

AUTOCONCEPTO EN NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA DE ESCUELAS URBANO-MARGINALES

Cecilia Inés Rodríguez

Mirta Susana Ison

Unidad de Farmacología del Comportamiento

U.N.Cuyo - C.O.N.I.C.E.T.

El propósito de este trabajo fue indagar acerca del nivel de Autoconcepto que presentan los niños con trastornos de conducta de escuelas urbano-marginales, de la Provincia de Mendoza, Argentina, y compararlo con el de niños controles, sin trastornos, con el fin de establecer relaciones entre ambas variables. Se procedió a seleccionar los grupos a partir del Guión de Observación Comportamental (Ison, Fachinelli, 1993) y de la Escala de Autocontrol de Phillips Kendall y Wilcox (1973). Para la evaluación de Autoconcepto se utilizó la Escala de evaluación de Autoconcepto para niños y adolescentes de Piers y Harris (1964) aplicada a la totalidad de los niños varones de entre 8 y 11 años en 183 evaluaciones (103 niños con trastornos de conducta y 80 sin trastornos) realizadas durante dos años de trabajo. Se llega a la conclusión de que los niños con trastornos de conducta de escuelas urbano-marginales poseen autoconceptos significativamente más bajos que los niños controles de las mismas escuelas.

Palabras claves: Autoconcepto - Trastornos de Conducta de Niños - Autoconfianza - Autoestima.

Introducción

Es alto el porcentaje de niños provenientes de zonas urbano-marginales

de la Ciudad de Mendoza que manifiestan trastornos de conducta en la escuela como agresividad, impulsividad e hiperactividad, siendo

de gravedad la mayoría de los casos. También es alto el incremento de este tipo de conductas en el último tiempo así como las vinculadas a la violencia en general.

El nivel de autoconcepto de los niños con trastornos de conducta no ha sido comparado con el de niños sin tales trastornos. Con el término «autoconcepto» hacemos referencia a las autopercepciones que una persona tiene respecto a sucesos importantes de su vida. Gran cantidad de variables intervienen en la estructuración de los autoconceptos, como el nivel de aspiraciones de la persona, constituido por sus metas, expectativas y logros alcanzados; su posición en la estructura social, lo que determinará que en el proceso diacrónico de la construcción de la percepción de sí mismo y de acuerdo a sus necesidades, el individuo ponga más énfasis en algunas dimensiones que en otras. Otra variable en juego es el nivel de aspiración del subsistema familiar que influirá en el autoconcepto de acuerdo a cómo percibe el sujeto que está satisfaciendo las expectativas o aspiraciones que las figuras de su núcleo familiar pusieron en él. El efecto que los medios masivos de comunicación producen en la determinación de los autoconceptos no es menos importante. Estos actúan por medio de mecanismos de identificación con el yo ideal generando necesidades que no siempre se está en condiciones de satisfacer, y menos aún en poblaciones de condición socioeconómica desfavorable.

En síntesis, el autoconcepto se configura a partir de las autopercepciones que sobre sí mismo tiene una persona en diferentes dimensiones; (Casullo, 1990), su cuerpo, su rendimiento intelectual, sus estados afectivos, su grado de aceptación social, su conformidad o no con el logro de metas de vida, sus posibilidades de satisfacer necesidades básicas.

Los así llamados trastornos de conducta tales como comportamiento agresivo e impulsivo y déficit de atención con hiperactividad, son fundamentalmente producto de cierto tipo de interacciones entre el niño en desarrollo y los agentes socializantes que lo rodean. Estos agentes socializantes generalmente son los padres, maestros, sus pares, el grupo social donde se desenvuelven y los medios masivos de comunicación (Patterson, Reid, Jones y Conges, 1975), es decir son producto de las mismas interacciones que intervienen en el proceso de formación del autoconcepto.

Al hablar de desórdenes conductuales en estas poblaciones, hay que recordar que los niños de zonas urbano-marginales viven cotidianamente carencias de índole física y afectiva. Muchos de ellos crecieron en ámbitos de violencia familiar y social, donde la agresión además de ser un modo de supervivencia, es la única forma conocida de establecer relaciones vinculares y de expresar emociones.

Debido a ello, y porque el autoconcepto se expresa por medio de manifestaciones comportamentales, es que cuando el nivel de valoración y

de confianza en sí mismo no se corresponde con el deseado y esperado, aparecen sentimientos de frustración y falta de estima que se expresan por medio de trastornos de conducta (Garzón, 1984). En cambio, la existencia de un autoconcepto estable reduce la ambigüedad frente a situaciones nuevas y estructura las conductas hacia determinadas metas (Casullo).

En zonas urbano-marginales no se estimula ni recompensa el logro, contrariamente se refuerza y castiga el error por pequeño que sea, lo cual además de disminuir la tolerancia a la frustración generando ansiedad, determina una autoimagen negativa en el niño y una pobre autovaloración.

Como el autoconcepto juega un importante papel también en lo referente a las motivaciones, que constituyen una variable fundamental para el aprendizaje y para la no aparición de conductas problema, es que existe una relación directa entre el autoconcepto y el rendimiento escolar. El objetivo de este trabajo fue realizar una evaluación comparativa del nivel de autoconcepto de los niños con trastornos de conducta con el de niños sin tales trastornos que concurren a escuelas urbano-marginales.

Método

Se trabajó con 183 varones de entre 7 y 12 años de edad provenientes de tres escuelas urbano-marginales de la provincia de Mendoza (Argentina). Los niños fueron seleccio-

nados por medio de la observación y registro de las conductas individuales durante 10 minutos, en situación de recreo y en clases de educación física, y con la administración de 2 escalas de evaluación de conductas contestadas por sus docentes: la Escala de Autocontrol y la Guía de Observación Comportamental. Sobre un total de 270 niños evaluados entre 8 a 11 años de edad, fueron identificados 103 varones con conductas problema y 80 varones sin ellas.

Como criterio de inclusión de un niño en el Grupo con conductas problema se establecieron dos medidas: a) en la Escala de Autocontrol, la obtención de un puntaje superior a una desviación estándar por encima de la media del grupo (este valor corresponde a un puntaje superior a 150). b) En la Guía de Observación Comportamental para niños, para todas las edades, un percentil por encima de 75 fue indicador de Agresión física / verbal (13-14 puntos), Negativismo (5-6 puntos) e Hiperactividad (4-5 puntos).

Para la inclusión de un niño en el Grupo sin conductas problema se establecieron: a) en la Escala de Autocontrol, la obtención de un puntaje inferior a una desviación estándar de la media del grupo (este valor corresponde a un puntaje inferior a 75). b) Se incluyeron aquellos niños que en la Guía de Observación Comportamental obtuvieron los siguientes puntajes: 5-7 en Agresión física / verbal, 2-3 en Negativismo y 0-2 en Hiperactividad, correspondientes a un percentil igual a 50.

De esta manera, quedaron confeccionados 2 grupos: 103 niños con conductas problema y 80 niños controles sin trastornos de conducta. Posteriormente se aplicó la Escala de Evaluación de Autoconcepto al total de los niños seleccionados de ambos grupos, y a partir de la comparación estadística de los mismos quedaron confeccionados 4 subgrupos de niños:

- Niños con trastornos de conducta y Bajo Autoconcepto: 51
- Niños con trastornos de conducta y Buen Autoconcepto: 52
- Niños sin trastornos de conducta y Bajo Autoconcepto: 21
- Niños sin trastornos de conducta y Buen Autoconcepto: 59

Estadística

Para el análisis estadístico de los resultados de las Evaluaciones de Comportamiento aplicadas para la selección de los grupos, así como para el procesamiento de los datos de la Evaluación de Autoconcepto, se utilizó el Test de *t* (Test de Student) de diferencia de medias. Se consideró significativa una diferencia de $p < 0.05$.

Instrumentos

a) Evaluación de docentes:

- Escala de Autocontrol para niños de Phillips Kendall y Wilcox, 1979 (4). Consta de 33 ítems que evalúan el grado de impulsividad o de autocontrol del niño en forma individual.

- Guión de Observación Comportamental de Ison, Facchinelli, 1993. Confeccionada especialmente para informar sobre la clase y frecuencia de las conductas problema en el niño. Las conductas que explora que aquí se consideran son: agresividad física y verbal, negativismo e hiperactividad. Dicha Guía cuenta con el Baremo correspondiente.

b) Evaluación de Autoconcepto: Escala Verbal para niños y adolescentes de Piers y Harris, 1984, adaptada y estandarizada por M.M. Casullo, 1988. Consiste en un cuestionario autoadministrable de 80 preguntas con el subtítulo «lo que siento sobre mí». Estos 80 ítems se agrupan en 6 subescalas:

1- Comportamiento: evalúa conductas relacionadas con la convivencia.

2- Status Intelectual: sentimientos relacionados con logros académicos.

3- Imagen Corporal: indaga actitudes hacia el propio cuerpo así como ciertas habilidades sociales.

4- Ansiedad: reacciones predominantemente afectivas.

5- Popularidad: refleja la autoevaluación en función de la comparación con pares.

6- Bienestar y Satisfacción: evalúa la posibilidad de sentirse satisfecho con la forma de vida que se lleva.

La escala de evaluación se focaliza en las «autopercepciones concientes» e intenta evaluar lo que se denomina «una percepción fenomenológica».

ca del sí mismo». Permite obtener, además, puntajes parciales para cada subdimensión que evalúa, así como un puntaje total que es la suma de los puntajes parciales.

Resultados

Como se consignó en Método, se aplicó la Evaluación de Autoconcep-

to a 183 niños, 103 con trastornos de conducta y 80 sin trastornos, seleccionados por medio de las técnicas mencionadas.

No se registraron diferencias estadísticamente significativas entre edades (no se consignan resultados) por lo que se procedió al procesamiento de los datos en forma conjunta. Del análisis estadístico (test de

Tabla n° 1

Dimensiones	Trast. Cta. (N=103)	Controles (N=80)
Puntaje total	55.28±1.14***	62.42±0.97***
Comport.	9.77±0.31***	11.69±0.24***
Stat. Intel.	11.97±0.31***	15.16±1.33***
I. Corporal	9.70±0.25**	10.5±0.25**
Ansiedad	8.51±0.25*	9.25±0.26*
Popular.	7.92±0.21***	9.15±0.21***
Bien. y Sat.	7.73±0.17**	8.42±0.58**

(test de "t"): *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

GRÁFICO N°1: Puntajes Totales obtenidos en la Evaluación de Autoconcepto de los niños con trastornos de conducta versus controles.

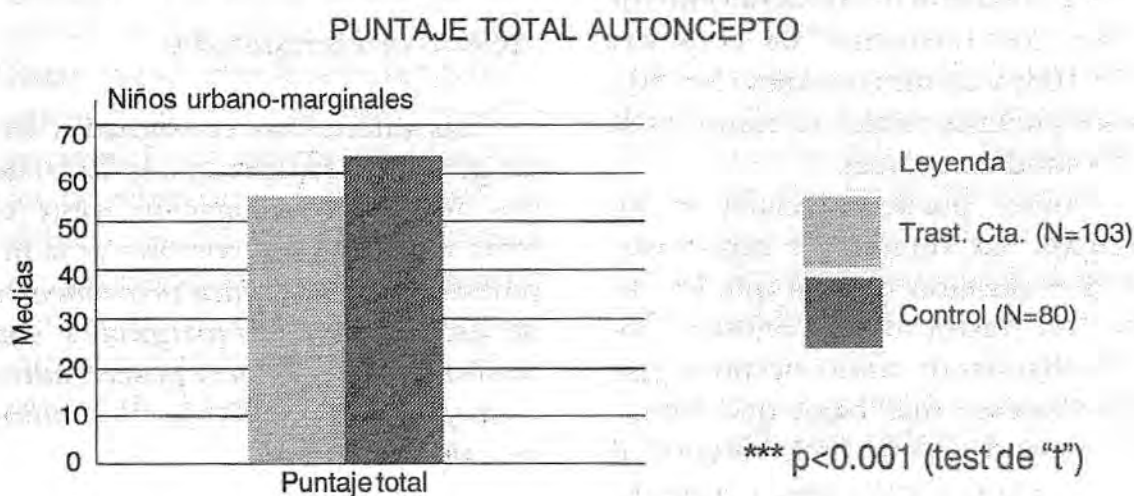
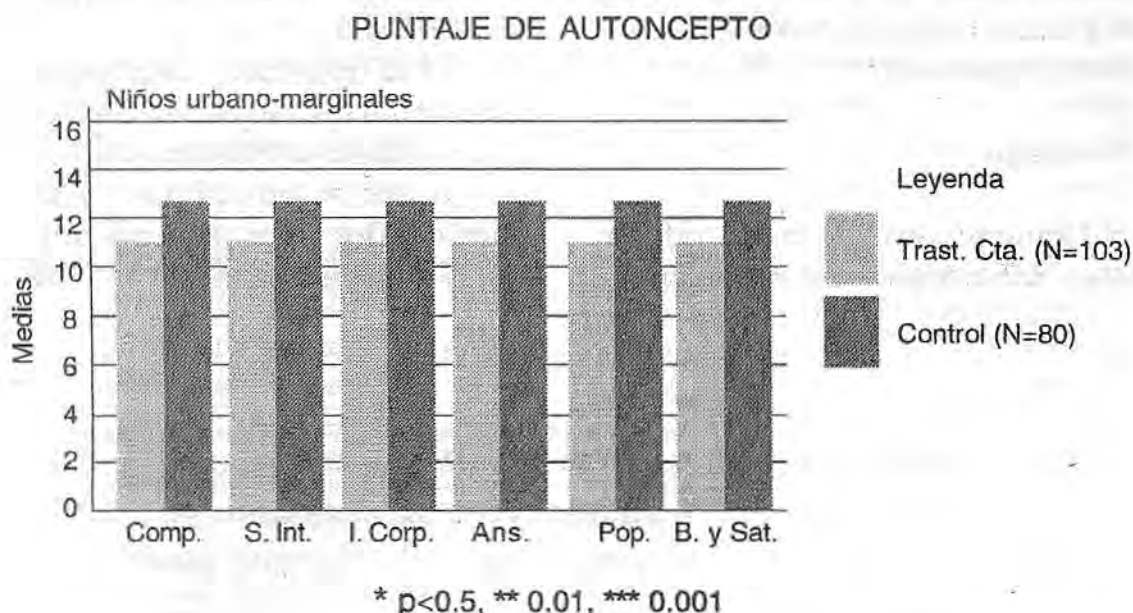


GRÁFICO N° 2: Medias obtenidas en las 6 subdimensiones de la Evaluación de Autoconcepto de los niños con trastornos de conducta versus controles



t), se obtuvieron los puntajes promedios de autoconcepto para cada grupo. A partir de ello, se consideró como niños con bajo autoconcepto, a aquéllos que obtuvieron puntajes por debajo de la media obtenida por su propio grupo, más menos desviación estándar.

En la Tabla N°1 se indican las medias y errores estándar obtenidas de la Evaluación de Autoconcepto de niños con trastornos de conducta (N=103) y de sus controles (N=80), de los puntajes totales así como los de las 6 subdimensiones.

Como puede apreciarse en los gráficos, las diferencias registradas en la evaluación indican que los niños con trastornos de conducta poseen puntajes de autoconcepto significativamente más bajos que los niños controles, tanto en lo referido al autoconcepto total como a la totali-

dad de las subdimensiones que evalúa la escala. Las diferencias son las siguientes:

- Niños con trastornos de conducta y bajos puntajes de autoconcepto: 49%.
- Niños sin trastornos de conducta y bajos puntajes de autoconcepto: 27%.

Análisis de los resultados

Las diferencias consignadas entre grupos se repitieron a lo largo de dos años de investigación sobre el tema y permitieron corroborar la hipótesis de que *los niños provenientes de escuelas urbano-marginales con trastornos de conducta poseen autoconceptos más bajos que los niños sin tales trastornos.*

Asimismo se encontró correlación entre los resultados de las evaluaciones comportamentales, siendo que los niños que obtuvieron Bajos puntajes en la Evaluación de Autoconcepto obtuvieron altos puntajes en la Escala de Autocontrol, lo que indica que poseen un comportamiento de tipo impulsivo caracterizado por la dificultad para inhibir su conducta cuando es necesario hacerlo. De la misma forma, por medio del Guión de Observación Comportamental se registraron altos índices de agresividad física y verbal, dificultad en la atención, hiperactividad y transgresión en la conducta de los niños con trastornos de conducta y Bajos puntajes de Autoconcepto.

En la Evaluación de Autoconcepto, las dimensiones de la escala en la que se registraron mayores diferencias entre ambos grupos, fueron Comportamiento, Status Intelectual y Popularidad, lo que indica que los niños con conductas problema tienen baja confianza en su capacidad intelectual y cognitiva así como dificultad en sus habilidades sociales. Éstas, caracterizadas por la agresión, generan un bajo concepto de su comportamiento e incrementan los niveles de ansiedad del niño. A su vez, debido a la dificultad en la expresión de las emociones, esta ansiedad es generadora de comportamientos disruptivos con la consiguiente disminución de la autoestima.

Actualmente hemos comenzado a llevar a cabo en estas escuelas un tratamiento orientado a mejorar el nivel de autoestima e incrementar la autoconfianza de estos niños por medio de un entrenamiento en habilidades sociales.

Conclusiones

A partir de los resultados de las Evaluaciones de Autoconcepto administradas corroboramos nuestra hipótesis, ya que los niños con problemas de conducta que concurren a escuelas urbano-marginales obtuvieron puntajes de autoconcepto más bajos que los niños sin trastornos.

Como se indicó anteriormente, en las primeras etapas del desarrollo los autoconceptos surgen de los vínculos que el niño establece con su sistema familiar. En etapas posteriores, los autoconceptos se van estructurando a partir de las relaciones psicosociales que el niño construye fuera del hogar y en las que las relaciones con grupos de pares constituyen un factor fundamental. La experiencia educativa representa otra variable determinante del autoconcepto de niños, como también de adolescentes, especialmente en lo referido a la dimensión cognitiva. Por ello, es que en los ámbitos educativos es de importancia fundamental enfrentar a las personas con experiencias que estén relacionadas con las posibilidades concretas que ellas tienen de abordarlas

en forma satisfactoria, tendiendo a evitar fracasos innecesarios.

En síntesis, no sabemos aún cuán determinante es el autoconcepto en el desarrollo de trastornos de conducta en el niño pero sí hemos comprobado que incide en su formación. Tampoco sabemos si el bajo autoconcepto es causa o consecuencia de la producción de trastornos de conducta. Lo que sí sugerimos es que para que una persona pueda autorregular su conducta, debe poder realizar autovaloraciones positivas de sí mismo. Lo contrario, genera una conducta impulsiva, descontrolada, disruptiva que debido al Bajo Autoconcepto y la pobre autovaloración es incapaz de autoregularse.

Es mucho el trabajo a realizar así como el interés por investigar cómo incide el nivel de autoconcepto de un niño en sus distintas manifestaciones conductuales y en su rendimiento escolar, y comprobar si por medio de la práctica y estimulación de un comportamiento social asertivo se logra incrementar el nivel de autoconfianza y autoestima de los niños, lo que automáticamente incidiría en su expresión comportamental.

El niño de zonas urbano-marginales está solo afectiva y físicamente, lo que le origina un comportamiento inmaduro, dependiente, inseguro de sí mismo y falta de estima. La falta de límites que le ayuden a organizarse, no le permite desarrollar su capacidad de autocontrol y ante la dificultad para regular su conducta reacciona mediante conductas impulsivas, y generalmente agresivas, que les producen mayor sensación de incapacidad y frustración.

Hemos comprobado un notable aumento de conductas problemáticas en los niños urbano-marginales a lo largo de los 2 años de evaluación; presentando algunos gran cantidad de conductas altamente agresivas, y otros, de conductas altamente inhibidas. Pensamos que la realidad actual de estos niños es cada vez más cruda: el hambre, el abandono físico y emocional y la violencia familiar aumentan día a día. Todos estos conflictos se manifiestan en las escuelas urbano marginales por medio de trastornos de conducta y bajo rendimiento escolar. Comparar esta realidad con la de los niños de zonas urbanas es otra investigación que estamos comenzando a desarrollar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASULLO, M. Martina (1990). *El Autoconcepto*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- PATTERSON, G. REID, Jones, CONGES (1975), *Behavioral Intervention Procedures in the classroom and in the home*. En Bergin & Garfield Editorial, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley and Sons.
- GARZÓN, A. (1984), *Técnicas Instrumentales*, Departamento de Psicología Social, Valencia.
- KENDALL, P. y Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.
- ISON, M. y FACHINELLI, C. (1993). Guía de Observación Comportamental para niños. *Interdisciplinaria* 12 (1) 11-21.
- ISON, M. y SORIA (1993). Baremo de la Guía de observación Comportamental para niños. Manuscrito enviado a la revista *Interdisciplinaria*.
- PIERS, E. (1984), *Piers-Harris children's self-concept scale revised manual*, WPS, Los Angeles.
- SANCHEZ MOISO, M.E. y col. (1980). *Trastornos de conducta*, de Educación Especial, Madrid, Edit. Cincel.

SELF-CONCEPT IN CHILDREN WITH BEHAVIOR DISORDERS

The purpose of this work was to investigate the Self Concept level in children from urban marginal schools with disruptive behavior disorders and children without them (control group). Groups were selected according to results obtained from the "Guión de Observación Comportamental" (Ison and Fachinelli, 1993) and the Self-control Scale in children (Kendall and Wilcox, 1979). For the evaluation of self concept, the Self Concept Scale of Piers-Harris (1984) was applied to 183 boys aged 8 to 11 years (103 with behavioral problems and 80 without them) during two consecutive years. It is shown that boys from urban marginal schools bearing disruptive behavior disorders, have self concepts scores significantly lower than controls.

Key Words: Self-concept - Behavior dysfunctions in children - Self-trust - Self-esteem.

Datos y dirección del autor: Cecilia Inés Rodríguez. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba. Docente de la Cátedra de Farmacología de la Fac. de Ciencias Médicas de la U.N.Cuyo. Becaria de Perfeccionamiento del Consejo nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Unidad de Farmacología del Comportamiento (UNIFCO), Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, UN Cuyo, Casilla de Correo 33, 5500, Mendoza, Argentina. Tel.205020 (ints. 2640/2641)

Dra. Mirta Susana Ison. Lic. en Psicología por la Universidad del Aconcagua. Doctora en Psicología por la U.N.de San Luis y Master en Psicología Clínica de Orientación Cognitiva mención integrativa.

Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA), Centro Regional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CRICYT), Mendoza. Tel: 288797