

Adolescentes con trastornos de comportamiento

¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer?

1

INFORME HSJD



<http://www.hsjdbcn.org>

© Copyright: Hospital Sant Joan de Déu
Hospital Sant Joan de Déu
Direcció d'Innovació, Recerca i Gestió del Coneixement
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
www.hsjdbcn.org

Las opiniones expresadas en este documento son las del autor y no reflejan, necesariamente, las del Hospital Sant Joan de Déu.

Para citar este documento:

Matalí, J. (Coord.) (2016) Adolescentes con trastornos de comportamiento. ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer? Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed).

Disponible en la web: <http://www.hsjdbcn.org/>

159 págs, 16,5 cm x 23,5 cm

CDU: 314.4-053.2; 614.1

D. L.: B 1956-2016

Impresión: GRAMAGRAF sccl

El Hospital Sant Joan de Déu es un hospital universitario de alta especialización y tecnología en el que la mujer, el niño y el adolescente son su centro de interés. Es uno de los cinco centros más importantes de Europa de medicina pediátrica y pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que gestiona más de trescientos centros de salud en todo el mundo.

Es un centro que se caracteriza por ofrecer una atención integral a los pacientes compaginando la vertiente más humana de la asistencia con el desarrollo de los nuevos avances científicos.

Uno de los objetivos del hospital es **generar y compartir nuevo conocimiento** entre pacientes, familias y profesionales de la salud y la educación. El presente informe surge de la Unidad de conductas adictivas del hospital con el objetivo de analizar la opinión de los profesionales de la pediatría, de la salud mental, de la enseñanza y de los padres sobre los aspectos más relevantes de la detección precoz, la prevención y **el tratamiento de los trastornos de conducta entre los adolescentes**, con el fin de proponer recomendaciones dirigidas a cubrir las necesidades actuales para un correcto abordaje de estos problemas.

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Passeig Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat

Edición:

Hospital Sant Joan de Déu

Tel. +34 93 253 21 00 Fax +34 93 203 39 59

Coordinación del informe:

Dr. Josep Lluís Matalí Costa



<https://www.facebook.com/HSJDBCN/>

Coordinación técnica:

Arian Tarbal



[@HSJDBCN](https://twitter.com/HSJDBCN)

Adolescentes con trastornos de comportamiento

¿Cómo podemos detectarlos? ¿Qué se debe hacer?

Coordinador:

- **Dr. Josep Lluís Matalí.** Psicólogo clínico y Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona.

Autores:

- **Dr. Óscar Andión Perez.** Psicólogo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.
- **Dra. Carme Valls Sirera.** Pediatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Nens de Barcelona.
- **Dr. Toni Cañete Ramírez.** Psicólogo del Departamento de Psiquiatría y Medicina legal. Universitat Autònoma de Barcelona.
- **Dra. Marta Pardo Gallego.** Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu.
- **Dr. Marc Ferrer Vinardell.** Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departamento de Psiquiatría y Medicina legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

Con la colaboración de:



Índice

Introducción	7
1. Objetivos, metodología y análisis estadístico	17
2. Resultados.....	21
Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los pediatras	21
Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los profesionales de salud mental	51
Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los profesionales de la educación.....	87
Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los padres	117
3. Conclusiones.....	139
Puntos clave.....	151
Anexo.....	153
Bibliografía.....	157

Introducción

La sociedad contemporánea ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas. Estos han comportado más libertad, más comunicación, más oportunidades, más igualdad y mejor acceso al conocimiento. Sin embargo, junto a estos cambios, sustentados en la denominada la sociedad del bienestar, se han ido forjando nuevos valores como la necesidad de obtener una recompensa inmediata, la poca tolerancia al malestar y el individualismo (Royo, 2012). Estos valores han contribuido al incremento de niños y adolescentes emocionalmente frágiles que pueden, con frecuencia, presentar síntomas de irritabilidad, agresividad, dificultad para establecer vínculos afectivos, impulsividad, y que, en muchos casos, viven en situaciones familiares precarias donde existen dificultades económicas (FEDAIA, 2014). Estos nuevos factores están produciendo un elevado impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, aumentando de forma muy preocupante la prevalencia de los trastornos de conducta que, además de las consecuencias al menor, afectan también a su entorno familiar y académico.

Un claro ejemplo de lo descrito en el párrafo anterior se evidencia por la necesidad que tienen los jóvenes de experimentar a edades cada vez más tempranas. Si comparamos la generación actual con la de hace diez años, encontramos un aumento significativo de la precocidad en muchos de los comportamientos que realizan: salir, consumir, tener relaciones sexuales, etc. La realización de alguna de estas acciones a edades muy tempranas se relaciona con un aumento de los riesgos o las consecuencias asociadas a estos. Esta situación se puede observar en el cambio de patrón de consumo de alcohol y el aumento de la prevalencia del consumo de cannabis observado en el colectivo adolescente (OESD 2013), que ha tenido como consecuencias un incremento de las urgencias por intoxicaciones enólicas agudas (Matalí, 2012) y un aumento de los problemas mentales y escolares en consumidores de cannabis (OESD, 2013). Además, estos cambios tienen otras implicaciones como el fracaso escolar en España, que se ha relacionado con el aumento del consumo de cannabis (INE, 2013).

Paralelamente, o como consecuencia de la situación descrita, en los últimos años también han aumentado las demandas de ayuda de padres que presentan dificultades para manejar el comportamiento de sus hijos. Actualmente los padres suelen decir que están *desorientados*, *desbordados* o *perdidos* en cómo educar a sus hijos ante los múltiples riesgos y/o potencialidades que tienen actualmente. Muchos de ellos piensan que *llegan tarde* a la petición de ayuda, ya que cuando la realizan, su hijo presenta una sintomatología grave. Un ejemplo de esta situación se observa de forma alarmante en nuestro país, donde existe una elevada problemática de agresividad juvenil, tanto intrafamiliar (hijos que pegan



Estos nuevos factores están produciendo un elevado impacto en el comportamiento de niños y adolescentes, aumentando de forma muy preocupante la prevalencia de los trastornos de conducta”



Cuando un adolescente presenta problemas comportamentales graves que afectan a la esfera familiar, social y/o escolar, podemos pensar en la existencia de un problema a nivel de salud mental”

a sus padres), como de género (chicos que acosan a chicas), agresividad que ha producido un aumento de un 33% de las denuncias por violencia en las que un 10,5% de los casos, los agresores son jóvenes menores de 16 años (INE, 2013). Cuando un adolescente presenta problemas comportamentales graves que afectan a la esfera familiar, social y/o escolar, podemos pensar en la existencia de un problema a nivel de salud mental. Se estima que uno de cada cinco niños tendrá a lo largo de su infancia o adolescencia algún trastorno de salud mental y que una gran mayoría de ellos presentará un trastorno de conducta, siendo en la actualidad el grupo de trastornos mentales que más motivos de consulta genera en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil (Nice, 2013).

Los trastornos de conducta engloban un conjunto de entidades nosológicas entre las que destacan:

1. Trastorno de conducta o trastorno disocial (TD): la característica esencial del TD es 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. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:

- Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales.
- Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad.
- Fraudes o robos.
- Violaciones graves de las normas.

El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Además, el trastorno de conducta debe provocar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral del niño o adolescente para ser diagnosticado (DSM-IV-TR).

La prevalencia del TD varía en función de la edad y el sexo, presentando una prevalencia del 1,5% entre los 6 y 9 años y aumenta hasta el 3,4% entre los 10 y los 13 años. Es más prevalente en chicos que en chicas.

En función de la edad del inicio del trastorno se han establecido dos subtipos de TD:

- Tipo de inicio infantil. Este subtipo se define por el inicio de por lo menos una característica de TD antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser varones, frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante (TND) durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de TD antes de la pubertad. Estos sujetos tienden a experimentar un

TD persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la época adulta más a menudo que los sujetos con un tipo de inicio adolescente.

- Tipo de inicio adolescente. Este subtipo se define por la ausencia de características de TD antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un TD persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de varones a mujeres con TD es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

2. Trastorno negativista desafiante (TND): la característica esencial del TND es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos cuatro de los siguientes comportamientos:

- Accesos de cólera.
- Discusiones con adultos.
- Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos.
- Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas.
- Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento.
- Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros.
- Mostrarse iracundo y resentido.
- Ser rencoroso o vengativo.

Para calificar el TND, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Aproximadamente entre un 3 y un 8% de los niños tienen TND, siendo entre dos y tres veces más frecuente en niños que en niñas.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): dentro de los trastornos del neurodesarrollo encontramos el que genera un volumen asistencial más elevado, el TDAH. Se trata de un conjunto de conductas que se inician en la infancia y se caracterizan por tres síntomas principales:

- La dificultad para mantener la atención.
- La hiperactividad o excesivo movimiento.
- La impulsividad.

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (por ejemplo en casa y en la escuela o en el trabajo), teniendo que existir pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.

El TDAH afecta entre el 3 y el 7% de los niños, siendo más frecuente entre los varones. Actualmente es el motivo de consulta más prevalente en los centros de salud mental infanto-juvenil.



Los trastornos de comportamiento y el TDAH se asocian con frecuencia con otros trastornos mentales”

Los trastornos de comportamiento y el TDAH se asocian con frecuencia con otros trastornos mentales. Las principales comorbilidades observadas varían en función de la edad de aparición de la problemática comportamental, siendo los trastornos de ansiedad y afectivos muy prevalentes en la infancia y el trastorno por uso de sustancias en la adolescencia (Connor et al 2007). Cuando ocurre la coexistencia de dos trastornos, la problemática se ve agravada, el pronóstico del adolescente empeora y en consecuencia el sufrimiento de la familia, generándose con frecuencia una dinámica familiar disfuncional. Esta situación implica un alto coste tanto en los servicios sanitarios, como en los sociales y judiciales (Educación inclusiva, 2010).

La etiología de los problemas de conducta no está clara y seguramente responde a un fenómeno multicausal (NICE, 2013). Entre los factores de riesgo se han descrito los siguientes (Fernández et al, 2010):

- Los factores genéticos, principalmente relacionados con el temperamento difícil sobre todo en niños con rasgos inatentos, agresivos o de búsqueda de sensaciones.
- Los factores biológicos que relacionan la problemática con una disfunción de la neurotransmisión, asociando la alteración en la función serotoninérgica con la agresividad, o con alteraciones neurobiológicas, apuntando disfunciones sobretodo de las funciones ejecutivas.

- Los factores cognitivos y de personalidad relacionan la agresividad de los niños con déficits en habilidades de resolución de conflictos, menor empatía y mayor egocentrismo.
- Los factores familiares se han relacionado con los problemas de comportamiento, la presencia de progenitores con una enfermedad mental, principalmente con problemática de personalidad antisocial y/o problemas de drogodependencia, estilos de crianza extremos (permisivos o punitivos) o problemas con el vínculo paterno-filial. Dentro de los factores familiares, uno de los principales para el desarrollo de problemas de comportamiento es el modelaje parental y los estilos educativos que se transmiten desde la infancia.
- Los factores sociales, destacando la existencia de abusos o negligencias por parte de los progenitores, principalmente en los primeros años de vida. Paralelamente también se ha señalado el relacionarse con iguales que presenten conductas disruptivas.

Derivado del elevado impacto familiar, escolar y personal que generan los problemas de comportamiento en los niños y adolescentes, se han realizado varios estudios y revisiones, tanto en el ámbito familiar como educativo, sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta y la eficacia de diferentes intervenciones para su manejo. Las investigaciones realizadas han utilizado aproximaciones metodológicas que van desde el consenso de expertos, el diseño de entrevistas para el diagnóstico precoz o las encuestas a profesores. Los estudios más destacados en nuestro entorno son:

- *Problemas de comportamiento en niños y adolescentes en Catalunya: Trastorno por déficit de atención y trastorno de conducta, necesidades educativas que generan* (Moya y Anguera; 2010).
- *Estudio de los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia* (Tesis doctoral de Antonio Raya, 2008).
- *Investigación sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes* (Proyecto Esperí, Fundación Iberdrola 2004).

Los estudios reflejan el elevado impacto que tiene dicha problemática en los ámbitos familiar, educativo y de salud, así como la necesidad de elaborar intervenciones precoces y más coordinadas para su detección y manejo.

Estos estudios confirman, en España, la alta prevalencia antes comentada de los trastornos externalizantes y enfatizan la necesidad de intervenir en los niños y los adolescentes que presentan estos trastornos. Esta situación se ha visto agravada a causa de que en España, la pobreza infantil aumentó un 53% entre el 2007 y el 2010 (González-Bueno et al., 2012); incrementó el número de familias con problemas económicos graves y hubo una disminución de los recursos



Las exigencias del mundo laboral han provocado que las figuras parentales estén más ausentes en los hogares y como consecuencia, han supuesto una mayor libertad sin regulación para los menores de edad”

institucionales destinados a la prevención, detección y atención de los problemas de comportamiento. Los resultados existentes muestran un aumento de la prevalencia de problemas de salud mental entre los parados o los desahuciados (Gili et al., 2013), así como la relación entre la precariedad laboral, el aumento de la pobreza, unas peores condiciones de vida y un mayor sufrimiento mental (Milner et al., 2013). En relación con los niños y adolescentes, el informe sobre el impacto de la crisis en la población infanto-juvenil dice literalmente: *“Es universalmente aceptado que la población infantil es uno de los grupos más vulnerables ante las situaciones de estrés que puede provocar una crisis”* (Ruiz y Cols, 2014), provocando, entre otros problemas de salud mental, un aumento de la violencia infantil (Berger et al., 2011).

La situación de crisis actual y como consecuencia de esta, la falta de recursos, ha provocado un aumento de las dificultades en los siguientes ámbitos:

- Ámbito médico-asistencial, donde las carencias producidas por la falta de recursos están comportando un nuevo reto dadas las dificultades en el abordaje de estos adolescentes y un aumento en la carga familiar que está teniendo como resultado, entre otros, la medicalización de los progenitores.
- Ámbito social, donde los estamentos oficiales de protección de los menores han detectado un aumento de demandas de atención, viéndose obligados a atender a los casos más urgentes y graves. Además, en esta situación, se encuentran las familias que muchas veces no disponen de los recursos necesarios para hacer frente a los gastos del día a día y por lo tanto tienen graves dificultades para afrontar las necesidades del adolescente problemático.
- Ámbito judicial, donde han crecido las demandas de adolescentes con problemas delictivos de baja intensidad y tienen dificultades para aplicar medidas penales alternativas al ingreso a centros de menores.
- Ámbito educativo, donde se observa una alta tasa de fracaso escolar entre los adolescentes con trastorno de conducta, lo que compromete seriamente su futuro y aumenta el riesgo de exclusión y de marginación.

Esta situación ha generado unas nuevas necesidades, haciendo fundamental la coordinación y realización de un abordaje multidisciplinar que englobe a pediatras, educadores, padres y profesionales de la salud mental para una correcta prevención, detección y manejo de la población infanto-juvenil con problemas de conducta. La importancia de dicha coordinación entre estos cuatro ámbitos de actuación se explica a continuación:

- Es en la estructura familiar donde posiblemente los cambios sociales han tenido un mayor impacto, observándose que el modelo tradicional se ha visto alterado a consecuencia del aumento de la prevalencia de familias monoparentales o de familias ampliadas (Valdivia, 2008). Además, los roles

de los miembros de la unidad familiar también se han modificado, entre otras razones, por la incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución del número de hijos por familia, el retraso en la edad de emancipación de los jóvenes o la incorporación de las tecnologías de la comunicación y la información (TIC) que han generado nuevas formas de comunicación, nuevas maneras de ocio y de presentarnos ante los demás (Roca, G. (Coord.) 2015). Asimismo, las exigencias del mundo laboral han provocado que las figuras parentales estén más ausentes en los hogares, hecho que ha comportado una mayor libertad sin regulación para los menores de edad (Casares García, 2008). Paralelamente, una de las mayores dificultades que presentan algunas familias en los últimos tiempos radica en el establecimiento de límites por parte de los padres a sus niños (FEDAIA, 2014). En consecuencia, se pone de manifiesto la importancia de empoderar a los padres en el establecimiento de límites saludables (Romano et al., 2005). La intervención dirigida a padres es decisiva en la modificación de los problemas de conducta surgidos en edades tempranas. En este ámbito, el entrenamiento de padres se plantea como una de las modalidades de intervención mejor investigadas y consideradas de mayor calidad por la literatura científica (Robles Pacho y Romero Triñanes, 2011). El abordaje, que incluye a la familia, permite la promoción de cambios positivos en la conducta del niño, la mejora de las interacciones diarias entre padres e hijos y la comunicación, la resolución de problemas y la disminución del estrés parental.



El pediatra es el profesional que realiza un seguimiento a lo largo de todo el desarrollo del niño por lo que constituye una figura imprescindible en la detección precoz de dichos trastornos”

- La implicación de los pediatras en el manejo de los trastornos exteriorizados se fundamenta en varias razones. Para empezar se encuentran muy frecuentemente con esta situación ya que es el motivo de consulta no orgánico más frecuente en la práctica clínica. Además, el pediatra es el profesional que realiza un seguimiento a lo largo de todo el desarrollo del niño por lo que constituye una figura imprescindible en la detección precoz de dichos trastornos (Rodríguez Hernández, Barrau Alonso, 2012). Además, y puesto que muchos niños con TDAH reciben medicación, es necesario que éste conozca bien el manejo y los efectos secundarios de los fármacos ya que suele ser una consulta frecuente (Artigas Pallarés, 2006), sin olvidar la importancia de su actuación asesorando a los familiares.
- Los profesores son posiblemente la pieza clave en el manejo de los niños y adolescentes con trastornos exteriorizados. Los maestros cumplen un rol fundamental en su educación tanto a nivel académico como social, siendo figuras reguladoras de las interacciones sociales entre los jóvenes. Es por este motivo que se consideran fundamentales en la promoción de comportamientos saludables así como también en la puesta de límites ante conductas que podrían derivar en trastornos comportamentales y de salud mental. Asimismo, el educador forma parte de la cadena que actúa a nivel preventivo, detectando aquellos alumnos que requieren de una intervención precoz o tratamiento, y evitándose así, problemáticas de mayor complejidad a largo plazo (Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo, 2012).



La posibilidad de una detección precoz de las dificultades en los primeros años de vida permite prevenir dificultades de mayor complejidad en el futuro, mejorando considerablemente el pronóstico”

- Los profesionales de salud mental son los encargados de diagnosticar y diseñar un plan de intervención integral. Cuando se trata de trastornos externalizantes, se insiste en el trabajo en red porque implica que el abordaje tiene que conseguir abarcar la complejidad de dichos trastornos. La posibilidad de una detección precoz de las dificultades en los primeros años de vida permite prevenir dificultades de mayor complejidad en el futuro, mejorando considerablemente el pronóstico (FEDAIA, 2014). Existe suficiente evidencia científica acerca de la eficacia de los programas de prevención y promoción que demuestran beneficios importantes en la salud de los individuos y la sociedad en general (Jané-Llopis, 2004).

1. Objetivos, metodología y análisis estadístico

Objetivo general

El objetivo general del estudio fue analizar la opinión de los profesionales de la pediatría, de la salud mental, de la enseñanza y de los padres sobre los aspectos más relevantes de la detección precoz, la prevención y el tratamiento de los trastornos de conducta, con el fin de proponer recomendaciones dirigidas a cubrir las necesidades actuales para un correcto abordaje de estos problemas.

Objetivos específicos

1. Descripción de la opinión de profesionales de la pediatría sobre los aspectos más relevantes para realizar una correcta identificación de los factores de riesgo del desarrollo de los problemas de conducta.
2. Evaluación de la práctica habitual de los pediatras sobre la gestión de los niños con sospecha de presentar un trastorno de conducta.
3. Análisis de las recomendaciones de los pediatras a sus pacientes.
4. Determinación desde la pediatría de las necesidades para un correcto abordaje de dichos trastornos.
5. Descripción de la opinión de profesionales de la salud mental sobre los aspectos más relevantes para realizar una correcta identificación de los factores de riesgo del desarrollo de los problemas de conducta.
6. Evaluación de la práctica habitual de los profesionales de la salud mental sobre la gestión de los niños con sospecha de presentar un trastorno de conducta.
7. Análisis de las recomendaciones realizadas por los profesionales de salud mental a sus pacientes.
8. Determinación desde los profesionales de la salud mental de las necesidades para un correcto abordaje de dichos trastornos.

9. Descripción de la opinión de los profesores sobre los aspectos más relevantes para realizar una correcta identificación de los factores de riesgo del desarrollo de los problemas de conducta.
10. Evaluación de la práctica habitual de los profesores sobre la gestión de los niños con sospecha de presentar un trastorno de conducta.
11. Análisis de las recomendaciones realizadas por los docentes a sus alumnos.
12. Análisis de las preocupaciones de los padres en relación al manejo de los trastornos de conducta.
13. Propuesta de mejoras en base a la opinión de los profesionales y padres implicados para un correcto abordaje coordinado de los problemas de conducta.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo sobre la opinión de los colectivos implicados en el tratamiento de los problemas de conducta, realizado a partir de una encuesta de opinión. Para la realización del estudio se realizó una encuesta de opinión en la que se preguntaba a los participantes por los aspectos más relevantes, según la literatura científica, relacionados con los problemas de conducta. En la realización de la encuesta participaron profesores, pedagogos, psicólogos, psiquiatras y padres.

La encuesta fue administrada telemáticamente a partir del contacto previo con los participantes. La forma establecida para contactar con los diferentes colectivos que participaron en el estudio dependió de cada uno de los casos. Con la intención de contactar con los pediatras se contó con la colaboración de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). La muestra de padres fue obtenida gracias a la colaboración de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA). Finalmente, la muestra de profesionales de la salud mental fue obtenida a partir de la colaboración de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil.

Tamaño de la muestra

El estudio pretendía analizar la opinión de los profesionales y padres a nivel nacional, motivo por el que se realizó un diseño para obtener la información de forma estratificada en función del porcentaje de profesionales por comunidad autónoma. Debido a las dificultades para obtener una muestra estratificada, se estableció un criterio que tuviera en cuenta la representatividad de todas las

comunidades autónomas, aunque no se pudo conseguir la estratificación de la muestra.

La muestra final estuvo formada por 1.364 participantes de los cuales el 46,63% (n= 636) fueron pediatras, el 14,74% (n= 201) fueron psicólogos y psiquiatras, el 23,97% (n= 327) fueron profesores y psicopedagogos/psicólogos escolares y el 14,66% (n= 200) fueron padres. La distribución por comunidades autónomas, así como la información sociodemográfica de cada una de las muestras, puede consultarse en el primer punto de cada uno de los apartados de resultados.

Análisis estadístico

Dado que se trata de un estudio de opinión, se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas. Los descriptivos utilizados fueron la media y desviación típica o el porcentaje y la n (número de casos) en función del tipo de variable analizada. Las variables ordinales o dicotómicas se presentan en porcentajes y n, mientras que las variables continuas a partir de la media y la desviación típica. Además, se realizaron comparaciones entre grupos utilizando pruebas paramétricas (Pruebas T y Chi-cuadrado) según las características de las variables estudiadas. La comparación de las variables continuas se realizó utilizando la Prueba T, mientras que la comparación de las variables nominales mediante la prueba Chi-cuadrado.

En los casos en los que la distribución de las variables no permitía la aplicabilidad de pruebas paramétricas se utilizaron no paramétricas. Por otro lado, en muchos casos se consideró recodificar las variables del estudio. Esta consideración se tuvo en cuenta, generalmente, cuando la distribución de la variable no permitía la aplicación de los contrastes necesarios. Además de este criterio, se realizó la recodificación de otras variables con el fin de facilitar la lectura de los resultados y para facilitar igualmente la comparación de los resultados obtenidos en las diferentes muestras. En los casos en los que las variables fueron recodificadas aparece indicado antes de la presentación de los resultados.

Finalmente, comentar que los casos perdidos no fueron incluidos en las tablas ni en los análisis. En ninguna variable se observó un porcentaje de valores perdidos superior al 2%. En cuanto a las respuestas «No sabe/No contesta» son comentadas en el apartado de resultados en aquellos casos en las que el porcentaje de respuesta es relevante.

2. Resultados

Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los pediatras

En la tabla presentada a continuación se observan los porcentajes de pediatras que participaron en el estudio por comunidad autónoma. Como se observa, la muestra presenta una mayor representación de profesionales de las comunidades autónomas de Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana y una muy baja representación de profesionales de la comunidad autónoma de Extremadura, Baleares y de Canarias (ver tabla 1).

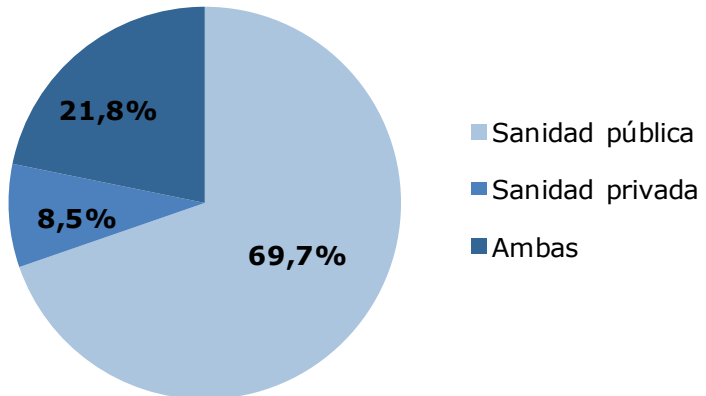
Tabla 1. Distribución por comunidades autónomas respondida por los pediatras. Fuente: elaboración propia.

Comunidad autónoma	n	Porcentaje
Andalucía	63	9,9
Aragón	7	1,1
Asturias	23	3,6
Canarias	7	1,1
Cantabria	11	1,7
Castilla y León	36	5,7
Castilla la Mancha	18	2,8
Cataluña	131	20,6
Comunidad de Madrid	88	13,8
Comunidad Valenciana	78	12,3
Extremadura	2	0,3
Galicia	44	6,9
Islas Baleares	6	0,9
La Rioja	32	5,0
Navarra	51	8,0
País Vasco	15	2,4
Región de Murcia	24	3,8
Total	636	100,0

Descriptivos de la muestra

La muestra de pediatras estuvo formada por 636 pediatras y participaron tanto mujeres [66,5% (n= 423)] como hombres [33,5% (n= 213)]. La edad promedio de estos profesionales fue de 49,6 años [Desviación estándar (DE)= 10,1]), distribuidos en un rango entre los 21 y los 79 años de edad, y la media de años de ejercicio de la profesión fue de 21,8 años (DE= 9,9), con un rango de 1 a 55 años de ejercicio de la profesión. En la figura 1 se muestra como la mayoría de los pediatras ejerce su práctica clínica en la sanidad pública [69,7% (n= 443)], mientras que el 8,5% (n= 54) realiza su actividad desde la sanidad privada y el 21,9% (n= 139) en ambas. Se observaron diferencias significativas entre los pediatras de centros con titularidad pública en comparación con los de la privada, tanto en la media de edad [48,1 (DE= 9,9) vs 55,2 (DE= 9,4); $p < 0,001$; respectivamente], como en la media de años ejerciendo la profesión [20,6 (DE= 9,8) vs 27,5 (DE= 9,2); $p < 0,001$; respectivamente].

Figura 1. Titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.



Opinión de los pediatras sobre el estado actual de los problemas o trastornos de conducta en niños y adolescentes

El 95,8% (n= 609) de los pediatras encuestados considera «muy importante o bastante importante» el papel del pediatra en la detección de problemas de conducta. En la tabla 2 se representan los resultados en función de la institución en la que se realiza la práctica clínica, en donde no se observaron diferencias significativas. Los profesionales de las tres instituciones consideraron «muy necesario» el papel del pediatra en la detección de los trastornos de la conducta.

Tabla 2. Papel del pediatra en la detección de problemas de conducta en función de la institución en que se realiza la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Bastante / Muy necesario	95,5	423	94,4	51	97,1	135
Poco / No necesario	4,5	20	5,6	3	2,9	4

Cuando se pregunta a los pediatras si creen que detectan casos no diagnosticados de trastornos de conducta durante la práctica habitual, el 57,6% (n= 366) cree que «nunca o pocas veces» detectan casos no diagnosticados, y el 42,4% (n= 269) restante considera que los detectan «bastantes veces, incluso siempre». En la tabla 3 se muestra la distribución en función de la institución en la que se realiza la práctica pediátrica. Al comparar la frecuencia con la que detectan casos no diagnosticados, no se observaron diferencias entre los pediatras de los centros públicos o privados.

Tabla 3. Detección de trastornos de conducta no diagnosticados en función de la institución en que se realiza la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Bastantes veces / Siempre	40,3	178	44,4	24	48,2	67
Nunca / Pocas veces	59,7	264	55,6	30	51,8	72

Opinión de los pediatras sobre los problemas de conducta y las demandas en el ámbito de la salud mental

El 92,7% (n= 586) de los pediatras considera que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes. En la tabla 4 se representan los resultados de las frecuencias en función de la institución en la que realizan la práctica clínica. Todos los pediatras consideran que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes.



El 92,7% de los pediatras considera que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes”

Tabla 4. Porcentaje de pediatras que afirma que los trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental, en función de la institución en que se realiza la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Sí supone la principal demanda	92,1	407	90,6	48	95,6	131
No supone la principal demanda	7,9	35	9,4	5	4,4	6

Opinión de los pediatras sobre el aumento en los últimos cinco años de los problemas de conducta en el ámbito de la salud mental

El 92,3% (n= 539) de los pediatras considera que los problemas o trastornos de conducta han aumentado en los últimos cinco años; en cambio un 7,7% (n= 45) dice no haber observado dicho aumento. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales en función de la institución en la que realiza la práctica clínica [sanidad pública; 93,3% (n= 373) vs sanidad privada; 88,2% (n= 45) vs ambas; 91,0% (n= 121); p= 0,36].

Opinión de los pediatras sobre los indicadores en la detección precoz de los trastornos de conducta

Al preguntarles a los pediatras sobre cuáles de los síntomas son indicadores tempranos o bien les ponen en alerta en la detección precoz de los trastornos de conducta, se observó que los síntomas más valorados fueron los relacionados con la dificultad del aprendizaje (DA) [91,3% (n= 570)] y el TND [desafiar a la autoridad; 92,9% (n= 586)] (ver tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TND como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Pierden la calma	81,2	501	18,8	116
Se molestan con facilidad	69,6	422	30,4	184
Expresan resentimiento	74,7	440	25,3	149
Discuten con la autoridad	76,9	462	23,1	139
Desafían a la autoridad	92,9	586	7,1	45
Molestan a los demás	84,0	514	16,0	98
Culpan a otros de los propios errores	80,2	487	19,8	120
Muestran comportamientos vengativos	87,0	530	13,0	79

Un mayor porcentaje de pediatras destacó la relevancia en la detección precoz de los trastornos de conducta de los síntomas relacionados con el TD [“acosan o amenazan a otros”: 94,7% (n= 595), “inician peleas”: 92,9% (n= 580), “usan objetos o armas para dañar a otros”: 94,4% (n= 588), “son crueles con otros”: 92,5% (n= 580), “son crueles con animales”: 91,0% (n= 565), “roban objetos de valor”: 90,8% (n= 562), “queman objetos deliberadamente”: 91,3% (n= 569) y “faltas de asistencia a la escuela”: 90,7% (n= 564)] (ver tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TD como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	94,7	595	5,3	33
Inician peleas	92,9	580	7,1	44
Usan objetos o armas para dañar	94,4	588	5,6	35
Son crueles hacia otros	92,5	580	7,5	47
Son crueles con los animales	91,0	565	9,0	56
Roban objetos de valor	90,8	562	9,2	57
Queman objetos deliberadamente	91,3	569	8,7	54
Mienten y engañan	86,0	533	14,0	87
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	80,3	477	19,7	117
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	87,0	524	13,0	78
Faltas de asistencia en la escuela	90,7	564	9,3	58

Respecto a los indicadores más relevantes en la detección precoz de los trastornos de conducta relacionados con el TDAH, en la tabla 7 se puede observar cómo los pediatras valoraron con un porcentaje no mayor al 83% los síntomas “no prestan la atención debida a los detalles”, “no siguen las instrucciones” y “parecen tener un motor interno”.

Tabla 7. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TDAH como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	58,9	375	41,1	261
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	83,1	500	18,7	115
Pierden objetos repetidas veces	47,3	275	52,7	307
Parece que no escuchan cuando se les habla	76,8	478	23,2	144
No siguen las instrucciones	82,1	501	17,9	109
Tienen dificultad para organizarse	77,3	476	22,7	140
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	63,8	386	36,2	219
Se distraen con facilidad	75,4	465	24,6	152
Olvidan las actividades cotidianas	65,2	415	34,7	221
Juguetean con manos o pies	55,5	321	44,5	257
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	63,4	403	36,6	233
Corretean en situaciones no apropiadas	61,3	390	38,7	246
Son incapaces de jugar tranquilamente	60,2	383	39,8	253
Parecen tener un motor interno	80,0	493	20,0	123
Hablan excesivamente	66,8	425	33,2	211
Responden inesperadamente	59,6	379	40,4	257
Son impacientes	67,1	410	32,9	201
Interrumpen las conversaciones	76,3	471	23,7	146

Al analizar los resultados en función de la institución en la que trabajaban, se observó que la DA [sanidad pública: 91,2% (n= 394), sanidad privada: 85,2% (n= 46), ambas instituciones: 94,2% (n= 130)], es considerado un indicador precoz de los problemas de conducta para los profesionales de los diferentes centros, sin observarse diferencias significativas por centros. Pero en cambio, se observaron diferencias en los diferentes síntomas del TD, el TND y el TDAH.

En el caso del TND, el síntoma “discuten con la autoridad” [sanidad pública: 77,9% (n= 325) vs sanidad privada: 62,0% (n= 31) vs ambas instituciones: 79,1% (n= 106); $p < 0,05$] y “desafían a la autoridad” [sanidad pública: 94,3% (n= 416) vs sanidad privada: 77,4% (n= 41) vs ambas instituciones: 94,2% (n= 129); $p < 0,001$], son los que muestran diferencias en función de la institución. En la tabla 8 se pueden ver los porcentajes de profesionales que valoraron relevantes los diferentes indicadores de detección precoz de los trastornos de la conducta por institución.

Tabla 8. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TND en la detección precoz de los trastornos de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Pierden la calma	79,8	344	82,7	43	85,1	114
Se molestan con facilidad	68,5	287	65,4	34	74,8	101
Expresan resentimiento	75,7	311	68,1	32	74,0	97
Discuten con la autoridad	77,9	325	62,0	31	79,1	106
Desafían a la autoridad	94,3	416	77,4	41	94,2	129
Molestan a los demás	84,5	359	75,0	39	85,9	116
Culpan a otros de los propios errores	80,4	337	71,7	38	83,0	112
Muestran comportamientos vengativos	88,4	375	80,0	40	85,2	115

Dentro del TD se observa, en general, un mayor porcentaje de profesionales de instituciones públicas que considera «muy importante» los síntomas de este en la detección precoz de los problemas de conducta. Los síntomas en los que se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales de cada centro fueron “acosan o amenazan a otros” [sanidad pública: 96,4% (n= 423) vs sanidad privada: 88,7% (n= 47) vs ambas instituciones: 91,9% (n= 125); $p < 0,05$], “inician peleas” [sanidad pública: 94,7% (n= 411) vs sanidad privada: 88,7% (n= 47) vs ambas instituciones: 89,1% (n= 122); $p < 0,05$], “usan objetos o armas para dañar a otros” [sanidad pública: 96,8% (n= 420) vs sanidad privada: 83,3% (n= 45) vs ambas instituciones: 91,1% (n= 123); $p < 0,001$], “son crueles hacia otros” [sanidad pública: 94,5% (n= 415) vs sanidad privada: 84,9% (n= 45) vs ambas instituciones: 88,9% (n= 120); $p < 0,05$], “son crueles con los animales” [sanidad

pública: 94,0% (n= 409) vs sanidad privada: 79,2% (n= 42) vs ambas instituciones: 85,7 (n= 114); $p < 0,001$], “roban objetos de valor” [sanidad pública: 93,3% (n= 403) vs sanidad privada: 79,2% (n= 42) vs ambas instituciones: 87,3% (n= 117); $p < 0,001$], “quemar objetos deliberadamente” [sanidad pública: 93,6% (n= 407) vs sanidad privada: 83,0% (n= 44) vs ambas instituciones: 87,4% (n= 118); $p= 0,05$], “mienten y engañan” [sanidad pública: 88,3% (n= 385) vs sanidad privada: 72,0% (n= 36) vs ambas instituciones: 83,6% (n= 112); $p= 0,05$] y “faltan a la escuela” [sanidad pública: 92,6% (n= 402) vs sanidad privada: 72,5% (n= 37) vs ambas instituciones: 91,2% (n= 125); $p < 0,001$] (ver tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TD en la detección precoz de los trastornos de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	96,4	423	88,7	47	91,9	125
Inician peleas	94,7	411	88,7	47	89,1	122
Usan objetos o armas para dañar	96,8	420	83,3	45	91,1	123
Son crueles hacia otros	94,5	415	84,9	45	88,9	120
Son crueles con los animales	94,0	409	79,2	42	85,7	114
Roban objetos de valor	93,3	403	79,2	42	87,3	117
Queman objetos deliberadamente	93,6	407	83,0	44	87,4	118
Mienten y engañan	88,3	385	72,0	36	83,6	112
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	81,3	339	70,2	33	80,8	105
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	87,6	368	79,2	38	88,1	118
Faltas de asistencia en la escuela	92,6	402	72,5	37	91,2	125

Al preguntar por el TDAH se observaron diferencias en el porcentaje de pediatras de cada institución que consideró relevantes, en la detección precoz, los síntomas

de “no prestan la debida atención” [sanidad pública: 79,2% (n= 338) vs sanidad privada: 77,4% (n= 41) vs ambas instituciones: 89,6% (n= 121); $p < 0,05$], “tienen dificultades para organizarse” [sanidad pública: 77,0% (n= 329) vs sanidad privada: 61,1% (n= 33) vs ambas instituciones: 84,4% (n= 114); $p < 0,05$], “se distraen con facilidad” [sanidad pública: 75,1% (n= 320) vs sanidad privada: 63,0% (n= 34) vs ambas instituciones: 81,0% (n= 111); $p < 0,05$] e “interrumpen las conversaciones” [sanidad pública: 76,0% (n= 329) vs sanidad privada: 63,3% (n= 31) vs ambas instituciones: 82,2% (n= 111); $p < 0,05$]. En la tabla 10 se pueden ver los indicadores más relevantes en la detección precoz del TDAH según la institución en la que el pediatra realiza la práctica clínica. Los resultados muestran que los profesionales que realizan su práctica clínica en ambas instituciones observan con mayor frecuencia estos síntomas relacionados con dicho trastorno.

Tabla 10. Porcentaje de pediatras que considera importantes los síntomas del TDAH en la detección precoz de los trastornos de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	61,6	273	59,2	32	50,3	70
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	79,2	338	77,4	41	89,6	121
Pierden objetos repetidas veces	47,3	192	37,0	17	50,8	66
Parece que no escuchan cuando se les habla	76,1	328	74,1	40	80,3	110
No siguen las instrucciones	81,5	348	76,9	40	86,3	113
Tienen dificultad para organizarse	77,0	329	61,1	33	84,4	114
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	64,0	272	58,0	29	65,4	85
Se distraen con facilidad	75,1	320	63,0	34	81,0	111
Olvidan las actividades cotidianas	63,9	283	66,7	36	69,1	96
Juguetean con manos o pies	54,1	219	54,3	25	60,6	77
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	60,3	267	70,4	38	70,5	98
Corretean en situaciones no apropiadas	60,9	270	61,1	33	62,6	87

Son incapaces de jugar tranquilamente	62,5	277	57,4	31	53,9	75
Parecen tener un motor interno	79,9	341	75,0	39	82,5	113
Hablan excesivamente	65,5	290	68,5	37	70,5	98
Responden inesperadamente	61,4	272	63,0	34	52,5	73
Son impacientes	66,9	285	54,9	28	72,4	97
Interrumpen las conversaciones	76,0	329	63,3	31	82,2	111

Opinión de los pediatras sobre el aumento de los trastornos de conducta en los últimos cinco años

Al preguntarles a los pediatras si creen haber observado en su consulta un aumento en los últimos cinco años de la frecuencia de los síntomas de estos trastornos, se observó que un porcentaje elevado de profesionales consideró observar «bastante o mucho aumento» en la DA [53,1% (n= 333)] y en algunos síntomas relacionados con el TDAH [“evitan tareas que requieren un esfuerzo”: 53,0% (n= 332) y se “distraen con facilidad”: 54,9% (n= 342)]. En cambio, se observaron con una menor frecuencia los síntomas relacionados con el TND (valores < 40%) y con el TD (valores < 34%). De forma generalizada, los pediatras «no encontraron» o bien encontraron «algún aumento» de los trastornos de conducta en los últimos cinco años.

El porcentaje de pediatras que consideró que ha observado un aumento de la DA [sanidad pública: 53,6% (n= 233), sanidad privada: 46,3 (n= 25), ambas instituciones: 54,3 (n=75)], fue igual en cada tipo de institución. En cambio se observaron diferencias en algunos síntomas relacionados con el TD (ver tabla 11). Los pediatras de la sanidad pública valoraron con una menor frecuencia los siguientes síntomas: “muestran comportamientos crueles con los animales” [sanidad pública: 7,4% (n= 30) vs sanidad privada: 15,1% (n= 8) vs ambas instituciones: 14,4% (n= 19); $p < 0,05$], “quemar objetos deliberadamente” [sanidad pública: 4,5% (n= 18) vs sanidad privada: 13,2% (n= 7) vs ambas instituciones: 9,8% (n= 13); $p < 0,01$] y “pasan noches enteras fuera de casa sin permiso” [sanidad pública: 7,8% (n= 32) vs sanidad privada: 15,1% (n= 8) vs ambas instituciones: 16,9% (n= 23); $p < 0,05$].

Tabla 11. Porcentaje de pediatras que afirma observar «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TD en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	34,4	147	32,1	17	33,3	46
Inician peleas	25,2	108	33,3	18	29,5	41
Usan objetos o armas para dañar	10,6	44	18,9	10	13,1	18
Son crueles hacia otros	17,5	74	22,2	12	17,5	24
Son crueles con los animales	7,4	30	15,1	8	14,4	19
Roban objetos de valor	8,3	33	13,0	7	12,0	16
Queman objetos deliberadamente	4,5	18	13,2	7	9,8	13
Mienten y engañan	29,2	126	31,5	17	34,3	47
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	16,4	68	15,1	8	19,1	26
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	7,8	32	15,1	8	16,9	23
Faltas de asistencia en la escuela	32,5	138	24,1	13	35,3	48

En las tablas 12 y 13 se representan los porcentajes de profesionales que consideraron haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND y del TDAH. No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado un aumento de la frecuencia de estos síntomas en los últimos cinco años. El porcentaje de profesionales que consideró haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND y del TDAH, como ya se ha comentado, se situó en torno al 40 y 50% respectivamente.

Tabla 12. Porcentaje de pediatras que afirma observar «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Pierden la calma	34,6	148	24,1	13	37,2	51
Se molestan con facilidad	31,4	134	27,8	15	34,3	47
Expresan resentimiento	15,2	64	15,4	8	20,0	27
Discuten con la autoridad	40,2	173	37,0	20	39,9	55
Desafían a la autoridad	40,1	173	38,9	21	44,2	61
Molestan a los demás	38,6	165	35,2	19	33,8	47
Culpan a otros de los propios errores	33,2	141	31,5	17	28,1	39
Muestran comportamientos vengativos	16,5	69	25,9	14	19,1	26



El porcentaje de profesionales que consideró haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND y del TDAH, se situó en torno al 40 y 50% respectivamente”

Tabla 13. Porcentaje de pediatras que afirma observar «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	54,8	243	53,7	29	50,3	70
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	46,7	198	34,0	18	40,1	55
Pierden objetos repetidas veces	24,9	102	18,9	10	23,7	32
Parece que no escuchan cuando se les habla	48,3	209	37,0	20	42,8	59
No siguen las instrucciones	43,3	187	34,0	18	42,0	58
Tienen dificultad para organizarse	47,7	207	39,6	21	45,6	62
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	54,0	235	51,9	28	50,4	69
Se distraen con facilidad	57,1	246	42,6	23	52,9	73
Olvidan las actividades cotidianas	46,3	205	38,8	21	38,8	54
Juguetean con manos o pies	24,2	99	15,1	8	25,0	34
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	42,9	190	37,0	20	36,7	51
Correotean en situaciones no apropiadas	42,2	187	44,4	24	40,3	56
Son incapaces de jugar tranquilamente	47,8	212	50,0	27	45,3	63
Parecen tener un motor interno	42,6	184	35,2	19	40,9	56
Hablan excesivamente	46,9	208	46,3	25	43,9	61
Responden inesperadamente	47,6	211	48,1	26	46,0	64
Son impacientes	44,6	193	37,0	20	44,5	61
Interrumpen las conversaciones	44,5	193	38,9	21	41,9	57

Opinión de los pediatras sobre la detección de los trastornos de conducta según el rango de edad

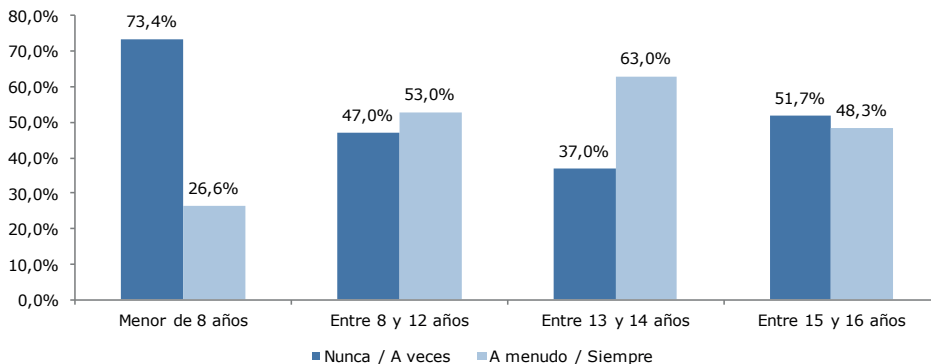
Cuando se pregunta a los pediatras sobre la frecuencia con la que observan la presencia de problemas de conducta según los intervalos de edad, el 73,4% (n= 466) observa «nunca o a veces» la presencia de problemas de conducta en niños menores de 8 años. Este porcentaje aumenta hasta alcanzar un valor de «a menudo o casi siempre», tanto en niños de 8 a 12 años [53,0% (n= 337)], como en adolescentes de 13 a 14 años [63,0% (n= 399)]. En la franja de edad entre los 15 y 16 años, el 39,5% (n= 251) de los pediatras «desconoce» (respuesta: «Ns/ Nc») la frecuencia de problemas de conducta y solo un 48,3% (n= 186), observa «a menudo o casi siempre» la presencia de trastornos de conducta. En la figura 12 se representan los porcentajes de pediatras que afirman detectarlos en dichas edades.



El 73,4% de los pediatras observa «nunca o a veces» la presencia de problemas de conducta en niños menores de 8 años”

Se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de pediatras que afirmó observar los problemas de conducta en el intervalo de 8 y 12 años en función de la institución en la que se realizó la consulta. Los pediatras de la sanidad privada observaron en un menor porcentaje la presencia de problemas de conducta en este intervalo de edad [sanidad pública: 51,2% (n= 227) vs sanidad privada: 42,6% (n= 23) vs ambas: 62,6% (n= 87); $p < 0,05$].

Figura 2. Porcentajes de los problemas de conducta por intervalos de edades. Fuente: elaboración propia.



Opinión de los pediatras sobre las situaciones que observan en los pacientes con trastorno de conducta

Cuando se pregunta a los pediatras si han observado ciertas situaciones en los pacientes que presentan problemas de conducta, aquellas que «a menudo o casi siempre» son observadas están relacionadas por una parte con situaciones familiares, ya sea por una baja implicación de los padres por “falta de tiempo” [78,1% (n= 495)] o por un “control parental inadecuado” [79,9% (n= 506)], o bien

porqué “las familias están desbordadas por los problemas de sus hijos” [81,3% (n= 516)]. Y por otra parte, se relacionan estas situaciones con “la insuficiencia de recursos institucionales” [70,2% (n= 434)], así como las situaciones propias del paciente que presenta problemas de conducta, como sería “la pérdida de valor por la autoridad” [81,7% (n= 519)], “la baja tolerancia a la frustración” [82,3% (n= 522)] y “el bajo rendimiento académico” [72,7% (n= 461)] (ver tabla 14).

Tabla 14. Situaciones observadas por los pediatras asociadas a los problemas de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Nunca / A veces		A menudo / Siempre	
	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	21,9	139	78,1	495
Falta de interés por parte de los padres	59,9	379	40,1	254
Control parental inadecuado	20,1	127	79,9	506
Familias desbordadas por los problemas del hijo	18,7	119	81,3	516
Agresividad intrafamiliar	55,1	345	44,9	281
Nuevos modelos familiares	53,7	336	46,3	290
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	48,0	305	52,0	330
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	51,4	325	48,6	306
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	38,3	236	61,7	380
Recursos institucionales insuficientes	29,8	184	70,2	434
Pérdida de valor por la autoridad	18,3	116	81,7	519
Trastornos mentales	85,1	532	14,9	93
Precocidad en los adolescentes	52,5	330	47,5	298
Baja tolerancia a la frustración	17,7	112	82,3	522
Bajo rendimiento académico	27,3	173	72,7	461
Consumo de sustancias	78,2	473	21,8	132

Se encontraron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales que afirma observar estos problemas en función de la institución en donde trabaja. Los pediatras de la salud pública observaron, en un mayor porcentaje, la presencia de situaciones familiares como “el control parental inadecuado” [sanidad pública: 82,3% (n= 362) vs sanidad privada: 68,5% (n= 37) vs ambas: 77,0% (n= 107); $p < 0,05$], y “las familias desbordadas por los problemas del hijo” [sanidad pública: 85,1% (n= 376) vs sanidad privada: 74,1% (n= 40) vs ambas: 71,9% (n= 100); $p < 0,001$] que los pediatras de la sanidad privada.

En este mismo sentido los problemas relacionados con los recursos económicos, como “la falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas” [sanidad pública: 51,7% (n= 227) vs sanidad privada: 33,3% (n= 18) vs ambas: 44,6% (n= 62); $p < 0,05$] y “los recursos institucionales insuficientes” [sanidad pública: 73,1% (n= 315) vs sanidad privada: 59,6% (n= 31) vs ambas: 65,2% (n= 88); $p < 0,05$], fueron, de nuevo, observados con una mayor frecuencia por parte de los pediatras de la salud pública.

Respecto a los problemas o situaciones propias del paciente como “la pérdida de valor por la autoridad” [sanidad pública: 83,9% (n= 371) vs sanidad privada: 72,2% (n= 39) vs ambas: 78,4% (n= 109); $p < 0,05$], como también “la baja tolerancia a la frustración” [sanidad pública: 84,6% (n= 374) vs sanidad privada: 73,6% (n= 39) vs ambas: 78,4% (n= 109); $p < 0,05$], fueron, una vez más, observadas con una mayor frecuencia por los pediatras de la salud pública. En la tabla 15 se representan las diferentes situaciones que «a menudo o casi siempre» son observadas por los pediatras en pacientes con trastorno de conducta.

Tabla 15. Situaciones que «a menudo o casi siempre» son observadas por los pediatras en pacientes con problemas de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	79,8	352	70,4	38	75,5	105
Falta de interés por parte de los padres	38,4	169	38,9	21	46,0	64
Control parental inadecuado	82,3	362	68,5	37	77,0	107
Familias desbordadas por los problemas del hijo	85,1	376	74,1	40	71,9	100
Agresividad intrafamiliar	45,3	197	39,6	21	45,7	63
Nuevos modelos familiares	46,7	204	39,6	21	47,8	65

Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	50,9	225	46,3	25	57,6	80
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	51,7	227	33,3	18	44,6	62
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	64,0	274	55,8	29	56,6	77
Recursos institucionales insuficientes	73,1	315	59,6	31	65,2	88
Pérdida de valor por la autoridad	83,9	371	72,2	39	78,4	109
Trastornos mentales	15,1	66	13,0	7	14,8	20
Precocidad en los adolescentes	46,2	203	40,7	22	54,1	73
Baja tolerancia a la frustración	84,6	374	73,6	39	78,4	109
Bajo rendimiento académico	74,4	329	64,2	34	70,5	98
Consumo de sustancias*	20,8	87	28,8	15	22,4	30

*El 4,9% (n=31) de pediatras no sabe cuál es el consumo de sustancias.

Opinión de los pediatras sobre el aumento en los últimos cinco años de las situaciones asociadas a los problemas de conducta observadas

Cuando se pregunta a los pediatras si creen que han aumentado las situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, se observó que la mayoría de profesionales afirmó haber observado un aumento de todas las situaciones o problemas incluidos en el estudio, siendo los más destacados “las familias desbordadas por problemas con los hijos” [94,9% (n= 595)], “el poco tiempo de los padres de estar con sus hijos” [92,8% (n= 577)], “el control parental inadecuado” [92,4% (n= 568)], “la pérdida de valor por la autoridad” [92,9% n= 572)], “la baja tolerancia a la frustración de los hijos” [92,9% n= 579)] y “el bajo rendimiento académico” [90,1% (n= 554)]. También es importante comentar la situación por falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas [80,3% (n= 482)] (ver tabla 16).

Tabla 16. Aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, observadas por los pediatras. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	92,8	577	7,2	45
Falta de interés por parte de los padres	55,1	332	44,9	271
Control parental inadecuado	92,4	568	7,6	47
Familias desbordadas por los problemas del hijo	94,9	595	5,1	32
Agresividad intrafamiliar	70,1	410	29,9	175
Nuevos modelos familiares	74,9	448	25,1	150
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	74,7	455	25,3	154
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	80,3	482	19,7	118
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	80,6	474	19,4	114
Recursos institucionales insuficientes	85,6	516	14,4	87
Pérdida de valor por la autoridad	92,9	572	7,1	44
Trastornos mentales	46,0	269	54,0	316
Precocidad en los adolescentes	77,9	473	22,1	134
Baja tolerancia a la frustración	92,9	579	7,1	44
Bajo rendimiento académico	90,1	554	9,9	61
Consumo de sustancias	53,1	294	46,9	260

Se observaron diferencias significativas al comparar los porcentajes de pediatras que afirmaron haber observado un aumento de estos problemas en función de la titularidad de la institución en donde trabajan. Los pediatras de la salud pública y aquellos que ejercen la profesión en ambas instituciones (privada y pública), observaron una mayor frecuencia de la presencia de situaciones familiares

como “el control parental inadecuado” [sanidad pública: 93,5% (n= 400) vs sanidad privada: 82,4% (n= 42) vs ambas: 92,6% (n= 126); $p < 0,05$], como también en “el desconocimiento por parte de los padres de los problemas” [sanidad pública: 72,6% (n= 305) vs sanidad privada: 69,8% (n= 37) vs ambas: 83,1% (n= 113); $p < 0,05$].

Por otra parte, “la falta de recursos económicos familiares” para abordar estos problemas presenta una Chi-cuadrado muy próxima a la significación, siendo el pediatra de la sanidad pública quien observa, en un mayor porcentaje, esta situación [sanidad pública: 82,7% (n= 345) vs sanidad privada: 71,2% (n= 37) vs ambas: 76,3% (n= 100); $p= 0,06$]. En la tabla 17 se representa la percepción del aumento de los problemas o situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, observadas por los pediatras.

Tabla 17. Aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, observadas por los pediatras. Fuente: elaboración propia.

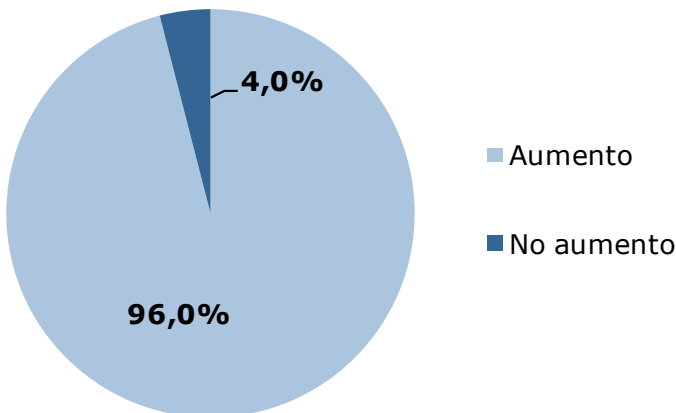
	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	96,2	401	92,5	49	93,4	127
Falta de interés por parte de los padres	54,4	229	49,0	25	59,5	78
Control parental inadecuado	93,5	400	82,4	42	92,6	126
Familias desbordadas por los problemas del hijo	95,4	417	88,7	47	95,6	131
Agresividad intrafamiliar	71,5	289	58,8	30	70,0	91
Nuevos modelos familiares	74,9	314	74,5	38	75,0	96
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	72,6	305	69,8	37	83,1	113
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	82,7	345	71,2	37	76,3	100
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	81,5	334	83,7	41	76,7	99
Recursos institucionales insuficientes	86,0	361	88,2	45	83,3	110
Pérdida de valor por la autoridad	92,5	397	90,4	47	94,8	128

Trastornos mentales	43,2	176	44,9	22	55,0	71
Precocidad en los adolescentes	78,0	326	79,2	42	77,2	105
Baja tolerancia a la frustración	93,6	407	92,3	48	91,2	124
Bajo rendimiento académico	90,1	384	88,7	47	90,4	123
Consumo de sustancias	51,7	196	56,0	28	56,0	70

Opinión de los pediatras sobre el aumento en los últimos cinco años de la demanda por problemas de conducta observadas

Cuando se pregunta a los pediatras si han observado un aumento de la demanda por problemas de conducta en los últimos cinco años, se observó que el 96,0% (n= 597) de ellos afirmó haber observado un aumento. No se encontraron diferencias significativas al comparar las frecuencias en función de la institución en donde se realizó la práctica pediátrica [sanidad pública: 96,7 (n= 416) vs sanidad privada: 94,4% (n= 51) vs ambas: 94,2% (n= 130); $p > 0,10$]. En la figura 3 se representa el aumento de la demanda por problemas de conducta observadas por los pediatras en los últimos cinco años.

Figura 3. Aumento de la demanda en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.



Opinión de los pediatras sobre los problemas de conducta en su práctica clínica

Al preguntar por el estado en el que son detectados los trastornos de conducta por los pediatras en su práctica clínica habitual, se observó que principalmente el pediatra reconoce que no han sido diagnosticados previamente o se han detectado

en la escuela y que en pocas ocasiones observan que hayan sido diagnosticados por profesionales de la salud mental. En este sentido, el 61,4% (n= 390) de los pediatras afirmó observar, de forma «muy frecuente», “padres que consultan por primera vez al pediatra sobre estos problemas” y también un porcentaje alto de pediatras, el 64,1% (n= 407), que frecuentemente observan que “los padres previamente han consultado con la escuela”. En cambio, según el 88,1% (n= 557) de los pediatras «nunca o a veces» “los padres ya han consultado algún psicólogo o psiquiatra antes que al propio pediatra”. En la tabla 18 se muestra la frecuencia con la que se observan estas situaciones en la práctica pediátrica clínica habitual. No se observaron diferencias entre las frecuencias en función de la institución en la que se realizó la práctica pediátrica.

Tabla 18. Frecuencia observada «bastantes veces o siempre» en la detección de los problemas de conducta en la práctica clínica habitual. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que consultan sobre estos problemas por primera vez	63,9	283	50,0	27	58,0	80
Padres que ya han consultado o hablado con la escuela primero	66,4	294	63,0	34	57,2	79
Padres que ya han consultado con algún psicólogo o psiquiatra	10,9	48	20,4	11	11,6	16



El 83,1% de los pediatras, recomienda «bastantes veces o siempre», acudir a los recursos existentes en los centros académicos como una opción terapéutica”

Opinión de los pediatras sobre la frecuencia con la que recomiendan las diferentes opciones terapéuticas

Cuando se pregunta a los pediatras sobre la frecuencia con la que recomiendan determinadas opciones terapéuticas, el 83,1% (n= 528) de los pediatras, recomienda «bastantes veces o siempre» “acudir a los recursos existentes en los centros académicos” como una opción terapéutica. El 69,1% (n= 434) de los pediatras recomienda “acudir a algún programa psicológico de la sanidad pública” y el 55,6% (n= 353) “acudir a algún psiquiatra de la sanidad pública”. Este porcentaje disminuye cuando se recomienda “acudir a algún tipo de intervención psicológica privada” [22,0% (n= 139)] o “acudir a algún psiquiatra de la sanidad privada” [12,7% (n= 80)].

Se observaron diferencias significativas en función de la institución en la cual trabajaban al comparar los porcentajes de pediatras que recomiendan las diferentes opciones terapéuticas. El pediatra de la sanidad pública recomienda, con una mayor frecuencia, “acudir a los recursos existentes en los centros académicos existentes” [sanidad pública: 88,7% (n= 393) vs sanidad privada: 55,6% (n= 30) vs ambas: 76,1% (n= 105); p < 0,001]. También se observa esta mayor frecuencia en

la recomendación por parte del pediatra de la salud pública de “acudir a algún programa psicológico de la sanidad pública” [sanidad pública: 73,4% (n= 320) vs sanidad privada: 42,6% (n= 23) vs ambas: 65,9% (n= 91); $p < 0,001$]. Más del 50% de los pediatras, tanto el pediatra de la sanidad pública como el que ejerce la profesión en ambas instituciones, recomiendan “acudir a algún psiquiatra de la sanidad pública” [sanidad pública: 58,5% (n= 259) vs sanidad privada: 35,2% (n= 19) vs ambas: 54,3% (n= 75); $p < 0,05$].

En cambio, el pediatra de la sanidad privada afirma recomendar en un mayor porcentaje “acudir a algún tipo de intervención psicológica privada” [sanidad pública: 14,1% (n= 62) vs sanidad privada: 57,4% (n= 31) vs ambas: 11,6% (n= 16); $p < 0,001$] que los profesionales de la sanidad pública, y afirman recomendar, en menor porcentaje, “acudir a algún psiquiatra de la sanidad privada” [sanidad pública: 6,6% (n= 29) vs sanidad privada: 40,7% (n= 22) vs ambas: 36,3% (n= 29); $p < 0,001$]. En la tabla 19 se muestran los porcentajes con los que los pediatras afirman recomendar «bastantes veces o siempre» las diferentes opciones terapéuticas en función de la institución en la que se realiza la práctica clínica.

Tabla 19. Frecuencia recomendada «bastantes veces o siempre» sobre determinadas opciones terapéuticas por parte del pediatra. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Acudir a los recursos existentes en los centros académicos	88,7	393	55,6	30	76,1	105
Acudir a algún programa psicológico de la sanidad pública	73,4	320	42,6	23	65,9	91
Acudir a algún psiquiatra de la sanidad pública	58,5	259	35,2	19	54,3	75
Acudir a algún tipo de intervención psicológica privada	14,1	62	57,4	31	33,3	46
Acudir a algún psiquiatra de la sanidad privada	6,6	29	40,7	22	36,3	29

Opinión de los pediatras sobre el conocimiento de las estrategias y recursos utilizados en el ámbito académico para abordar los problemas de conducta

Cuando se pregunta a los pediatras sobre el conocimiento de las estrategias y recursos utilizados en el ámbito académico para abordar los problemas de conducta, se observa un cierto desconocimiento generalizado en algunas de las estrategias o recursos utilizados, ya que responden en la categoría «bastante o mucho conocimiento» con porcentajes bajos, tales como: “las aulas abiertas”

(12,6%; n= 79), “los planes de cualificación profesional” (10,15%; n= 65), “la unidad de escolarización compartida” (12,7%; n= 79), “la unidad médica escolar” (13,0%; n= 81), “la unidad de apoyo en la educación especial clínica” (17,5%; n= 109), “la comisión de atención a la diversidad” (10,1%; n= 63), “el plan de acción tutorial” (16,1%; n= 100) y “los programas de diversificación curricular individual” (20,1%; n= 126) (ver tabla 20).

Tabla 20. Conocimiento de los servicios o estrategias realizadas en el ámbito escolar, observadas por los pediatras. Fuente: elaboración propia.

	No / Algo		Bastante / Mucho	
	%	n	%	n
Psicólogo escolar	42,7	270	57,3	363
Gabinetes psicopedagógicos	48,4	306	51,6	326
Adaptaciones curriculares	57,4	362	42,6	269
Unidades de apoyo a la educación especial clínica	82,5	514	17,5	109
Unidades de apoyo a la educación especial	61,4	388	38,6	244
Programas de diversificación curricular	79,9	500	20,1	126
Plan de acción tutorial	83,9	523	16,1	100
Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)	55,1	348	44,9	284
Comisión de atención a la diversidad	89,9	561	10,1	63
Servicio educativo especializado en los trastornos generales del desarrollo y la conducta	75,2	473	24,8	156
Planes de cualificación profesional	89,5	556	10,5	65
Aulas abiertas	87,4	546	12,6	79
Unidades de escolarización compartidas	87,3	543	12,7	79
Unidad médica escolar	87,0	543	13,0	81

Se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales que afirmó conocer las diferentes opciones terapéuticas al comparar las respuestas en función de la institución en donde realizan la práctica pediátrica. El pediatra que ejerce su profesión en ambas instituciones afirma conocer, en un mayor porcentaje de los casos, el recurso de “la adaptación curricular” [sanidad pública: 42,0% (n= 256) vs sanidad privada: 30,2% (n= 16) vs ambas: 49,6% (n= 68); $p < 0,05$], “la unidad de escolarización compartida” [sanidad pública: 9,9 (n= 43) vs sanidad privada: 13,5% (n= 7) vs ambas: 21,2% (n= 29); $p < 0,05$] y “el servicio educativo especializado en trastorno de la conducta” [sanidad pública: 21,2% (n= 93) vs sanidad privada: 30,2% (n= 16) vs ambas: 34,1% (n= 47); $p < 0,01$].

En cambio, el pediatra de la sanidad privada conoce con mayor frecuencia “la unidad médica escolar” [sanidad pública: 10,1% (n= 44) vs sanidad privada: 21,2% (n= 11) vs ambas: 19,1% (n= 26); $p < 0,01$]. En la tabla 21 se representan los porcentajes de pediatras que afirmaron conocer «bastante o mucho» las diferentes estrategias y recursos utilizados en el ámbito académico para abordar los problemas de conducta según la institución en donde se realiza la práctica clínica.

Tabla 21. Conocimiento «bastante o mucho» de las estrategias y recursos utilizados en el ámbito académico para abordar los problemas de conducta por parte del pediatra.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
MAYOR CONOCIMIENTO						
Gabinete psicopedagógico	49,3	217	61,1	33	55,1	76
Psicólogo escolar	56,7	250	53,7	29	60,9	84
Adaptación curricular	42,0	256	30,2	16	49,6	68
Unidad apoyo a educación especial	39,0	172	32,1	17	39,9	55
Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógico	44,9	198	43,4	23	45,7	63
Servicio educativo especializado en trastorno de la conducta	21,2	93	30,2	16	34,1	47

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
MENOR CONOCIMINETO						
Aulas abiertas	11,0	48	11,5	6	18,2	25
Planes de cualificación profesional	8,8	38	15,4	8	13,9	19
Unidad escolarización compartida	9,9	43	13,5	7	21,2	29
Unidad médica escolar	10,1	44	21,2	11	19,1	26
Unidad apoyo a la educación especial clínica	15,4	67	26,4	14	20,7	28
Comisión de atención a la diversidad	8,3	36	11,3	6	15,3	21
Plan de acción tutorial	14,3	62	20,8	11	19,7	27
Programas de diversificación curricular individual	19,9	87	18,9	10	21,3	29

Opinión de los pediatras en base a su experiencia sobre la utilidad de estrategias terapéuticas



Un 79,5% de pediatras valoró negativamente la utilidad de los “internados escolares” como estrategia terapéutica”

Las respuestas de los pediatras sobre la utilidad de los diferentes recursos asistenciales existentes para el tratamiento de los problemas de conducta se presentan en la tabla 22. Como se observa en la tabla, un elevado porcentaje de pediatras valoró negativamente la utilidad de los “internados escolares” [79,5% (n= 338)] como estrategia terapéutica. De forma generalizada, el resto de las estrategias terapéuticas fueron valoradas como «adecuadas o buenas» por la mayoría de los pediatras. Las estrategias valoradas como «muy buenas» por un mayor porcentaje de profesionales fueron “psicoterapia familiar” [30,8% (n= 188)] y “la psicoterapia individual” [20,9% (n= 131)]. Las que fueron consideradas por un menor porcentaje de pediatras como «muy buenas» fueron los “internados escolares”, ya comentados, “las unidades de subagudos”, “las comunidades terapéuticas”, “las estrategias farmacológicas”, “las unidades de agudos” y “los servicios sociales” (ver tabla 22).

Tabla 22. Valoración sobre la utilidad de las estrategias terapéuticas por parte del pediatra en base a su experiencia. Fuente: elaboración propia.

	Insuficiente		Adecuado/ Bueno		Muy bueno	
	%	n	%	n	%	n
Estrategias y dispositivos escolares específicos	39,6	241	48,6	296	11,8	72
Internados escolares	79,5	338	19,3	82	1,2	5
Servicios sociales	39,2	242	53,0	327	7,8	48
Estrategia farmacológica	22,0	136	70,6	436	7,4	46
Psicoterapia individual	16,6	104	62,6	393	20,9	131
Psicoterapia grupal	19,9	114	63,3	362	16,8	96
Psicoterapia familiar	15,9	97	53,3	325	30,8	188
Hospital de día	28,2	133	63,8	301	8,1	38
Unidad de agudos	31,1	138	61,3	272	7,7	34
Unidad de subagudos	33,4	139	60,1	250	6,5	27
Comunidad terapéutica	30,0	124	63,4	262	6,5	27

Por otro lado, al comparar el porcentaje de pediatras de cada grupo, según la titularidad del centro, que valoraron las estrategias o recursos como «adecuados o buenos», se observó que el pediatra que ejerce la profesión en ambas instituciones realiza esta valoración con una mayor frecuencia sobre la utilidad de los “hospitales de día” [sanidad pública: 58,7% (n= 183) vs sanidad privada: 65,9% (n= 29) vs ambas: 76,7% (n= 89); $p < 0,05$], de “las unidades de agudos” [sanidad pública: 56,2% (n= 163) vs sanidad privada: 59,5% (n= 25) vs ambas: 75,0% (n= 84); $p < 0,01$], de “las unidades de subagudos” [sanidad pública: 53,4% (n= 143) vs sanidad privada: 65,0% (n= 26) vs ambas: 75,0% (n= 81); $p < 0,001$] y de “la comunidad terapéutica” [sanidad pública: 59,0% (n= 160) vs sanidad privada: 68,3% (n= 28) vs ambas: 73,3% (n= 74); $p < 0,05$].

En la tabla 23 se representan los porcentajes de profesionales que valoran como «adecuadas o buenas» las diferentes estrategias o recursos asistenciales organizados por la titularidad de la institución en la que trabajan.

Tabla 23. Porcentajes de pediatras que valoraron como «adecuada o buena» la utilidad de las estrategias terapéuticas. Fuente: elaboración propia.

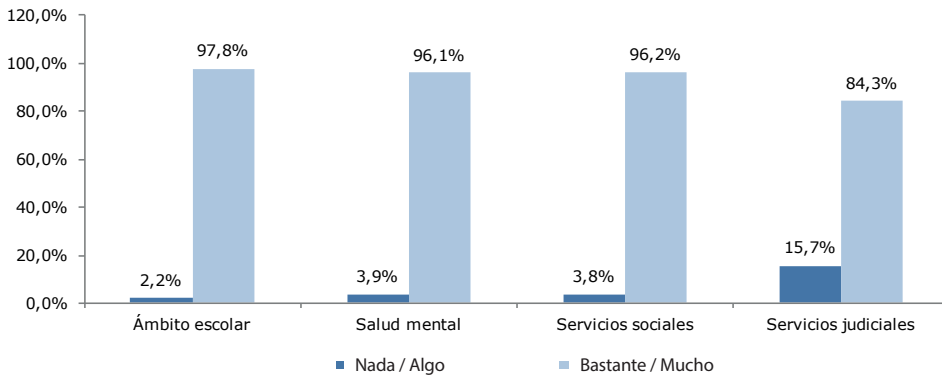
	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Estrategias y dispositivos escolares específicos	46,2	197	53,8	28	54,2	71
Internados escolares	17,8	50	26,2	11	20,6	21
Servicios sociales	53,7	233	51,9	27	51,1	67
Estrategia farmacológica	70,6	303	70,4	38	70,4	95
Psicoterapia individual	61,4	269	68,5	37	64,0	87
Psicoterapia grupal	61,7	243	74,0	37	64,1	82
Psicoterapia familiar	51,6	221	54,9	28	58,0	76
Hospital de día	58,7	183	65,9	29	76,7	89
Unidad de agudos	56,2	163	59,5	25	75,0	84
Unidad de subagudos	53,4	143	65,0	26	75,0	81
Comunidad terapéutica	59,0	160	68,3	28	73,3	74

Opinión de los pediatras sobre la importancia de la coordinación con diferentes ámbitos para un buen manejo de los trastornos de la conducta

Cuando se preguntó a los pediatras sobre la importancia de la coordinación entre los diferentes ámbitos para un buen manejo de los trastornos de la conducta, se observó que la mayoría de los pediatras afirmó que era «bastante o muy importante» la coordinación de pediatría con «el ámbito escolar» (97,8%; n= 621), con «salud mental» (96,1%; n= 610), con «los servicios sociales» (96,2%; n= 610) y también con «los servicios judiciales» (84,3%; n= 517).

En la figura 4 se representa la valoración realizada por los pediatras sobre la necesidad de coordinarse con los diferentes recursos a la hora de tratar los problemas de conducta para la mejora en el manejo de los trastornos o problemas de la conducta en niños y adolescentes.

Figura 4. Necesidad de coordinación. Fuente: elaboración propia.



En la tabla 24 se presentan los porcentajes de pediatras de cada grupo de instituciones que valoraron como «bastante o muy necesaria» la coordinación con los diferentes ámbitos para un correcto manejo de los trastornos de conducta. No se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales que reconocen que es «muy importante» la coordinación en función de la institución en la cual trabajan.

Tabla 24. Importancia valorada como «bastante o mucha» en la coordinación con diferentes ámbitos para un correcto manejo de los trastornos de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Ámbito escolar	98,6	437	94,4	51	96,4	133
Salud mental	96,6	428	92,6	50	95,7	132
Servicios sociales	96,8	428	94,4	51	94,9	131
Servicios judiciales	84,6	363	81,1	43	84,7	111

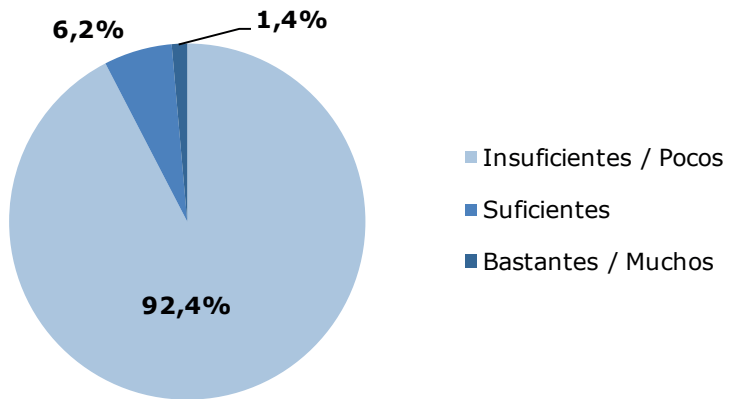
Opinión de los pediatras sobre los recursos asistenciales existentes para atender los trastornos de la conducta

Finalmente se preguntó a los pediatras en qué medida consideraban que los recursos asistenciales existentes dan respuesta a la realidad asistencial que ellos observan en su práctica clínica. El 92,4% (n= 586) de los pediatras considera «insuficientes o pocos» “los recursos asistenciales existentes para atender los casos con problemas o trastornos de la conducta” (ver figura 5). No se observaron diferencias sobre esta opinión en función de la institución donde se realizaba la práctica clínica [sanidad pública: 92,5 (n= 409) vs sanidad privada: 94,3% (n= 50) vs ambas: 91,4% (n= 127); $p > 0,10$].



El 92,4% de los pediatras considera «insuficientes o pocos» “los recursos asistenciales existentes para atender los casos con problemas o trastornos de la conducta”

Figura 5. Recursos asistenciales. Fuente: elaboración propia.



Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los profesionales de salud mental

En la tabla presentada a continuación se observan los porcentajes de profesionales de la salud mental que participaron en el estudio por comunidad autónoma. Como se observa, la muestra presenta una mayor representación de profesionales de las comunidades autónomas de Cataluña y Comunidad de Madrid, y una muy baja representación de profesionales de Cantabria y Melilla (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución por comunidades autónomas de los profesionales de la salud mental. Fuente: elaboración propia.

Comunidad autónoma	n	Porcentaje
Andalucía	13	17,7
Aragón	14	2,4
Asturias	4	2,4
Canarias	10	5,7
Cantabria	1	0,0
Castilla y León	9	5,4
Castilla la Mancha	4	6,0
Cataluña	51	15,9
Comunidad de Madrid	26	13,5
Comunidad Valenciana	16	7,2
Extremadura	7	2,4
Galicia	19	6,3
Islas Baleares	5	2,1
La Rioja	2	0,3
Melilla	1	0
Navarra	3	1,8
País Vasco	12	6,3
Región de Murcia	4	3,3
Total	201	98,2

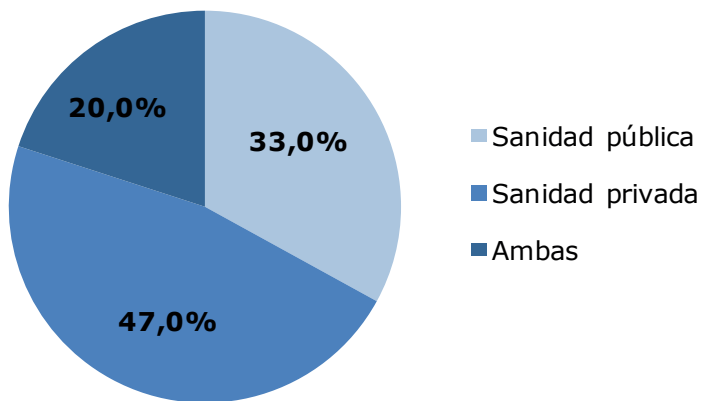
Descriptivos de la muestra

En la muestra de profesionales de la salud fueron invitados a participar psicólogos y psiquiatras. El 69,7% (n= 140) de los encuestados fueron psicólogos y el 30,3% (n= 61) fueron psiquiatras. La mayoría de los encuestados [65,7% (n= 132)]

fueron mujeres y el 34,3% (n= 69) fueron hombres. La edad promedio de estos profesionales fue de 42,4 años (DE= 10,8), distribuidos en un rango de edad entre los 23 y 69 años y la media de años de ejercicio de la profesión fue de 15,1 años (DE= 9,8), con un rango de entre 1 a 45 años. La edad media de los psiquiatras fue significativamente mayor que la media de los psicólogos [46,4 (DE= 9,6) vs 40,7 (DE= 10,9); $p < 0,001$] y también fue significativamente mayor la media de años ejerciendo la profesión de los psiquiatras comparada con la de los psicólogos [17,8 (DE= 9,1) vs 14,0 (DE= 10,0); $p < 0,05$].

La mayoría de los profesionales que participaron ejercen su práctica clínica en la sanidad privada (46,8%; n= 94), mientras que el 32,8% (n= 66) realiza su actividad desde la sanidad pública y el 20,4% (n= 41) en ambas (ver figura 6). No se observaron diferencias significativas ni en la media de edad [42,0 (DE= 9,9) vs 43,3 (DE= 11,5)] ni en la media de años ejerciendo la profesión [15,2 (DE= 9,0) vs 14,9 (DE= 10,5)] en los profesionales de la salud mental de centros con titularidad pública en comparación con los de la privada respectivamente (todas las ps > 0,10).

Figura 6. Titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.



La mayoría de los profesionales (87,1%) considera «bastante o muy necesario» el papel del pediatra en la detección de problemas de conducta y un 12,9% lo considera «poco o no necesario»

Opinión de los profesionales sobre el estado actual de los problemas o trastornos de conducta en niños y adolescentes

Como los resultados presentados previamente, los resultados presentados a partir de aquí son los de las variables recodificadas (ver apartado de análisis estadístico). La recodificación consistió en unir las categorías de «nunca» y «a veces» y las de «bastante» y «siempre o casi siempre».

Los resultados son presentados como valores totales; se ha comparado la opinión de los profesionales según la formación de estos y también se ha comparado la opinión de los profesionales que trabajan en centros con titularidad pública con los que trabajan en centros de titularidad privada o en ambos. Los resultados más relevantes y estadísticamente significativos se comentan en cada apartado.

Papel del pediatra en la detección de problemas de conducta

La mayoría de los profesionales considera «bastante o muy necesario» (87,1%; n= 175) el papel del pediatra en la detección de problemas de conducta y un 12,9% (n= 26) lo considera «poco o no necesario». Los psicólogos afirmaron con mayor frecuencia que los psiquiatras que «es muy necesario» el papel del pediatra en la detección de problemas de conducta [psicólogo: 95,1% (n= 117) vs psiquiatra: 83,6% (n= 58); $p < 0,05$]. Al analizar los resultados por titularidad del centro de trabajo se observa, como puede observarse en la tabla 26, que los profesionales de la sanidad privada fueron los que en menor porcentaje reconocen la importancia del pediatra en la detección de los problemas de conducta [sanidad privada: 80,9% (n= 76) vs sanidad pública: 93,9% (n= 62) vs ambas: 90,2% (n= 37); $p < 0,05$].

Tabla 26. Papel del pediatra en la detección de problemas de conducta en función de la institución en que se realice la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Bastante / Muy necesario	80,9	76	93,9	62	90,2	37
Poco / No necesario	19,1	18	15,4	4	9,8	4

Opinión sobre los problemas de conducta y las demandas en el ámbito de la salud mental

El 95,5% (n= 190) de los profesionales de la salud considera que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes en comparación con el 4,5% (n= 9) que no lo considera como la principal demanda. En este sentido, son los psiquiatras quienes en un mayor porcentaje afirman que estos problemas son la principal demanda en el ámbito sanitario que los psicólogos [100,0% (n= 60) vs 93,5% (n= 130); $p < 0,05$]. No se observaron diferencias en el porcentaje de profesionales que afirmó que los problemas de conducta suponen una de las principales demandas en función de la institución en la que se realiza la práctica clínica [sanidad privada: 92,6% (n=87) vs sanidad pública: 96,9% (n= 62) vs ambas: 100,0% (n= 41); $p > 0,10$].

El 83,2% (n= 154) de estos profesionales de la salud mental considera que los problemas o trastornos de conducta en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes ha aumentado en los últimos cinco años; en cambio un 16,8% (n= 31) no considera que este aumento se haya dado. No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado aumento de la demanda en los últimos cinco años al comparar a psicólogos y psiquiatras [psicólogo: 81,5% (n= 101) vs psiquiatras: 86,9% (n= 53); $p > 0,10$] ni



El 95,5% de los profesionales de la salud considera que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes”

al comparar a los profesionales de las diferentes instituciones [sanidad privada: 83,3% (n=70) vs sanidad pública: 84,4% (n= 54) vs ambas: 81,1% (n= 30); $p > 0,10$].

Opinión sobre los indicadores en la detección precoz de los trastornos de conducta

Los profesionales de la salud mental afirmaron, en un alto porcentaje, que los síntomas indicadores o aquellos que les ponen en alerta en la detección precoz de los trastornos de conducta fueron los relacionados con el TD de la conducta: "acosan o amenazan a otros", "inician peleas", "usan objetos o armas para dañar a otros", "son crueles con otros y con animales", "queman objetos deliberadamente" y "roban objetos de valor"; y en el caso del TND, "desafían a la autoridad" y "son vengativos".

Al preguntarles por la relevancia de la DA en la detección precoz de los problemas de conducta, se observó que el 56% (n= 108) de los profesionales afirmó que los trastornos del aprendizaje son importantes en la detección precoz de los problemas de conducta en comparación con el 44% (n=85) que contestó que no lo consideraba importante. Además, se observó un mayor porcentaje de psiquiatras, comparado con los psicólogos, que consideraron importante los trastornos específicos del aprendizaje en la detección precoz de los problemas de conducta [67,8% (n= 40) vs 50,7% (n= 68); $p < 0,05$, respectivamente].

En la tabla 27, que se presenta a continuación, puede observarse el porcentaje de profesionales que considera importantes los diferentes síntomas del TND en la detección precoz de los problemas de conducta. No se observaron diferencias significativas (todas las ps $> 0,05$) en el porcentaje de profesionales que consideró importantes los síntomas del TND en la detección precoz de los problemas de conducta, a pesar de que un mayor porcentaje de psiquiatras le dan importancia a estos síntomas.

Tabla 27. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TND como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Pierden la calma	74,1	143	25,9	50
Se molestan con facilidad	72,0	139	28,0	54
Expresan resentimiento	77,8	151	22,2	43
Discuten con la autoridad	73,3	143	26,7	52

Desafían a la autoridad	92,0	185	8,0	16
Molestan a los demás	81,2	160	18,8	37
Culpan a otros de los propios errores	80,3	159	19,7	39
Muestran comportamientos vengativos	89,4	177	10,6	21

Al preguntar a los profesionales sobre la importancia de los síntomas del TD en la detección precoz de los problemas de conducta, se observó que la respuesta fue superior al 90% en la mayoría de los casos, solo observándose valores inferiores para las respuestas de “salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido”, “pasan la noche fuera de casa sin permiso” y “faltan a la escuela” (ver tabla 28).

Tabla 28. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TD como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	97,5	195	2,5	5
Inician peleas	97,0	194	3,0	6
Usan objetos o armas para dañar	98,0	194	2,0	4
Son crueles hacia otros	96,5	193	3,5	7
Son crueles con los animales	96,0	192	4,0	8
Roban objetos de valor	94,5	190	5,5	11
Queman objetos deliberadamente	96,0	192	4,0	8
Mienten y engañan	88,4	176	11,6	23
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	80,8	160	19,2	38
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	84,5	169	15,5	31
Faltas de asistencia en la escuela	86,4	172	13,6	27

También se observó, en general, que tanto psicólogos como psiquiatras le dan la misma importancia a estos síntomas en la detección precoz, siendo estos síntomas del TD reconocidos como «importantes» por un alto porcentaje de ambos grupos de profesionales. Solo se observaron diferencias estadísticamente significativas entre psicólogos y psiquiatras al preguntarles por las “faltas de asistencia a la escuela” [psicólogos: 83,3% (n= 115) vs 93,4% (n= 57); $p < 0,05$].

Al contrario de lo que ocurrió con los dos trastornos anteriores (TND y TD), donde se observó en general un acuerdo entre los profesionales al considerar la relevancia de los síntomas de estos como indicadores en la detección precoz, al preguntar por el papel de los síntomas del TDAH en la detección precoz de los problemas de conducta se observaron porcentajes mucho menores de profesionales que consideran que son relevantes, siendo el síntoma “impacientes” el considerado por un mayor porcentaje de profesionales como un indicador precoz de los problemas de conducta por el 66,0% (n= 128); por el contrario, el 80,8% (n= 156) de los profesionales no considera “la pérdida de objetos” como un síntoma relevante en la detección precoz de los trastornos de la conducta (ver tabla 29).

Tabla 29. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TDAH como indicadores en la detección precoz. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	47,3	95	52,7	106
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	50,8	98	49,2	95
Pierden objetos repetidas veces	19,2	37	80,8	156
Parece que no escuchan cuando se les habla	57,7	113	42,3	83
No siguen las instrucciones	75,5	148	24,5	48
Tienen dificultad para organizarse	50,3	96	49,7	95
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	56,1	110	43,9	86
Se distraen con facilidad	43,5	84	56,5	109
Olvidan las actividades cotidianas	37,8	76	62,2	125
Juguetean con manos o pies	22,9	44	77,1	148
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	42,3	85	57,7	116

Corretean en situaciones no apropiadas	48,3	97	51,7	104
Son incapaces de jugar tranquilamente	38,8	78	61,2	123
Parecen tener un motor interno	59,1	114	40,9	79
Hablan excesivamente	46,8	93	53,7	108
Responden inesperadamente	40,8	81	59,2	119
Son impacientes	66,0	128	34,0	66
Interrumpen las conversaciones	60,0	117	40,0	78

Finalmente, se observaron diferencias al comparar las opiniones de los psiquiatras y los psicólogos sobre la relevancia de los síntomas del TDAH en la detección precoz de los problemas de conducta, concretamente en la “pérdida de objetos repetidas veces” [33,3% (n= 20) vs 12,8% (n= 17); $p < 0,001$], “tiene dificultades para organizarse” [67,2% (n= 39) vs 42,9% (n= 57); $p < 0,01$], “evita tareas que requieren un esfuerzo” [70,5% (n= 43) vs 49,6% (n= 67); $p < 0,01$], “se distrae con facilidad” [56,7% (n= 34) vs 37,6% (n= 50); $p < 0,01$] e “interrumpe conversaciones” [72,1% (n= 44) vs 54,5% (n= 73); $p < 0,05$] que fueron considerados indicadores relevantes en un mayor porcentaje por los psiquiatras.

Opinión de los profesionales, según la titularidad del centro en el que trabajan, sobre la importancia de los indicadores de los problemas de conducta en la detección precoz

Al analizar la respuesta de los profesionales en función de la titularidad del centro donde desempeñan su trabajo, sobre la importancia de los problemas específicos del aprendizaje en la detección precoz de los problemas de conducta, no se observaron diferencias significativas entre ellos. Algo más del 50,0% de los profesionales que trabajaban en los diferentes centros consideró relevante este indicador [sanidad pública: 55,7% (n= 34); sanidad privada: 56,5% (n= 52) y ambos: 55,0% (n= 22); $p > 0,10$].

Al preguntar por los síntomas del TND, como se mostró en el apartado anterior, se observa que en general, más del 70% de los participantes considera relevante los síntomas de este trastorno en la detección precoz de los problemas de conducta. En general, los profesionales de los diferentes centros consideraron, en el mismo porcentaje, la relevancia de estos indicadores, con la única excepción del síntoma “culpa a otros de los propios errores” que fue considerado como relevante por un mayor porcentaje de profesionales de la sanidad pública en comparación con los dos otros grupos ($p < 0,01$) (ver tabla 30).

Tabla 30. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TND como indicadores en la detección precoz según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Pierden la calma	73,0	46	75,3	67	73,2	30
Se molestan con facilidad	72,1	44	70,3	64	75,6	31
Expresan resentimiento	80,6	50	73,6	67	82,9	34
Discuten con la autoridad	76,9	50	71,9	64	70,7	29
Desafían a la autoridad	95,5	63	90,4	85	90,2	37
Molestan a los demás	84,1	53	83,9	78	70,7	29
Culpan a otros de los propios errores	92,2	59	76,3	71	70,7	29
Muestran comportamientos vengativos	90,6	58	88,2	82	90,2	37

Como puede observarse en la tabla 31, el porcentaje de profesionales que considera importante tener en cuenta los síntomas del TD en la detección precoz de los problemas de conducta es muy elevado, rondando en todos los casos el 90%, tal y como se mostró en el apartado anterior. Además, al analizar estos resultados en función de la titularidad del centro en el que realiza su trabajo, los participantes no observaron diferencias significativas entre ellos (todas las $p > 0,10$), es decir, el mismo porcentaje de profesionales de todos los centros consideró estos indicadores como relevantes en la detección precoz.

Tabla 31. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TD como indicadores en la detección precoz según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	98,5	65	97,8	91	95,1	39
Inician peleas	98,5	65	96,8	90	95,1	39
Usan objetos o armas para dañar	100	65	97,8	90	95,1	39
Son crueles hacia otros	100	66	94,6	88	95,1	39
Son crueles con los animales	98,5	65	94,6	88	95,1	39
Roban objetos de valor	98,5	65	92,6	87	92,7	38
Queman objetos deliberadamente	98,5	64	94,7	89	95,1	39
Mienten y engañan	90,9	60	88,0	81	85,4	35
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	81,5	53	78,3	72	85,4	35
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	84,8	56	82,8	77	87,8	36
Faltas de asistencia en la escuela	93,8	61	83,9	78	80,5	33



El porcentaje de profesionales que considera importante tener en cuenta los síntomas del TD en la detección precoz de los problemas de conducta es muy elevado, rondando en todos los casos el 90%”

Finalmente, al preguntar a los profesionales de la salud mental por la importancia de los síntomas del TDAH como indicadores en la detección precoz de los problemas de conducta, el porcentaje de profesionales que consideró importantes estos indicadores fue muy inferior al de los dos trastornos anteriores. Además, aunque hubo en general un gran acuerdo entre los profesionales de los distintos centros, se observaron algunas diferencias significativas entre ellos. Estas diferencias significativas se observaron en los síntomas de “no prestan la atención debida a los detalles” ($p < 0,05$) y “son impacientes” ($p < 0,001$) (ver tabla 32). La primera diferencia significativa indicó que un menor porcentaje de profesionales de la sanidad pública consideró relevante este indicador en la detección precoz de los problemas de conducta en comparación con los profesionales de la sanidad privada y de aquellos que trabajan en ambas. La

segunda diferencia significativa ("ser impacientes") indicó que un menor porcentaje de los profesionales que trabajan en la sanidad privada considera relevante este indicador comparado con los otros dos grupos.

Tabla 32. Porcentaje de profesionales que considera importantes los síntomas del TDAH como indicadores en la detección precoz según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	59,1	39	40,4	38	43,9	18
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	37,3	22	56,4	53	56,1	23
Pierden objetos repetidas veces	22,2	14	17,6	16	17,9	7
Parece que no escuchan cuando se les habla	49,2	31	64,9	61	53,8	21
No siguen las instrucciones	75,0	48	76,1	70	75,0	30
Tienen dificultad para organizarse	49,2	30	54,4	49	42,5	17
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	61,5	40	53,8	49	52,5	21
Se distraen con facilidad	41,3	26	48,9	44	35,0	14
Olvidan las actividades cotidianas	42,4	28	35,1	33	36,6	15
Juguetean con manos o pies	19,4	12	24,2	22	25,6	10
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	40,9	27	43,6	41	41,5	17
Corretean en situaciones no apropiadas	46,9	31	45,7	43	56,1	23
Son incapaces de jugar tranquilamente	43,9	29	35,1	33	39,02	16
Parecen tener un motor interno	54,8	34	58,7	54	66,7	26
Hablan excesivamente	48,8	32	45,7	43	43,9	18
Responden inesperadamente	40,9	27	41,5	39	36,6	15
Son impacientes	67,7	44	55,1	49	87,5	35
Interrumpen las conversaciones	61,5	40	55,1	49	68,3	28

Opinión de los profesionales de la salud sobre el aumento de los problemas de conducta en los últimos cinco años

Al preguntar a los profesionales de la salud mental por el aumento de los trastornos específicos del aprendizaje en los últimos cinco años, se observó que la mayoría de ellos considera que estos «no han aumentado o han aumentado algo» [62,0% (n= 116)] respecto al 38,0% (n= 71) que considera que ha «aumentado bastante o mucho». Además, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado un aumento al comparar psiquiatras con psicólogos. En este sentido, se observó que el 45,0% (n= 27) de los psiquiatras y el 34,6% (n= 44) de los psicólogos consideraban que habían observado «bastante o mucho aumento» de la DA en los últimos cinco años ($p= 0,17$).

Cuando se preguntó a los profesionales de la salud mental por si habían observado en su práctica clínica un aumento de los síntomas del TND, se observó en general, que los profesionales consideraban, de forma más o menos equitativa, que «no habían observado aumento o solo algún aumento», o que habían observado «bastante o mucho aumento». Sin embargo, la distribución de la opinión de los profesionales fue diferente para cada síntoma (ver tabla 33).

Tabla 33. Porcentaje de profesionales que considera «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	No / Algún aumento		Bastante / Mucho aumento	
	%	n	%	n
Pierden la calma	45,3	87	54,7	105
Se molestan con facilidad	49,7	96	50,3	97
Expresan resentimiento	67,2	127	32,8	62
Discuten con la autoridad	41,4	79	58,6	112
Desafían a la autoridad	36,6	70	63,4	121
Molestan a los demás	56,3	108	43,8	84
Culpan a otros de los propios errores	54,7	105	45,3	87
Muestran comportamientos vengativos	65,3	124	34,7	66

Además, aunque se observó acuerdo entre los psicólogos y psiquiatras al considerar el aumento de los siguientes síntomas: “pierden la calma”, “culpan a otros de los propios errores” y “muestran comportamientos vengativos”, estos valoraban de forma diferente el aumento de otros síntomas del TND. Los psiquiatras consideraron en mayor porcentaje que habían observado «bastante o mucho aumento» de “pacientes que se molestan con facilidad” ($p < 0,001$), “pacientes que expresan resentimiento” ($p < 0,01$), “pacientes que discuten con la autoridad” ($p < 0,01$), “pacientes que desafían a la autoridad” ($p < 0,01$) y “pacientes que molestan a los demás” ($p = 0,01$) en comparación con los psicólogos.

Al preguntar a los profesionales por el aumento de los síntomas de TD se observó que un mayor porcentaje de ellos consideraba que «no han aumentado o bien han aumentado algo» las ocasiones en las que observan la gran mayoría de los síntomas (ver tabla 34). Sin embargo, el porcentaje de profesionales que afirma haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas siguientes: “pacientes que acusan o amenazan a otros”, “pacientes que inician peleas”, “pacientes que mienten o engañan”, “pacientes que salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido” y “pacientes que faltan a clase” es superior al 40%.

Tabla 34. Porcentaje de profesionales que considera «aumento» de los síntomas del TD en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	No / Algún aumento		Bastante / Mucho aumento	
	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	54,5	103	45,5	86
Inician peleas	58,7	111	41,3	78
Usan objetos o armas para dañar	83,3	155	16,7	31
Son crueles hacia otros	74,5	140	25,5	48
Son crueles con los animales	85,7	156	14,3	26
Roban objetos de valor	77,0	144	23,0	43
Queman objetos deliberadamente	89,1	163	10,9	20

Mienten y engañan	45,8	87	54,2	103
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	59,4	111	40,6	76
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	64,9	120	35,1	65
Faltas de asistencia en la escuela	48,9	92	51,1	96

Además, se observó que los psiquiatras, comparados con los psicólogos, consideraban en un mayor porcentaje que la presencia de estos síntomas en el ámbito clínico «ha aumentado bastante o mucho» en los últimos cinco años. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para los síntomas: “pacientes que acosan o amenazan a otros” ($p < 0,05$), “pacientes que inician peleas” ($p < 0,01$), “pacientes que usan objetos o armas para dañar a otros” ($p < 0,001$), “pacientes que muestran comportamientos crueles hacia otros” ($p < 0,05$), “pacientes que muestran comportamientos crueles con los animales” ($p < 0,05$), “pacientes que roban objetos de valor” ($p < 0,05$), “pacientes que queman objetos deliberadamente” ($p < 0,001$), “padres que se quejan de que sus hijos salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido” ($p < 0,001$), “padres que se quejan de que sus hijos pasan noches enteras fuera de casa” ($p < 0,01$) y “pacientes que faltan a clase” ($p < 0,05$).

Como ha ocurrido con los dos trastornos anteriores, en general los profesionales de la salud mental no consideran en un alto porcentaje de casos que haya habido «bastante o mucho incremento» de la sintomatología del TDAH en los últimos cinco años. En la tabla 35 se muestran dichos porcentajes del TDAH y como se puede observar, más del 40,0% de los profesionales considera haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas siguientes: “pacientes que no presentan la atención debida a los detalles”, “pacientes que parece que no escuchan cuando se les habla”, “pacientes que no siguen instrucciones”, “pacientes que tienen dificultades para organizarse”, “pacientes que evitan tareas que requieren esfuerzo”, “pacientes que se distraen con facilidad”, “pacientes impacientes” y “pacientes que interrumpen conversaciones”.



Los profesionales de la salud mental no consideran en un alto porcentaje de casos que haya habido «bastante o mucho incremento» de la sintomatología del TDAH en los últimos cinco años”

Tabla 35. Porcentaje de profesionales que consideró «aumento» de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	No / Algún aumento		Bastante / Muchoaumento	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	62,7	126	37,3	75
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	58,4	111	41,6	79
Pierden objetos repetidas veces	77,2	146	22,8	43
Parece que no escuchan cuando se les habla	59,3	112	40,7	77
No siguen las instrucciones	56,5	108	43,5	83
Tienen dificultad para organizarse	50,0	96	50,0	96
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	38,4	73	61,6	117
Se distraen con facilidad	50,5	96	49,5	94
Olvidan las actividades cotidianas	66,2	133	33,8	68
Juguetean con manos o pies	82,7	153	17,3	32
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	68,2	137	31,8	64
Correotean en situaciones no apropiadas	72,1	145	27,9	56
Son incapaces de jugar tranquilamente	69,1	139	30,8	62
Parecen tener un motor interno	69,7	131	30,3	57
Hablan excesivamente	70,6	142	29,3	59
Responden inesperadamente	63,2	127	36,8	74
Son impacientes	48,2	92	51,8	99
Interrumpen las conversaciones	58,2	110	41,8	79

A pesar de que, en general, un mayor porcentaje de psiquiatras considera que han observado un aumento de la sintomatología del TDAH en su práctica clínica en comparación con los psicólogos, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Solo en el síntoma “pacientes que juegan con las manos y/o pies”, un porcentaje significativamente mayor de psiquiatras que de psicólogos ($p < 0,05$) consideró haber observado «bastante o mucho aumento».

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre el aumento de los problemas de conducta según la titularidad del centro en el que trabajan

Como ocurrió al comparar a los psicólogos con los psiquiatras, (ver apartado anterior), donde no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de estos profesionales que consideraban que han observado un aumento del déficit de aprendizaje en los últimos cinco años, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que consideraron haber observado «bastante o mucho aumento» en función de la titularidad del centro en el que trabajaban [$p = 0,59$].

Los resultados de las respuestas de los profesionales sobre el aumento de los síntomas del TND en función de la titularidad del centro en el que trabajaban, muestran que en general los profesionales de los diferentes centros consideraban que se ha observado «bastante o mucho aumento» de esta sintomatología en los pacientes que han atendido en sus consultas en los últimos cinco años. En este sentido, como puede observarse en la tabla 36, más del 50,0% de los profesionales de los diferentes centros afirma haber observado «bastante o mucho aumento» de la mayoría de los síntomas. No se observaron diferencias significativas al comparar la respuesta de los profesionales de los diferentes centros, con la única excepción de un menor porcentaje de profesionales de la sanidad privada que consideró haber observado «bastante o mucho aumento» del síntoma “pacientes que molestan a los demás” en comparación con los dos otros grupos ($p < 0,05$) (ver tabla 36).

Tabla 36. Porcentaje de profesionales que considera «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND en los últimos cinco años según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Pierden la calma	58,7	37	52,2	47	53,8	21
Se molestan con facilidad	54,8	34	45,1	41	55,0	22
Expresan resentimiento	32,8	20	31,5	28	35,9	14
Discuten con la autoridad	59,7	37	55,6	50	64,1	25
Desafían a la autoridad	67,7	42	58,9	53	66,7	26
Molestan a los demás	50,0	31	34,1	31	56,4	22
Culpan a otros de los propios errores	50,8	31	42,9	39	42,5	17
Muestran comportamientos vengativos	35,0	21	30,0	27	45,0	18

Como puede observarse en la tabla 37, los profesionales de los centros de titularidad pública, privada, o aquellos que trabajan en ambas, consideran de forma consistente que han observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TD en sus consultas en los últimos cinco años. El porcentaje de profesionales que afirmó haber observado este aumento fue alto para todos los síntomas excepto para “pacientes que queman objetos deliberadamente” y “pacientes que muestran comportamientos crueles con los animales”. No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que consideraron haber observado «bastante o mucho aumento» para la mayoría de los síntomas en función de la titularidad del centro en el que trabajaban. Únicamente se observaron diferencias significativas entre los profesionales de cada centro para el síntoma “pacientes que faltan a la escuela” ($p < 0,05$) (ver tabla 37).

Tabla 37. Porcentaje de profesionales que considera «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TD en los últimos cinco años según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Acosan o amenazan a otros	47,6	30	42,5	37	48,7	19
Inician peleas	43,5	27	36,4	32	48,7	19
Usan objetos o armas para dañar	20,3	12	13,6	12	17,9	7
Son crueles hacia otros	27,9	17	23,9	21	25,6	10
Son crueles con los animales	17,2	10	12,8	11	13,2	5
Roban objetos de valor	22,6	14	20,0	17	30,0	12
Queman objetos deliberadamente	13,3	8	7,1	6	15,8	6
Mienten y engañan	50,0	31	57,3	51	53,8	21
Salen por la noche a pesar de tenerlo prohibido	45,2	28	35,6	31	44,7	17
Pasan noches enteras fuera de casa sin permiso	35,5	22	32,9	28	39,5	15
Faltas de asistencia en la escuela	56,5	35	42,0	37	63,2	24

La tabla 38 muestra los resultados de la opinión de los profesionales sobre el aumento de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años. En general se observa un porcentaje que ronda el 40% de los profesionales que considera que los síntomas del TDAH han aumentado en los últimos cinco años. Mientras que el porcentaje más alto se da para el síntoma “pacientes que evitan tareas que requieren esfuerzo”, el más bajo se observa para el síntoma “pacientes que juegan con las manos y/o pies”. No se observaron diferencias significativas entre los profesionales de los diferentes centros de salud.

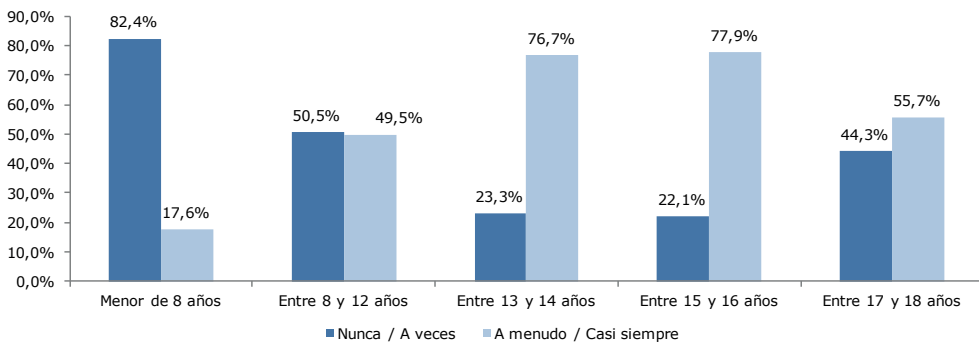
Tabla 38. Porcentaje de profesionales que considera «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	34,8	23	34,0	32	36,6	15
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	41,0	25	43,8	39	37,5	15
Pierden objetos repetidas veces	24,6	15	20,0	18	26,3	10
Parece que no escuchan cuando se les habla	43,5	27	40,4	36	36,8	14
No siguen las instrucciones	32,3	20	51,7	46	42,5	17
Tienen dificultad para organizarse	47,6	30	50,6	45	52,5	21
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	63,5	40	64,8	57	51,3	20
Se distraen con facilidad	44,4	28	56,8	50	41,0	16
Olvidan las actividades cotidianas	31,8	21	30,8	29	31,7	13
Juguetean con manos o pies	15,0	9	16,1	14	23,7	9
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	37,9	25	28,7	27	29,3	12
Correotean en situaciones no apropiadas	28,8	19	27,6	26	26,8	11
Son incapaces de jugar tranquilamente	30,3	20	33,0	31	26,8	11
Parecen tener un motor interno	29,0	18	33,0	29	26,3	10
Hablan excesivamente	31,8	21	27,6	26	29,3	12
Responden inesperadamente	42,2	28	34,0	32	34,1	14
Son impacientes	50,8	31	55,6	50	45,0	18
Interrumpen las conversaciones	46,8	29	39,8	35	38,5	15

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre la detección de los trastornos de conducta según el rango de edad

Cuando se pregunta a los profesionales de la salud sobre la frecuencia con la que observan la presencia de problemas de conducta según los intervalos de edad incluidos en el estudio, se observó que el 82,4% (n= 155) de los profesionales afirmó «no observar o solo a veces» la presencia de problemas de conducta en menores de 8 años, en cambio el 17,6% (n= 33) lo observa «a menudo o casi siempre». En edades comprendidas entre los 8 y 12 años, la mitad de los profesionales afirma observar estos trastornos «a menudo o siempre» [49,5% (n= 94)], mientras que la otra mitad afirma que «no los observa o lo hace a veces» [50,5% (n= 96)]. Sin embargo, como se puede observar en la figura 7, el porcentaje de profesionales que afirmó que los problemas de conducta los observa frecuentemente («a menudo o casi siempre») en los intervalos de edad de 13-14 y de 15-16 años fue superior al 75,0% y se situó en torno al 45,0% en el intervalo de 17-18 años.

Figura 7. Porcentajes en los que se observan los problemas de conducta por edades. Fuente: elaboración propia.



Al comparar los porcentajes de psiquiatras y psicólogos que afirmaron observar los problemas de conducta en estos intervalos, se observó que los psiquiatras reconocían estos problemas con mayor frecuencia «a menudo o siempre» en los intervalos de 15 y 16 años [psicólogos: 71,6% (n= 96) vs psiquiatras: 91,8% (n= 56); $p < 0,01$] y de 17 a 18 años de edad [psicólogos= 48,5% (n= 64) vs psiquiatras= 71,7% (n= 43); $p < 0,01$].

Al analizar la respuesta de los profesionales sobre la edad en la que observaban los problemas de conducta en sus pacientes en su práctica habitual en función del centro en el que realizan su trabajo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre las situaciones que observan en los pacientes asociadas con trastorno de conducta

Al preguntar a los profesionales por las situaciones asociadas a los problemas de conducta, se observó que en general, las situaciones relacionadas con los problemas familiares están presentes «a menudo o siempre» en un alto porcentaje de los casos (ver tabla 39). El porcentaje más elevado de estos problemas se observó para “familias desbordadas por los problemas del hijo” (92,5%; n= 185) y para un “control parental inadecuado” (89,0%; n=178). Por otro lado, las situaciones propias del paciente y que el mayor porcentaje de profesionales reconoció como «a menudo o siempre», asociadas con los problemas de conducta fueron “baja tolerancia a la frustración” (92,9%; n= 183), “pérdida del valor por la autoridad” (84,5%; n= 169) y “bajo rendimiento académico” (84,1%; n= 169).



Según la mayoría de profesionales, las situaciones asociadas a problemas de conducta son «a menudo o siempre» “la baja tolerancia a la frustración”, “la pérdida del valor por la autoridad” y “el bajo rendimiento académico”

Respecto al porcentaje de profesionales que afirma que observa “falta de recursos del profesorado y de recursos institucionales para atender estos problemas” se observó que los profesionales afirman, en un alto porcentaje, observar estos problemas «a menudo o siempre» en sus pacientes con problemas de conducta. Además, no se observaron diferencias significativas entre los profesionales.

Finalmente, al preguntar por las situaciones de los pacientes asociadas a los problemas de conducta, se observó que eran observadas en general de forma frecuente por los profesionales con alguna excepción. Los problemas que mayor porcentaje de profesionales reconoció como «a menudo o siempre» asociados con los problemas de conducta fueron “la baja tolerancia a la frustración”, “la pérdida del valor por la autoridad” y “el bajo rendimiento académico”; por otro lado, el problema que un menor porcentaje de profesionales afirmó observar frecuentemente fue “trastornos mentales” (ver tabla 39).

Tabla 39. Situaciones observadas por los profesionales de la salud asociadas a los problemas de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Nunca / Casi nunca		A menudo / Casi siempre	
	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	20,1	40	79,9	159
Falta de interés por parte de los padres	57,8	115	42,2	84
Control parental inadecuado	11,0	22	89,0	178
Familias desbordadas por los problemas del hijo	7,5	15	92,5	185
Agresividad intrafamiliar	44,5	89	55,5	111

Nuevos modelos familiares	54,8	109	45,2	90
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	34,3	69	65,7	132
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	48,7	97	51,3	102
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	33,0	65	67,0	132
Recursos institucionales insuficientes	24,2	48	75,8	150
Pérdida de valor por la autoridad	15,5	31	84,5	169
Trastornos mentales	70,6	142	29,4	59
Precocidad en los adolescentes	49,0	97	51,0	101
Baja tolerancia a la frustración	7,1	14	92,9	183
Bajo rendimiento académico	15,9	32	84,1	169
Consumo de sustancias	41,8	84	58,2	117

En general psicólogos y psiquiatras están de acuerdo en la frecuencia con la que se observan estas situaciones problemáticas en los pacientes con problemas de conducta. Solo se observó que un mayor porcentaje de psiquiatras que de psicólogos afirmó observar «a menudo o siempre» en estos pacientes problemas de “agresividad intrafamiliar” [psicólogos: 47,5% (n= 66) vs 73,8% (n= 45); $p < 0,001$], “nuevos modelos de familias” [psicólogos: 39,9% (n= 55) vs 57,4% (n= 35); $p < 0,05$] y de “consumo de sustancias” [psicólogos: 52,1% (n= 73) vs 72,1% (n= 44); $p < 0,01$].

Al analizar la respuesta de los profesionales por titularidad del centro en el que trabajan no se observaron diferencias significativas entre los grupos en la mayoría de los casos. Como se observa en la tabla 40, solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales de cada centro en “falta de interés por parte de los padres” ($p < 0,05$), “agresividad intrafamiliar” ($p < 0,05$) y en “pérdida de valor por la autoridad” ($p < 0,05$).

Tabla 40. Situaciones que «a menudo o casi siempre» son observadas por los profesionales de la salud asociadas a los problemas de conducta según la titularidad del centro.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	74,2	49	84,9	79	77,5	31
Falta de interés por parte de los padres	39,4	26	36,6	34	60,0	24
Control parental inadecuado	90,9	60	84,9	79	95,1	39
Familias desbordadas por los problemas del hijo	92,4	61	92,5	86	92,7	38
Agresividad intrafamiliar	63,6	42	45,2	42	65,9	27
Nuevos modelos familiares	48,5	32	40,9	38	50,0	20
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	66,7	44	63,8	60	68,3	28
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	50,0	33	50,0	46	56,1	23
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	70,8	46	63,4	59	69,2	27
Recursos institucionales insuficientes	74,2	49	75,0	69	80,0	32
Pérdida de valor por la autoridad	77,3	51	84,0	79	97,5	39
Trastornos mentales	34,8	23	22,3	21	36,6	15
Precocidad en los adolescentes	50,0	33	52,7	49	48,7	19
Baja tolerancia a la frustración	93,8	61	92,3	84	92,7	38
Bajo rendimiento académico	89,4	59	77,7	73	90,2	37
Consumo de sustancias	62,1	41	52,1	49	65,9	27

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre el aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta observadas en los últimos cinco años

En la tabla 41 pueden observarse los porcentajes de los profesionales que afirmaron observar un aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta. En general se observó que más del 70,0% de los profesionales de la salud mental afirmó haber observado que éstas han aumentado en los últimos cinco años.

Tabla 41. Aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, observadas por los profesionales de la salud. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	89,6	172	10,4	20
Falta de interés por parte de los padres	48,6	90	51,4	95
Control parental inadecuado	90,0	171	10,0	19
Familias desbordadas por los problemas del hijo	93,8	181	6,2	12
Agresividad intrafamiliar	72,2	135	27,8	52
Nuevos modelos familiares	68,8	128	31,2	58
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	70,5	134	29,5	56
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	81,1	150	18,9	35
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	73,5	133	26,5	48
Recursos institucionales insuficientes	81,7	152	18,3	34
Pérdida de valor por la autoridad	85,9	165	14,1	27
Trastornos mentales	85,9	165	14,1	27
Precocidad en los adolescentes	76,2	141	23,8	44
Baja tolerancia a la frustración	91,1	175	8,9	17
Bajo rendimiento académico	82,2	157	17,8	34
Consumo de sustancias	73,4	138	26,6	50

Los problemas familiares que mayor porcentaje de profesionales afirmó que habían aumentado fueron: “familias desbordadas por los problemas de sus hijos” [93,8% (n= 181)], “control parental inadecuado” [90,0% (n= 171)] y “padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos” [89,6% (n= 172)]. Por otro lado, un menor porcentaje de profesionales afirmó haber observado un aumento de “falta de interés de los padres por los problemas de sus hijos” [48,6% (n= 90)].

Solo se observaron diferencias significativas entre los profesionales en “agresividad intrafamiliar” y “nuevos modelos familiares”, que afirmaron observar un mayor aumento los psiquiatras comparados con los psicólogos [psicólogos: 65,6% (n= 84) y psiquiatras: 86,4% (n= 51); $p < 0,01$] y [psicólogos: 53,5% (n= 80) y psiquiatras: 80,0% (n= 48); $p < 0,05$] respectivamente.

En cuanto a las situaciones asociadas a la falta de recursos, ambos profesionales consideraron un aumento superior al 70% de profesores “sin recursos para abordar estos problemas en el aula” y “recursos institucionales insuficientes”, sin observarse diferencias entre ellos.

Al preguntar por las variables de los pacientes, en general se observa que todos los profesionales afirman que estas han aumentado considerablemente, con porcentajes superiores al 70% en la mayoría de los casos. Solo se observaron diferencias significativas en la respuesta de los profesionales en “bajo rendimiento académico” [psicólogos: 78,6% (n= 103) y psiquiatras: 90,0% (n= 54); $p < 0,05$] y “consumo de sustancias” [psicólogos: 67,7% (n= 86) y psiquiatras: 85,2% (n= 52); $p < 0,01$].

Al comparar la respuesta de los profesionales en función de la titularidad del centro en el que trabajan se observó un gran acuerdo en el aumento de estas situaciones estudiadas. Solo se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado un aumento en la situación familiar de “agresividad intrafamiliar” [$p < 0, 05$] (ver tabla 42).

Tabla 42. Aumento de las situaciones asociadas a los problemas de conducta en los últimos cinco años, en función de la institución en que se realiza la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	90,3	56	90,1	82	87,2	34
Falta de interés por parte de los padres	47,5	28	43,8	39	62,2	23
Control parental inadecuado	88,7	55	88,9	80	94,7	36
Familias desbordadas por los problemas del hijo	95,2	60	92,3	84	94,9	37
Agresividad intrafamiliar	78,0	46	64,0	57	82,1	32
Nuevos modelos familiares	75,4	46	66,7	58	63,2	24
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	72,1	44	70,0	63	69,2	27
Falta de recursos económicos familiares para abordar estos problemas	81,7	49	78,2	68	86,8	33
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	74,6	44	71,4	60	76,3	29
Recursos institucionales insuficientes	82,0	50	80,2	69	84,6	33
Pérdida de valor por la autoridad	88,7	55	84,6	77	84,6	33
Trastornos mentales	88,7	55	84,6	77	84,6	33
Precocidad en los adolescentes	76,4	44	80,5	70	69,2	27
Baja tolerancia a la frustración	88,7	55	93,4	85	89,7	35
Bajo rendimiento académico	83,6	51	81,3	74	82,1	32
Consumo de sustancias	80,6	50	69,3	61	71,1	27

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre el conocimiento de los servicios o estrategias realizadas en el ámbito escolar

Cuando se les pregunta a los profesionales de la salud mental sobre el conocimiento de las estrategias o servicios utilizados en el ámbito académico para abordar los problemas de conducta, se observa que el mayor porcentaje de profesionales afirmó tener conocimiento relacionado con el papel del “psicólogo escolar”, “los gabinetes psicopedagógicos”, “las adaptaciones curriculares”, “las unidades de apoyo a la educación especial clínica” y “las unidades de apoyo a la educación especial” (ver tabla 43).

Tabla 43. Conocimiento de los servicios o estrategias realizadas en el ámbito escolar, observadas por los profesionales de la salud. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Psicólogo escolar	98,0	195	2,0	4
Gabinetes psicopedagógicos	94,9	188	5,1	10
Adaptaciones curriculares	92,9	184	7,1	14
Unidades de apoyo a la educación especial clínica	90,9	179	9,1	18
Unidades de apoyo a la educación especial	89,1	179	9,0	18
Programas de diversificación curricular	64,6	128	35,4	70
Plan de acción tutorial	63,7	128	34,8	70
Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)	81,9	158	18,1	35
Comisión de atención a la diversidad	45,6	88	54,4	105
Servicio educativo especializado en los trastornos generales del desarrollo y la conducta	59,4	111	40,6	76
Planes de cualificación profesional	50,0	97	50,0	97
Aulas abiertas	50,3	96	49,7	95
Unidades de escolarización compartidas	45,6	89	54,4	106
Unidad médica escolar	43,0	83	57,0	110

No se observaron diferencias significativas al comparar el porcentaje de profesionales que afirmó conocer los recursos educativos en función del tipo de formación.

Al analizar el conocimiento que los profesionales de salud mental tienen de los recursos de los centros educativos para abordar estos problemas en función de la titularidad del centro en el que trabajan, solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje que tenía conocimiento de la “unidad médica escolar” [$p < 0, 01$], donde un menor porcentaje de profesionales de la sanidad privada reconoció conocerlo (ver tabla 44).

Tabla 44. Conocimiento de los servicios o estrategias realizadas en el ámbito escolar, observadas por los profesionales de la salud. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Psicólogo escolar	96,9	63	97,9	92	100	40
Gabinetes psicopedagógicos	92,4	61	95,7	88	97,5	39
Adaptaciones curriculares	96,9	63	92,5	86	87,5	35
Unidades de apoyo a la educación especial clínica	89,2	58	90,3	84	94,9	37
Unidades de apoyo a la educación especial	87,9	58	89,4	84	90,2	37
Programas de diversificación curricular	58,5	38	69,9	65	62,5	25
Plan de acción tutorial	57,6	38	69,1	65	61,0	25
Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)	81,0	51	84,6	77	76,9	30
Comisión de atención a la diversidad	45,3	29	39,6	36	60,5	23
Servicio educativo especializado en los trastornos generales del desarrollo y la conducta	62,9	39	56,3	49	60,5	23
Planes de cualificación profesional	48,5	32	46,1	41	61,5	24
Aulas abiertas	39,7	25	52,8	47	61,5	24
Unidades de escolarización compartidas	44,6	29	39,6	36	61,5	24
Unidad médica escolar	51,6	33	31,9	29	55,3	21

Opinión de los profesionales de la salud sobre el aumento en la demanda por problemas de conducta en los últimos cinco años

Como puede observarse en la tabla 45, un alto porcentaje de los profesionales afirmó haber observado un aumento de los trastornos de conducta en los últimos cinco años. Concretamente, el 84,1% (n= 164) de los profesionales de la salud mental afirma haber observado un aumento de la demanda de pacientes con TDAH, el 70,5% (n=134) del TND, el 67,6% (n=119) de los trastornos no especificados y el 55,2% (n=106) del TD en los últimos cinco años (ver tabla 45).



El 84,1% de los profesionales de la salud mental afirma haber observado «un aumento» de la demanda de pacientes con TDAH, el 70,5% del TND, el 67,6% de los trastornos no especificados y el 55,2% del TD en los últimos cinco años”

Tabla 45. Relación del aumento en la demanda entre trastorno y problemas de conducta en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
TDAH	84,1	164	15,9	31
Trastorno negativista desafiante	70,5	134	29,5	56
Trastorno no específico	67,6	119	32,4	57
Trastorno disocial	55,2	106	44,8	86

Se observaron diferencias significativas al comparar los porcentajes de psiquiatras y psicólogos que afirmaron observar un incremento de la demanda de los trastornos no específicos [psicólogo: 60,7% (n= 74) vs psiquiatra: 83,3% (n= 45); $p < 0,01$] y del TD [psicólogo: 47,0% (n= 62) vs psiquiatra: 73,3% (n= 44); $p < 0,001$].

El porcentaje de profesionales de la salud que afirmó haber observado un aumento de los problemas de conducta fue similar al compararlos por la titularidad del centro en el que trabajan. Solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que afirmó observar aumento de los trastornos específicos del aprendizaje, siendo la sanidad pública la que observó una mayor frecuencia del trastorno no específico [$p < 0,05$] (ver tabla 46).

Tabla 46. Relación del aumento en la demanda entre trastorno y problemas de conducta en los últimos cinco años, en función de la institución en que se realiza la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
TDAH	84,4	54	82,4	75	87,5	35
Trastorno negativista desafiante	63,3	38	72,5	66	76,9	30
Trastorno no específico	79,7	47	61,7	50	61,1	22
Trastorno disocial	58,7	37	55,1	49	50,0	20

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre los problemas de conducta en su práctica clínica

A los profesionales se les preguntó por, cómo en su práctica clínica habitual, llegan los pacientes con problemas de conducta a sus consultas. A esta pregunta, los profesionales de la salud mental afirmaron en un alto porcentaje que, frecuentemente, cuando detectan problemas de conducta, observan “pacientes no diagnosticados” [54,0% (n= 108)], o “pacientes que vienen aconsejados por la escuela” [69,3% (n= 138)]; también un alto porcentaje reconoce que “los pacientes han consultado antes con un pediatra o médico de familia previamente” [57,1% (n= 113)]. Además, el 41,2% (n= 82) de los “padres ya han consultado con algún profesional de la salud mental”. En la tabla 47 se muestra la frecuencia con la que se observan situaciones en la práctica pediátrica clínica habitual.

Tabla 47. Frecuencia observada en situaciones durante la práctica clínica habitual.
 Fuente: elaboración propia.

	Nunca /A veces		Bastantes veces / Siempre	
	%	n	%	n
Padres que consultan sobre estos problemas por primera vez	46,0	92	54,0	108
Padres que vienen dirigidos o aconsejados por la escuela	30,7	61	69,3	138
Padres que ya han consultado con algún pediatra o médico de familia	42,9	85	57,1	113
Padres que ya han consultado con otro profesional de la salud mental	58,8	117	41,2	82

La respuesta sobre la detección de los pacientes con problemas de conducta fue comparada en función de la formación de los profesionales sanitarios. Solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de los “padres que ya han consultado con un pediatra o médico de familia previamente” [psicólogos: 52,6% (n= 72) vs psiquiatras: 67,2% (n= 41); $p < 0,05$] y en el de los “padres que ya han consultado con algún profesional de la salud mental” [psicólogos: 34,8% (n= 48) vs psiquiatras: 55,7% (n= 34); $p < 0,01$].

Al analizar las respuestas de los profesionales en función de la titularidad del centro en el que trabajaban, se observó que en general, los profesionales observaban estas situaciones en un porcentaje similar. Solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de “padres que vienen dirigidos o aconsejados por la escuela” ($p < 0,05$) y “padres que ya han consultado con algún pediatra o médico de familia” ($p < 0,001$) que son observados con menor frecuencia por los profesionales que trabajan en la sanidad privada (ver tabla 48).

Tabla 48. Frecuencia observada «bastantes veces o siempre» en situaciones durante la práctica clínica habitual. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Padres que consultan sobre estos problemas por primera vez	50,0	33	55,9	52	56,1	23
Padres que vienen dirigidos o aconsejados por la escuela	74,2	49	61,3	57	80,0	32
Padres que ya han consultado con algún pediatra o médico de familia	75,8	50	45,2	42	53,8	21
Padres que ya han consultado con otro profesional de la salud mental	43,9	29	38,7	36	42,5	17

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre el tipo de estrategia terapéutica que utilizan en su práctica clínica

Al preguntar por el tipo de estrategia terapéutica utilizada en la práctica clínica en el tratamiento de los problemas de conducta, se observó que los profesionales de la salud mental afirman utilizar básicamente “psicoterapia individual” (90,5%; n=181) y “psicoterapia familiar” (70,4%; n=140), observándose un bajo porcentaje de profesionales que afirma utilizar el resto de estrategias incluidas en el estudio (ver tabla 49).

Tabla 49. Estrategias terapéuticas que utilizan los profesionales de la salud mental en la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	No / Algo		Bastante / Mucho	
	%	n	%	n
Psicoterapia individual	9,5	19	90,5	181
Psicoterapia familiar	29,6	59	70,4	140
Psicoterapia grupal	70,7	140	29,3	58
Farmacológica	70,9	139	29,1	57
Hospital de día	83,4	166	16,6	33
Unidad de agudos	93,5	186	6,5	13
Unidad de subagudos	97,4	189	2,6	5
Comunidad terapéutica	94,8	184	5,2	10

Además, al comparar a los psiquiatras y psicólogos, se observaron diferencias significativas al preguntar por “el uso de las estrategias farmacológicas” [psicólogos: 11,9% (n= 16) vs psiquiatras: 67,2% (n= 41); $p < 0,001$], “hospitales de día” [psicólogos: 11,6% (n= 16) vs psiquiatras: 27,9% (n= 17); $p < 0,01$], “unidades de agudos” [psicólogos: 2,2% (n= 3) vs psiquiatras: 16,4% (n= 10); $p < 0,001$], “unidades de subagudos” [psicólogos: 0,7% (n= 1) vs psiquiatras: 6,9% (n= 4); $p < 0,01$] y “comunidades terapéuticas” [psicólogos: 3,0% (n= 4) vs psiquiatras: 10,2% (n= 6); $p < 0,05$] que afirmaron utilizarlas más los psiquiatras que los psicólogos.

Al comparar el porcentaje de profesionales de los diferentes centros que afirmó utilizar las estrategias se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que utiliza la “terapia de familia”, siendo este superior entre los profesionales de la sanidad privada [$p < 0,01$]. Además se observó un mayor “uso de fármacos” ($p < 0,001$), “hospitales de día” ($p < 0,001$) y “unidades de subagudos” ($p < 0,01$) entre los profesionales de la sanidad pública (ver tabla 50).

Tabla 50. Estrategias terapéuticas que utilizan los profesionales de la salud mental en la práctica clínica. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Psicoterapia individual	90,9	60	90,3	84	90,2	37
Psicoterapia familiar	56,9	37	79,6	74	70,7	29
Psicoterapia grupal	31,8	21	26,9	25	30,8	12
Farmacológica	38,5	25	15,4	14	45,0	18
Hospital de día	30,3	20	1,1	1	29,3	12
Unidad de agudos	10,6	7	1,1	1	12,2	5
Unidad de subagudos	1,6	1	2,2	2	5,0	2
Comunidad terapéutica	4,8	3	3,3	3	10,0	4



La estrategia terapéutica mejor valorada por un alto porcentaje de profesionales fue la “psicoterapia familiar”

Opinión de los profesionales de la salud sobre la utilidad de estrategias terapéuticas

Como a los profesionales presentados con anterioridad, a los psiquiatras y psicólogos se les preguntó su opinión sobre la utilidad de las estrategias terapéuticas normalmente disponibles para el tratamiento de estos casos. La estrategia terapéutica peor valorada por todos los profesionales fueron los “internados escolares” [«insuficiente»: 68,1% (n= 111)] como estrategia terapéutica. De forma generalizada, el resto de las estrategias terapéuticas fueron valoradas como «adecuadas o buenas» por un porcentaje superior al 40% de los profesionales en todos los casos. La estrategia terapéutica mejor valorada por un alto porcentaje de profesionales fue la “psicoterapia familiar” [«muy buena»: 46,7% (n= 93)] (ver tabla 51).

Tabla 51. Valoración de la utilidad de las estrategias terapéuticas por parte de los profesionales de salud mental. Fuente: elaboración propia.

	Insuficiente		Adecuado / Bueno		Muy bueno	
	%	n	%	n	%	n
Estrategias y dispositivos escolares específicos	28,1	54	56,3	108	15,6	30
Internados escolares	68,1	111	30,1	49	1,8	3
Servicios sociales	31,6	61	58,0	112	10,4	20
Estrategia farmacológica	18,5	36	69,7	136	11,8	23
Psicoterapia individual	5,0	10	55,5	111	39,5	79
Psicoterapia grupal	9,6	18	62,6	117	27,8	52
Psicoterapia familiar	5,0	10	48,2	96	46,7	93
Hospital de día	19,4	33	66,5	113	14,1	24
Unidad de agudos	26,3	41	70,5	110	3,2	5
Unidad de subagudos	32,1	45	65,7	92	2,1	3
Comunidad terapéutica	27,0	40	63,5	94	9,5	14

Al comparar las respuestas en función de la formación de los profesionales se observó que los psicólogos valoran en un mayor porcentaje las estrategias y dispositivos escolares como «buenos» [psicólogo: 62,4% (n= 83) vs psiquiatra: 42,4% (n= 25); $p < 0,05$] en comparación con los psiquiatras. Mientras que los psiquiatras valoran en un mayor porcentaje que los psicólogos las “estrategias farmacológicas” [psicólogo 67,9% (n= 91) vs psiquiatra: 73,8% (n= 45); $p < 0,05$], la “psicoterapia individual” [psicólogo: 52,5% (n= 73) vs psiquiatra: 62,3% (n= 38); $p < 0,05$] y la “psicoterapia familiar” [psicólogo: 44,9% (n= 62) vs psiquiatra: 55,7% (n= 34); $p < 0,01$].

No se observaron diferencias significativas cuando la información fue analizada en función de la titularidad del centro en el que trabajan (ver tabla 52).

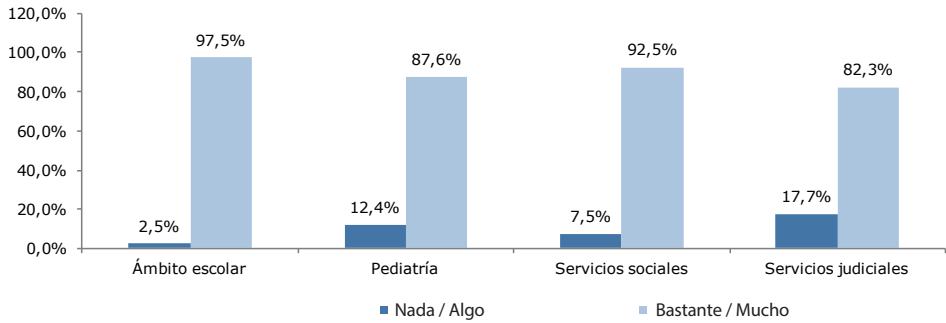
Tabla 52. Valoración «adecuada o buena» de la utilidad de las estrategias terapéuticas por parte de los profesionales de salud mental. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Estrategias y dispositivos escolares específicos	52,4	33	57,8	52	59,0	23
Internados escolares	33,9	19	27,4	20	29,4	10
Servicios sociales	57,8	37	57,3	51	60,0	24
Estrategia farmacológica	78,1	50	67,0	61	62,5	25
Psicoterapia individual	63,6	42	45,7	43	65,0	26
Psicoterapia grupal	58,1	36	64,8	57	64,9	24
Psicoterapia familiar	48,5	32	45,7	43	53,8	21
Hospital de día	65,0	39	66,2	49	69,4	25
Unidad de agudos	67,9	38	63,6	42	88,2	30
Unidad de subagudos	65,3	32	60,7	37	76,7	23
Comunidad terapéutica	64,2	34	59,4	38	71,0	22

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre la importancia de la coordinación con diferentes ámbitos para un buen manejo de los trastornos de la conducta

Como se puede observar en la figura 8, cuando se pregunta a los profesionales de la salud mental sobre la importancia de la coordinación entre los diferentes ámbitos para un buen manejo de los trastornos de la conducta, se observó que la mayoría de los profesionales consideraba que es «bastante o muy importante» la coordinación con el «ámbito escolar», el de «pediatría», los «servicios sociales» y los «servicios judiciales».

Figura 8. Importancia de la coordinación según los profesionales de la salud mental. Fuente: elaboración propia.



No se observaron diferencias significativas entre los profesionales de la salud mental en la importancia de la coordinación de los diferentes recursos asistenciales en función de la formación. Como se observa en la tabla 53, tampoco se observan diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que valoró como «bastante o mucho» la importancia de la coordinación de los diferentes recursos para un correcto manejo de los trastornos de conducta en función de la institución en que realizaba la práctica clínica.

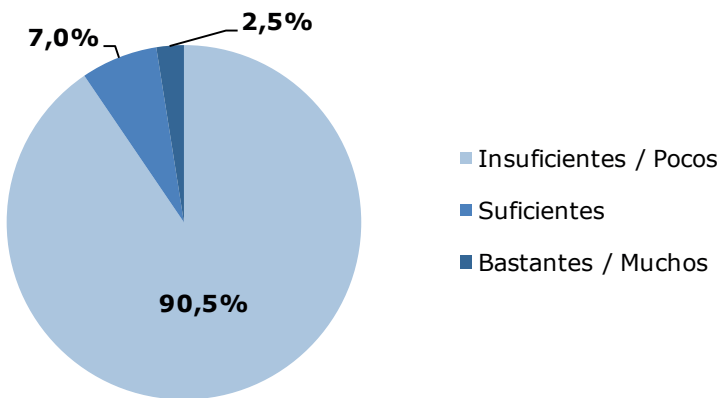
Tabla 53. Importancia valorada como «bastante o mucha» en la coordinación con diferentes ámbitos para un correcto manejo de los trastornos de conducta. Fuente: elaboración propia.

	Sanidad pública		Sanidad privada		Ambas	
	%	n	%	n	%	n
Ámbito escolar	95,5	63	98,9	93	97,6	40
Pediatría	83,3	55	90,4	85	87,8	36
Servicios sociales	95,5	63	90,4	85	92,7	38
Servicios judiciales	81,8	54	82,6	76	82,5	33

Opinión de los profesionales de la salud mental sobre los recursos asistenciales existentes para atender los trastornos de conducta

El 90,5% (n=181) de los profesionales de la salud mental considera «insuficientes o pocos» los recursos asistenciales existentes para atender los casos con problemas o trastornos de la conducta (ver figura 9). Además, no se observaron diferencias al comparar a los psicólogos con los psiquiatras [psicólogo: 91,4 (n= 127) vs psiquiatra: 88,5% (n= 54); $p= 0,34$], ni a los profesionales de los centros de las diferentes titularidades [sanidad pública: 87,9 (n= 58) vs sanidad privada: 90,3% (n= 84) vs ambas: 95,1% (n= 39); $p= 0,23$].

Figura 9. Recursos asistenciales existentes. Fuente: elaboración propia.



El 90,5% de los profesionales de la salud mental considera «insuficientes o pocos» los recursos asistenciales existentes para atender los casos con problemas o trastornos de la conducta”

Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los profesionales de la educación

En la tabla presentada a continuación se observan los porcentajes de profesionales del sector educativo que participaron en el estudio por comunidad autónoma. Como se observa, la muestra presenta una mayor representación de profesionales de las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y baja o nula representación de profesionales de Cantabria y La Rioja (ver tabla 54).

Tabla 54. Distribución por comunidades autónomas de profesionales educativos.
 Fuente: elaboración propia.

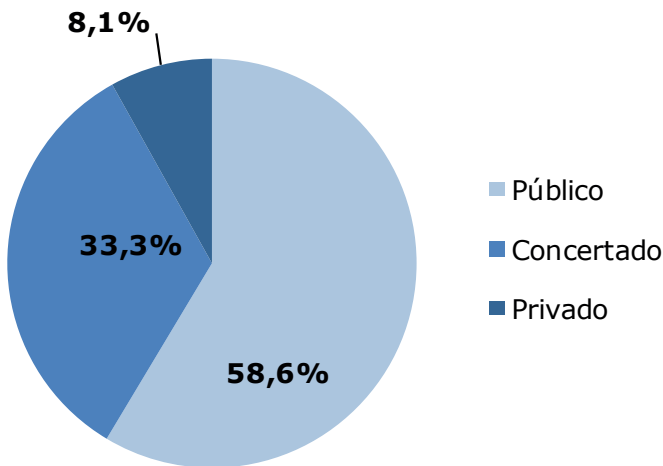
Comunidad autónoma	n	Porcentaje
Andalucía	59	17,7
Aragón	8	2,4
Asturias	6	2,4
Canarias	19	5,7
Cantabria	0	0,0
Castilla y León	18	5,4
Castilla la Mancha	20	6,0
Cataluña	53	15,9
Comunidad de Madrid	45	13,5
Comunidad Valenciana	24	7,2
Extremadura	8	2,4
Galicia	21	6,3
Islas Baleares	7	2,1
La Rioja	1	0,3
Navarra	6	1,8
País Vasco	21	6,3
Región de Murcia	11	3,3
Total	327	98,2

Descriptivos de la muestra

Como se ha comentado con anterioridad, en la muestra de profesionales de la educación participaron profesores, psicopedagogos y/o psicólogos escolares. El 79,0% (n= 263) de los participantes fueron profesores y el 21,0% (n= 70) psicopedagogos y/o psicólogos escolares. La mayoría de los participantes [58,6% (n= 195)] ejercen su profesión en la enseñanza pública y el 33,3% (n= 111) en la enseñanza concertada (ver figura 10). El porcentaje de profesionales que contestó la encuesta fue diferente cuando se comparó en función de la titularidad de la enseñanza [pública: profesores 86,2% (n= 168) y psicopedagogos/psicólogos escolares 13,8% (n= 27) vs concertada/privada: profesores 68,8% (n= 95) y psicopedagogos/psicólogos escolares 31,2% (n= 43); $p < 0,001$]. La media de edad de los participantes fue de 44,6 años (DE= 10,1) y la media de años de ejercicio del profesional fue de 18,3 años (DE= 10,6). La edad media de los profesores fue significativamente mayor que la media de los psicopedagogos/psicólogos escolares [45,9 (DE= 9,1) vs 39,80 (DE= 12,00); $p < 0,001$] y también

fue significativamente mayor la media de años ejerciendo la profesión de estos comparados con psicopedagogos/psicólogos escolares [19,4 (DE= 9,6) vs 14,3 (DE= 10,7); $p < 0,001$]. Además, se observó una media de edad [46,7 (DE= 9,2) vs 41,6 (DE= 10,5); $p < 0,001$] y una media de años ejerciendo la profesión mayores [20,1 (DE= 9,9) vs 15,8 (DE= 9,7); $p < 0,001$] en los profesionales de centros con titularidad pública en comparación con los de la privada.

Figura 10. Titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

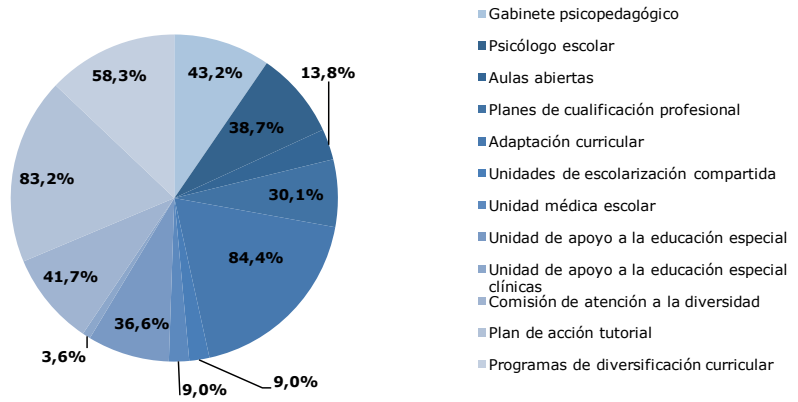


El 35,4% ($n= 118$) de los profesionales que participó en el estudio declaró "formar o haber formado parte del equipo directivo de su centro" y el 76,3% ($n= 254$) afirmó "realizar o haber realizado tareas de tutor".

La mayoría de los profesionales que participaron en el estudio realizaba su tarea docente en centros que incluían el nivel de "educación primaria" [86,8% ($n= 289$)] y el de "bachillerato" [61,3% ($n= 204$)]. Un 38,7% de los participantes realizaba su tarea docente en centros que incluían el nivel de "primaria" [38,7% ($n= 129$)] y alrededor del 20% de ellos afirmó que su centro incluían entre la oferta formativa "ciclos formativos de grado medio" [24,9% ($n= 83$)] y "superiores" [19,8% ($n= 66$)].

Entre los recursos con una elevada frecuencia, se observó que el 84,4% ($n= 281$) de los participantes declaró que en su centro se realizaba la "adaptación curricular de los alumnos", el 83,2% ($n= 277$) afirmó que su centro contaba con "planes de acción tutorial", el 60,4% ($n= 201$) que su centro tenía "psicólogo escolar", el 58,3% ($n= 194$) afirmó trabajar en centros con "programas de diversificación curricular" y 41,7% ($n= 139$) de los participantes declaró que su centro contaba con una "comisión de atención a la diversidad". El resto de recursos asistenciales del ámbito educativo fueron observados con menor frecuencia (ver figura 11).

Figura 11. Recursos del centro según los profesionales de la educación. Fuente: elaboración propia.



Como puede comprobarse en la tabla 55, en el estudio participó un mayor porcentaje de profesionales de centros con educación primaria y educación especial de titularidad concertada/privada que los que participaron de centros con titularidad pública (todas las ps < 0,05). Sin embargo, la relación cambia para los dos grados de ciclos formativos, en los que fue mayor la participación de profesionales de centros públicos que de centros concertados/privados (todas las ps > 0,05) (ver tabla 55).

Tabla 55. Porcentaje de profesionales que afirma trabajar en centros con los diferentes niveles educativos. Fuente: elaboración propia.

	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Educación primaria	14,9	29	72,5	100
Educación especial	11,8	23	21,7	30
Educación secundaria	86,2	168	87,7	121
Bachillerato	63,6	124	58,0	80
Ciclo formativo de grado medio	32,8	64	13,8	19
Ciclo formativo de grado superior	29,7	58	5,8	8

También se observaron diferencias al comparar el porcentaje de profesionales de los diferentes centros que afirmó contar con los diferentes recursos educativos. En este sentido, como puede observarse en la tabla 56, los profesionales de centros

concertados/privados afirmaron con un mayor porcentaje contar con “gabinetes psicopedagógicos”, “aulas abiertas” y con “unidades de escolarización compartida” (todas las ps < 0,05) que los profesionales de los centros públicos. Por otro lado, los profesionales de los centros públicos afirmaron contar, con mayor frecuencia, con los recursos de “plan de acción tutorial” y con “planes de diversificación curricular” (todas las ps < 0,05) que los profesionales de los centros concertados/privados. Sin embargo, no se observaron diferencias en el porcentaje de participantes de centros públicos y concertados/privados que afirmaron contar con “psicólogo escolar”, “planes de cualificación profesional”, “adaptación curricular”, “unidad médica escolar”, “unidad de apoyo a la educación especial”, “unidades clínicas de apoyo a la educación especial” y “comisión de atención a la diversidad” (todas las ps > 0,10) (ver tabla 56).

Tabla 56. Porcentaje de profesionales que afirma contar con los diferentes recursos. Fuente: elaboración propia.

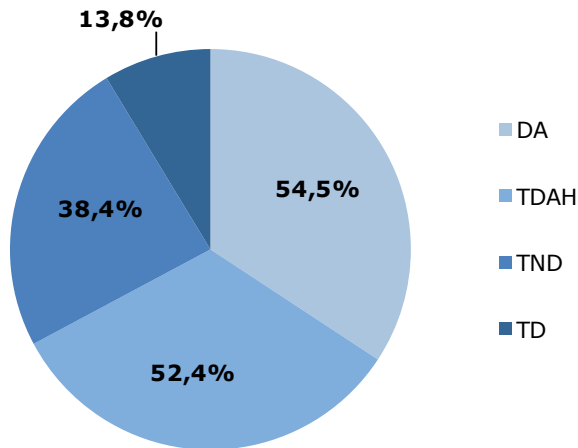
	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Gabinete psicopedagógico	31,3	60	60,9	84
Psicólogo escolar	57,3	110	65,9	91
Aulas abiertas	9,9	19	19,6	27
Planes de cualificación profesional	20,8	40	19,6	27
Adaptación curricular	87,5	168	81,9	113
Unidad de escolarización compartida	6,3	12	13,1	18
Unidad médica escolar	7,3	14	11,6	16
Unidad de apoyo a la educación especial	29,1	75	34,1	47
Unidad clínica de apoyo a la educación especial	3,1	6	4,3	6
Comisión de atención a la diversidad	44,8	86	38,4	53
Plan de acción tutorial	87,5	168	79,0	109
Programas de diversificación curricular	75,5	145	35,5	49

Opinión de los profesionales de la educación sobre la presencia de síntomas en los problemas de conducta en los centros

Antes de presentar los resultados sobre lo que opinan los participantes de la presencia de los problemas de conducta en los centros, es importante recordar que las opciones de respuesta de las variables que se presentan aquí fueron recodificadas. La recodificación consistió en unir las categorías de «nunca» y «casi nunca» y las de «a menudo» y «siempre o casi siempre».

En primer lugar, y aunque no dentro de los problemas de conducta, se les preguntó a los profesionales de la educación con qué frecuencia observaban en el centro, alumnos que presentaban DA y los resultados muestran un alta prevalencia [54,5% (n= 181)]. En la figura 12 se representan los porcentajes medios de los diferentes trastornos (TND, TD y TDAH) y de la DA, observados por los profesionales de la educación. Además, la opinión sobre la frecuencia en la que se observa DA en sus prácticas diarias fue diferente en función del profesional que contestó. Los psicopedagogos y psicólogos escolares declararon observar una mayor frecuencia de estos trastornos [68,1% (n= 47)] que los profesores [51,0% (n= 134), $p < 0, 05$].

Figura 12. Porcentajes medios de los trastornos y dificultad del aprendizaje. Fuente: elaboración propia.



Al preguntarles a los profesionales de la educación con qué frecuencia observaban en sus alumnos los síntomas del TND, se observó que los síntomas de este eran observados por un porcentaje medio del 38,4% de los participantes de forma muy frecuente. En la tabla 57 se pueden observar los porcentajes en los que los síntomas del TND son observados por los profesionales de la educación. Como se observa en la tabla, los síntomas del TND son observados por un elevado porcentaje de profesionales educativos. Los síntomas de “pierden la calma”, “molestan con facilidad”, “molestan a otros” y “culpan a otros de sus errores” fueron observados «siempre o casi siempre» en un porcentaje elevado de profesionales,

mientras que el síntoma de “muestran comportamientos vengativos” fue el menos observado (ver tabla 57). No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesores y psicopedagogos/psicólogos escolares que afirmó observar estos síntomas frecuentemente.

Tabla 57. Porcentaje de profesionales que afirma observar los síntomas del TND.
Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Nunca / A veces		A menudo/ Siempre	
	%	n	%	n
Pierden la calma	60,4	201	39,6	132
Se molestan con facilidad	46,8	156	53,2	177
Expresan resentimiento	75,7	252	24,3	81
Discuten con la autoridad	64,8	215	35,2	117
Desafían a la autoridad	74,1	246	25,9	86
Molestan a los demás	39,0	130	61,0	203
Culpan a otros de los propios errores	50,5	168	49,5	165
Muestran comportamientos vengativos	81,9	272	18,1	60

Los síntomas del TD fueron observados de forma «frecuente o muy frecuente» en un porcentaje inferior que los síntomas del TND comentados anteriormente (porcentaje medio de frecuencia de los síntomas: 13,8%). Los resultados sobre la frecuencia en la que los síntomas clínicos característicos del TD son observados en los centros educativos se pueden observar en la tabla 58. Los síntomas “faltan a clase” y “mienten o engañan” son observados de forma «muy frecuente» por un alto porcentaje de profesionales: [«a menudo» o «siempre»: 40,5% (n= 134) y 36,6% (n= 122), respectivamente], mientras que los otros síntomas son observados «muy frecuentemente» por menos de un 15,0% de los participantes. Solo se observaron diferencias significativas entre profesionales en los síntomas “inician peleas” [psicopedagogos/psicólogos escolares: 21,4% (n= 15) vs profesores: 9,5% (n= 25); $p < 0,05$] y “queman objetos deliberadamente” [psicopedagogos/psicólogos escolares: 5,8% (n= 4) vs profesores: 1,2% (n= 3); $p < 0,05$] que son observados con mayor frecuencia por los psicopedagogos/psicólogos escolares.

Tabla 58. Porcentaje de profesionales que afirma observar los síntomas del TD.
 Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Nunca / A veces		A menudo/ Siempre	
	%	n	%	n
Acosan a otros	86,8	289	13,2	44
Inician peleas	88,0	293	12,0	40
Usan objetos o armas para dañar a otros	96,1	320	3,9	13
Muestran comportamientos crueles hacia otros	91,9	306	8,1	27
Muestran comportamientos crueles hacia los animales	97,1	300	2,9	9
Roban objetos de valor	91,5	301	8,5	28
Queman objetos deliberadamente	97,8	316	2,2	7
Mienten y engañan	63,4	211	36,6	122
Salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido	87,1	276	12,9	41
Pasan la noche entera fuera	88,9	280	11,1	35
Faltan a clase	59,5	197	40,5	134

Los síntomas del TDAH son observados por un alto porcentaje de profesionales de forma muy frecuente en los centros (media del porcentaje de profesionales que observan los diferentes síntomas: 52,4%). Los síntomas observados con mayor frecuencia son: “no prestan atención” [68,7% (n= 228)], “muestran dificultades para organizarse” [65,3% (n= 215)], “evitan tareas que requieren esfuerzos” [71,1% (n= 234)] y “se distraen fácilmente” [74,8% (n= 247)] (ver tabla 59). Solo se observó una tendencia a la significación a un mayor porcentaje del síntoma “parece que tuviera un motor interno” [42,9% (n= 30) vs 30,8% (n= 80); p= 0,06], en los psicopedagogos o psicólogos educativos.

Tabla 59. Porcentaje de profesionales que afirma observar los síntomas del TDAH.
Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Nunca / A veces		A menudo / Siempre	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	32,1	107	67,9	226
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	31,3	104	68,7	228
Pierden objetos repetidas veces	71,1	236	28,9	96
Parece que no escuchan cuando se les habla	52,7	175	47,3	157
No siguen las instrucciones	49,4	164	50,6	168
Tienen dificultad para organizarse	34,7	114	65,3	215
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	28,9	95	71,1	234
Se distraen con facilidad	25,2	83	74,8	247
Olvidan las actividades cotidianas	34,5	115	65,5	218
Juguetean con manos o pies	60,8	200	39,2	129
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	32,4	108	67,6	225
Corretean en situaciones no apropiadas	35,1	117	64,9	216
Son incapaces de jugar tranquilamente	36,0	120	64,0	213
Parecen tener un motor interno	66,7	220	33,3	110
Hablan excesivamente	39,6	132	60,4	201
Responden inesperadamente	36,9	123	63,1	210
Son impacientes	57,1	189	42,9	142
Interrumpen las conversaciones	45,7	150	54,3	178

Al comparar los centros de diferentes titularidades, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que declaró observar «muy frecuentemente» la DA entre los centros de titularidad pública [53,1% (n= 103)] o concertada/privada [56,5% (n= 78)], $p < 0, 54$.



Los profesionales de la educación de los diferentes centros observaron los síntomas del TND de forma «frecuente» en un porcentaje superior al 30,0%”

Los profesionales de la educación de los diferentes centros observaron los síntomas del TND de forma «frecuente» en un porcentaje superior al 30,0% (públicos: 35,2% y concertada/privada: 32,5%). Los síntomas observados con mayor frecuencia son “alumnos que molestan con facilidad”, “alumnos que molestan a otros” y “alumnos que culpan a otros de sus errores”. Los síntomas observados con menor porcentaje frecuentemente fueron “alumnos vengativos” y “alumnos que expresan resentimiento”. Solo se observaron diferencias significativas al comparar los dos grupos de escuelas en el porcentaje de profesionales que reconocía frecuentemente 2alumnos que molestan a otros” ($p < 0, 01$) (ver tabla 60).

Tabla 60. Porcentaje de los síntomas del TND observados de forma frecuente según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Pierden la calma	41,5	81	37,0	51
Se molestan con facilidad	57,4	112	47,1	65
Expresan resentimiento	22,6	44	26,8	37
Discuten con la autoridad	36,1	70	34,1	47
Desafían a la autoridad	24,7	48	27,5	38
Molestan a los demás	66,7	130	52,9	73
Culpan a otros de los propios errores	49,2	96	50,0	69
Muestran comportamientos vengativos	19,0	37	16,8	23

El porcentaje medio de los profesionales de la educación que afirmó observar frecuentemente los síntomas clínicos característicos del TD (13,8%) fue inferior al porcentaje medio observado para los síntomas del TND (30,0%). Además, no se observaron diferencias en el porcentaje medio de los profesionales que afirmaba observar frecuentemente los síntomas del TD entre los dos grupos de centros educativos (públicos: 13,7% y concertados/privados: 13,8%). Como puede observarse en la tabla 61, los síntomas del TD observados por un mayor porcentaje de profesionales frecuentemente fueron “alumnos que faltan a clase” y “alumnos que mienten y engañan”. Por otro lado, los síntomas observados frecuentemente por un menor número de profesionales fueron “alumnos que usan objetos o

armas para dañar a otros” y “alumnos que queman objetos deliberadamente” (ver tabla 61). El porcentaje de profesionales que reconoce observar frecuentemente los síntomas del TD no fue diferente al comparar a aquellos que trabajan en centros públicos con los de centros concertados/privados para la mayoría de los síntomas. Sin embargo, se observan con una mayor frecuencia “alumnos que salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido” [público: 8,3% (n= 15) vs concertado/privado: 19,1% (n= 26); $p < 0,05$] y “alumnos que pasan las noches fuera” [público: 5,6% (n= 10) vs concertado/privado: 18,4% (n= 25); $p < 0,001$] en los centros concertados/privados comparado con los públicos y una mayor frecuencia de “alumnos que faltan a clase en los centros públicos” [público: 47,7% (n= 92) vs concertado/privado: 30,4% (n= 42); $p < 0,05$] (ver tabla 61).

Tabla 61. Porcentaje de profesionales que afirma observar los síntomas del TD de forma frecuente según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Acosan a otros	13,8	27	12,3	17
Inician peleas	12,3	24	11,6	16
Usan objetos o armas para dañar a otros	3,1	6	5,1	7
Muestran comportamientos crueles hacia otros	8,2	16	8,0	11
Muestran comportamientos crueles hacia los animales	2,3	4	3,8	5
Roban objetos de valor	10,4	20	5,9	8
Queman objetos deliberadamente	1,1	2	3,6	5
Mienten y engañan	38,5	75	34,1	47
Salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido	8,3	15	19,1	26
Pasan la noche entera fuera	5,6	10	18,4	25
Faltan a clase	47,7	92	30,4	42

Finalmente, el porcentaje medio en el que los síntomas del TDAH son observados por los profesionales (52,4%) es mayor que la frecuencia media observada tanto del TND (30,0%) como del TD (13,8%) y no se observaron diferencias entre el porcentaje medio de los síntomas en función de la titularidad del centro (públicos: 52,0% vs concertada/privada: 52,9%; $p > 0,05$). Los síntomas del TDAH observados frecuentemente por un mayor número de profesionales en ambos grupos fueron: “alumnos que no prestan atención”, “alumnos que muestran dificultades para organizarse”, “alumnos que evitan tareas que requieren esfuerzo” y “alumnos que se distraen con facilidad”. Por otro lado, los síntomas observados frecuentemente por un menor porcentaje de profesionales fueron: “alumnos que juegan con las manos y/o los pies” y “alumnos que actúan como si tuviesen un motor interno”. Finalmente, no se observaron diferencias estadísticas entre los grupos en el porcentaje en que los síntomas fueron observados frecuentemente por los profesionales (ver tabla 62).

Tabla 62. Porcentaje de profesionales que afirma observar los síntomas del TDAH de forma frecuente según la titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

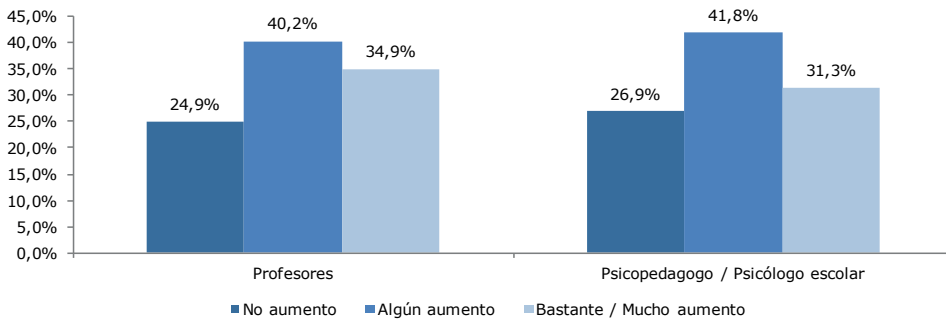
Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	69,2	135	68,9	91
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	71,6	139	64,5	89
Pierden objetos repetidas veces	26,3	51	32,6	45
Parece que no escuchan cuando se les habla	45,4	88	50,0	69
No siguen las instrucciones	50,5	98	50,7	70
Tienen dificultad para organizarse	67,7	130	62,0	85
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	71,4	137	70,8	97
Se distraen con facilidad	77,1	148	71,7	99
Olvidan las actividades cotidianas	67,7	132	65,1	86
Juegan con manos o pies	35,9	69	43,8	60
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	71,8	140	64,4	85
Correan en situaciones no apropiadas	66,1	129	65,9	87
Son incapaces de jugar tranquilamente	49,2	96	53,62	74
Parecen tener un motor interno	29,5	57	38,7	53
Hablan excesivamente	61,5	120	61,4	81
Responden inesperadamente	60,5	118	69,7	92
Son impacientes	40,2	78	46,7	64
Interrumpen las conversaciones	57,0	110	50,4	68

Opinión de los profesionales sobre el aumento en los últimos cinco años de los problemas de conducta en los centros educativos

Como en el apartado anterior, las opciones de respuesta fueron recodificadas. Esta recodificación de las variables consistió en sumar las opciones de los participantes que respondieron «bastante aumento» y «mucho aumento» en una sola categoría. Por lo tanto, las opciones de respuesta que se presentan en este punto son «no aumento», «algún aumento» y «bastante o mucho aumento».

Al preguntar a los profesionales por el aumento de la DA en los últimos cinco años, se observó que el 34,1% (n= 112) afirmó que en su opinión han aumentado «bastante o mucho». El porcentaje de los profesionales que consideró este aumento no fue diferente estadísticamente cuando se analizaron las respuestas de profesores y psicopedagogos/psicólogos escolares por separado [34,9% (n= 91) vs 31,3% (n= 21); $p > 0,86$; respectivamente]. El porcentaje de aumento para cada opción de respuesta puede observarse en la figura 13.

Figura 13. Porcentaje de aumento de las DA. Fuente: elaboración propia.



Al preguntar a los profesionales educativos por si consideraban que han observado un aumento de los síntomas clínicos del TND en la escuela, se observó que la mayoría de los profesionales consideró que «no había habido aumento» o «poco aumento». Sin embargo, para la mayoría de los síntomas del TND, el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado «bastante o mucho aumento» fue superior al 25% (ver tabla 63). Los síntomas del TND en los que un mayor porcentaje de profesionales consideró haber observado «mucho aumento» fueron “alumnos que molestan con facilidad” [32,5% (n= 107)], “alumnos que discuten con la autoridad” [33,5% (n= 110)], “alumnos que molestan a otros” [34,8% (n= 115)] y “alumnos que culpan a otros de sus errores” [32,1% (n= 106)] (ver tabla 63). No se observaron diferencias significativas al comparar las respuestas de los dos grupos de profesionales.

Tabla 63. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TND en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	No aumento / Algún aumento		Bastante / Mucho aumento	
	%	n	%	n
Pierden la calma	72,0	237	28,0	92
Se molestan con facilidad	67,5	222	32,5	107
Expresan resentimiento	79,8	260	20,2	66
Discuten con la autoridad	66,5	218	33,5	110
Desafían a la autoridad	70,8	233	29,2	96
Molestan a los demás	65,2	215	34,8	115
Culpan a otros de los propios errores	67,9	224	32,1	106
Muestran comportamientos vengativos	87,8	288	12,2	40



Los síntomas del TD «no han aumentado o lo han hecho poco» en los últimos cinco años para un porcentaje elevado de profesionales de la educación ”

Los síntomas del TD «no han aumentado o lo han hecho poco» en los últimos cinco años para un porcentaje elevado de profesionales de la educación (ver tabla 64). Solo en los síntomas “alumnos que acosan a otros”, “alumnos que mienten y engañan” y “alumnos que faltan a clase”, un porcentaje superior al 15% de los participantes consideró haber observado «bastante o mucho aumento». Por otro lado, los síntomas que un mayor porcentaje de profesionales consideró «no haber observado aumento» o «poco aumento» en los últimos cinco años fueron: “alumnos que usan objetos o armas para dañar a otros”, “alumnos que muestran comportamientos crueles hacia otros”, “alumnos que muestran comportamientos crueles hacia los animales” y “alumnos que queman objetos deliberadamente”. No se observaron diferencias significativas al comparar las respuestas de los dos grupos de profesionales.

Tabla 64. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TD en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	No aumento / Algún aumento		Bastante / Mucho aumento	
	%	n	%	n
Acosan a otros	84,2	277	15,8	52
Inician peleas	88,4	290	11,6	38
Usan objetos o armas para dañar a otros	95,4	312	4,6	15
Muestran comportamientos crueles hacia otros	91,8	301	8,2	27
Muestran comportamientos crueles hacia los animales	96,4	296	3,6	11
Roban objetos de valor	88,7	289	11,3	37
Queman objetos deliberadamente	96,8	303	3,2	10
Mienten y engañan	74,7	245	25,3	83
Salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido	85,1	263	14,9	46
Pasan la noche entera fuera	87,9	269	12,1	37
Faltan a clase	69,3	228	30,7	101

A diferencia de lo que ocurre con los síntomas del TND y el TD, donde un bajo porcentaje de profesionales contestó haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas en los últimos cinco años, al preguntar sobre los síntomas clínicos del TDAH, el porcentaje de profesionales que afirmó haber observado «bastante o mucho aumento» fue para la mayoría de los síntomas superior al 25%. En este sentido se observó que el 43,2% (n= 142) afirmó haber observado «bastante o mucho aumento» de “alumnos que no prestan atención”; el 40,9% (n= 134) afirmó haber observado «bastante o mucho aumento» de “alumnos que muestran dificultades para organizarse”; el 46,3% (n= 152) afirmó haber observado «bastante o mucho aumento» de “alumnos que evitan tareas que requieren esfuerzo”; el 44,5% (n= 146) afirmó «haber observado bastante o mucho aumento» de “alumnos que se distraen con facilidad”. El porcentaje de

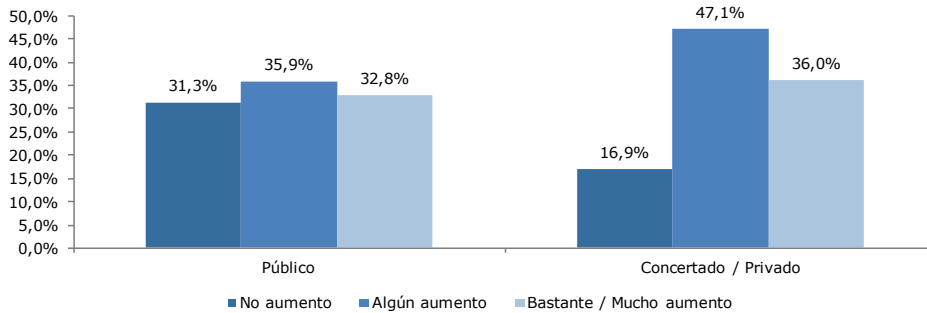
profesionales que consideró «haber observado aumento» de los síntomas clínicos del TDAH en los últimos cinco años se puede observar en la tabla 65. Tal y como ha ocurrido en los dos casos anteriores, al comparar las respuestas de los dos grupos de profesionales (profesores y psicopedagogos/psicólogos escolares) no se observaron diferencias significativas.

Tabla 65. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	No aumento / Algún aumento		Bastante / Mucho aumento	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	68,2	223	31,8	104
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	56,8	187	43,2	142
Pierden objetos repetidas veces	78,3	256	21,7	71
Parece que no escuchan cuando se les habla	63,1	207	36,9	121
No siguen las instrucciones	63,6	208	36,4	119
Tienen dificultad para organizarse	59,1	194	40,9	134
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	53,7	176	46,3	152
Se distraen con facilidad	55,5	182	44,5	146
Olvidan las actividades cotidianas	69,4	227	30,6	100
Juguetean con manos o pies	81,8	265	18,2	59
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	59,9	196	40,1	131
Correan en situaciones no apropiadas	57,5	188	42,5	139
Son incapaces de jugar tranquilamente	58,4	191	41,6	136
Parecen tener un motor interno	77,2	251	22,8	74
Hablan excesivamente	67,6	221	32,4	106
Responden inesperadamente	66,7	218	33,3	109
Son impacientes	67,4	221	32,6	107
Interrumpen las conversaciones	64,0	216	36,0	118

Los resultados sobre el aumento de la DA en los últimos cinco años indican que mientras que un porcentaje similar de profesionales de centros públicos y concertados/privados respondió observar «bastante o mucho aumento» del DA [público: 32,8% (n= 63) vs concertado/privado: 36,0% (n=49)], un mayor porcentaje de profesionales de centros públicos afirmó «no haber observado aumento» en comparación con los concertados/privados [31,3% (n= 60) vs 16,9% (n= 23); $p < 0,05$; respectivamente]. El porcentaje de las respuestas de los profesionales según la titularidad del centro en el que trabajan se muestran en la figura 14.

Figura 14. Porcentajes del aumento de las DA. Fuente: elaboración propia.



La comparación de la respuesta de los profesionales al aumento de la presencia de los síntomas del TND en los centros muestra que el aumento de los síntomas de este trastorno es igual en los centros (todas las $ps > 0,05$). En la tabla 66 se muestran los porcentajes de profesionales de los diferentes centros que consideraron haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TND. Como puede observarse en la tabla 66, los profesionales de ambos centros consideraron haber observado «bastante aumento» de “alumnos que molestan con facilidad”, de “alumnos que discuten con la autoridad”, de “alumnos que molestan a otros” y de “alumnos que culpan a otros de sus errores”.

Tabla 66. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TND en los últimos cinco años por centros. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Pierden la calma	25,0	48	32,1	44
Se molestan con facilidad	31,3	60	34,3	47
Expresan resentimiento	18,9	36	22,1	30
Discuten con la autoridad	31,9	61	35,8	49
Desafían a la autoridad	28,1	54	30,7	42
Molestan a los demás	37,3	72	31,4	43
Culpan a otros de los propios errores	32,6	63	31,4	43
Muestran comportamientos vengativos	9,9	19	15,4	21

No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales de cada grupo de centros que consideró haber observado «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TD (todas las ps > 0,05). Además, tal y como se comentó en el apartado anterior, el porcentaje de respuesta más alto se observó, en la mayoría de los casos, para la categoría de «no aumento». Los mayores porcentajes de profesionales que dieron una respuesta de «bastante aumento» de los síntomas del TD en los últimos años se observaron para los síntomas de “alumnos que mienten y engañan” y para “alumnos que faltan a clase”; el menor porcentaje se observó para “alumnos que queman objetos deliberadamente” (ver tabla 67).

Tabla 67. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TD en los últimos cinco años por centros. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Acosan a otros	16,6	32	14,7	20
Inician peleas	10,9	21	12,5	17
Usan objetos o armas para dañar a otros	3,2	6	6,6	9
Muestran comportamientos crueles hacia otros	10,4	20	5,1	7
Muestran comportamientos crueles hacia los animales	3,4	6	3,8	5
Roban objetos de valor	14,1	27	7,5	10
Queman objetos deliberadamente	3,3	6	3,0	4
Mienten y engañan	25,4	49	25,2	34
Salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido	12,0	21	18,7	25
Pasan la noche entera fuera	9,8	17	15,0	20
Faltan a clase	32,6	63	27,9	38

Tal y como se observó al comparar los síntomas del TND y TD, al comparar el porcentaje de profesionales de cada centro que afirmó observar «bastante o mucho aumento» de los síntomas del TDAH, no se observaron diferencias significativas. Como puede observarse en la tabla 68, los profesionales de ambos grupos consideraron que ha habido «bastante aumento» de prácticamente todos los síntomas del TDAH, observándose solo porcentajes bajos para los ítems “alumnos que pierden objetos” y “alumnos que juegan con las manos y los pies” (ver tabla 68).

Tabla 68. «Bastante o mucho aumento» observado de los síntomas del TDAH en los últimos cinco años por centros. Fuente: elaboración propia.

Alumnos que:	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	33,3	65	29,5	39
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	43,5	84	42,6	58
Pierden objetos repetidas veces	19,9	38	24,3	33
Parece que no escuchan cuando se les habla	35,8	69	38,5	52
No siguen las instrucciones	35,4	68	37,8	51
Tienen dificultad para organizarse	41,5	80	40,0	54
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	47,2	91	45,2	61
Se distraen con facilidad	44,0	85	45,2	61
Olvidan las actividades cotidianas	30,2	59	31,1	41
Juguetean con manos o pies	17,8	34	18,8	25
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	36,9	72	44,7	59
Correotean en situaciones no apropiadas	42,6	83	42,4	56
Son incapaces de jugar tranquilamente	43,1	84	39,4	52
Parecen tener un motor interno	20,9	40	25,4	34
Hablan excesivamente	32,8	64	31,8	42
Responden inesperadamente	35,8	69	30,3	40
Son impacientes	33,7	65	31,1	42
Interrumpen las conversaciones	36,3	70	35,6	48

Finalmente, al preguntar por la edad en la que observaban los problemas de conducta en sus alumnos, se observó que el mayor porcentaje de profesionales [45,3% (n= 82)] afirmó que a veces los observaban en alumnos menores de 8 años. Al comparar la respuesta de los profesionales entre sí (profesores vs psicopedagogos/psicólogos escolares) se observaron diferencias significativas

($p < 0,05$). Esta diferencia significativa refleja un mayor porcentaje de profesores que considera que «nunca o casi nunca» observa estos problemas en alumnos menores de 8 años al compararlos con los psicopedagogos/psicólogos escolares [profesores: 42,9% ($n = 54$) vs psicopedagogos/psicólogos escolares: 23,6% ($n = 13$)]. La mayoría de los profesionales consideró que a veces observa estos problemas en alumnos de 8 a 12 años [49,3% ($n = 100$)] y solo el 12,3% ($n = 25$) de ellos considera que «nunca o casi nunca» los observa a estas edades. Sin embargo, la mayoría de los profesionales reconocía la presencia de estos problemas más a menudo en los intervalos de edades comprendidas entre los 13 y los 14 años [68,3% ($n = 213$)] y entre los 15 y los 16 años [49,5% ($n = 157$)].

Opinión de los profesionales sobre el funcionamiento del centro educativo

En este apartado se presentan los resultados de las respuestas de los profesionales a las preguntas realizadas sobre el funcionamiento del centro al detectar algún alumno con problemas de conducta.

Prácticamente todos los profesionales [99,4% ($n = 328$)] consideran que es importante la intervención precoz en los problemas o trastornos de la conducta y no se observaron diferencias significativas entre profesionales [profesores: 99,2% ($n = 258$) y psicopedagogos/psicólogos escolares: 100,0% ($n = 70$); $p > 0,05$]. La mayoría de los profesionales considera que la actuación cuando se detecta un alumno con problemas de conducta en sus centros es «bastante rápida o inmediata» [50,5% ($n = 167$)] y tan solo un 13,0% ($n = 43$) de los profesionales considera que «no es rápida en absoluto». Se observaron diferencias significativas, aunque solo en una tendencia: en el porcentaje de los profesionales de centros públicos y concertados/privados que opinaba que el centro actuaba en «cierta medida» de “forma rápida” [público: 41,8% ($n = 81$) vs concertado/privado: 29,2% ($n = 40$)] y “bastante rápido o de forma inmediata” [público: 45,9% ($n = 89$) vs concertado/privado: 56,9% ($n = 78$)] ($p = 0,06$).

La mayoría de los profesionales [48,0% ($n = 159$)] considera que los profesores tienen cierta formación para poder solucionar estos problemas en el aula, aunque también se observa un porcentaje elevado [34,7% ($n = 115$)] que considera que no están «en absoluto» formados para poder gestionarlos en el aula. Profesores y psicopedagogos mostraron acuerdo en cuanto a la formación del profesorado ($p > 0,05$). Sin embargo, la opinión que tienen los profesionales de la educación sobre su formación para solucionar los problemas de conducta en el aula es diferente si trabajan en centros públicos o concertados/privados ($p < 0,001$). En este sentido, se observó un mayor porcentaje de profesionales de la educación pública [38,1% ($n = 74$)] que consideró “no estar formado” en comparación con los de la educación concertada/privada [29,9% ($n = 41$)] y un mayor porcentaje en este último grupo que consideró estar “muy formado” [26,3% ($n = 36$)] en comparación con los profesionales de centros públicos [10,8% ($n = 21$)].

Al preguntar por el apoyo del centro, se observó que los profesionales consideran que “el centro les apoya en cierta medida a la hora de resolver los problemas



Prácticamente todos los profesionales (99,4%) consideran que es importante la intervención precoz en los problemas o trastornos de la conducta”

en el aula” [42,8% (n= 142)], aunque se observó también un porcentaje alto de “profesionales que no se consideraban apoyados por el centro” [23,5% (n= 78)]. Además, se observó que los “psicopedagogos o psicólogos escolares se sienten menos apoyados que los profesores” [«no en absoluto»: 34,8% (n= 24) vs 20,5% (n= 54); $p < 0,05$].

Finalmente, la mayoría de los profesionales [64,4% (n= 201)] afirmó que en los últimos años ha visto reducidos los recursos para atender estos problemas en sus centros y no se observaron diferencias significativas al comparar profesores con psicopedagogos/psicólogos escolares. Sin embargo, se observaron diferencias en función de si el profesional trabajaba en un centro público o concertado/privado ($p < 0,05$). Esta diferencia indicó un mayor porcentaje de profesionales de la educación pública que afirma haber observado “disminución de recursos” [71,4% (n= 130)] en comparación con los profesionales de la enseñanza concertada/privada [54,6% (n= 71)].

Opinión de los profesionales sobre trastornos de conducta y problemas relacionados en los centros educativos



Los profesionales de la educación consideran que «a menudo» observan “padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos” en los alumnos que presentan problemas de conducta”

En este apartado se presentan los resultados de la opinión de los profesionales sobre la relación entre los trastornos de conducta y algunos de los problemas que a menudo se observan relacionados. Los problemas sobre los que se les preguntó a los profesionales incluyeron aspectos familiares, institucionales y del alumnado.

Al preguntar por los problemas familiares que en ocasiones pueden presentar los alumnos con problemas de conducta no se observaron diferencias significativas al comparar la opinión de los profesores y los psicopedagogos/psicólogos escolares (todas las $ps > 0,05$). Dado que la opinión de ambos profesionales fue igual en la mayoría de los casos, a continuación se presentan los resultados generales y solo se comentan las diferencias en las variables en las que éstas fueron estadísticamente significativas.

Los profesionales de la educación consideran que «a menudo» observan “padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos” en los alumnos que presentan problemas de conducta [58,6% (n= 191)]. Además, mientras que el 21,2% (n= 69) de profesionales consideraban que «siempre o casi siempre» observaban estos problemas juntos, solo el 0,9% (n= 3) opinó que «nunca o casi nunca» se observan “padres que no tienen tiempo para estar con los hijos” en los alumnos que presentan problemas de conducta.

Un elevado porcentaje de los profesionales educativos opina que solo «a veces» [41,3% (n= 136)] observa “falta de interés en los padres de alumnos con problemas de conducta”. Sin embargo, este porcentaje es muy similar al de los profesionales que piensa que «a menudo» observa esta asociación [42,6% (n= 140)]. Solo un 4,6% (n= 15) de los profesionales «nunca» observa “falta de interés en los padres de alumnos con problemas de conducta”.

En opinión de los profesionales de la educación, “la falta de recursos económicos familiares” la observan en mayor o menor frecuencia presente en los alumnos con problemas de conducta [79,3% (n= 259)]. A pesar de que un alto porcentaje de los profesionales opina que estos problemas se observan asociados solo «a veces» [45,0% (n= 147)], el 48,4% (n= 158) considera que esta situación la observan en sus alumnos «a menudo o siempre».

Al contrario de lo que se ha presentado hasta ahora, al preguntar a los profesionales por si observaban un “control parental inadecuado” en los alumnos que presentan problemas de conducta, se observó que un porcentaje muy elevado considera que estos problemas los observa «a menudo o siempre» asociados [76,6% (n= 252)], mientras que solo un 0,9% (n= 3) afirma que «nunca o casi nunca» observa estos problemas en los alumnos con problemas de conducta.

El 66,3% (n= 221) de los participantes considera que «a menudo o siempre» observa que “las familias de los alumnos con problemas de conducta están desbordadas por los problemas de estos”. Solo un 1,5% (n= 5) de los profesionales consideraba que estos problemas «nunca» los observaban en sus alumnos, mientras que el 32,1% (n= 107) opina que «a veces» observan “familias desbordadas por los problemas de conducta de sus hijos”.

Problemas de “agresividad intrafamiliar” no son observados frecuentemente en los alumnos con problemas de conducta según los profesionales [73,6% (n= 232)]. Sin embargo, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que consideraban que observan «siempre» “agresividad intrafamiliar” en los alumnos con problemas de conducta ($p < 0,04$). En este sentido se observó que solo un 4,9% (n= 12) de los profesionales de centros públicos, en comparación con un 14,3% (n= 10) de los profesionales de centros concertados/privados, observa esta asociación «siempre».

Al preguntar a los profesionales por si observaban nuevos modelos de familias en los alumnos que presentaban problemas de conducta, se observó que la mayoría de ellos opina que «nunca o a veces» [60,8% (n= 194)], mientras que solo el 9,4% (n= 30) consideró que ambos problemas se observaban juntos «siempre o casi siempre». El 29,8% (n= 95) afirmó observar nuevos modelos de familias en los alumnos con problemas de conducta.

La mayoría de los profesionales afirmó observar desconocimiento, por parte de los padres, del alumno con problemas de conducta, de los problemas del hijo «a menudo o siempre» [53,8% (n= 177)]. Estos problemas son observados «a veces» por un 40,9% (n= 135) de los profesionales y «nunca o casi nunca» por solo un 5,5% (n= 18) de ellos.

El 41,5% (n= 137) de los profesionales de la educación considera que solo «a veces» “los profesores no cuentan con herramientas para poder atender estos casos en los centros” y un 22,4% (n= 74) reconoce que «siempre» “les faltan herramientas para atender los problemas de conducta en el aula”. Solo un 7,3% (n= 24) opina



El 66,3% de los participantes considera que «a menudo o siempre» observa que “las familias de los alumnos con problemas de conducta están desbordadas por los problemas de estos”

que “los profesores cuentan con las herramientas necesarias para la gestión de estos casos”.

Al preguntar por la falta de recursos institucionales para gestionar los problemas de conducta, los resultados indican que la mayoría de los profesionales se encuentran con este problema. En este sentido, se observó que el 67,2% (n= 221) de los profesionales reconoce que «a menudo o siempre» observa “falta de recursos institucionales” y solo un 7,0% (n= 23) afirma que no observa «nunca» “recursos institucionales insuficientes” para gestionar estos casos.

Las respuestas sobre las variables del alumno preguntadas se presentan a continuación. La mayoría de los profesionales observa la “pérdida del valor por la autoridad” en los alumnos con problemas de conducta «a menudo o siempre» [74,2% (n= 245)]. El 23,6% (n= 78) observa esta situación «a veces» y solo el 2,1% (n= 7) de los profesionales no observa “pérdida del valor por la autoridad” en los alumnos con problemas de conducta. Además, solo el 5,9% (n= 19) de los profesionales afirmó que siempre observa trastornos mentales en los alumnos con problemas de conducta, mientras que un alto porcentaje de ellos afirmó no observar trastornos mentales [35,5% (n= 115)] y el 45,7% (n= 148) afirmó que «a veces» los observa en los alumnos que presentan problemas de conducta en el centro. La precocidad en los adolescentes «no es observada» o «solo a veces» en los alumnos con problemas de conducta por la mayoría de profesionales [9,5% (n= 31) y 46,2% (n= 150), respectivamente] y solo el 11,7% (n= 38) considera que «siempre o casi siempre» la observa en los alumnos con estos problemas. Por otro lado, según los profesores, los alumnos con problemas de conducta presentan «a menudo o siempre» “baja tolerancia a la frustración” [72,9% (n= 239)] y solo el 2,7% (n= 9) de los profesores no observa estos problemas asociados. Además, al comparar a los profesores con los psicopedagogos/psicólogos escolares se observó que los segundos observaban mucho más frecuentemente “baja tolerancia a la frustración” en los alumnos con problemas de conducta [profesores 26,7% (n= 69) vs psicopedagogos/psicólogos escolares: 40,0% (n= 28); $p < 0,05$].

Finalmente, al preguntar por algunos problemas asociados a los problemas de conducta, se observó que el 73,5% (n= 244) de los profesionales consideró que “el bajo rendimiento escolar” se observa «a menudo o siempre» en los pacientes con problemas de conducta. Solo el 2,1% (n= 7) de los participantes afirmó que «nunca o casi nunca» se observa “bajo rendimiento académico” en los alumnos con problemas de conducta. En cuanto al “consumo de sustancias”, el 74,9% (n= 233) de los profesionales consideró que «nunca o solo a veces» lo observaba en los alumnos con problemas de conducta y solo el 5,1% (n= 16) afirmó observar consumo en estos alumnos.

Opinión de los profesionales sobre el cambio en los problemas asociados a los trastornos de conducta en los últimos cinco años

Como puede observarse en la tabla 69, los profesionales de ambos centros contestaron de forma muy similar al aumento de los problemas familiares en los alumnos con problemas de conducta. En todas las situaciones familiares sobre las que se encuestó a los profesionales se ha observado un aumento en los últimos cinco años. El porcentaje de aumento para los problemas familiares fue superior al 63% en la mayoría de los casos y solo al preguntarles por el aumento de la "agresividad intrafamiliar" se observó un porcentaje menor de profesionales que reconocía el aumento [público: 49,7% (n= 77) vs concertado/privado: 45,6% (n= 57)]. Solo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales de cada centro al preguntar por el incremento de "falta de recursos económicos en las familias". En este caso, los profesionales de la educación pública reconocen en mayor porcentaje este aumento en comparación con los profesionales de los centros concertados/privados [público: 83,6% (n= 148) y concertado/privado: 69,0% (n= 89); $p < 0,05$].

Todos los profesionales consideran en un alto porcentaje que los profesores y las instituciones han visto reducidos sus recursos para atender estos casos en los últimos cinco años. Además, los profesionales de los centros públicos reconocen en mayor porcentaje una disminución de los recursos para atender estos problemas en los centros en los que trabajan [públicos: 81,5% (n= 150) y concertado/privado: 73,5% (n= 97); $p= 0,07$], aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (ver tabla 69).

Como se puede observar en la tabla 69, el porcentaje de profesionales que reconoce un aumento de los problemas del alumno incluidos en la encuesta fue elevado en todos los casos, observándose el menor porcentaje de profesionales que considera haber visto un incremento de los "trastornos mentales". Además, se observó un mayor porcentaje de profesionales que reconoció un aumento de la "precocidad de los adolescentes" en los centros concertados/privados en comparación con los profesionales de los centros públicos [(públicos: 68,5% (n= 122) vs concertados/privados: 78,4% (n= 105); $p= 0,05$)] (ver tabla 69).

Tabla 69. Aumento de los problemas asociados a los trastornos de conducta en los últimos cinco años por titularidad del centro. Fuente: elaboración propia.

	Sí		No	
	%	n	%	n
Padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos	82,6	152	88,8	119
Falta de interés por parte de los padres	63,7	116	67,7	88
Falta de recursos económicos familiares	83,6	148	69,0	89
Control parental inadecuado	80,7	151	87,4	118
Familias desbordadas por los problemas del hijo	78,0	145	77,3	30
Agresividad intrafamiliar	49,7	77	45,6	57
Nuevos modelos familiares	64,1	109	68,5	89
Desconocimiento por parte de los padres de los problemas	74,7	136	80,0	108
Los profesores no disponen de las herramientas necesarias	74,9	137	66,4	89
Recursos institucionales insuficientes	81,5	150	73,5	97
Pérdida de valor por la autoridad	82,3	149	82,7	110
Trastornos mentales	43,0	71	42,5	54
Precocidad en los adolescentes	68,5	122	78,4	105
Baja tolerancia a la frustración	81,5	150	86,7	117
Bajo rendimiento académico	78,1	146	83,7	113
Consumo de sustancias	51,3	79	47,5	58

Nota: Ns/Nc no incluidos en los análisis. El porcentaje de esta opción de respuesta osciló entre el 3,3% (n= 11) y el 15,9% (n= 53), control parental inadecuado y agresividad intrafamiliar respectivamente.

Finalmente, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de profesionales que considera que en los últimos cinco años ha observado un aumento del “bajo rendimiento escolar”, ni del “consumo de sustancias” de los alumnos. El aumento del “bajo rendimiento escolar” es reconocido por más del 78,0% de los profesionales de ambos centros y el incremento del “consumo de sustancias” por más del 47,0% de estos (ver tabla 69).

Opinión de los profesionales sobre la gestión de los problemas de conducta en los centros educativos

La mayoría de los profesionales de la educación afirma que cuando detectan trastornos de conducta intentan “resolverlos en el aula” [51,8% (n= 171)], aunque el 46,7% (n= 154) afirma que solo “a veces los gestiona en el aula”. Solo el 1,5% (n= 5) de los profesionales afirmó que “nunca los trata en el aula”. Además, se observó que también la mayoría de los profesionales afirmó que al detectar estos problemas “los comunicaba siempre al tutor” [80,0% (n= 264)] y solo un 0,3% (n= 1) afirmó que “nunca los ponía en conocimiento de este”. A la opción de si “los comunicaban a los psicólogos escolares”, el 56,6% (n= 181) afirmó que «siempre». Sin embargo, este porcentaje fue diferente en función de la titularidad del centro en el que trabajaba el profesional. En este sentido, el 65,2% (n= 88) de los profesionales de los centros concertados/privados y el 50,3% (n= 93) de los profesionales de los centros públicos afirmaron “siempre comunicarlos a este” (p < 0,05). Solo un 4,1% (n= 13) afirmó que “nunca los comunicaba a los psicólogos escolares”. Además, mientras que el 53,8% (n= 178) de los profesionales afirmó “comunicarlos a veces al equipo directivo”, solo el 7,3% (n= 24) afirmó que “nunca los comunicaba a estos”.

En cuanto a la frecuencia en la que comunican los problemas de conducta a los padres, el 61,6% (n= 205) afirmó que “siempre los comunicaban”. Sin embargo, el porcentaje fue diferente en función de la profesión del participante. En este sentido, se observó que mientras que el 56,7% (n= 149) de los profesores afirma que “siempre los comunican a los padres”, el 80,0% (n= 56) de los psicopedagogos afirmó “comunicarlos a estos al detectarlos” (p < 0,001). Además, un mayor porcentaje de profesionales de los centros concertados/privados que de los centros públicos afirmaron que “siempre los comunicaban” [69,6% (n= 96) vs 55,9% (n= 109); p < 0,05]. Solo el 1,5% (n= 5) de los profesionales afirmó que al detectar alumnos con problemas de conducta “no los comunican a los padres”. Finalmente, se observó que mientras que la mayoría de los profesionales, independientemente de la profesión, afirmó que “a veces aconsejaban a la familia consultar algún profesional de la salud mental”, el porcentaje de profesionales que afirmó que «siempre» o «nunca» fue diferente en función de la profesión del participante. Un mayor porcentaje de psicopedagogos [42,0% (n= 29) vs 25,3% (n= 63)] afirmó “aconsejar a la familia consultar con algún profesional de la salud mental siempre”, mientras que un mayor porcentaje de profesores [14,9% (n= 37) vs 2,9% (n= 2)] afirmó que “nunca aconsejaban a la familia esta opción” (p < 0,01).



La mayoría de los profesionales de la educación afirma que cuando detectan trastornos de conducta intentan “resolverlos en el aula”

Opinión de los profesionales sobre los recursos de los que dispone el centro educativo

Al preguntar a los profesionales por la valoración de los gabinetes psicopedagógicos se observó que el 36,9% (n= 103) de los profesionales consideraba que realizaban un trabajo adecuado y el 32,6% (n= 91) «bueno». Solo el 19,7% (n= 55) de los profesionales calificó el trabajo realizado por los gabinetes psicopedagógicos como «muy buenos» (ver tabla 70).

No se observaron diferencias significativas entre los profesionales al preguntarles sobre el resto de los recursos y la valoración de estos se reparte más o menos proporcionalmente entre las categorías de «adecuado», «bueno» y «muy bueno». En este sentido, la valoración del “psicólogo escolar” fue [33,8% (n= 101); 32,4% (n= 97) y 25,4% (n= 76) respectivamente], de las “aulas abiertas” fue [38,4% (n= 53); 34,8% (n= 48) y 18,1% (n= 25) respectivamente], “planes de cualificación profesional” [41,8% (n= 85); 34,8% (n= 72) y 13,0% (n= 27) respectivamente], “las adaptaciones curriculares” [34,7% (n= 111); 35,9% (n= 115) y 19,7% (n= 63) respectivamente], para las “unidades de escolarización compartida” [42,6% (n= 66); 34,8% (n= 54) y 9,7% (n= 15) respectivamente], para las “unidades médicas escolares” [44,2% (n= 53); 28,3% (n= 34) y 10,8% (n= 13) respectivamente], para las “unidades de apoyo a la educación especial” [27,0% (n= 60); 40,5% (n= 90) y 26,6% (n= 59) respectivamente], para las “unidades de apoyo a la educación especial clínicas” [37,2% (n= 42); 30,1% (n= 34) y 20,4% (n= 23) respectivamente], para la “comisión de atención a la diversidad” [32,4% (n= 82); 36,0% (n= 91) y 24,1% (n= 61) respectivamente], para el “plan de acción tutorial” [32,4% (n= 103); 35,5% (n= 113) y 23,9% (n= 76), respectivamente], para “los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógicos” [27,4% (n= 77); 40,6% (n= 114) y 26,3% (n= 74), respectivamente] y para “los servicios educativos especializados en los trastornos generales del desarrollo y la conducta” [29,3% (n= 60); 34,1% (n= 70) y 26,3% (n= 54), respectivamente].

Tabla 70. Valoración de los profesionales sobre los recursos de los que dispone el centro educativo. Fuente: elaboración propia.

	Bueno		Muy bueno	
	%	n	%	n
Psicólogo escolar	32,4	97	25,4	76
Gabinetes psicopedagógicos	32,6	91	19,7	55
Adaptaciones curriculares	35,9	115	19,7	63
Unidades de apoyo a la educación especial clínica	30,1	34	20,4	23
Unidades de apoyo a la educación especial	40,5	90	26,6	59
Plan de acción tutorial	35,5	113	23,9	76
Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)	40,6	114	26,3	74
Comisión de atención a la diversidad	36,0	91	24,1	61
Servicio educativo especializado en los trastornos generales del desarrollo y la conducta	34,1	70	26,3	54
Planes de cualificación profesional	34,8	72	13,0	27
Aulas abiertas	34,8	48	18,1	25
Unidades de escolarización compartidas	34,8	54	9,7	15
Unidad médica escolar	28,3	34	10,8	13

Nota: respuestas de Ns/Nc no incluidas.

Sin embargo, al comparar la valoración de los recursos en función de la titularidad del centro se observó que en los centros concertados/privados fueron valorados mejor los “gabinetes psicopedagógicos” [público: «adecuado» 41,3% (n= 64); «bueno» 32,3% (n= 50) y «muy bueno» 12,9% (n= 20) vs concertado/privado: «adecuado» 31,5% (n= 39); «bueno» 33,1% (n= 41) y «muy bueno» 28,2% (n= 35); p < 0,05], el “psicólogo escolar” [público: «adecuado» 39,1% (n= 66); «bueno» 32,5% (n= 55) y «muy bueno» 18,9% (n= 32) vs concertado/privado: «adecuado» 26,9% (n= 35); «bueno» 32,3% (n= 42) y «muy bueno» 33,8% (n= 44); p < 0,05], el “plan de acción tutorial” [público: «adecuado» 37,1% (n= 69); «bueno» 33,9% (n= 63) y «muy

bueno» 18,3% (n= 34) vs concertado/privado: «adecuado» 25,8% (n= 34); «bueno» 37,9% (n= 50) y «muy bueno» 31,8% (n= 42); $p < 0,05$) y los «equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógicos» [público: «adecuado» 33,5% (n= 54); «bueno» 39,8% (n= 64) y «muy bueno» 20,5% (n= 33) vs concertado/privado: «adecuado» 19,2% (n= 23); «bueno» 41,7% (n= 50) y «muy bueno» 34,2% (n= 41); $p < 0,05$].

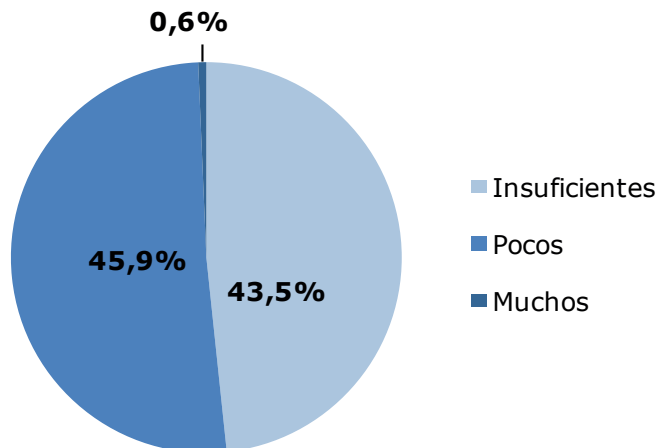
Opinión de los profesionales sobre la necesidad de coordinación entre los diferentes recursos asistenciales

En general, todos los profesionales consideran «muy importante» “coordinar los recursos de los centros con los especialistas de salud mental” [«mucho»: 60,8% (n= 202)]. Sin embargo, los psicopedagogos consideraron en un mayor porcentaje la importancia de “coordinar estos recursos” [«mucho»: 72,9% (n= 51) vs 57,6% (n= 151); $p < 0,05$]. Al preguntar por la necesidad de “coordinar el trabajo en los centros con pediatría”, el 45,2% (n= 140) de los profesionales afirmó que era «muy importante». Un porcentaje muy elevado de profesionales consideró que era «muy necesario» “coordinar el trabajo del centro con los servicios sociales” [69,6% (231)]. Un 40,8% (n= 131) consideró que era «muy importante» “coordinar el trabajo en el centro con los servicios judiciales”. Además, un mayor porcentaje de psicopedagogos que de profesores consideraba «muy importante» la “coordinación con los servicios judiciales” [50,0% (n= 34) vs 38,3% (n= 97); $p < 0,05$].

Opinión de los profesionales sobre los recursos disponibles en los centros educativos

Los profesionales consideran que los recursos disponibles en los centros son «insuficientes» [43,5% (n= 145)], o «pocos» [45,9% (n= 153)] y solo el 0,6% (n= 1) de los profesionales consideró que los recursos disponibles son «muchos» (ver figura 15).

Figura 15. Valoración de los recursos. Fuente: elaboración propia.



Porcentaje de participación por comunidad autónoma de los padres

En la tabla 71 presentada a continuación se pueden observar los porcentajes de la muestra de padres que participaron en el estudio por cada comunidad autónoma. Como puede observarse, hubo una mayor participación de familias de Navarra, Cataluña, Andalucía y de las comunidades de Madrid y Valencia.

Tabla 71. Distribución por comunidades autónomas respondida por los padres. Fuente: elaboración propia.

Comunidad autónoma	n	Porcentaje
Andalucía	28	14,0
Aragón	3	1,5
Asturias	3	1,5
Canarias	3	1,5
Cantabria	1	0,5
Castilla y León	8	4,0
Castilla la Mancha	8	4,0
Cataluña	33	16,5
Comunidad de Madrid	21	10,5
Comunidad Valenciana	16	8,0
Extremadura	5	2,5
Galicia	1	0,5
Islas Baleares	1	0,5
La Rioja	6	3,0
Navarra	53	26,5
País Vasco	5	2,5
Región de Murcia	5	2,5
Total	200	100,0

Descriptivos de las muestras

La mayoría de las encuestas fueron contestadas por las madres biológicas (88,0%; n= 176), mientras que solo el 8,0% (n= 16) de las encuestas fueron contestadas por padres biológicos y el 4,0% (n= 8) restante por otro miembro de la familia.

El estado civil de las personas que contestaron la encuesta fue principalmente casados [83,0% (n= 166)], mientras que el 8,5% (n= 17) estaba separado, divorciado o viudo en el momento de responder; el 8,5% (n= 17) era soltero.

El 73,5% (n= 147) de las familias que contestaron presentaban una estructura familiar convencional, es decir, núcleo familiar formado por padre, madre e hijos y el 26,5% (n= 53) una estructura familiar diferente, entre las que destacan el 10,5% (n= 23) de familias en las que solo se encontraba un progenitor en el hogar [madre e hijos: 5,5% (n= 11) y padre e hijos: 6,0% (n= 12)] y las que el progenitor convivía con la nueva pareja y los hijos de alguno de ellos o de ambos [12,5% (n= 25)].

Mayoritariamente, las familias que contestaron la encuesta afirmaron tener dos hijos [67,5% (n= 135)], aunque se observó un número también elevado de familias con tres hijos [15,5% (n= 31)] y con un hijo [13,5% (n= 27)]. La distribución del número de hijos mostró que la media de hijos en la muestra se sitúa en el 2,08 (DE= 0,73).

La edad media de las madres de las familias que participaron en el estudio en el momento de contestar la encuesta fue de 41,7 años (DE= 5,6) y la de los padres de 44,4 (DE= 5,8). En el momento de tener el primer hijo la media de edad de las madres fue de 28,8 (DE= 5,0), mientras que la media de edad de los padres fue de 31,4 (DE= 5,4). En cuanto a los hijos, la edad media del primer hijo de las familias que participaron en el estudio fue de 12,7 (DE= 4,3), la edad media del segundo hijo en aquellas familias de dos o más hijos fue de 8,6 (DE= 5,0) y en las familias que tenían tres o más hijos, la edad media del tercero fue de 6,1 (DE= 3,9).

El nivel de formación académica declarado por los padres fue principalmente de “estudios primarios completos” (EGB, hasta 4º ESO o FP grado medio), en un 26,5% (n= 53) y en un 30,0% (n= 60) de las madres y padres respectivamente; y de “bachillerato o FP II o FP grado superior” el 29,5% (n= 59) y el 28,0% (n= 56) de madres y padres respectivamente. Por otro lado, “estudios universitarios o superiores” (diplomados, licenciados o doctores) fueron observados en un 38,5% (n= 77) de las mujeres y en un 32,0% (n= 64) de los hombres (ver figuras 16 y 17).

Figura 16. Nivel de estudios de las madres. Fuente: elaboración propia.

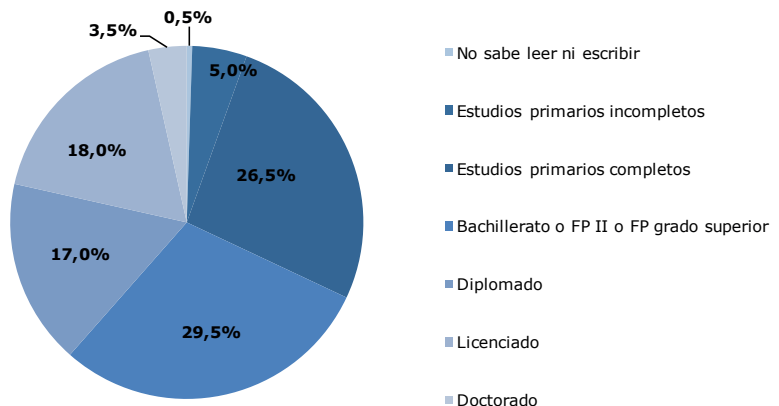
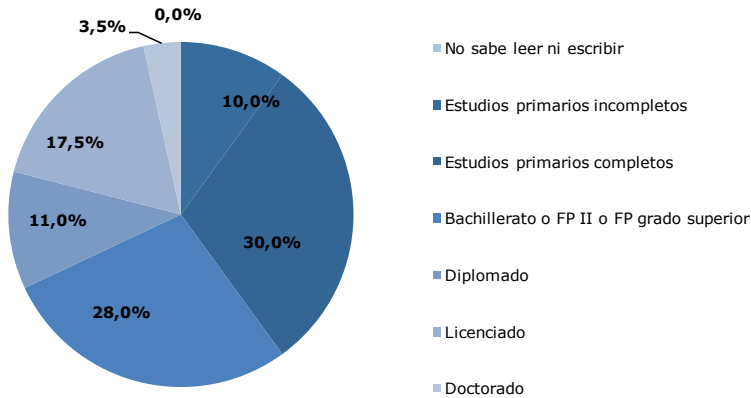


Figura 17. Nivel de estudios de los padres. Fuente: elaboración propia.

La situación laboral actual que presentaban los miembros de la familia mostró algunas diferencias en función del sexo. En este sentido, mientras que el 43,0% (n= 86) de las madres afirmó estar realizando una "jornada completa", el porcentaje en el caso de los padres fue del 78,5% (n= 157). Por otro lado, mientras que el 28,5% (n= 57) de las madres se encontraba "en paro o en situación laboral no remunerada" (ama de casa), solo el 8,5% (n= 17) de los padres se encontraba en esta situación (ver figuras 18 y 19). En cuanto a la situación laboral de las madres hace cinco años, los datos muestran que el porcentaje de las que trabajaban una "jornada completa" [48,0% (n= 96)] no ha variado significativamente al compararlas con la situación actual ($p > 0,05$), aunque sí se ha observado un aumento en la actualidad en las mujeres que están "en paro o realizan trabajo no remunerado" [últimos cinco años: 16% (n= 32) vs actual: 28,5% (n= 57); $p < 0,05$]. Sin embargo, aunque se observa un incremento del desempleo en los padres al comparar la situación actual con la de hace cinco años [8,5% (n= 17) vs 5,0% (n= 10)], esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

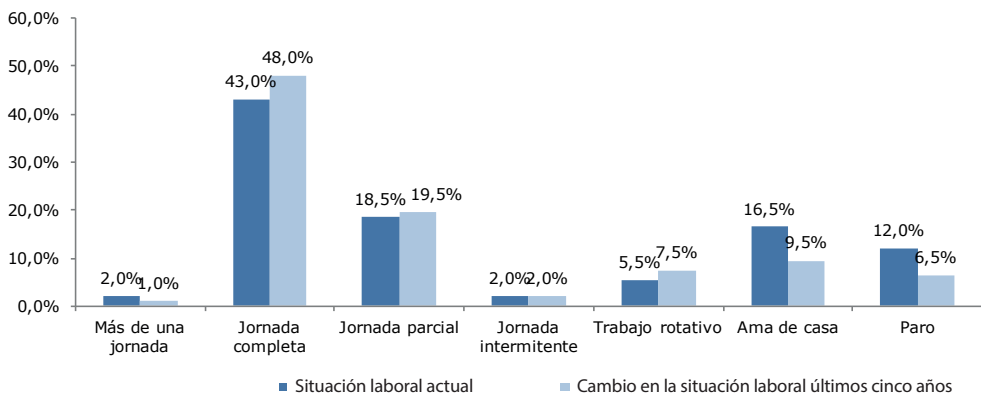
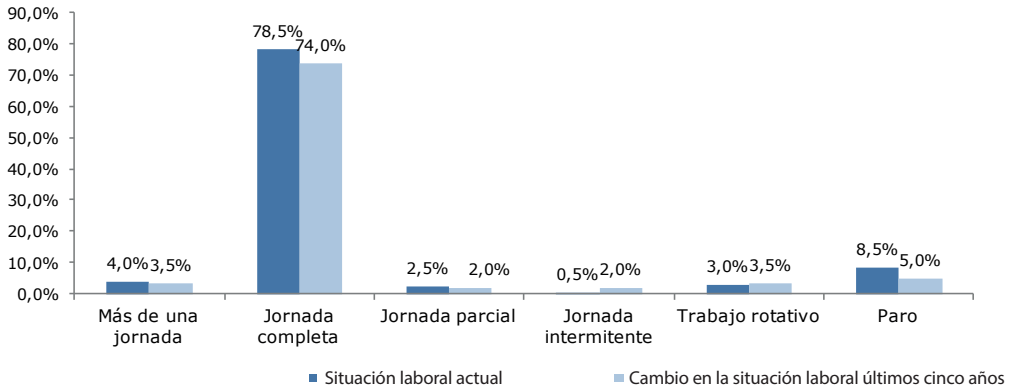
Figura 18. Situación laboral de las madres. Fuente: elaboración propia.

Figura 19. Situación laboral de los padres. Fuente: elaboración propia.


A nivel profesional se observa que las madres de las familias que han contestado la encuesta tienen en la actualidad principalmente profesiones relacionadas con el “sector servicio” [31,5% (n= 63)], son “funcionarias” [18,5% (n= 37)] o “profesionales técnicos o cuadros intermedios” [17,0% (n= 34)]. Sin embargo, la actividad profesional de los padres está más repartida, observándose frecuencias de 26,5% (n= 53) en el caso de los “profesionales técnicos o cuadros intermedios”, 18,0% (n= 36) “empleados del servicio”, 17,5% (n= 35) “empresarios de mediana o pequeña empresa, profesionales liberales o pequeños propietarios” y 16,0% (n= 32) “trabajadores de la industria o de la construcción” (ver tabla 72).

En relación a la actividad profesional realizada por los padres en los cinco años anteriores no se observan cambios relevantes, por lo que los datos no son presentados en este punto.

Tabla 72. Distribución de frecuencias de la actividad profesional en la actualidad.
Fuente: elaboración propia.

	Madres		Padres	
	%	n	%	n
Empresario de gran empresa, directivo empresa privada o administración	3,0	6	3,5	7
Empresario de mediana empresa, profesional liberal o pequeño propietario agrícola	8,0	16	17,5	35
Profesional técnico o cuadro intermedio	17,0	34	26,5	53
Funcionario	18,5	37	11,8	22
Trabajador y empleado de servicio	31,5	63	18,0	36
Trabajador de la industria o de la construcción	2,5	5	16,0	32
Jornalero del campo	0,0	0	2,0	4
Rentista	0,5	1	0,0	0
Ns/Nc	19,0	38	5,5	11

Respecto a los ingresos aproximados declarados por los participantes se observó que en la actualidad presentan un incremento de madres con unos “ingresos inferiores a 600€” [en la actualidad: 21,0% (n= 42) vs cinco años anteriores: 13,5% (n= 27); $p < 0,05$] y en los padres se observa un incremento de los que cobran “entre 601€ y 1.200€” [en la actualidad: 24,5% (49) vs cinco años anteriores 15,0% (30); $p < 0,05$] en ambos casos comparado con los últimos cinco años (ver tabla 73).

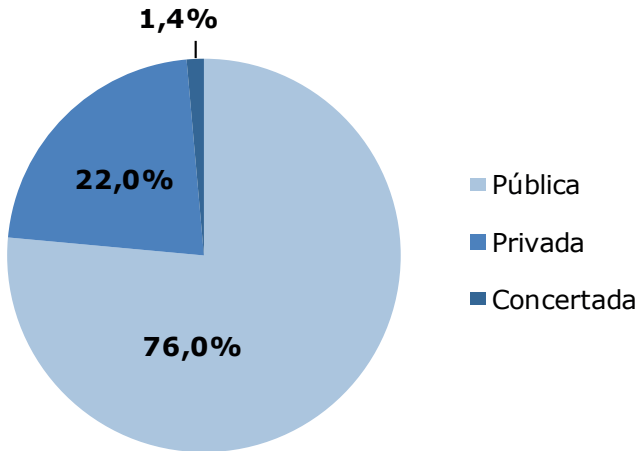
Tabla 73. Ingresos de las familias en la actualidad y en los cinco años anteriores.
Fuente: elaboración propia.

	Madres				Padres			
	Actualidad		Cinco años anteriores		Actualidad		Cinco años anteriores	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Menos de 600€	21,0	42	13,5	27	6,0	12	7,0	14
Entre 601€ y 1.200€	24,0	48	28,0	56	24,5	49	15,0	30
Entre 1.200€ y 1.800€	23,0	46	24,0	48	29,5	59	30,5	61
Entre 1.801€ y 2.400€	8,0	16	7,0	14	17,5	35	17,0	34
Entre 2.401€ y 3.000€	2,5	5	1,5	3	8,5	17	8,0	16
Más de 3.001€	2,0	4	2,5	5	4,0	8	4,0	8
Ns/Nc	19,5	39	23,5	47	10,0	20	18,5	37

Opinión de los padres sobre la educación de los hijos

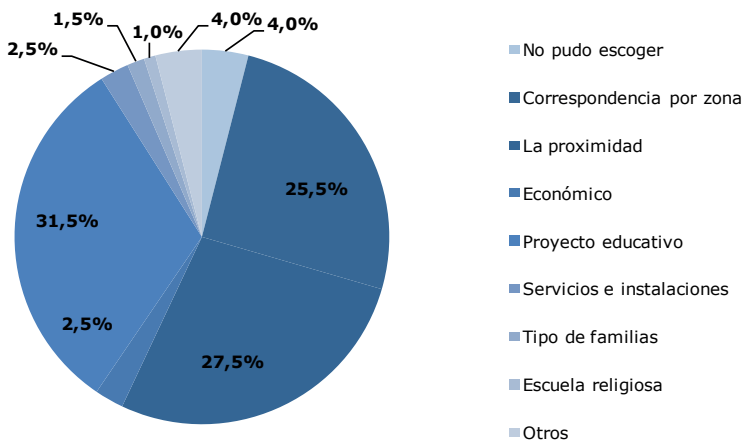
Al preguntarles a los participantes por el colegio en el que estudiaban sus hijos, los padres respondieron principalmente que “recibían una educación pública” [76,0% (n= 152)] y el 16,5% de los hijos “habían cambiado de tipo de escuela” (ver figura 20). Las familias que afirmaron que sus hijos habían cambiado de tipo de escuela en los últimos cinco años lo hicieron principalmente a la “pública” [42,4% (n= 14) vs 69,7%(n= 23); $p < 0,05$], observándose una clara disminución de la “escuela concertada” [48,5% (n= 16) vs 27,3% (n= 9); $p < 0,05$].

Figura 20. Frecuencia del tipo de educación de los hijos. Fuente: elaboración propia.



Entre los principales motivos que declaran los padres a la hora de elegir el centro educativo para sus hijos destacan tres: “el proyecto educativo del centro” es el motivo principal para el 31,5% (n= 63) de los padres, “la proximidad al domicilio o al trabajo” para el 27,5% (n= 55) y la “correspondencia por zona” el motivo declarado por el 25,5% (n= 51) de los padres (ver figura 21).

Figura 21. Motivo de elección del centro educativo. Fuente: elaboración propia.



Los motivos de elección del centro que declaran los padres fueron diferentes entre los grupos de diferente titularidad (público vs privado/concertado). Se observa que los principales motivos declarados por los padres de hijos que acuden a centros públicos fueron “la correspondencia por zona” [32,2% (n= 49)],

“la proximidad al domicilio o trabajo” [29,6% (n= 45)] y “el proyecto educativo del centro” [25,7% (n= 39)]. Sin embargo, los principales motivos declarados por los padres cuyos hijos asisten a centros privados/concertados fueron “el proyecto educativo del centro” [50,0% (n= 24)] y “la proximidad al domicilio o al trabajo” [20,8% (n= 10)]. Las diferencias observadas en los motivos de elección del centro educativo de los hijos declaradas por los padres en función de si sus hijos asistían a centros públicos o privados/concertados fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (ver tabla 74).

Tabla 74. Motivos de elección del centro educativo de los hijos en función de si asisten a un centro público o privado/concertado. Fuente: elaboración propia.

	Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n
No pudo escoger	4,6	7	2,1	1
La correspondencia de zona	32,2	49	4,2	2
La proximidad al domicilio o al trabajo	29,6	45	20,8	10
Era la más económica	2,0	3	4,2	2
El proyecto educativo	25,7	39	50,0	24
Los servicios e instalaciones	2,0	3	4,2	2
El tipo de familia de la escuela	1,3	2	2,1	1
Ser una escuela religiosa	0,0	0	4,2	2
Otros	2,6	4	8,3	4

La implicación de los padres en la educación de los hijos, entendida como su participación en las diferentes actividades del centro, es alta cuando se les pregunta por la asistencia a reuniones del tutor o reuniones de la clase, observándose que el 83,3% (n=166) afirma “asistir siempre a las reuniones con el tutor” y el 77,0% (n= 154) afirma “asistir a las reuniones de la clase”. Sin embargo, el grado de implicación de los padres con la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) muestra que solo el 24,0% (n= 48) reconoce

“asistir siempre a las juntas de la AMPA” y el 31,0% (n= 62) “asiste siempre a las reuniones de la AMPA”. En cuanto a las actividades de ocio que realiza la escuela compartidas con los padres (fiestas, etc.) se observa también un elevado porcentaje de padres que declaran asistir «siempre» [53,0% (n= 106)]. Al comparar la implicación de los padres teniendo en cuenta si asisten a un centro público o privado/concertado, no se observan diferencias significativas, solo una tendencia a una menor asistencia de los padres con hijos en centros privados/concertados a las reuniones de la AMPA [«siempre»: 25,0% (n= 12) vs 32,9% (n= 50) $p < 0,05$].

En general, los padres expresan estar satisfechos con el centro educativo al que asiste o asisten sus hijos. Sin embargo, el grado de satisfacción varía en función de los diferentes aspectos que se les preguntaron. En este sentido, los padres mostraron estar satisfechos con los “conocimientos adquiridos por sus hijos en la escuela” [58,0% (n= 116)], con “la educación cívica y moral que reciben sus hijos en el centro” [«satisfechos»: 57,5% (n= 115)], con “la relación con el tutor” [46,0% (n= 92)], con “la implicación del profesorado” [53,0% (n= 106)] y con “la preocupación del centro por los aspectos académicos de sus hijos” [53,0% (n= 106)]. Sin embargo, se observa un menor grado de satisfacción con los “recursos de los centros” [46,5% (n= 93)] y con “las actividades extraescolares que ofrecen estos” [48,0% (n= 96)] (ver tabla 75).

La satisfacción general expresada por los padres sobre los centros educativos de sus hijos se ve matizada en función del tipo de centro educativo al que asiste su hijo o hijos. No se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la “satisfacción de los padres en cuanto a la relación con el tutor” [«muy satisfechos»: público 44,1% (n= 67) vs privado/concertado 45,8% (n= 22); $p > 0,05$], “la implicación del profesorado” [«muy satisfechos»: público: 25,7% (n= 39) vs privado/concertado 29,2% (n= 14); $p > 0,05$], con “la preocupación del centro por los aspectos académicos de sus hijos” [«muy satisfechos»: público: 23,7% (n= 36) vs privado/concertado 33,3% (n= 16); $p > 0,05$] y con “los recursos e instalaciones del centro educativo” [público: 19,1% (n= 29) vs privado/concertado 31,3% (n= 15); $p > 0,05$]. Sin embargo, se observa una satisfacción significativamente mayor en los padres de hijos que asisten a centros privados/concertados con el “contenido de la educación” [público: 26,3% (n= 40) vs privado/concertado: 52,1% (n= 25); $p < 0,05$], con “la educación cívica y moral que trasmite el centro” (público: 24,3% (n= 37) vs. privado/concertado: 50,0% (n= 24); $p < 0,05$) y con “las actividades extraescolares que ofrece el centro” [público: 11,8% (n= 18) vs privado/concertado: 31,3% (n= 15); $p < 0,001$] (ver tabla 75).



En general, los padres expresan estar satisfechos con el centro educativo al que asiste o asisten sus hijos”

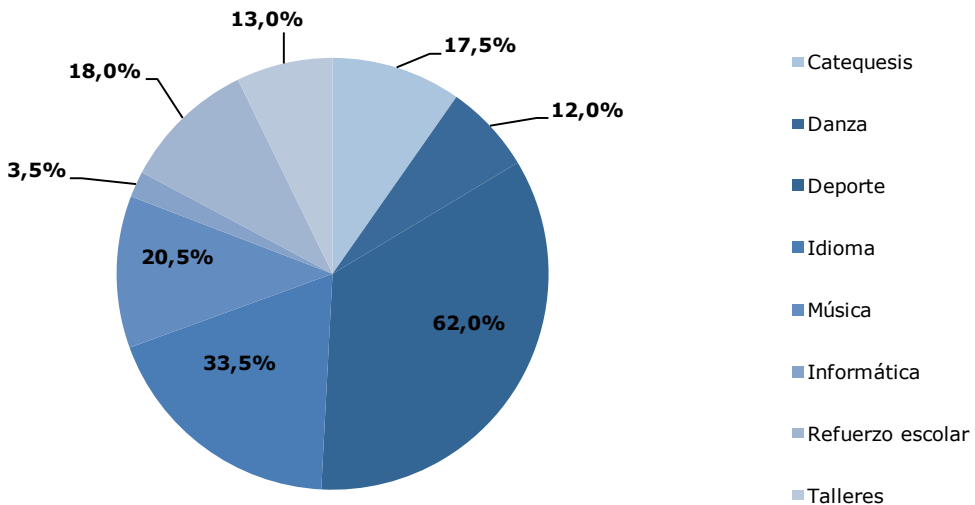
Tabla 75. Satisfacción de las familias con el centro educativo. Fuente: elaboración propia.

	Toda la muestra		Público		Concertado / Privado	
	%	n	%	n	%	n
Con el contenido						
Poco satisfecho	7,5	15	9,2	14	2,1	1
Satisfecho	58,0	116	63,2	96	41,7	20
Muy satisfecho	32,5	65	26,3	40	52,1	25
Educación cívica y moral						
Poco satisfecho	11,0	22	13,8	21	2,1	1
Satisfecho	57,5	115	61,2	93	45,8	22
Muy satisfecho	30,5	61	24,3	37	50,0	24
Con la labor del tutor						
Poco satisfecho	8,8	17	8,6	13	8,3	4
Satisfecho	46,0	92	46,7	71	43,8	21
Muy satisfecho	44,5	89	44,1	67	45,8	22
Con la implicación del profesorado						
Poco satisfecho	18,5	37	21,1	32	10,4	5
Satisfecho	53,0	106	51,3	78	58,3	28
Muy satisfecho	26,5	53	25,7	39	29,2	14
Con la preocupación del centro por los aspectos académicos de su hijo						
Poco satisfecho	18,5	37	20,4	31	12,5	6
Satisfecho	53,0	106	53,3	81	52,1	25
Muy satisfecho	26,0	53	23,7	36	33,3	16
Con los recurso e instalaciones						
Poco satisfecho	28,0	56	30,9	47	18,8	9
Satisfecho	46,5	93	47,4	72	43,8	21
Muy satisfecho	22,0	44	19,1	29	31,3	15
Con las actividades extraescolares						
Poco satisfecho	32,0	64	38,8	59	10,4	5
Satisfecho	48,0	96	46,1	70	54,2	26
Muy satisfecho	16,5	33	11,8	18	31,3	15

Al analizar las respuestas sobre las actividades extraescolares, se observa que el 100,0% de la muestra realiza alguna. Los padres apuntan mayoritariamente a sus hijos a “una actividad extraescolar” [45,5% (n= 91)] y casi el 80% de los hijos de los participantes realizan “dos actividades extraescolares” [34,0% (n= 68)]; un 4,0% de padres apuntan a sus hijos a “tres o más actividades extraescolares”. La frecuencia en la que los padres afirmaron que su hijo o sus hijos realizaban “algunas de las actividades extraescolares sugerida” se puede observar en la figura 22. Como puede observarse en esta gráfica, las actividades extraescolares más mencionadas fueron “deporte” [62,0% (n= 124)] e “idiomas” [33,5% (n= 67)]. Al comparar las actividades extraescolares en función del tipo de centro educativo al que asistían los hijos, solo se observó una diferencia significativamente mayor de niños que realizaban catequesis en el grupo de los centros privados/concertados en comparación con la escuela pública [29,2% (n= 14) vs 13,8% (n= 21); $p < 0,05$].

Las familias que participaron en el estudio afirmaron en un 25,0% (n= 50) de los casos que habían disminuido el número de actividades extraescolares a las que asistía su hijo en los últimos cinco años. El 43,0% (n= 86) de los casos, en cambio, afirmaron realizar las mismas actividades y solo un 17,5% (n= 35) de las familias afirmó que sus hijos habían incrementado el número de actividades extraescolares en este periodo. No se observaron diferencias significativas en el cambio o disminución de actividades extraescolares en los últimos cinco años al comparar los hijos que asistían a la escuela pública o privada/concertada ($p > 0,10$).

Figura 22. Frecuencia de actividades extraescolares. Fuente: elaboración propia.



Opinión de los padres sobre el tiempo libre de sus hijos

La actividad de los hijos fuera de la escuela fue estudiada preguntando a los padres sobre la realización de ciertas actividades, así como a partir de la estimación de los padres del tiempo que estos dedican a estas actividades. Además, se preguntó por el tiempo que cada uno de los padres dedica a realizar estas actividades con sus hijos y por si ha habido cambios en el tiempo que sus hijos dedican a estas actividades en los últimos cinco años.

En relación a qué actividades realizan los hijos en su tiempo libre, los resultados obtenidos a partir de la estimación de los padres muestran que la mayoría de los hijos “ven la televisión entre 31 y 60 minutos diarios” [43,5% (n= 97)], “juegan a la consola menos de 30 minutos diarios” [30,0% (n= 60)], “dedican entre una y dos horas a realizar los deberes” [44,0% (n= 88)] y a “las actividades extraescolares” [42,0% (n= 84)], “no reciben clases de refuerzo” [63,0% (n= 126)], tienen entre 31 y 60 minutos para las actividades de ocio” [30,0% (n= 60)] y “dedican menos de 30 minutos al día a leer” [53,5% (n= 107)]. Una descripción más extensa de estos resultados puede consultarse en la tabla 76.

Tabla 76. Porcentaje del tiempo que pasan los jóvenes realizando actividades.
Fuente: elaboración propia.

	%	n
Viendo la televisión		
No lo hace	4,0	8
Menos de 30 min	19,0	38
Entre 31-60 min	43,5	87
De 1 a 2 horas	26,5	53
Más de 2 horas	6,5	13
Jugando a la consola		
No lo hace	28,5	57
Menos de 30 min	30,0	60
Entre 31-60 min	21,5	43
De 1 a 2 horas	12,5	25
Más de 2 horas	6,5	13
Realizando los deberes		
No lo hace	1,5	3
Menos de 30 min	9,5	19
Entre 31-60 min	28,0	56
De 1 a 2 horas	44,0	88
Más de 2 horas	16,0	32
En las extraescolares		
No lo hace	12,5	25

Menos de 30 min	2,5	5
Entre 31-60 min	29,0	58
De 1 a 2 horas	42,0	84
Más de 2 horas	12,0	24
Realizando refuerzo escolar		
No lo hace	63,0	126
Menos de 30 min	5,5	11
Entre 31-60 min	10,0	20
De 1 a 2 horas	13,5	27
Más de 2 horas	1,0	2
En actividades de ocio		
No lo hace	10,0	20
Menos de 30 min	19,0	38
Entre 31-60 min	30,0	60
De 1 a 2 horas	26,0	52
Más de 2 horas	10,0	20
Leyendo		
No lo hace	9,0	18
Menos de 30 min	53,5	107
Entre 31-60 min	28,5	57
De 1 a 2 horas	7,5	15
Más de 2 horas	0,5	1



El tiempo que comparten los padres con sus hijos depende de la actividad sobre la que se les pregunta, del sexo del progenitor y del período de la semana en el que se realiza la actividad”

El tiempo que comparten los padres con sus hijos depende de la actividad sobre la que se les pregunta, del sexo del progenitor y del período de la semana en el que se realiza la actividad. Como puede observarse en la tabla 77, en general las madres comparten más tiempo con los hijos realizando estas actividades. Además, cabe destacar primero que el tiempo que comparten ambos progenitores con sus hijos “viendo la televisión” fue bajo, observándose una mediana (Mdn) en la respuesta de «algunos días de la semana» (rango= «todos los días de la semana» - «nunca») en ambos casos. También se observó que ambos progenitores comparten poco tiempo con sus hijos “leyendo” (madres: Mdn= «pocos días a la semana» y Moda= «nunca»; padres: Mdn y Moda= «nunca»), aunque fue algo superior en el caso de las madres y “jugando a la consola” (ambos progenitores Mdn y Moda= «nunca»). Segundo, las madres declaran compartir mucho tiempo con sus hijos realizando “los deberes” (Mdn= «prácticamente cada día de la semana» y Moda= «todos los días de la semana»), mientras que los padres comparten poco tiempo con sus hijos haciendo “los deberes” (Mdn= «pocos días a la semana» y Moda= «nunca»). Este mismo patrón de respuesta, es decir, una mayor dedicación de tiempo de las madres comparada con los padres también se observa cuando se les preguntó a los progenitores por el tiempo que comparten por “las tardes” (madres: Mdn= «prácticamente cada día de la semana» y Moda= «todos los días de la semana» vs. padres: Mdn= «algún día de la semana» y Moda= «los fines de semana»). Tercero,

se observó que ambos progenitores compartían mucho tiempo con sus hijos “conversando” (madres: Mdn y Moda «todos los días de la semana» y padres: Mdn= «prácticamente cada día de la semana» y Moda= «todos los días de la semana») y realizando las “actividades cotidianas”, aunque en este caso el tiempo dedicado por las madres fue mayor (madres: Mdn= «prácticamente cada día de la semana» y Moda= «todos los días de la semana»; padres: Mdn= «algunos días de la semana» y Moda= «todos los días de la semana») (ver tabla 77).

Tabla 77. Distribución del tiempo compartido por los padres con sus hijos. Fuente: elaboración propia.

	Madres		Padres	
	%	n	%	n
Viendo la televisión				
Todos los días de la semana	29,0	58	19,0	38
Prácticamente cada día de la semana	19,5	39	16,5	33
Algunos días de la semana	12,0	24	15,0	30
Pocos días a la semana	10,5	21	13,5	27
Los fines de semana	26,0	52	28,0	56
Nunca	3,0	6	8,0	16
Jugando a la consola				
Todos los días de la semana	4,0	8	2,0	4
Prácticamente cada día de la semana	3,0	6	5,5	11
Algunos días de la semana	4,5	9	6,0	12
Pocos días a la semana	6,5	13	7,0	14
Los fines de semana	20,5	41	26,5	53
Nunca	61,5	123	53,0	106
Realizando los deberes				
Todos los días de la semana	35,5	71	6,0	12
Prácticamente cada día de la semana	16,5	33	14,0	28
Algunos días de la semana	21,5	43	17,0	34
Pocos días a la semana	11,0	22	19,5	39
Los fines de semana	3,0	6	11,0	22
Nunca	12,5	25	32,5	65
En las extraescolares				
Todos los días de la semana	14,0	28	5,0	10
Prácticamente cada día de la semana	7,5	15	7,5	15
Algunos días de la semana	17,5	35	17,5	35
Pocos días a la semana	8,0	16	13,5	27
Los fines de semana	8,0	16	11,5	23
Nunca	45,0	90	45,0	90
Realizando refuerzo extraescolar				
Todos los días de la semana	15,0	30	1,0	2
Prácticamente cada día de la semana	4,5	9	6,5	13
Algunos días de la semana	6,5	13	8,5	17
Pocos días a la semana	7,5	15	6,0	12
Los fines de semana	1,0	2	3,0	6
Nunca	65,5	131	75,0	150

	Madres		Padres	
	%	n	%	n
Leyendo				
Todos los días de la semana	16,5	33	4,0	8
Prácticamente cada día de la semana	15,0	30	7,5	15
Algunos días de la semana	15,0	30	14,5	29
Pocos días a la semana	12,0	24	12,5	25
Los fines de semana	6,5	13	9,5	19
Nunca	35,0	70	52,0	104
Realizando las actividades cotidianas				
Todos los días de la semana	50,0	100	24,5	49
Prácticamente cada día de la semana	20,0	40	17,0	34
Algunos días de la semana	15,0	30	21,0	42
Pocos días a la semana	7,0	14	10,0	20
Los fines de semana	6,5	13	15,5	31
Nunca	1,5	3	12,0	24
Conversando				
Todos los días de la semana	73,5	147	45,0	90
Prácticamente cada día de la semana	14,5	29	20,0	40
Algunos días de la semana	6,5	13	14,0	28
Pocos días a la semana	2,5	4	10,5	21
Los fines de semana	2,0	4	5,5	11
Nunca	1,0	2	5,0	10
En actividades de ocio				
Todos los días de la semana	22,5	45	16,0	32
Prácticamente cada día de la semana	14,0	28	9,0	18
Algunos días de la semana	21,0	42	16,0	32
Pocos días a la semana	7,0	14	10,0	20
Los fines de semana	30,5	61	42,5	85
Nunca	5,0	10	6,5	13
Las tardes				
Todos los días de la semana	45,0	90	19,0	38
Prácticamente cada día de la semana	18,5	37	13,5	27
Algunos días de la semana	15,5	31	19,5	39
Pocos días a la semana	8,5	17	9,5	19
Los fines de semana	10,0	20	26,5	53
Nunca	2,5	5	12,0	24



En general, las madres y los padres reconocen haber reducido el tiempo que comparten con sus hijos”

Al preguntar a los padres si la situación actual de crisis ha afectado al tiempo que pueden dedicar a los hijos en sus actividades cotidianas se observó (ver tabla 78) que, en general, las madres y los padres reconocen haber reducido el tiempo que comparten con sus hijos. Además, se observó un mayor porcentaje de madres que reconoce haber reducido el tiempo en comparación con los padres. A pesar de esta mayor frecuencia de madres en comparación con los padres, la diferencia no fue estadísticamente significativa para ninguna de las actividades (todas las $p > 0,05$). Los porcentajes de madres y padres que afirmaron haber reducido el tiempo que comparten con sus hijos fue diferente en función de la actividad, observándose un porcentaje medio de madres que ha tenido que reducir el tiempo en un 27,85% en las diferentes actividades, observándose reducciones

específicas para las diferentes actividades [“viendo la televisión”: 36,0% (n= 72) con el “refuerzo extraescolar” 19,0% (n= 38)] y para los padres de 25,05% [“las tardes”: 31,0% (n= 63) con el “refuerzo extraescolar” 18,0% (n= 36)].

Tabla 78. Porcentaje de padres que han reducido el tiempo que comparten con sus hijos. Fuente: elaboración propia.

	Madres		Padres	
	%	n	%	n
Viendo la televisión	36,0	72	29,5	59
Jugando a la consola	28,5	57	23,5	47
Con los deberes	31,0	62	23,5	47
Con las actividades extraescolares	27,5	55	25,5	51
Con el refuerzo extraescolar	19,0	38	18,0	36
Leyendo	31,5	63	24,5	49
Realizando las actividades cotidianas	26,5	53	26,0	52
Conversando	21,5	43	21,5	43
Realizando actividades de ocio	28,0	56	27,5	55
Las tardes	29,0	58	31,0	63

Opinión de los padres sobre los recursos sanitarios

El tipo de asistencia sanitaria que utilizan la mayoría de las familias en la actualidad es la sanidad pública [73,5%, (n= 147)], mientras que el 18,0% (n= 36) afirmó utilizar tanto la sanidad pública como privada y el 8% (n= 16) exclusivamente la privada. Solo un 13% (n= 26) de las familias participantes había cambiado de tipo de asistencia sanitaria en los últimos cinco años. De éstas, es importante destacar que principalmente se observa que el 50% (n= 13) de ellas realiza un cambio del sistema sanitario público al privado [privado exclusivamente: 15,4% (n= 4) y privado/público: 34,6% (n= 9)], mientras que un 19,2% (n= 5) de las familias que antes utilizaba el sistema sanitario privado cambia al público.

Opinión de los padres sobre los síntomas de los trastornos de conducta en sus hijos

A la hora de preguntar a los padres por la presencia de la sintomatología característica de los trastornos de comportamiento, se les pidió que pensarán en alguno de sus hijos. La información que dieron los padres se basó en un 57,5% (n=

115) de los casos en algún hijo de la familia y en un 42,5% (n= 85) en alguna hija. La edad media de los hijos sobre los que dieron la información fue del 12,4 (DE= 3,9). En general se observó que los hijos faltaban poco a clase [«nunca»: 52,0% (n= 104) y «muy pocas veces» 40,0% (n= 80)], mientras que solo el 7,0% (n= 14) afirmó que sus hijos faltaban como mínimo alguna vez.

Según los padres, se observó una alta prevalencia del déficit de aprendizaje, al situarse éste en el 22,0% (n= 44). Además, se observó que el 11,5% (n= 23) de los hijos habían repetido algún curso. Sin embargo, solo el 3,5% (n= 7) de las familias afirmó que sus hijos consumían drogas y el 4,5% (n= 9) que habían tenido algún problema legal.

Al preguntar a los padres sobre los síntomas de los trastornos del comportamiento, tal y como puede observarse en la tabla 79, la mayoría de los padres respondió que sus hijos no presentaban síntomas del TND o se comportaban de esta forma solo «a veces». Se observa que los síntomas son observados «a menudo o siempre» por un porcentaje inferior al 20% de los padres en casi todos ellos. Sin embargo, los síntomas de “culpa a otros de sus errores” [20,0% (n= 40)] y “se molesta con facilidad” [30,0% (n= 60)] son observados por los padres de forma muy frecuente en sus hijos. Si tenemos en cuenta la información de las familias sobre la presencia de la sintomatología y analizando la posible presencia del TND en base a esta información, el 15,5% (n= 31) de los padres habría considerado la presencia de este trastorno en sus hijos.



Según los padres, se observó una alta prevalencia del déficit de aprendizaje, al situarse éste en el 22,0% ”

Tabla 79. Porcentaje de padres que observa los síntomas del TND. Fuente: elaboración propia.

	Nunca / A veces		A menudo / Siempre	
	%	n	%	n
Pierde la calma	81,0	162	18,5	37
Molesta con facilidad	69,5	139	30,0	60
Resentimiento	84,0	168	14,5	29
Discute con la autoridad	83,0	166	15,5	31
Desafía la autoridad	84,5	169	13,5	27
Molesta a los otros	86,5	173	13,0	26
Culpa a los otros de sus errores	79,0	158	20,0	40
Vengativo	94,0	188	5,5	11

La presencia de los síntomas del TD fue reconocida por los padres de forma mucho menos frecuente que la sintomatología del TND. De hecho, según los padres, los síntomas estaban ausentes con una frecuencia media del 98,5% [“miente o engaña”: 90,0% (n= 180) y “usan armas u objetos para dañar a otros”: 98,5% (n= 196)] de los casos (ver tabla 80). Además, al convertir la puntuación continua en una variable categorial para hacer una estimación de la prevalencia del trastorno de acuerdo con la información referida por los padres, la prevalencia del mismo estaría en un 3,0% (n= 6), porcentaje más bajo que el TND [vs. 15,5% (n= 31)].

Tabla 80. Porcentaje de padres que observa los síntomas del TD. Fuente: elaboración propia.

	Nunca / A veces		A menudo / Siempre	
	%	n	%	n
Acosan a otros	97,0	194	2,5	5
Inician peleas	95,0	190	3,5	7
Usan objetos o armas para dañar a otros	98,5	197	0,5	1
Muestran comportamientos crueles hacia otros	98,0	196	2,5	3
Muestran comportamientos crueles hacia los animales	98,0	196	1,0	2
Roban objetos de valor	97,0	194	2,0	4
Queman objetos deliberadamente	98,5	197	0,5	1
Mienten y engañan	90,0	180	9,0	18
Salen por las noches a pesar de tenerlo prohibido	98,0	196	1,0	2
Pasan la noche entera fuera	97,0	194	1,5	3
Faltan a clase	95,5	191	3,0	6



La frecuencia media en la que los padres reconocía la presencia de los síntomas del TDAH en sus hijos fue superior a la observada en la sintomatología del TD y ligeramente superior a la observada en el TND”

Como puede observarse en la tabla 81, la frecuencia media en la que los padres reconocía la presencia de los síntomas del TDAH en sus hijos fue superior a la observada en la sintomatología del TD y ligeramente superior a la observada en el TND. En este sentido se observó en general que el 70,0% de los padres consideraba que estos síntomas los observaban en sus hijos «nunca o a veces» (ver tabla 81). Los síntomas que un mayor porcentaje de padres afirmó observar en sus hijos de forma frecuente fueron las “dificultades para organizarse tareas o actividades”,

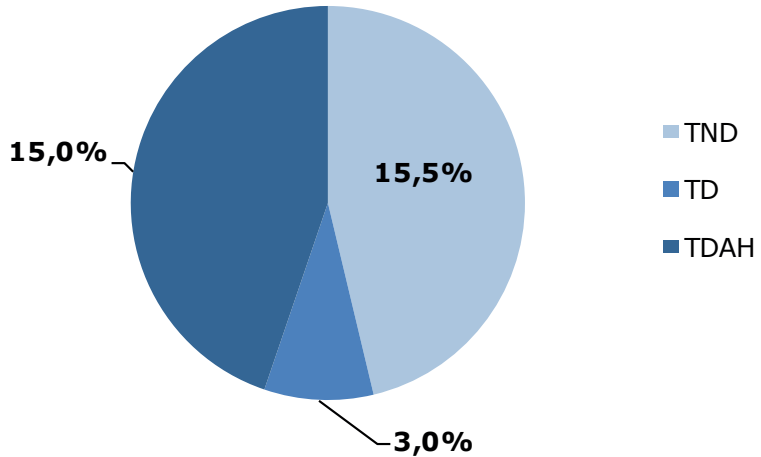
“evita tareas que requieren esfuerzo”, “se distrae con facilidad”, “juguetea con las manos y/o los pies”, “es impaciente” e “interrumpe conversaciones”.

Tabla 81. Porcentaje de padres que observa los síntomas del TDAH. Fuente: elaboración propia.

	Nunca / A veces		A menudo / Siempre	
	%	n	%	n
Fallan en prestar atención a los detalles o cometen errores en las tareas escolares	71,5	143	28,5	57
Tienen dificultades para mantener la atención en tareas	80,0	160	19,0	38
Pierden objetos repetidas veces	83,5	167	15,5	31
Parece que no escuchan cuando se les habla	78,0	156	21,0	42
No siguen las instrucciones	82,0	164	16,5	33
Tienen dificultad para organizarse	71,0	142	28,5	57
Evitan tareas que requieren un esfuerzo	72,0	144	27,0	54
Se distraen con facilidad	64,0	128	35,5	71
Olvidan las actividades cotidianas	75,0	150	25,0	50
Juguetean con manos o pies	70,5	141	26,5	53
Se levantan en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados	72,0	144	28,0	56
Corretean en situaciones no apropiadas	70,5	141	29,5	59
Son incapaces de jugar tranquilamente	73,5	147	26,5	53
Parecen tener un motor interno	77,5	155	19,5	39
Hablan excesivamente	72,5	145	27,5	55
Responden inesperadamente	71,0	142	29,0	58
Son impacientes	71,5	143	28,0	56
Interrumpen las conversaciones	73,0	146	26,0	52

Finalmente, mientras que la prevalencia del TND se situó en el 15,5% (n= 31), la prevalencia del TDAH se situó en el 15,0% (n= 30) (ver figura 23).

Figura 23. Estimación de la prevalencia de los trastornos de conducta según los padres. Fuente: elaboración propia.



El 60,5% de las familias afirmó que alguno de sus hijos presentaba algún problema de comportamiento”

Para finalizar con el apartado, es importante comentar que a pesar de que la estimación de la prevalencia de los trastornos de conducta, según la información referida por los padres sobre la presencia de la sintomatología específica de cada trastorno, se situó en torno al 15% para el TND y TDAH y del 3,0% en el caso del TD, el 60,5% (n= 121) de los padres reconoce que sus hijos tienen problemas relacionados con estos síntomas. Esta falta de consistencia en el porcentaje de padres que afirma que sus hijos tienen un problema y los que cumplirían criterios para los trastornos de conducta, según la información aportada por los mismos padres, se explica en todos los casos por un gran porcentaje de falsos positivos, es decir, un elevado número de padres que consideraba que sus hijos tenían un problema cuando realmente no presentaban los síntomas para este trastorno y realmente muy pocos falsos negativos. Entre los padres que afirmaron que sus hijos presentaban algún problema (n= 121), se observó que el 24,8% (n= 30) podría presentar un TND, el 5,0% (n= 6) un TD y el 24,8% (n= 30) un TDAH.

Opinión de los padres sobre la gestión de los problemas de sus hijos

Tal y como se ha comentado anteriormente, el 60,5% (n= 121) de las familias afirmó que alguno de sus hijos presentaba algún problema de comportamiento. A continuación se describen algunos aspectos relativos a como las familias gestionaron el problema y a los recursos que tuvieron disponibles. Los datos presentados a partir de este punto hacen referencia a la submuestra de las familias que declaró haber tenido algún problema con alguno de sus hijos.

Del total de familias con algún hijo con problemas, solo el 46,3% (n= 56) de los casos fue detectado también en la escuela. Del 53,7% (n= 65) de los casos no detectados

por la escuela, el 49,2% (n= 32) de los padres “no comunicó el problema al centro al considerar que no era un problema escolar”, mientras que el 23,1% (n= 15) de los padres “no lo comunicaron al considerar que había falta de interés por parte de la escuela”. El 27,7% restante comentaron “otros motivos” o no contestaron.

De las familias que afirmaron tener algún hijo con problemas, el 22,3% (n= 27) declaró haber recibido “atención personalizada desde el centro educativo”, la escuela recomendó al 17,4% (n= 21) “ponerse en contacto con el psicólogo educativo”, al 20,7% (n= 25) “acudir al pediatra o médico de familia”, al 9,1% (n= 11) “acudir a algún centro de salud mental infanto-juvenil” y al 10,7% (n= 13) les recomendaron “acudir a algún centro privado”. El 47,9% (n= 58) de las familias “siguió las recomendaciones del centro educativo”.

Al preguntar a las familias cómo intentaron resolver el problema de comportamiento de su hijo, el 78,6% (n= 83) había recurrido al “pediatra”, el 29,8% (n= 36) recurrió a un “psicólogo privado”, el 25,6% (n= 31) a algún “centro de salud mental infanto-juvenil” y el 14,9% (n= 18) lo consultó a “otro profesional”. El 65,3% (n= 79) de las familias había “seguido las recomendaciones que les habían sugerido estos profesionales”.

De las 121 familias que declararon tener un hijo con problemas, solo el 22,3% (n= 27) recibió un diagnóstico. El diagnóstico más prevalente fue el de TDAH [10,7% (n= 13)], el 4,1% (n= 5) refiere haber recibido un diagnóstico de problemas emocionales y un 1,7% (n= 2) de los casos de cociente intelectual (QI) alto, así como el mismo porcentaje de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Es importante destacar en este punto que a pesar de que la estimación realizada sobre la prevalencia de algún trastorno de comportamiento, en base a la información referida por los padres, fue de un 36,4% (n= 44), solo el 22,3% (n= 27) de los casos recibió un diagnóstico.

Opinión de los padres sobre los recursos asistenciales

En general, los padres que valoraron que alguno de sus hijos había presentado o presentaba algún problema consideraron que los recursos asistenciales para tratar los problemas de comportamiento eran «insuficientes» [38,8% (n= 47)] o «pocos» [22,3% (n= 27)] y solo un 9,1% (n= 11) consideró que eran «bastantes o muchos». Además, un alto porcentaje de los padres considera muy necesaria una “mejor coordinación entre los centros escolares, pediatría y salud mental” (porcentaje medio= 54,0%), pero considera menos importante la “coordinación de estos recursos asistenciales con los servicios sociales” [«mucho»: 34,7% (n= 42)] y con los “servicios de justicia” [«mucho»: 28,1% (n= 34)].

Al preguntar a los padres con algún hijo con problemas sobre las necesidades para mejorar la atención de sus hijos¹, el 16,5% (n= 20) consideró necesario “incrementar los recursos asistenciales”, el 12,4% (n= 15) consideró necesaria una “mayor formación de los profesionales educativos” y el 7,5% (n= 9) una “mayor formación de todos los profesionales implicados en el problema”.



En general, los padres que valoraron que alguno de sus hijos había presentado o presentaba algún problema consideraron que los recursos asistenciales para tratar los problemas de comportamiento eran «insuficientes» (38,8%) o «pocos» (22,3%)

1. Sólo contestaron a la pregunta 58 familias de las 121 que afirmaron tener algún hijo con problemas. Los porcentajes que se presentan son sobre las 121 familias a las que se les pidió que contestaran.

3. Conclusiones

Tal y como se comentó en la introducción, los cambios sociales vividos en los últimos años y muy especialmente a partir del comienzo de la actual crisis económica, han contribuido al incremento de los problemas de conducta que presentan los niños y adolescentes. Esta situación, que ha sido constatada no solo en nuestro territorio, sino que a nivel internacional también despierta el interés de muchos profesionales dada la relevancia que estos trastornos tienen en el ámbito médico, escolar y familiar de los jóvenes que los sufren. Teniendo en cuenta esta nueva realidad, el objetivo del presente trabajo ha sido analizar la opinión de los grupos principales de referencia (padres, pediatras, profesionales de la salud mental y educadores) en el tratamiento de los trastornos de conducta con la intención de detectar las necesidades de prevención, detección y abordaje de estos en la actualidad.

A continuación se presentan las conclusiones de los resultados más relevantes. En la presentación de estas conclusiones no se seguirá el orden en que han sido presentados los resultados en el apartado anterior. Las conclusiones serán presentadas siguiendo el siguiente orden: padres, profesores, pediatras y profesionales de la salud mental.

Conclusiones de los resultados de las familias

Los resultados obtenidos sobre la situación económica/laboral de las familias muestran, de forma consistente con informes económicos, que las familias españolas han perdido capacidad económica en los últimos años. Esta pérdida de recursos afecta principalmente a las mujeres y a la denominada *clase media*. Además, las familias se quejan de una disminución del tiempo para compartir con sus hijos, a pesar de que se ha observado un aumento de madres en paro y de aquellas que realizan las labores de la casa.

De forma general, se observa que las familias españolas se decantan por la enseñanza y sanidad pública. Sin embargo, los motivos de elección de la escuela que exponen los padres varían en función de las diferentes titularidades de los centros educativos. En este sentido, cabe destacar que los padres cuyos hijos asisten a la escuela pública afirman en mayor porcentaje que el motivo de elección fue la correspondencia por zona, mientras que los padres de escuelas privadas afirman como principal motivo el proyecto educativo del centro. Sin embargo, no se observó que los padres de los centros públicos estén menos satisfechos que los de los centros privados con la mayoría de los aspectos estudiados en cuanto a la educación que reciben sus hijos. Además, y en la línea de lo comentado anteriormente, en los últimos años, un porcentaje considerable de padres afirma



Los cambios sociales vividos en los últimos años y muy especialmente a partir del comienzo de la actual crisis económica, han contribuido al incremento de los problemas de conducta en los niños y adolescentes”

haber tenido que cambiar a sus hijos de centros concertados a públicos, así como también se observa una disminución en el número de actividades extraescolares que realizan los hijos. Al preguntar por la sanidad, de forma similar con la enseñanza, los padres principalmente recurren a la sanidad pública para resolver los problemas de salud de sus hijos. Al contrario de lo observado en el ámbito educativo, no se observó disminución en el porcentaje de padres que afirma utilizar la sanidad privada en los últimos años.



Los padres principalmente recurren a la sanidad pública para resolver los problemas de salud de sus hijos”

En cuanto a las actividades que realizan los jóvenes fuera de la escuela y de acuerdo con muchos otros informes, se observa que la mayoría de los padres afirma que sus hijos pasan una hora o más al día viendo la televisión, entre 30 minutos o una hora al día jugando a la consola y entre 30 minutos y dos horas haciendo los deberes escolares. Por otro lado, se observa que la mayoría de los jóvenes no realiza actividades de refuerzo escolar y que muchos de ellos dedican menos de 30 minutos al día a la lectura. Además, los padres afirman haber reducido el tiempo que comparten con sus hijos realizando estas actividades en los últimos años.

Los resultados obtenidos sobre la frecuencia en la que los padres observan los síntomas de los problemas de conducta en sus hijos muestran que estos son reconocidos de forma muy frecuente (60,5%), aunque la presencia de un posible trastorno de conducta se situó en un porcentaje aproximado del 15%. Los trastornos más prevalentes según la información de los padres son el TND y el TDAH. Es importante resaltar la detección y preocupación de los padres, no solo por los problemas de comportamiento, sino también de los trastornos de aprendizaje. Este resultado es importante ya que las dificultades en el aprendizaje se han descrito como causa y consecuencia de los problemas de conducta. La gran diferencia entre el porcentaje de padres que consideró que sus hijos presentaban problemas de conducta con el porcentaje de padres que afirmó que su hijo tenía algún trastorno diagnosticado, puede ser explicada de formas muy diferentes. En cualquier caso, esta situación requiere más información para los padres al tiempo que más recursos para atender sus preocupaciones y evitar posibles falsos negativos dadas las graves consecuencias que esta situación podría causar a nivel personal, familiar y educativo para estos pacientes.

Al preguntar a los padres por si los problemas que ellos observaban en sus hijos habían sido detectados en la escuela, algo más del 50% afirmó que no. Además, se observó que la mayoría de los padres que afirmaron que en la escuela no les habían dicho nada, tampoco habían comunicado los problemas de sus hijos a la escuela por considerar que estos no eran un problema escolar, o por desconfiar de la capacidad de la escuela para gestionar estos casos. Este resultado es importante, ya que podría estar reflejando una falta de coordinación importante entre los dos agentes más relevantes en la detección precoz de estos problemas de conducta. Además, cabe resaltar en este punto la importancia de la escuela en la intervención y derivación de estos casos a profesionales externos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en la mayoría de los casos en los que los padres afirmaron que sus hijos presentaban problemas, no se pudo establecer un diagnóstico de

probable trastorno de conducta. En cualquier caso, los resultados reflejan que la coordinación o relación entre padres y profesionales educativos, según los padres, es un punto clave a mejorar para una detección precoz y mejor gestión de los problemas de estos jóvenes.

De acuerdo con el párrafo anterior, los resultados muestran que los padres acuden con mayor frecuencia a buscar soluciones fuera de los centros escolares, acudiendo principalmente al asesoramiento del pediatra o buscando un profesional de la salud mental que les ayude. Además, se observó que las familias afirmaron en un mayor porcentaje seguir las recomendaciones realizadas por estos profesionales que las realizadas desde los centros educativos. Como en el párrafo anterior, este resultado pone de relevancia la importancia de un mejor conocimiento por parte de todos los implicados de los recursos existentes y de las funciones de cada uno, con tal de mejorar la intervención en estos casos.

Los padres que afirmaron que sus hijos presentaban problemas de conducta, consideran que habría que mejorar los recursos asistenciales para su abordaje. Además, resaltan la importancia de mejorar la coordinación principalmente con el centro escolar y los servicios de salud mental. Por otro lado, consideran que tanto profesores como profesionales de la salud deberían mejorar su formación.

Conclusiones de los resultados de los profesionales de la educación

Los profesores son una pieza clave en el abordaje de los jóvenes con problemas de comportamiento. En general consideran que los centros donde trabajan, principalmente públicos, disponen de recursos o herramientas para el abordaje de estos alumnos. No obstante, los recursos con los que cuentan dependen de la titularidad del centro en el que trabajan. En este sentido, los profesionales de centros públicos afirman en un mayor porcentaje contar con recursos de adaptación curricular y los de centros privados con un mayor respaldo de psicólogos y gabinetes psicopedagógicos.

Al preguntar por la presencia de la sintomatología de los problemas de conducta en los centros, se observó una frecuencia alta de profesionales que reconoce observar a menudo alumnos con DA y alumnos con TDAH. Según los profesionales educativos, los síntomas del TND son observados con menor frecuencia y los síntomas del TD son observados a menudo de forma poco frecuentes. En general, se observó que el porcentaje de profesionales que afirmó observar los síntomas de los trastornos de conducta fue similar en los diferentes centros estudiados (públicos y concertados/privados). Además, un alto porcentaje de profesionales educativos afirma haber observado mucho aumento principalmente de los síntomas del TDAH y, en bastante menor medida, de los síntomas del TND y TD. Las DA son, junto con los síntomas del TDAH, donde se observó un mayor aumento. Estos resultados ponen en relevancia la importancia de los profesionales educativos en la detección e intervención de estos problemas.



Se observó una frecuencia alta de profesionales que reconoce observar a menudo alumnos con DA y alumnos con TDAH”



Los profesionales educativos consideran, en relación a la dinámica familiar, que las familias de los alumnos con problemas de conducta generalmente están desbordadas por los problemas de sus hijos”

Los profesionales educativos consideran, en relación a la dinámica familiar, que las familias de los alumnos con problemas de conducta generalmente están desbordadas por los problemas de sus hijos. Además, afirman que observan entre los alumnos con esta problemática muchos padres que no disponen de tiempo para atender a sus hijos, padres que desconocen los problemas que tienen y especialmente padres que realizan un mal control de sus hijos. Según estos profesionales, existe una relación entre la falta de recursos económicos de las familias y la presencia de problemas de conducta de sus alumnos.

Sobre los recursos y herramientas para atender estos casos en los centros educativos, todos los profesionales afirman contar con pocas herramientas para gestionar estos problemas en el aula y que los recursos con los que cuentan las instituciones, tanto públicas como privadas, son insuficientes.

En cuanto a los problemas que detectan en estos alumnos, frecuentemente reconocen de manera muy relevante la pérdida de valor por la autoridad que muestran los alumnos, así como la baja tolerancia a la frustración. Igualmente afirman que estos problemas van acompañados de un bajo rendimiento escolar y en menor medida con problemas por consumo de sustancias.

Los profesores, cuando detectan problemas de conducta, entienden que la mejor intervención es intentar actuar de forma inmediata en sus centros. Normalmente intentan tratar estos problemas en el aula, pero también lo ponen en conocimiento del tutor y generalmente lo comunican al psicólogo escolar. No obstante, consideran que el grado de formación que disponen para solucionar este problema es bajo y afirman que cuentan, a veces, con poco apoyo por parte de los responsables del centro escolar. Además, cuando se les pide que valoren los recursos de los centros para tratar estos problemas, en general afirman que estos son adecuados o buenos. A pesar de que la valoración de los recursos es buena, prácticamente el 90% de los profesionales educativos consideran que estos son insuficientes para tratar a los alumnos que presentan problemas de conducta. Los resultados muestran que los centros presentan algunas dificultades en la gestión de esta problemática, por lo que la formación de los profesionales educativos, el apoyo de las instituciones y el incremento o mejor gestión de los recursos son objetivos importantes de mejora en el tratamiento de los problemas de conducta en los centros educativos.

Para el colectivo docente, el ya comentado aumento de los problemas de conducta y especialmente del TDAH y de los problemas del aprendizaje, va unido a una disminución de recursos para realizar su trabajo y para poder tratar estos problemas. Estos resultados ponen en relieve la necesidad de cambios y/o una mejor gestión de los recursos educativos para poder atender estos problemas en los centros. La necesidad de un correcto abordaje de los problemas de conducta no solo tiene consecuencias positivas para el alumno con los problemas, sino que también facilita el correcto desarrollo de la actividad docente en el aula.

Los profesores consideran que la coordinación es un elemento clave para el manejo de estos alumnos. Consideran, en gran medida, la importancia de una buena coordinación con los profesionales de salud mental y con los servicios sociales. Es importante destacar en este punto que los profesionales educativos consideran que es importante informar a los padres de los alumnos, pero que es muy importante que la relación entre padres y profesionales educativos mejore. De hecho, uno de los aspectos sobre los que más quejas tiene el profesorado es la pérdida de autoridad al tiempo que padres que no quieren, o simplemente no conocen, los problemas de sus hijos.

Conclusiones de los resultados de los pediatras

De acuerdo con lo comentado en la introducción, los pediatras consideran que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes. Además, reconocen que estos han aumentado considerablemente en los últimos años. En este sentido se observó que estos profesionales afirman haber observado un aumento de manera muy notable del TDAH y del TND y en menor medida del TD. Al tiempo que consideran muy importante la detección precoz, no solo de los síntomas de los problemas de conducta, sino también de las DA y del TDAH.

Como se ha comentado anteriormente, para los padres, los pediatras son los referentes de confianza sobre los problemas de salud de sus hijos; la gran mayoría les consultan por primera vez cuando sus hijos presentan algún síntoma comportamental. La importancia del papel de la pediatría también queda reflejada en la opinión del profesorado, ya que prácticamente el 50% de estos reconoce la importancia de una buena coordinación con ellos para un correcto tratamiento de estos jóvenes. Además, como se observa en los resultados, los profesionales de la pediatría se consideran profesionales clave para la detección y el manejo de los niños y adolescentes con problemas de conducta. Esta afirmación por parte de los pediatras se ve reforzada por el porcentaje de estos que afirma detectar frecuentemente pacientes con estos problemas que no han sido diagnosticados con anterioridad. Además, frecuentemente, realizan derivaciones a otros recursos especializados, entre los que destacan principalmente los recursos escolares y los de salud mental públicos y privados. Sin embargo, los propios pediatras afirman que conocen poco los recursos disponibles en los centros educativos y afirman que es necesario mejorar la formación de los profesionales de la educación en la detección y manejo de estos problemas. Estos dos puntos, el conocimiento de los recursos escolares y la formación de los profesionales educativos, constituyen en opinión de los pediatras, aspectos importantes a mejorar para un correcto abordaje de los problemas de conducta.

En relación a los problemas que más han aumentado en los últimos años, los pediatras destacan haber observado un aumento considerable de las DA y del TDAH. Aunque en opinión de los pediatras el aumento observado de los síntomas del TND y el TD es menor que los comentados en las DA y el TDAH, es importante recordar el papel que estos últimos pueden jugar en el desarrollo de los problemas de conducta. Además,



Los pediatras consideran que los problemas o trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes”

es importante destacar aquí que aunque la mayoría de los pediatras afirma observar los problemas de conducta frecuentemente en edades comprendidas entre los 8 y 14 años, en edades superiores a los 15 se observó un elevado número de pediatras que afirmó no saber la frecuencia con la que se observaban estos problemas. Este resultado es importante ya que puede estar indicando la pérdida de los pacientes jóvenes en el cambio de médico del pediatra al médico de familia.

Los pediatras señalan como elementos prototípicos en los casos de niños o adolescentes con trastornos de conducta, el observar a nivel familiar padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos, poco control parental y especialmente familias desbordadas por los problemas de su hijo. Además, y de acuerdo con el profesorado también, se observa que la mayoría de los pediatras considera que hay una pérdida del valor por la autoridad en estos pacientes, así como baja tolerancia a la frustración y bajo rendimiento académico. A estas situaciones, los pediatras le suman la falta de recursos institucionales y la falta de herramientas de los docentes para abordar estos problemas. Estas situaciones además, y de acuerdo otra vez con el profesorado, han aumentado según la mayoría de los pediatras en los últimos años.

En general, los pediatras valoran las estrategias terapéuticas existentes como adecuadas o buenas. A pesar de que en general los pediatras valoran como adecuados o buenos los recursos existentes para tratar estos problemas, prácticamente todos consideran que los recursos asistenciales son insuficientes, tal y como consideran los padres y profesores también.

También de acuerdo con los padres y profesores, los pediatras consideran muy necesaria la coordinación con los diferentes ámbitos (escolar, salud mental, servicios sociales y servicios judiciales) para un correcto tratamiento de estos problemas. Además, los pediatras remarcan con mayor rotundidad que los profesores la necesidad de la coordinación con los servicios sociales y judiciales.



Los profesionales de salud mental consideran de forma mayoritaria que los síntomas de los trastornos de conducta son indicadores de riesgo importantes”

Conclusiones de los resultados de los profesionales de la salud mental

Como se observó en los pediatras, los profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, confirman los datos publicados sobre la prevalencia actual de los trastornos exteriorizados en el ámbito clínico. Además, y también como consideran los pediatras, se constata que la prevalencia de estos ha aumentado en los últimos años. También reconocen, como los otros grupos de profesionales encuestados, que las DA han aumentado considerablemente en los últimos años.

Los profesionales de salud mental consideran de forma mayoritaria que los síntomas de los trastornos de conductas son indicadores de riesgo importantes. En este sentido, entre los indicadores para el TD principales destacan: detectar conductas de pacientes que acosan o amenazan a otros, pacientes que inician peleas y el uso de armas para dañar a otros, para el TND destacan: el desafiar a la autoridad y ser vengativo y para el TDAH: no seguir las instrucciones, las dificultades para organizarse, evitar tareas con esfuerzo mental y parecer tener un motor

interno. A pesar de que los profesionales consideraron todos estos indicadores como relevantes en la detección precoz de los problemas de conducta, las DA y los síntomas del TDAH no lo fueron de forma mayoritaria.

Como se observó en los pediatras, la mayoría de los profesionales afirmó no observar, o hacerlo solo a veces, los trastornos de conducta en pacientes menores de 8 años. Estos mismos profesionales afirman observar en menor frecuencia que los pediatras, pacientes con problemas de conducta entre los 8 y 12 años y el porcentaje es muy alto para el intervalo de edad de los 13 a los 16. Además, los psiquiatras afirman observar más problemas de conducta en la franja de 15 a 18 años que los psicólogos. Esta diferencia en la franja superior de edad podría ser explicada por la gravedad sintomatológica del paciente. Los pacientes de mayor edad, dado el curso más largo de desarrollo del trastorno, posiblemente presentan una problemática más cronicada, con una mayor severidad de la sintomatología y por lo tanto son derivados al psiquiatra y no al psicólogo.

De forma consistente, también a lo observado en las respuestas de los profesores y los pediatras, un alto porcentaje de los profesionales de salud mental afirma observar en sus pacientes con problemas de conducta, familias que están desbordadas por los problemas de sus hijos, pobre control parental de los pacientes y padres que no tienen tiempo para estar con sus hijos. Además, se vuelve a confirmar la necesidad de mejorar la formación del profesorado para afrontar estas situaciones en los centros, así como la necesidad de incrementar los recursos institucionales. En cuanto a las variables de los pacientes, también los psicólogos y psiquiatras afirman observar en estos una pérdida de valor por la autoridad, baja tolerancia a la frustración y bajo rendimiento académico. Todos estos problemas, asociados frecuentemente con los jóvenes con trastornos de conducta según los profesionales de la salud mental, han aumentado en estos pacientes en los últimos años.

Los psiquiatras y psicólogos afirman conocer en mayor grado que los pediatras los recursos asistenciales que ofrecen los centros educativos para estos casos. Sin embargo, aunque la mayoría de ellos afirma conocer los recursos relativos a los psicólogos escolares, gabinetes psicopedagógicos y las unidades de apoyo a la educación especial, el conocimiento de las estrategias propias al normal funcionamiento de las actividades docentes es también poco conocido por estos profesionales. Esta falta de conocimientos de los recursos asistenciales de la escuela remarca la necesidad de realizar una tarea importante de dar a conocer a los diferentes profesionales los recursos disponibles con el fin de hacer un mejor uso de ellos.

Al preguntarles a estos profesionales por la situación en la que observan estos pacientes cuando llegan a la consulta, los psiquiatras y psicólogos afirman que la mayoría vienen diagnosticados previamente. En general, estos profesionales observan en sus consultas pacientes derivados de la escuela o del pediatra y en menor medida observan padres que consultan por el problema de su hijo por primera vez. Este resultado pone de relieve la importancia de la escuela y el pediatra en la detección de estos pacientes, así como la necesidad de reforzar los canales de comunicación entre estos profesionales para una atención más ágil y rápida.



También los psicólogos y psiquiatras afirman observar en estos una pérdida de valor por la autoridad, baja tolerancia a la frustración y bajo rendimiento académico”



En cuanto a la intervención, los profesionales de la salud mental afirman utilizar con mayor frecuencia en estos casos la psicoterapia individual y la psicoterapia familiar”

En cuanto a la intervención, los profesionales de la salud mental afirman utilizar con mayor frecuencia en estos casos la psicoterapia individual y la psicoterapia familiar. En menor medida, psiquiatras y psicólogos reconocen utilizar con estos pacientes terapia de grupo y fármacos. Además, se observó que mientras la terapia familiar es utilizada con mayor frecuencia por los profesionales de los centros privados, la intervención farmacológica es utilizada con mayor frecuencia por los profesionales de centros públicos. Estas diferencias en el uso de las estrategias terapéuticas pueden ser explicadas por dos motivos. En primer lugar, es posible que los pacientes que acuden a centros públicos presenten una mayor gravedad de la sintomatología y por este motivo el uso de las intervenciones farmacológicas sean más frecuentes en estos centros. Pero también es posible que debido a la presión asistencial y la falta de recursos, en estos mismos centros, se recurra con mayor frecuencia al tratamiento farmacológico. Este resultado pone en evidencia la necesidad de ampliar los recursos asistenciales en los centros públicos para poder ofrecer a estos pacientes con mayor frecuencia las intervenciones familiares dado que, como se constata en la literatura científica, ésta es una de las que mejor resultados ofrece a estos pacientes.

Es curioso que, a pesar de lo comentado en el párrafo anterior, los profesionales de la salud mental consideren las estrategias farmacológicas como unas de las más útiles junto con la unidad de agudos y el hospital de día en el tratamiento de estos pacientes. Además, esta opinión sobre la utilidad de las diferentes opciones terapéuticas es diferente a la observada por los pediatras que valoran especialmente la utilidad de la psicoterapia individual y familiar. La valoración de los profesionales de salud mental y la de los pediatras sobre la utilidad de los fármacos y los dispositivos escolares es similar, considerándola en los dos casos por un alto porcentaje de casos como adecuada o buena.

Finalmente, los profesionales de la salud mental entienden que la coordinación con otros dispositivos es muy importante, destacando principalmente el ámbito escolar y los servicios sociales, seguidos de pediatría y los servicios judiciales. Además, la mayoría de ellos considera que los recursos existentes para tratar a estos pacientes son insuficientes.

Comparación de resultados entre los diferentes grupos de profesionales

A continuación se discutirán los resultados comparando las respuestas de los diferentes profesionales. Como las encuestas de los diferentes profesionales no eran exactamente iguales, solo se han comparado los grupos de los profesionales en los que las preguntas coincidían. Por lo tanto se han comparado en la mayoría de los casos a los pediatras con los profesionales de la salud mental y en algunas ocasiones a los tres grupos: pediatras, profesionales de la salud mental y profesores.

Uno de los aspectos más relevantes de los resultados obtenidos en el presente trabajo es que se observó mucha coincidencia en las respuestas de los diferentes profesionales. Esta similitud en las respuestas de profesionales diferentes sobre el mismo tema, los trastornos de conducta, confirma las necesidades observadas por estos en el objeto de estudio del presente trabajo. En este sentido, cabe destacar que, tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos, afirman, en un porcentaje superior al 90%, que los trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes. Sin embargo, los pediatras afirmaron, en un mayor porcentaje que los

profesionales de salud mental, haber observado un aumento de estos problemas en los últimos años. A pesar del mayor número de pediatras que consideró haber observado un aumento de las consultas por estos problemas en su práctica médica, la diferencia entre estos dos grupos de profesionales solo se aproximó a la significación.

Una diferencia relevante entre la opinión de los pediatras y los profesionales de la salud mental se observó al preguntar por la importancia de las DA y los síntomas del TDAH en la detección precoz de los problemas de conducta. Mientras que los pediatras dan mucha relevancia tanto a las DA como a los síntomas del TDAH en la detección precoz de los trastornos de conducta, los psiquiatras y psicólogos le dan bastante menos. Además, la diferencia en el porcentaje de profesionales de cada grupo que afirmó que estos problemas eran importantes en la detección precoz de los trastornos de conducta fue estadísticamente significativa. Es importante remarcar esta diferencia, dado que tanto las DA como el TDAH se han relacionado de forma consistente con los trastornos de conducta en la literatura científica.

Otra diferencia importante observada entre los profesionales se observó al preguntar por el aumento de los problemas estudiados. En este sentido, mientras que los profesionales de la educación y los de salud mental afirmaron en un porcentaje cercano al 35% de los casos haber observado bastante o mucho aumento de las DA, este porcentaje fue muy superior en el caso de los pediatras, observándose diferencias significativas entre estos y los dos otros grupos de profesionales. En cuanto a los síntomas de los otros trastornos incluidos en el estudio, es importante remarcar que mientras que no se observaron diferencias significativas en los síntomas del TDAH, tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos afirmaron haber observado mayor aumento de la sintomatología del TD y TND que los profesores. Esta diferencia puede estar explicada porque los profesores atienden a un gran número de alumnos y muchos de ellos sin problemas, mientras que los profesionales sanitarios, en sus consultas, atienden pacientes que presentan algún problema. Por otro lado, mientras que el TDAH es un trastorno muy conocido a nivel popular, el TND y el TD pueden serlo menos y las conductas características de estos pueden pasar por ser consideradas como jóvenes problemáticos sin considerarlos patológicos.

Otras diferencias importantes se observaron al comparar la percepción en la que son observados ciertos problemas asociados a los jóvenes con problemas de conducta. Mientras que los tres grupos de profesionales afirmaron observar frecuentemente la mayoría de los problemas relacionados con la familia, los profesores afirmaron en menor frecuencia que los profesionales sanitarios observar falta de tiempo en los padres de alumnos con problemas de conducta para estar con sus hijos. En cuanto a las variables del joven, se observó coincidencia en las respuestas de los tres grupos de profesionales con las excepciones de los trastornos mentales y el consumo de sustancias que son observados con mayor frecuencia asociados a los trastornos de conducta por los psiquiatras y psicólogos. Todos los profesionales afirman haber observado un aumento de la problemática asociada a los trastornos de conducta en los últimos años.

En general no se observan diferencias entre los tres grupos de profesionales en el conocimiento de las estrategias de los centros educativos si bien, y como es



Tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos, afirman, en un porcentaje superior al 90%, que los trastornos de conducta suponen una de las principales demandas en el ámbito de la salud mental en niños y adolescentes”



En general no se observan diferencias entre los tres grupos de profesionales en el conocimiento de las estrategias de los centros educativos”

evidente, este conocimiento es mejor en los profesionales educativos, aunque solo se observan diferencias significativas al preguntar por las estrategias incluidas en el funcionamiento habitual de los centros (aulas abiertas, unidades de escolarización compartida, plan de acción tutorial, etc.). Además, y como ya se ha comentado con anterioridad, los profesionales de la salud mental valoran mejor las estrategias educativas que los pediatras. A pesar de que la valoración de las diferentes estrategias es buena, los profesionales reconocen un importante desconocimiento sobre las mismas, también la falta de recursos para poder atender a estos jóvenes y la necesidad de una mejor coordinación entre los diferentes ámbitos para atender con mayor eficacia a estos jóvenes.

Resumen

En resumen, los resultados del presente trabajo confirman los resultados de los diferentes estudios que ponen en evidencia que los trastornos de comportamiento suponen una de las demandas más importantes en los centros de salud mental y que estos han aumentado en los últimos años. Además, todos los profesionales reconocen que la actual situación de crisis ha generado un incremento de los problemas familiares y que estos pueden estar asociados al incremento de la prevalencia de estos trastornos y con toda seguridad dificultan el tratamiento de estos pacientes.

Además, los profesionales afirman que los recursos con los que se cuentan para abordar estos problemas, tanto desde la escuela, como desde el ámbito de la salud mental son buenos, aunque insuficientes. Esta falta de recursos se ve perjudicada por la falta de coordinación y de conocimientos que los profesionales de cada ámbito tienen del otro. Esta necesidad de coordinación constituye uno de los principales retos en el tratamiento de estos jóvenes y posiblemente lo que requiere un mayor trabajo es la coordinación entre la escuela y los padres.

Los profesionales que se sienten más desamparados a la hora de dar respuesta a estos jóvenes son los profesores. Estos reconocen la necesidad de una mejor formación, de más recursos institucionales, aunque reconocen que los centros actúan con bastante agilidad cuando detectan estos casos. Una de las consideraciones que el colectivo docente reclama es un mayor reconocimiento por parte de los padres y también por parte de las instituciones en las que trabaja. Esta situación es importante ya que los centros educativos y los pediatras son los principales agentes en la detección de estos pacientes.

Puntos clave

Conclusiones

1. Hay un aumento de las familias con problemas económicos.
2. La crisis ha tenido un impacto en el incremento de los niños y adolescentes con trastornos de comportamiento.
3. Los problemas de comportamiento se relacionan más con la disminución del tiempo que comparten padres e hijos (especialmente el tiempo compartido entre madres e hijos) que con la disminución de recursos económicos familiares.
4. Es importante destacar el incremento percibido de la prevalencia de los trastornos del aprendizaje.
5. Existe un déficit en los recursos asistenciales.
6. La relación padres-escuela, cuando existe un alumno con problemas de comportamiento, es mejorable.
7. Es importante que los profesionales de la salud mental realicen una evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Recomendaciones

1. Destacan las necesidades formativas de los profesores.
2. Se evidencia la necesidad de un mayor apoyo del centro educativo al profesorado en el manejo de los alumnos con problemas de conducta.
3. Son necesarios protocolos de actuación/soprote al profesor que tiene alumnos con problemas graves de comportamiento.
4. Se evidencia la existencia de muchas familias desbordadas y que necesitan más ayuda para el manejo de dichos trastornos.
5. Todos los actores principales destacan la importancia de mejorar la comunicación y coordinación de los casos.
6. Los profesionales destacan la baja tolerancia a la frustración y la pérdida de valor a la autoridad como factores destacados en los problemas de comportamiento y aquellos donde hay que incidir más para cambiarlos.
7. Es necesario mejorar la formación de los pediatras en los signos de alarma para aumentar la detección de estos trastornos.
8. Es necesario un mayor conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en los recursos asistenciales existentes en cada una de las instituciones.
9. Los dos grupos de edad con más prevalencia de problemas de comportamiento son los de 13-14 y los de 15-16 años, en los que se deberían dedicar más recursos.
10. Sería interesante potenciar la intervención familiar en la sanidad pública.

Anexo

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos propuestos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta versión (DSM-5) son:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros.
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima.
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

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

Engaño o robo

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

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta a la escuela, empezando antes de los 13 años.

Los criterios propuestos en el DSM-5 para dicho trastorno son:

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Los criterios propuestos en el DSM-5 son:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles, o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.

- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia golpea o juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está ocupado, actuando como si lo impulsara un motor.
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Bibliografía

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. 2014.

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la població infantil de Catalunya. 2014.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. NICE clinical guideline 158. 2013.

Artigas Pallarés J. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. VIII, Suplemento 4, 2006.

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Bassarath L. Conduct Disorder: A Biopsychosocial. Review. Can J Psychiatry 2001; 46 (7): 609-616.

Casares García, E. Estudios sobre el cambio en la estructura de las relaciones familiares. Portularia Vol. VIII, N 1, 2008. (183-195). Universidad de Huelva.

Connor DF, Ford JD, Albert DB, Doerfler LA. Conduct Disorder Subtype and Comorbidity. Annals Of Clinical Psychiatry 2007; 19(3): 161-168.

Fabregat E, Palomares MJ. Cribado de problemas psicosociales en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 425-37.

Fernandez A, Gonzalez MA, Abeijon JA, Bravo B, Fernandez de Legaria JA, Guadilla ML, Gutierrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Mugica MA, Palomo J, Rey F. Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2010. Informe no: Osteba D-10-01.

García-Jiménez MC, López-Pisón J, Blasco-Arellano MM. 2005. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. REV NEUROL 2005; 41 (2): 75-80.

Hamilton S, Armando J. Oppositional Defiant Disorder. American Family Physician. Volume 78, Number 7 October 1, 2008.

Investigación sobre Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes. Proyecto Esperí. Fundación Iberdrola 2005.

Jané-Llopis, E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.89 Madrid ene.-mar. 2004.

Josué Vásquez, Miriam Feria, Lino Palacios, Francisco de la Peña. Guía Clínica para el Trastorno Disocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, 2010.

Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Luaces Cubells C, San Molina L.. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76(1):30-37.

Moya J, Anguera T. Problemes de comportament en infants i adolescents a Catalunya: trastorn per déficit d'atenció i trastorn de conducta, necessitats educatives que generen. *Educació Inclusiva*. 2010. Generalitat de Catalunya.

Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo, 2012. Detección E Intervención En El Aula De Los Trastornos De Conducta. *Educación XX1*. 15.2, 2012, pp. 185-212.

Raya A. Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. Departamento de Psicología. Area de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Córdoba. 2008.

Raya A., F., Pino MJ., Herruzo J. La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology* 2009, 2 (3).

Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallarés J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *REV NEUROL* 2006; 42 (Supl 2): S83-S88.

Robles Pacho, Z Romero Triñanes, E. Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*. 2011, vol. 27, no 1 (enero), 86-101.

Roca, G (Coord.) (2015). Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed).

Rodríguez Hernández PJ, Barrau Alonso VM. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 760-768.

Rodríguez PJ, Santamaría MT, Figueroa A. Trastornos Del Comportamiento. Guía Didáctica. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Año 2010.

Romano, E, Tremblay, RE, Boulerice, B Swisher, R. Multilevel Correlates of Childhood Physical Aggression and Prosocial Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005, 33(5), 565-578.

Ruiz D, Garcia M, Boza J, Zaragoza M, Martínez S. L'afectació de la Salut Mental en la població infantil i Adolescent en situació de risc a Catalunya. Estudi. FEDAIA. Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la Infància i l'Adolescència. 2014.

Saldaña García, C (coord.). 2001. Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Ediciones Pirámide. España.

Tur, A, Mestre, V, Del Barrio, MV. Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica* 2004, 36(3), 207-221.

