Se trata de una categoría que tiene una fuerte relación con la anterior pero de la que se diferencia en tanto ya se está haciendo referencia a la existencia de problemas que forman parte de un trastorno psíquico como, por ejemplo, un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad o un síndrome del profesional quemado.

En cuanto a la cuarta pregunta, “qué consideran que habría que hacer” las dos categorías más relevantes han sido las siguientes. En primer lugar, la categoría “establecer marcos de colaboración mutua”, que representa un 58,7% del total de las categorías. En segundo lugar, aumentar los recursos de los centros educativos (31,20%).

Parece clara, por tanto, la necesidad de implementar modelos de intervención que den el soporte adecuado a los educadores —familias y docentes— superándose la ya clásica confrontación entre unos y otros. La supervisión en el campo educativo (Armas, 2002), o el modelo de soporte a los docentes por parte de profesionales del campo de la salud mental (Moya y Anguera, 2010) en la comunidad autónoma de Cataluña constituyen instrumentos útiles para el manejo de los problemas de comportamiento en las aulas y en los hogares familiares, en el marco del trabajo en red (Ubieto, 2009), estén o no relacionados dichos comportamientos con trastornos psiquiátricos.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANGUERA, M. T. (1995). Tratamiento cualitativo de datos. En M. T. ANGUERA, J. ARNAU, M. ATO, M. R. MARTÍNEZ, J. PASCUAL y G. Vallejo. *Métodos de investigación en Psicología* (pp. 549-576). Madrid: Síntesis.
- ARMAS, M. (2002). La supervisión como estrategia de intervención a profesionales y novatos de la educación. En M. ÁLVAREZ y R. BISQUERRA (Eds.), *Manual de orientación y tutoría* (pp. 23-26). Barcelona: Praxis.
- BARKLEY, R. (2007). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- BROWN, Th. (2006). *Trastorno por déficit de atención*. Barcelona: Masson.
- CAMPS, V. (2008). *Crear en la educación*. Barcelona: Península.
- CORDIÉ, A. (1998). *Malestar del docente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FERNÁNDEZ, C. (2008). *El aula desierta*. Barcelona: Montesinos.
- ELLIOT, M. (2008). *Intimidación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HALLOWELL, E. y RATEY, J. (2001). *TDA: controlando la hiperactividad*. Barcelona: Paidós.
- HARWOOD, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta*. Madrid: Morata
- HOUSE, A. (2003). *DSM – IV. El diagnóstico en la edad escolar*. Madrid: Alianza Editorial.
- KRUEGER, R. (1988). *Grupos de discusión*. Madrid: Pirámide.
- MARINA, J. A. (2009). *La recuperación de la autoridad*. Barcelona: Versátil.
- MOYA, J. y ANGUERA, M. T. (2010). *Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya. Necessitats educatives que generen*. Departament d'Educació i Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- SCHACHAR, R. y ICKOWICZ, A. (2003). Trastornos hipercinéticos con déficit de atención en la infancia y la adolescencia. En Michel G. Selder, Juan J. López-Ibor y Nancy Andreasen (Ed.). *Tratado de psiquiatría*. Vol III. Barcelona: Ars Medica (pp: 2097-2111).
- SOUTULLO, C. y MARDOMINGO, M. J. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana.
- UBIETO, J. R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona: Gedisa.
- WEITZMAN, E. A. (2000). Software and qualitative research. In N. Denzin y Y.S. Lincoln (Comps.), *Handbook of qualitative research* (pp. 803-820). London: Sage.