



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS MAESTROS Y  
PADRES DE FAMILIA EN NIÑOS CON TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ESCOLAR**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA LA ALUMNA:  
DRA. FABIOLA VALDEZ BARRAGÁN**

**TUTORA:  
DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**



**MEXICO D.F. 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Tutora:**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR UMF 20**

**Vo. Bo.**

---

**DRA. SANTA MENDOZA VEGA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR UMF 20**

**Vo. Bo.**

---

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION  
EN SALUD UMF 20**

**DEDICATORIA**

**LO LOGRAMOS!!!**

**CAMINANTE, SE HACE CAMINO AL ANDAR, PARA TI....**

## **AGRADECIMIENTOS**

**DIOS, GRACIAS POR PONER A LAS MEJORES PERSONAS EN MI VIDA Y ASÍ LLEVARME DONDE ESTOY!**

A mis papas, **RICO Y MARY**, que me regalaron la vida, que han caminado guiándome en el mejor sendero y me han acompañado cada instante, que no se cansaron de sembrar semillas en mi, y que ahora me permite llenar de flores mi camino.

Gracias a mis padres, por mi primer libro de Medicina que recibí en el Kinder, y que hoy culmina en esta tesis, reflejo de años de esfuerzo, de desvelo, de momentos donde tuve que partir cuando lo que más quería era estar con ustedes, sin embargo, me encargue de que ese esfuerzo no fuera en vano y hoy les doy las gracias por este logro que es mi tesis de la especialidad.

En este camino conocí gente maravillosa, como a ti, **ENRIQUE**, mi esposo, que llegaste a impulsarme a cerrar este ciclo y hacerme soñar para abrir muchos más. **DRA. CARMEN**, infinitas gracias, porque su apoyo fue más allá de pasar mañanas enteras revisando mi tesis, me escucho y apoyo cada momento que lo necesite.

**NALA Y KIARA**, por demostrar su cariño cada que llego sin importar cuantos días me ausenté y por desvelarse leyendo conmigo.

## ÍNDICE

<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>10</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>16</b>
<b>Objetivos</b>	<b>17</b>
<b>Justificación</b>	<b>18</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>19</b>
<b>Sujeto, material y método</b>	<b>20</b>
<b>Diseño</b>	<b>20</b>
<b>Variables</b>	<b>21</b>
<b>Descripción general del estudio</b>	<b>22</b>
<b>Análisis de datos</b>	<b>24</b>
<b>Factibilidad y aspectos éticos</b>	<b>25</b>
<b>Resultados</b>	<b>30</b>
<b>Discusión</b>	<b>40</b>
<b>Conclusión</b>	<b>42</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>43</b>
<b>Anexos</b>	<b>45</b>

## COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS MAESTROS Y PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ESCOLAR

Valdez-Barragán Fabiola.<sup>1</sup>, Aguirre-García María del Carmen.<sup>2</sup>

**Introducción:** Los trastornos de comportamiento principalmente son detectados en el aula escolar, sin embargo los padres no siempre tiene la misma opinión del comportamiento del niño  
**Objetivo:** Comparar la percepción del comportamiento y desempeño que tienen los profesores de los niños con trastornos del comportamiento en el aula, con respecto a la que tienen los padres en el hogar. **Material y Métodos:** Se realizara un estudio observacional, comparativo en Julio del 2013 en la escuela primaria Laura Méndez de Cuenca ubicada en zona de afluencia de la unidad de medicina familiar No 20. Previo consentimiento informado se les aplicará un instrumento de TRF a profesores de niños de 1º a 6º años con trastorno de conducta, posteriormente a los padres de los niños, el CBCL excluyéndose aquellos que ya tengan un diagnostico psiquiátrico, que no contesten los instrumentos, o que no deseen participar. Se utilizará estadística descriptiva y analítica índice kappa. **Resultados:** Existió concordancia padres profesores en las áreas de ansiedad depresión, trastornos del pensamiento, somatización y conductas infractoras, concordancia moderada en retraimiento, problemas sociales y conductas agresivas, con nula concordancia en trastornos de conducta.

**Palabras clave:** trastornos de conducta escolar, percepción de conducta, CBCL, TRF.

**Introduction:** Behavioral disorders are detected mainly in the class room, but parents do not always have same view of the child's behavior. **Objective:** To compare the behavior and performance perceptions that teacher have of the children whit behavioral disorders in the classroom, whit respect to which parents have in the home. **Material and methods:** We conduct an observational, comparative in July 2013 in elementary school Laura Mendez de Cuenca located in area of influx of Family Medicine Unit No 20. Informed consent will apply an instrument of TRF teachers of children from 1<sup>st</sup> to 6<sup>th</sup> years whit conduct disorder, then the parents of the children, the CBCL excluding those who already have a psychiatric diagnosis, that does not answer the instrument, or not wishing to participate. They use descriptive and analytical statics kappa. **Results:** We demonstrated concordance between parents and teachers in the areas of anxiety, depression, thought disorder, somatization and unlawful behavior, moderate agreement on withdrawal, social, problems and aggressive behavior, whit no agreement in behavioral disorders.

**Keywords:** school behavioral problems, behavioral perceptions, CBCL, TRF.

---

<sup>1</sup> Médico Residente de Tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No.20.

<sup>2</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No.20.

**COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS MAESTROS Y  
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ESCOLAR**

## ANTECEDENTES

Los trastornos de comportamiento principalmente son detectados en el aula escolar (1, 2, 3), sin embargo los padres no siempre tiene las misma opinión del comportamiento del niño, por lo que es importante confrontar ambas opiniones de un mismo individuo en diferentes entornos (1, 4, 5, 6).

El término “trastorno de conducta” se utiliza para describir un patrón persistente de conducta oposicionista, agresiva o antisocial, que no se ajusta a lo que socialmente se considera normal para la edad cronológica del niño y que generalmente lleva a la violación de los derechos de otras personas (4, 7). Ejemplos de estas conductas incluyen peleas frecuentes, crueldad a animales, mentiras repetidas, robos, piromanía, fugas de casa, ausentismo, destrucción de propiedad, berrinches o enfados, conductas desafiantes, desobediencia.

Muchos de los profesionales que trabajan en el campo de la psicopatología infantil utilizan el término hiperactividad para referirse a un cuadro de síntomas de base neurológica que muy bien podría degenerar en problemas importantes (8, 9, 10, 11, 12). El mismo está muy lejos de tener relación con lo que muchos padres y maestros piensan sobre estos niños. Les califican de niños traviosos y malcriados; piensan además que sólo en algunos de los casos la aparente incorregibilidad de los niños podría estar asociada a problemáticas con la conducta (13, 14, 15).

Es importante diferenciar los problemas conductuales de menor severidad e intensidad que pueden aparecer en la primera infancia o en la adolescencia y que se consideran evolutivamente normales (8, 16, 17). Para hacer un diagnóstico de trastorno de conducta es necesario que las conductas persistan al menos seis meses y que tengan unas consecuencias claras tanto a nivel personal, como académico y familiar. Los trastornos de conducta son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia que está aumentando en las últimas décadas de forma clara debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando. Existen distintos subtipos en función de la edad de comienzo y de la severidad de la presentación (18, 19).

También se ha realizado algunos estudios sobre la comorbilidad de trastorno de conducta desafiante y trastorno por déficit de atención, evidenciándose una mayor ocurrencia entre ambos trastornos (19, 20, 21). Sin embargo estas investigaciones muestran una co segregación entre ambos lo que viene a demostrar, como en otras investigaciones, la existencia de un subtipo familiar con una etiología diferente. Este hallazgo abre las puertas a la investigación de genes de vulnerabilidad, a pesar de que los estudios de agregación familiar, debido al diseño, son incapaces de diferenciar los factores familiares ligados al ambiente de los factores genéticos (18, 21).

Contrariamente a los estudios de agregación familiar, los estudios de adopción sí permiten diferenciar los factores ambientales de los genéticos. Se trata de estudios correlacionales sobre medidas dimensionales entre niños adoptados con sus padres biológicos y adoptivos y entre hermanos biológicos y adoptados (19, 20, 22).

Un modelo más adaptado consiste en comparar hermanos biológicos y adoptados, donde estima una heredabilidad del 55% (23, 24, 25).

Las investigaciones realizadas en niños preescolares estiman un score de heredabilidad del 34 al 58%, observándose diferencias entre sexos, 75% para las niñas y del 50% para los niños. El score del ambiente no compartido explicaría el 25 al 42%. En los niños en edad escolar la heredabilidad se estima entre el 38 y 81%. Igualmente la heredabilidad aumenta con la edad disminuyendo los factores ambientales (26).

Algunos autores afirman lo importante de la influencia genética, aunque los resultados son bastante heterogéneos dependiendo de los informadores, de los instrumentos de diagnóstico utilizados y la población estudiada. Así la heredabilidad se estima en el 50- 98% cuando los informadores son los padres, del 39-81 % cuando son los profesores y del 0-81% cuando se utilizan la auto-información. Igualmente la heredabilidad difiere en algunas investigaciones cuando se estudian distintas dimensiones. Por ejemplo, la inatención y la hiperactividad-impulsividad. Existen tres investigaciones que analizan la heredabilidad de estas dos dimensiones. Dos de ellos estiman una mayor heredabilidad para hiperactividad que para la inatención. Por el contrario algunos expertos opinan que la inatención presenta un mayor score de heredabilidad que la hiperactividad e impulsividad: el 94% frente al 78%, respectivamente. Sin embargo los sujetos estudiados presentaban comórbidamente una dislexia (26).

El pronóstico a medio y largo plazo es negativo con una alta tasa de fracaso escolar, conductas delictivas, comorbilidad muy alta y consumo de sustancias. Existe también una continuidad alta entre los trastornos de conducta de la infancia y los de la adolescencia, y entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la adolescencia y los trastornos de personalidad de la etapa adulta. Las intervenciones son complejas e implican siempre a distintos profesionales, y para ser efectivas deben centrarse en intervenciones preventivas y tempranas y deben extenderse durante largos períodos de tiempo. En estas intervenciones han de implicarse tanto atención primaria como servicios especializados, servicios sociales y educación. Aunque tradicionalmente las intervenciones eran de efectividad limitada, el aumento de la investigación en esta área y la creación de servicios especializados está mejorando el pronóstico de estos (18, 20, 27).

Las cifras de prevalencia de trastorno de conducta en niños de edades comprendidas entre los 5 y los 10 años fluctúan entre el un 4,8% para niños y un 2.1% para niñas y un 7.4% para los niños y de un 3.2% para las niñas, según el estudio epidemiológico al que nos remitamos. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas y en las clases sociales bajas y ha aumentando en las últimas décadas hasta en cinco veces debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando y esto ha hecho que no existan recursos especializados suficientes y que las intervenciones sean limitadas (27). Algunos estudios refieren que los trastornos de conducta son una de las quejas más frecuentes en atención primaria reflejándose esta problemática hasta en un tercio de las consultas atendidas de forma rutinaria. Aunque los síntomas son muy similares en los dos sexos, en niños aparecen conductas más persistentes y severas (28). Existen también diferencias en la edad de presentación según el sexo, con un debut más temprano en los niños, la edad media de derivación a una Unidad de Salud Mental

infantil para los niños es de 8 a 10 años, y para las niñas con trastorno de conducta, entre 13 y 15 años (10, 11, 28).

El desarrollo de los trastorno de conducta no responde a un único factor etiológico sino que aparece en el contexto de un modelo en el que intervienen factores de riesgo y factores protectores; es decir, a lo largo del desarrollo del niño se van acumulando distintos factores de riesgo que, en ausencia de factores protectores suficientes, llevan a un riesgo muy alto de que aparezcan los trastornos de conducta (27). Como en cualquier psicopatología de la infancia, los factores de riesgo pueden dividirse en tres grupos: individuales, familiares y ambientales (28). Entre los factores de encuentra un temperamento fácil que haga que se relacionen mejor, buenas habilidades de relación y resolución de problemas, inteligencia media-alta, destreza o habilidad valorada por los otros y padres con una competencia y un estilo de crianza adecuados (29, 30). La existencia de un grupo de iguales no conflictivos, la participación en actividades de ocio positivas y la existencia de un entorno escolar adecuado, son importantes factores protectores (31).

Por lo general, el médico de atención primaria va a percibir, desde muy temprano en el desarrollo del niño, la presencia de alteraciones conductuales, siendo la misma familia la que en sucesivas consultas va expresando las dificultades para manejar al niño de forma adecuada, el exceso de rabietas o los problemas para relacionarse con iguales sin peleas o conflictos (32, 33). Otras veces la familia minimiza o niega dificultades que el médico puede percibir tras observar el comportamiento del niño o el manejo de las figuras parentales en varias consultas. La naturaleza evolutiva de los trastornos de conducta hace que el médico familiar esté en una posición muy importante para detectar la presencia de estos trastornos ya que es el único profesional que acompaña a la familia a lo largo de todo su ciclo evolutivo (34).

La evaluación de los trastornos de conducta se basa en la historia clínica con una recogida de información desde distintas fuentes: niño, familia, colegio (3, 31, 34, 35, 36). Generalmente se realiza al menos durante tres o cuatro consultas. Además de la entrevista clínica, es necesario un informe escolar (31, 37, 38). Como apoyo en el proceso de evaluación se utilizan escalas y cuestionarios específicos y además se puede realizar un despistaje orgánico, sobre todo si el inicio de los síntomas es muy abrupto (36, 38, 39). Hay que evaluar el estado mental, sobre todo el estado de ánimo ya que es frecuente que el diagnóstico de base sea un “episodio depresivo” a pesar de que se presentan con conductas disociales (4, 39). También es necesario evaluar las relaciones con iguales. La historia incluirá la información relevante sobre los períodos prenatal y perinatal, el neurodesarrollo del niño, especialmente dificultades temperamentales, vinculación afectiva, relación con adultos e iguales.

Es importante evaluar el estilo de crianza y el manejo parental ante los problemas de conducta, el estrés familiar y las estrategias para resolver conflictos de los padres, los factores de riesgo tanto en los progenitores como en el entorno social (10, 17, 24, 25, 39). También hay que preguntar por antecedentes psiquiátricos o de abuso de tóxicos. Es necesario obtener información sobre el funcionamiento en la escuela, tanto a nivel de rendimiento escolar como de relación con iguales y profesores. Puede ser necesaria una valoración psicométrica y una evaluación para descartar problemas específicos de aprendizaje.

Estos resultados son coherentes con el metaanálisis realizado por Rhee y Waldman en donde se evidenció, igualmente, que la heredabilidad era del 50% y el peso en la expresión fenotípica debido a factores ambientales no compartidos del 39%. En esta misma investigación no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos. Igualmente no existe una relación directa entre la heredabilidad de los trastornos disociales en la infancia y de personalidad antisocial en el adulto (50% frente al 36%) (26, 40).

Los factores ambientales son considerados como determinantes en la presentación y mantenimiento de los trastornos de conducta, aunque en un contexto de interacción entre vulnerabilidad genética y ambiente. A pesar de su importancia, no son considerados como específicos de los trastornos de conducta ya que han sido relacionados de forma significativa con otros trastornos psiquiátricos (33, 40). Sin embargo, presentan un peso muy importante desde una perspectiva preventiva. Se exponen los problemas de salud mental de los padres, la separación y/o divorcio, la exposición a la violencia intrafamiliar, el embarazo precoz, el tipo de acogimiento, el tipo de vínculo, las pautas educativas y los factores psicosociales, en general (8, 52).

Las diferentes investigaciones evidencian de forma consistente la asociación entre problemas de conducta en los niños y la de personalidad antisocial en el padre. En las investigaciones de Tremblay (14, 51) encontramos que el 35 al 46% de los niños con diagnóstico de trastornos de conducta van a presentar antecedentes de conducta antisocial en el padre frente al 6-17% en controles. En esta misma línea se manifestaron las investigaciones de Moss y cols (40, 52) en las que los autores afirmaron que el riesgo se multiplicaba por 13 cuando se daban esta circunstancia.

En cuanto a estos antecedentes en las madres se ha investigado que la presencia de conducta antisocial en las madres de niños con edades anteriores a su entrada en la secundaria originaría un mayor número de conductas agresivas en sus hijos. Esta frecuencia sería aún mayor si, al hecho de la conducta antisocial, han sido madres a una edad precoz. Por tanto, la presencia de conductas antisociales y embarazos precoces incrementaría aún más el riesgo de los trastornos de conducta en los hijos (14, 53).

Respecto al consumo de drogas, y en especial el alcoholismo, en los padres se ha considerado como el mayor riesgo para padecer trastornos de conducta en los hijos. Incluso incrementan el riesgo de padecer, igualmente, alcohol-dependencia (41). Hoy se admite que la presencia de trastornos de conducta, tanto en el padre como en la madre, incrementa significativamente el riesgo en los hijos. Otro aspecto se refiere a que, según algunos estudios, la presencia de toxicomanías, en especial el alcoholismo, en la madre no tendrían efecto sobre la presentación de trastornos de conducta en los hijos (42, 43).

Existe una amplia bibliografía que relaciona la separación o divorcio de los padres y la aparición de problemas psicológicos en los hijos (27, 44). Aunque el estrés del niño se ha relacionado habitualmente con la ausencia de uno de los padres, estudios recientes demuestran que el mencionado estrés está relacionado básicamente con la ruptura de las relaciones padres/niño y al hecho de éstas se vuelven más difíciles. De hecho los niños de parejas separadas o divorciadas están más expuestos a múltiples factores de estrés, como serían el

estrés emocional entre los padres, las dificultades económicas, el cambio de estatus social, los cambios de domicilio, cambios de colegio, la persistencia de los conflictos entre los padres y las posibles recomposiciones de pareja (4, 45). La separación de los padres está asociada, a corto plazo, a un mayor número de problemas psicológicos, tanto internalizantes como externalizantes. De otra parte, algunos estudios longitudinales señalan que estos problemas ya se manifestaban antes de la separación, lo que pone en evidencia que están más ligados a la conflictividad entre los conyugues que a la separación propiamente dicha. También se ha puesto de relieve que la intensidad máxima de los problemas ligados a la separación aparece inmediatamente antes o después del divorcio con tendencia a ir disminuyendo con el tiempo.

Respecto a los factores familiares posteriores a la separación que pudieran actuar como factores de riesgo han sido estudiados. Sabemos que el grado de conflicto persistente después de la separación, así como la implicación del niño en ellos, presentará un efecto muy negativo sobre éste. También se admiten que los hijos de padres que se vuelven a casar presentarían menos problemas de conducta. Esto explicaría que la situación de monoparentalidad conllevaría una mayor problemática económica y relacional (27, 44, 45). Estos mismos resultados sugieren que cuando los hijos presentan una edad entre los 12 y 15 años presentan el mayor riesgo de delincuencia (46, 57, 58). Finalmente, también se ha puesto en evidencia que el riesgo para los problemas de conducta es menor en caso de fallecimiento de uno de los padres que de separación o divorcio. En conclusión, la relación entre la conflictividad de pareja y presentación de trastornos de conducta en el niño está bien establecida, aunque la mayoría de los niños no presentarán problemas. Esto podría explicarse por la existencia de una serie de circunstancias que actuarían como factores de protección: volver a casarse, la existencia de una buena relación entre el niño y, al menos, uno de los padres, así como una buena integración del niño entre el grupo de iguales (27, 44, 53, 55).

Aunque se ha visto la asociación entre la violencia intrafamiliar y los trastornos de conducta, ésta no es específica. La conflictividad entre los padres dificulta la autorregulación emocional en los hijos. Algunos estudios concluyen que, independientemente de la calidad de la relación entre los hijos y los padres, la sola presencia de esta violencia actuaría como factor de riesgo para los problemas de conducta (23, 56). Otros autores se centraron en la relación entre la violencia familiar, el trastorno déficit de atención e hiperactividad y los problemas de conducta, que descubrió resultados inesperados, relacionando la violencia intrafamiliar con los problemas de atención y de conducta, aunque solamente en las niñas (19, 58).

Se sabe el vínculo que existe entre el clima general de la escuela y la prevalencia de trastornos como el de atención y los problemas de conducta / oposición. También se ha observado hasta que punto puede cambiar el ambiente en el aula y el ausentismo escolar con el cambio de un profesor. En definitiva, esto demuestra la gran relevancia que la escuela tiene en la conducta de los alumnos, independientemente de los resultados escolares. Se han descrito diferentes factores que pudieran intervenir, sea de forma directa o indirecta. A saber, la práctica del equipo psicopedagógico y administrativas o de gestión de centros (1, 59).

La comorbilidad en los trastornos de conducta es muy alta (entre un 40 y un 60%). El diagnóstico psiquiátrico comórbido más frecuente es el de trastorno por déficit de atención, hasta un tercio de los niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno de conducta por déficit

de atención cumplen también criterios de trastornos de conducta. Además, es frecuente el uso de tóxicos y la presencia de episodios depresivos y trastornos de ansiedad (17, 60).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de conducta son sumamente variados, habitualmente se presentan en la edad escolar, en su mayoría varones y que afecta la calidad de vida tanto de quien la padece, como del núcleo familiar, escolar y social. De ahí surge la importancia de conocer a detalle la percepción y concordancia del ambiente escolar y familiar.

El comportamiento de los niños y adolescentes en los centros escolares ha sido siempre una constante de preocupación y tema que ha dado lugar a numerosas investigaciones y escritos. En la actualidad sigue siendo un aspecto de la vida escolar que, en vez de solucionarse, se va haciendo más preocupante, incluso en países de cultura más avanzada. Muchos docentes señalan a los padres y a la pérdida de valores familiares; los padres de los niños recriminan a la escuela y a los maestros de haber abandonado la mística educativa y de no comprender a la juventud; ambos, padres y educadores escolares, acusan a la sociedad con sus medios de comunicación, sus atractivos perniciosos, e incluso a sus leyes de protección al menor, de ser en buena parte responsables del descontrol de la juventud.

Lo propio de la crianza y educación de niños ha sido, a lo largo de la historia de la humanidad, una tiranía de los adultos. El niño se encontraba en una posición verdaderamente lamentable formando el eslabón más débil de una cadena de poder que, iniciándose en los individuos que ostentaban los más altos cargos, se iba descargando en los ciudadanos comunes de sexo masculino, de estos en las mujeres y de todos ellos en los niños. De esta forma se ha desarrollado la infancia en la cultura, trabajando por un lugar en la sociedad que sea tratado con respeto en todos los ámbitos donde éste se desarrolle.

Es por ello que se han creado diferentes instrumentos para evaluar a los menores con trastorno de conducta en el ambiente escolar y familiar, sin embargo, se han encontrado diferentes grados de correlación, y aun faltan estudios para determinar si es por la percepción o por real diferencia de comportamiento en ambos ámbitos. La escala CBCL (Child Behavior Checklist for Ages 6-18) tiene diferentes funciones como: investigación epidemiológica, subagrupamiento de niños en grupos más homogéneos, exploración de hipótesis etiológicas de ciertos trastornos, pronóstico de grupos clínicos en seguimiento longitudinal a lo largo de intervalos más o menos largos de tiempo. Por estas razones, entre otras, continuarán teniendo un importante papel para la investigación en temas de psicopatología infantil. Las escalas pueden ser de gran utilidad si son capaces de ofrecer sub-agrupamientos de poblaciones infantiles en categorías más específicas y relacionadas con diferentes pronósticos al inicio del tratamiento (36, 41), ya que permitiría a otros investigadores replicar el estudio empleando la misma escala y similares puntos de corte para la clasificación de los sujetos en vez de la utilización de criterios subjetivos. Ante estos antecedentes, es posible medir y comparar la percepción de los menores en el ámbito escolar y familiar, y así contestar la siguiente pregunta ¿Existe concordancia entre percepción de los padres en comparación con los maestros de los niños con trastornos de conducta?

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### -Objetivos generales:

Comparar la percepción del comportamiento y desempeño que tienen los profesores de los niños con trastornos del comportamiento en el aula, con respecto a la que tienen los padres en el hogar.

### -Objetivos particulares:

- Conocer la percepción de los profesores y padres con respecto a las conductas presentadas.
- Identificar las principales conductas en niños percibidos con trastornos de conducta
- Describir las conductas (trastornos de conducta) más frecuentes referidas por padres y maestros.
- Correlacionar la percepción entre padres y maestros.

## JUSTIFICACIÓN

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. estima que entre 6 y 16% de varones, 2 a 9% de las niñas que tienen menos de 18 años sufren de trastorno de conducta con síntomas que varían de leves a graves.

El contexto social en que vive un estudiante puede ejercer influencia sobre lo que vemos como conducta antisocial. Entre estos casos, un diagnóstico del trastorno de conducta puede ser aplicado incorrectamente a individuos que exhiben comportamientos que pueden ser protectores o “normales” dentro del contexto cultural.

El trastorno por déficit de atención es un padecimiento que afecta principalmente a los pacientes escolares, en su mayoría varones y que afecta la calidad de vida tanto de quien la padece, como del núcleo familiar, escolar y social. De ahí surge la importancia de conocer a detalle la dinámica familiar que probablemente desencadenó y afectará durante toda la evolución de la enfermedad.

Estos trastornos de conducta son un área de interés creciente tanto para los profesionales de la atención primaria como para los de salud mental debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas a medio y largo plazo, tanto para el niño o adolescente como para la sociedad, si no se tratan de forma adecuada. Por este motivo es esencial que desde atención primaria se trabaje para intervenir de forma preventiva y para detectar de forma temprana los trastornos de comportamiento.

Varias circunstancias se han alegado como factores de mantenimiento. Normalmente se diferencia entre la presentación precoz o tardía. En la presentación precoz se cree que son factores de persistencia: la presencia del TDAH como comorbilidad, rasgos de personalidad antisocial o personalidad antisocial en alguno de los padres y bajo nivel de inteligencia. Respecto a las formas tardías sería la influencia de los iguales. Así mismo, se ha visto que la presencia de un compañero/a sin trastorno de conducta actuaría como factor de protección.

La comorbilidad encontrada en los estudios de prevalencia sería la misma para ambos sexos. Aunque las niñas presentarían más antecedentes de abuso sexual y menor control de impulsos. Las consecuencias, a medio y largo plazo, serían las siguientes:

Delincuencia; alteración en la relación social, muerte prematura por accidentes, mayor prevalencia de intentos de suicidio, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como de delincuencia, principalmente en niñas.

Podríamos decir que las niñas, en general, presentan un mejor pronóstico que los niños y que las influencias ambientales, familiares y de los iguales son determinantes en el pronóstico.

Los trastornos del comportamiento comprenden un grupo de desórdenes mentales que implican disfunción en alguna de las áreas contextuales del niño (escolar, familiar o social). Presentan una serie de síntomas y signos más o menos específicos para cada uno de los diagnósticos establecidos en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales

(trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado). Estos diagnósticos se engloban en el término general: “trastornos del comportamiento”. Sin embargo, cuando se habla de trastornos del comportamiento en niños, previamente se debe establecer un encuadre operativo, ya que el término trastornos del comportamiento puede ser vago y amplio.

La definición, etiología y características de los problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia se estructura en torno a tres preguntas genéricas: ¿es el reflejo de la sociedad en que vivimos? ¿Es el reflejo de la propia naturaleza humana? ¿Es la expresión sintomatológica de un estado de enfermedad? Sobre las dos primeras cuestiones, el debate ambiental versus innatista está lejos de resolverse. La complejidad de las estructuras implicadas ha impedido que las teorías que apoyan una u otra postura desacrediten suficientemente a la contraria y logren una supremacía estable y robusta. Es fundamental, en la infancia y adolescencia, tener en cuenta la tercera pregunta: ¿es la expresión sintomatológica de un estado de enfermedad? La infancia es un período evolutivo donde los síntomas externalizantes, producidos por alteraciones psicológicas o psiquiátricas, se muestran con más frecuencia en forma de actos.

### **HIPÓTESIS**

-Hipótesis alterna: Existe correlación entre la percepción de profesores y padres con respecto a las conductas manifestadas por los niños en su ambiente escolar y familiar.

-Hipótesis nula: No existe correlación entre la percepción de profesores y padres con respecto a las conductas manifestadas por los niños en su ambiente escolar y familiar.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DESCRIPCIÓN DEL LUGAR:**

Escuela primaria "Laura Méndez de Cuenca" en las aulas de 1° a 6° donde hayan sido detectados niños con trastornos de conducta.

La escuela cuenta con los seis grados de primaria, dos a tres grupos en cada nivel, lo que da un total de 15 grupos de aproximadamente 40 niños.

No se cuenta con estadística sobre el número de niños con trastornos de conducta en ciclos anteriores, por lo que no se puede hacer un aproximado del número de la muestra.

Se encuentra en una zona de afluencia de la Unidad de Medicina Familiar No 20, contactada a través de Trabajo Social de esta misma unidad para solicitar los permisos pertinentes para el ingreso a sus instalaciones y contacto con padres de familia y profesores.

### **DISEÑO:**

Tipo de estudio: observacional, comparativo, prolectivo, transversal y abierto.

### **GRUPO DE ESTUDIO:**

Padres y profesores de niños de 1° a 6° de primaria de la escuela "Laura Méndez de Cuenca" que sean detectados por los profesores a cargo de cada grupo, respectivamente, con trastornos de conducta.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

A determinar de acuerdo al periodo de captura de la información.

-Criterios de inclusión: Padres de familia y profesores de alumnos femeninos y masculinos, de entre 5 y 12 años, que estudiaban en la escuela primaria "Laura Méndez de Cuenca" con trastornos de conducta escolar, con padres que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

-Criterios de exclusión: Padres de familia y profesores de alumnos femeninos y masculinos, de entre 5 y 12 años, que ya habían sido diagnosticados con TDA, bajo tratamiento epiléptico o con alguna discapacidad auditiva o visual.

-Criterios de eliminación: Padre y maestros, que no contestaron los instrumentos de evaluación en al menos el 80%.

## VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Independiente</b>			
<b>Trastorno de conducta</b>	Patrón persistente de conducta oposicionista, agresiva o antisocial, que no se ajusta a lo que socialmente esperado	-Observacional por parte de padres y maestros utilización de la escala CBCL (ver anexo)	Cualitativo nominal
<b>Edad del menor</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	A través del cuestionario CBCL	Cuantitativo continua
<b>Sexo del menor</b>	Características fenotípicas que identifican a un individuo como masculino o femenino	-Cuestionario CBCL -Observación directa	Cualitativa nominal
<b>Grado del menor</b>	Nivel de estudios cursado	-Cuestionario CBCL	Cualitativa ordinal
<b>Edad de los padres</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	-Cuestionarios CBCL	Cuantitativo continua
<b>Estado civil de los padres</b>	Calidad de una persona en cada situación que la organización civil de la sociedad considera fundamental con efectos de juicios	-Cuestionario CBCL	Cualitativo nominal
<b>Nivel de estudio de los padres</b>	Nivel de estudios terminado	-Cuestionario CBCL	Cuantitativo ordinal
<b>Sexo del profesor</b>	Características fenotípicas que identifican a un individuo como masculino o femenino	-Cuestionario TRF -Observación directa	Cualitativa nominal
<b>Edad del profesor</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	-Cuestionarios TRF	Cuantitativo continua
<b>Estado civil del profesor</b>	Calidad de una persona en cada situación que la organización civil de la sociedad considera fundamental con efectos de juicios	-Cuestionario TRF	Cualitativo nominal
<b>Años laborados del profesor</b>	Número de años que ha laborado como profesor de grupo efectivos	-Cuestionario TRF	Cualitativo nominal

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se presentó el proyecto a los profesores de escuela primaria “Laura Méndez de Cuenca”, del área de influencia de la UMF 20 de 1º a 6º año de primaria para poder detectar niños con trastornos de conducta.

Nos entrevistamos de forma individualizada con cada profesor titular de cada grupo para determinar que niños son candidatos a participar en el estudio.

Se entregó a cada profesor una cedula TRF para describir el comportamiento del menor y enviar a los padres de familia una carta descriptiva del estudio, consentimiento informado y una cedula CBCL para determinar el comportamiento del niño.

Se describió la percepción que tienen los profesores con respecto a niños con trastorno de la conducta con el instrumento CBCL para la conducta.

Se describió la percepción de los padres de niños con trastorno de conducta con el instrumento CBCL con respecto a su comportamiento

Comparamos los resultados obtenidos en la escuela contra los del hogar

Codificamos y capturamos en programa estadístico SPSS para la realización de tablas de salida

Analizamos y discutimos los hallazgos en confrontación con la bibliografía

Emitimos conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados

Redactamos el escrito final con divulgación en la unidad, escuela participante y foros de investigación

### **Escala de evaluación Child Behavior Checklist :**

Este test evalúa el comportamiento y competencias socioemocionales de niños, reportadas por sus padres y profesores. Se obtienen dos tipos de información: sobre las habilidades o competencias y sobre su comportamiento. El sistema Achenbach consta de tres partes: CBCL para ser contestado por padres o cuidadores, TRF el formulario de informe del maestro y el YSR para ser llenado por el niño, opcional y dependiendo de la edad. Los instrumentos incluyen la medición de los siguientes ocho síndromes: síndrome I de retraimiento, II de quejas somáticas, III ansiedad o depresión, IV problemas sociales, V alteraciones del pensamiento, VI problemas de atención, VII conducta infractora VIII conducta agresiva.

Además de centrarse en el comportamiento de un niño tal como se define uno de los ocho síndromes, el CBCL también permite el examen de dos grandes grupos de síndromes:

problemas de internalización y externalización. Problemas de internalización combina las escalas de retraimiento, quejas somáticas y ansiedad/depresión. Problemas de externalización combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva.

El CBCL también contiene una escala de problemas sexuales (IX problemas sexuales) que se calcula sumando los ítems 5, 59, 60, 73, 96 y 110. La puntuación directa se convierte a puntuación estándar que se localiza en un punto de cohorte en una tabla.

Su tiempo de administración es de aproximadamente 30 minutos. Está diseñado para ser completado por cualquiera de los padres o la persona que lo cuide. Con cada ítem se obtienen de 0 a 2 puntos. Para calcular los puntajes y su relación con las escalas que presenta el CBCL debe usarse la forma denominada: Escalas empíricamente basadas para niños y niñas o también llamado perfil.

El puntaje total para cada síndrome se calcula sumando los puntajes 1 y 2 de todos los ítems de la escala, el número resultante se transporta a puntajes T que se hacen equivalentes los puntajes entre escalas y percentiles. El percentil obtenido se clasifica de acuerdo a lo siguiente: Normal (percentil bajo 93), bajo riesgo (entre percentil 93 y 07) y rango clínico (mayor a 98). Los percentiles que se encuentren sobre el percentil 97, indican que la persona que completo el CBCL reportó los siguientes problemas como para ser considerado un desorden clínico que debería evaluarse con mayor profundidad. Los percentiles que se encuentran bajo el percentil 93 se encuentran en el rango de normalidad

La escala de internalización se calcula sumando los puntajes para cada síndrome perteneciente a la escala, se realiza lo mismo para la externalización.

Los puntajes T indican cuán elevada esta la internalización y externalización del niño obteniendo una imagen global de la tendencia hacia problemas relacionados con internalización y externalización. El puntaje T obtenido se clasifica así: Normal (puntaje T bajo 60), riesgo (puntaje T entre 60 y 63) y rango clínico (mayor a 63).

Los puntajes totales se calculan sumando puntajes de internalización, externalización y síndromes de problemas del sueño y otros problemas que no corresponden a ningún otro síndrome. El rango límite de puntajes T va desde 60 a 63 y un rango clínico sobre el puntaje T. La puntuación total no puede ser calculada si falta información de más de 8 ítems, exceptuando los ítems 2, 4, 56 y 113.

Las tablas para convertir las puntuaciones directas a puntuaciones estándar (T) aparecen en el CBCL/4-18 Profile for Boys- Problem and Competence Scales y CBCL/4-18 Profile for Girls – Problem and Competence.

La validez de contenido se apoya en que casi todos los ítems del CBCL brindan la posibilidad de discriminar significativamente entre poblaciones de niños referidos por problemas de salud mentales y aquéllos que no los presentan.

La confiabilidad o fiabilidad de un instrumento indica la capacidad del mismo para obtener resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno o mediciones efectuadas

por distintas personas. Esto quiere decir, cuando se apliquen varias veces un instrumento de medición (por ejemplo, un test a una persona varias veces) los resultados obtenidos sean parecidos, lo que implicaría una alta fiabilidad del instrumento utilizado.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de variables se realizó con estadística de frecuencias y proporciones; para el procesamiento de la información utilizamos el paquete computacional Statistical Package for Social Sciences (SPSS), presentándolo en tablas y figuras. Las formas en las que se describieron los datos fue mediante frecuencias y porcentajes. Utilizamos como prueba estadística el índice kappa para determinar la concordancia intraobservadores (padres y profesores)

## FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El estudio es factible por la alta prevalencia de niños con trastornos de conducta en el aula escolar que son enviados al primer nivel de atención para intervención médica y evitar así el riesgo de secuelas.

Éticamente el estudio es de tipo observacional, por lo que no hay intervención directa sobre la integridad y autonomía de los pacientes y sus familias.

### **Declaración de Helsinki Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos**

#### **A. Introducción**

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas 203 204 APÉNDICE F. DECLARACIÓN DE HELSINKI éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

## **B. Principios básicos para toda investigación médica**

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

## **LEY GENERAL DE SALUD**

### **TITULO QUINTO Investigación para la Salud CAPITULO UNICO**

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTICULO 97. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

ARTICULO 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTICULO 99. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

ARTICULO 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

# **CÓDIGO DE NÚREMBERG**

## **Tribunal Internacional de Núremberg, 1947**

### **Experimentos médicos permitidos**

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen - generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

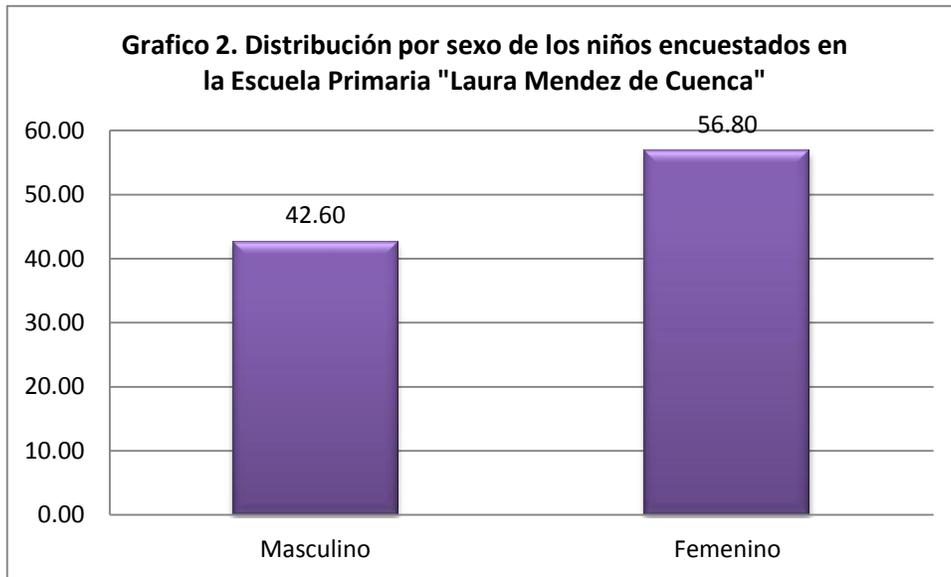
1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

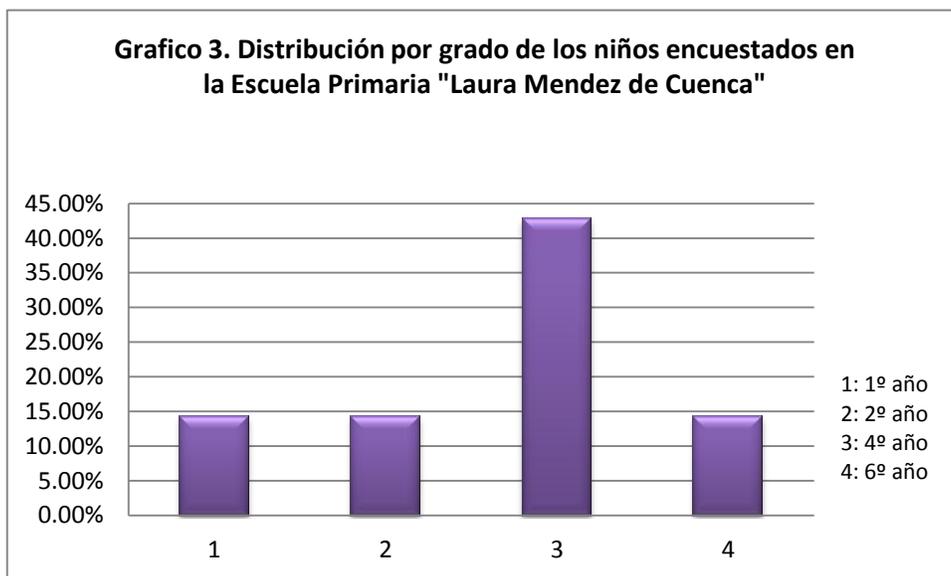
## RESULTADOS

El presente estudio se llevo a cabo en una escuela primaria de la cual se obtuvo una  $n=7$  alumnos, una media de edad de los niños de 9 años  $\pm 2.37$ , con un rango de 6 a 13 años. Gráfico 1.

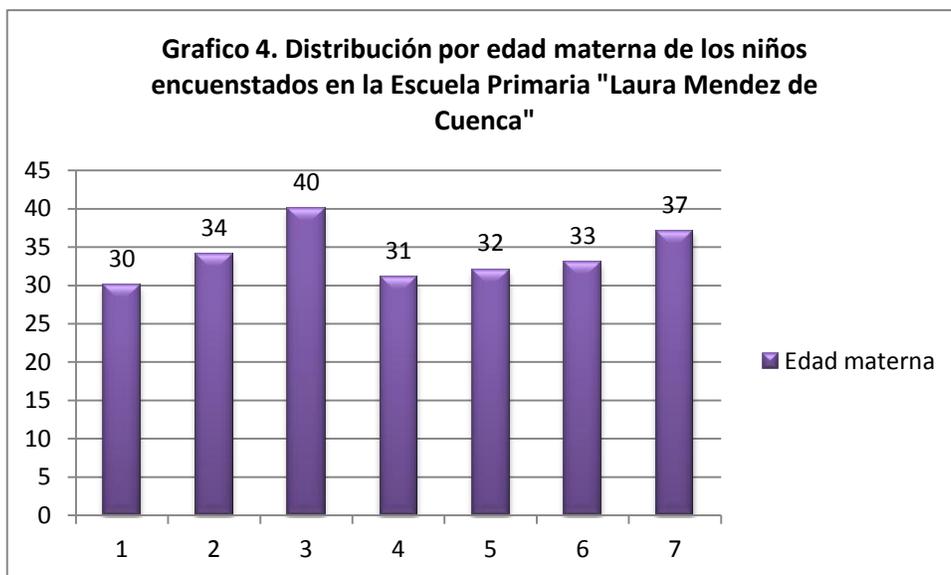
Predominó el sexo femenino con un 52% contra un 48% del masculino. Grafico 2.

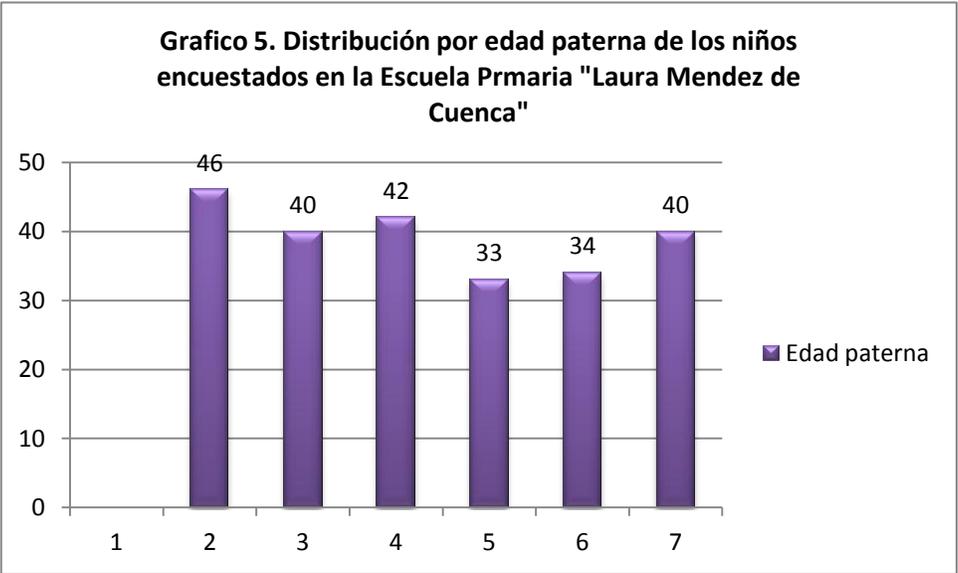


El grado con mayor participación fue 4º con un porcentaje de 42%, sin participación por parte de 3º y 5º año. Grafico 3.

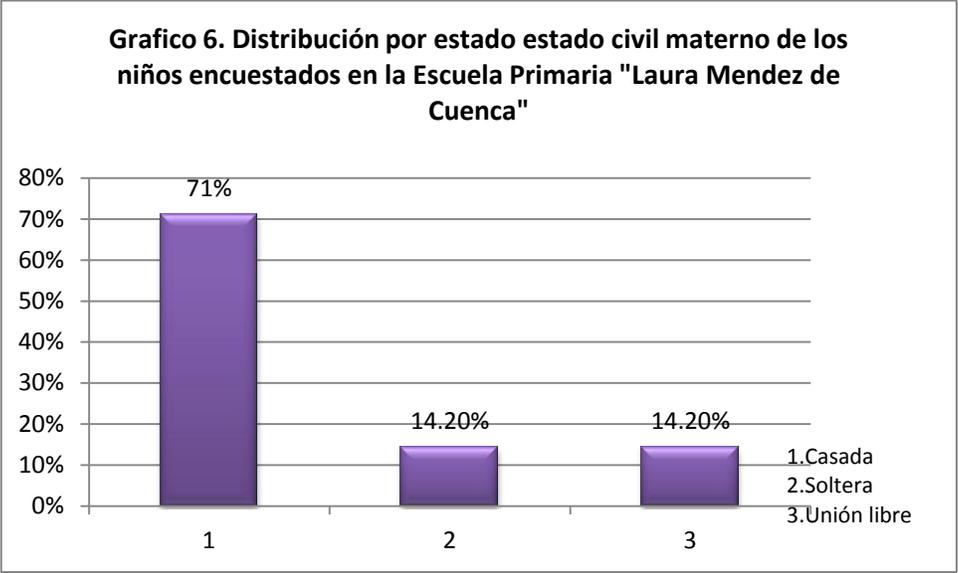


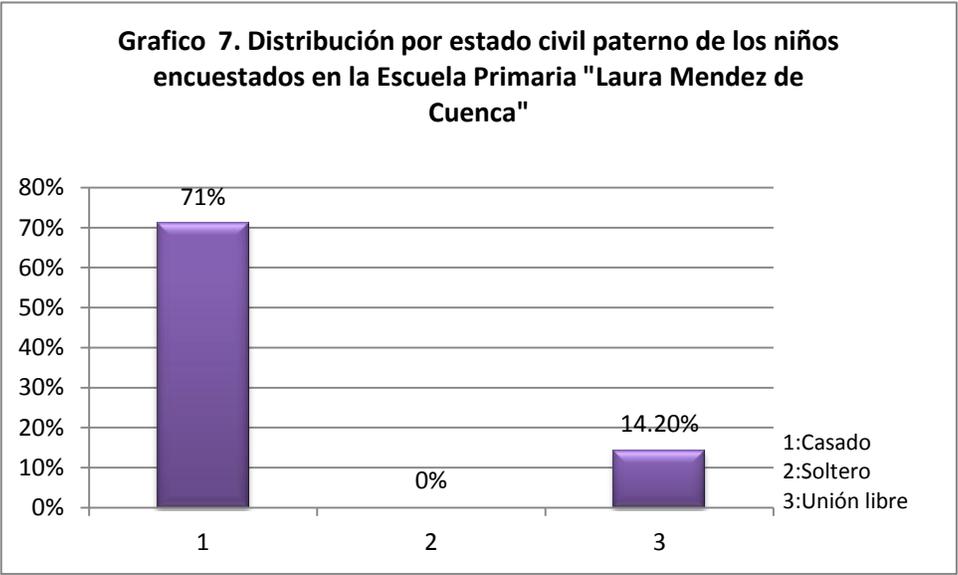
La media de edad materna de  $33.86 \pm 3.53$  años con un rango de 30 a 40 años. Media de edad paterna de  $33.57 \pm 15.46$  con un rango de 33 a 46 años. Grafico 4 y 5.



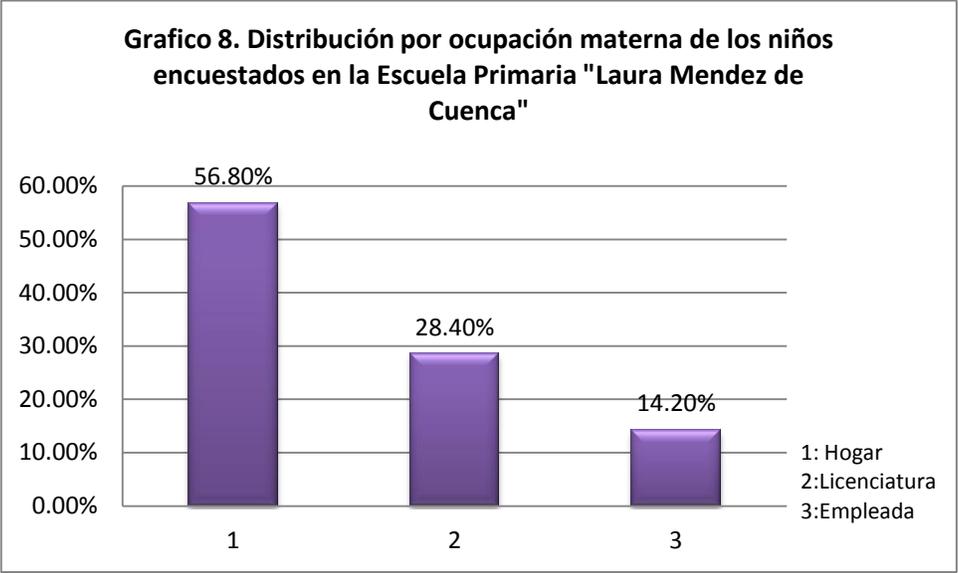


Predomino el estado civil de matrimonio con un 71.2% en ambos sexos, solo un caso de unión libre con 14.2% y una madre soltera con 14.2%. Grafico 6 y 7.

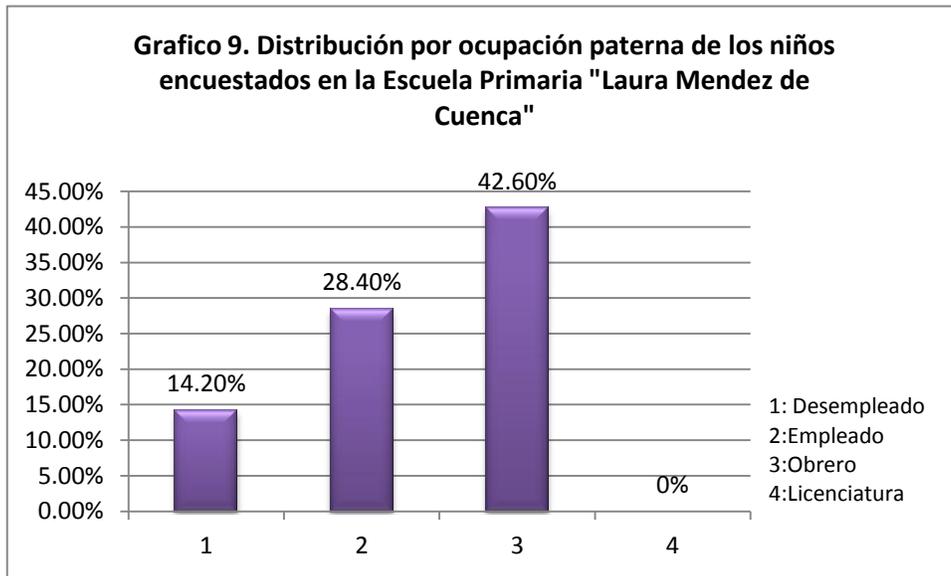




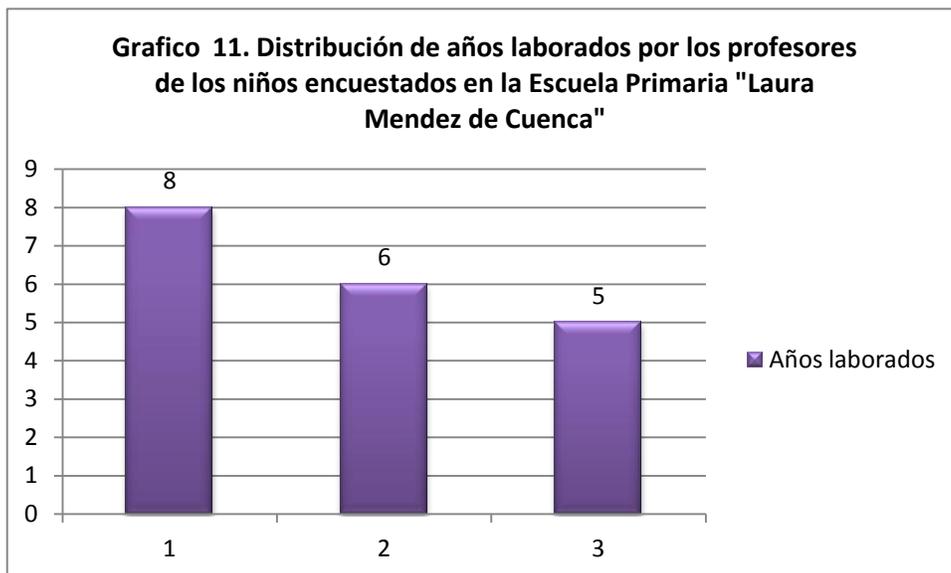
La ocupación referida de las madres de los menores en su mayoría fue el hogar con un 56.8%, 28.4% profesionistas y 14.8% empleadas. Grafico 8.

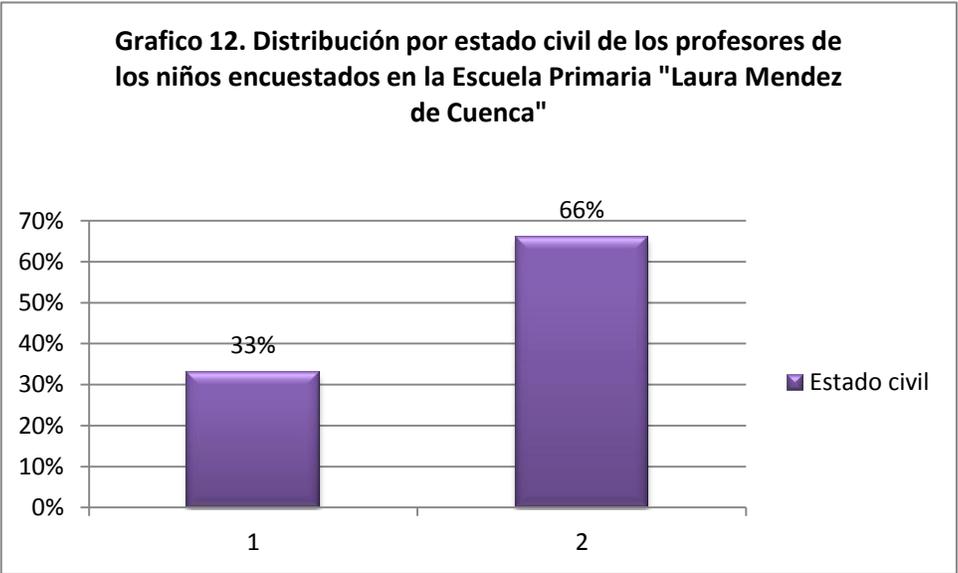


Los padres se dedican principalmente a laborar como obreros 49.98%, después empleados con un 33.33%, un desempleado con 16.66% y ningún profesionalista. Grafico 9.



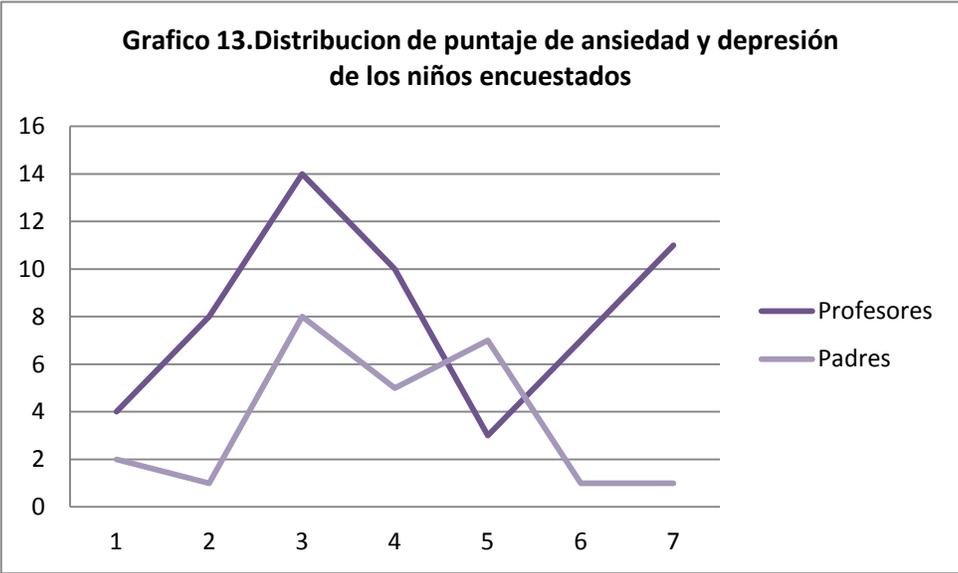
Con respecto a los profesores de los niños encuestados el 100% fueron hombres, con un rango de edad de edad de 33 a 37 años, 66% casados, 33% solteros, con años laborando de 5 a 8 años. Grafico 10, 11 y 12.



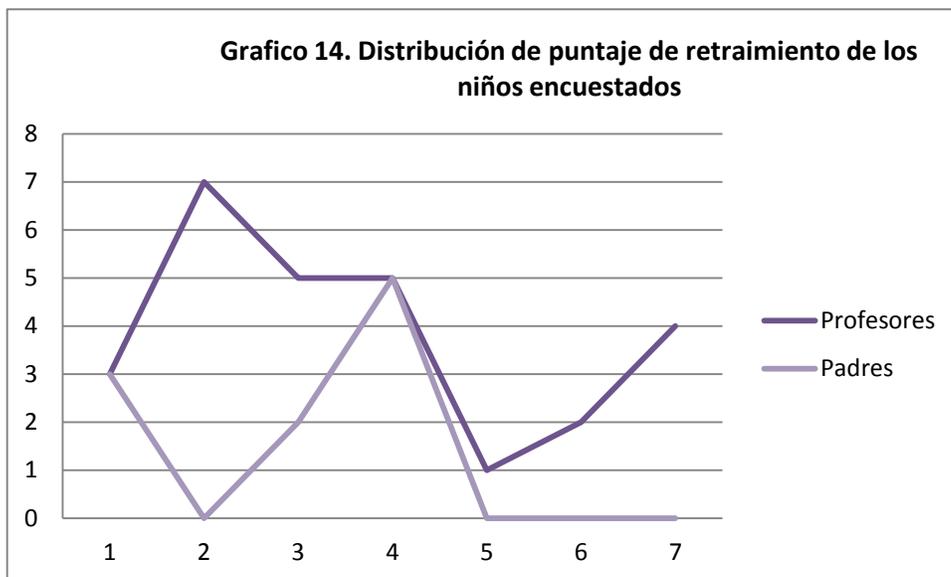


A continuación se describe por dominios la escala Child Behavior Check List haciendo una comparación entre la percepción de padres y profesores.

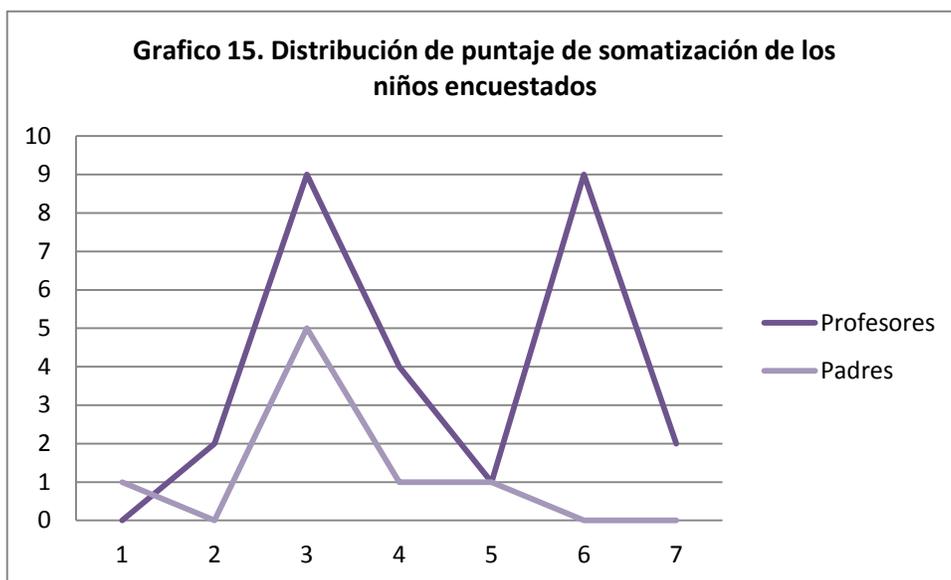
En la siguiente grafica se muestra el dominio ansiedad - depresión, entendido como una serie de síntomas que llevan al menor a estresarse e ir de los extremos de ansiedad a depresión donde la percepción de los padres tuvo una media de 8, a diferencia de los profesores con 2, obteniendo un índice de kappa de 0.65, lo que lo hace estadísticamente no significativo, encontrando concordancia entre la percepción de padres y profesores. Grafico 13.



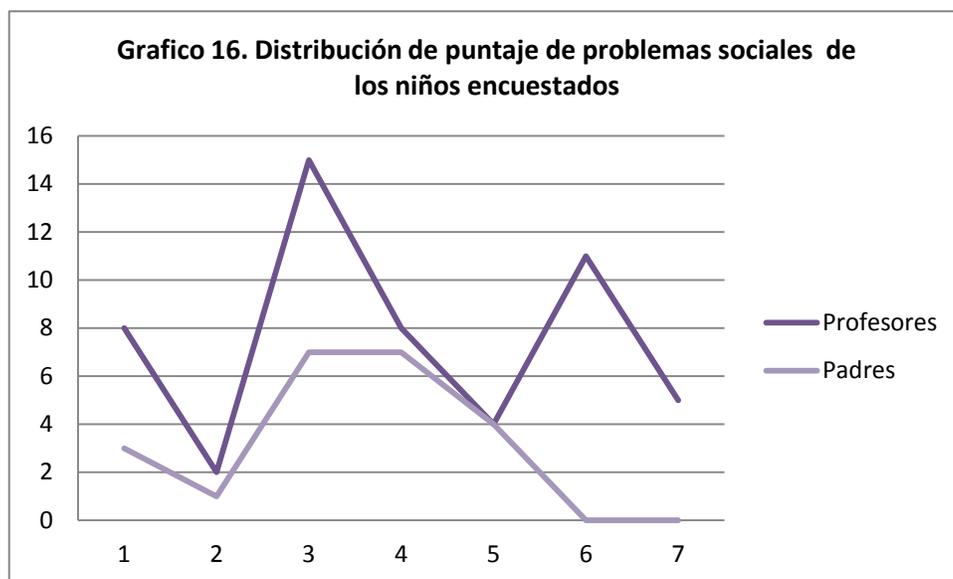
El retraimiento, expresado en un niño como soledad, silencio, miedo y poca interacción social, tuvo una media de 4 por parte de los padres y cero por parte de los profesores, con un índice kappa de 0.026, estadísticamente no significativo porque no hay concordancia. Grafico 14.



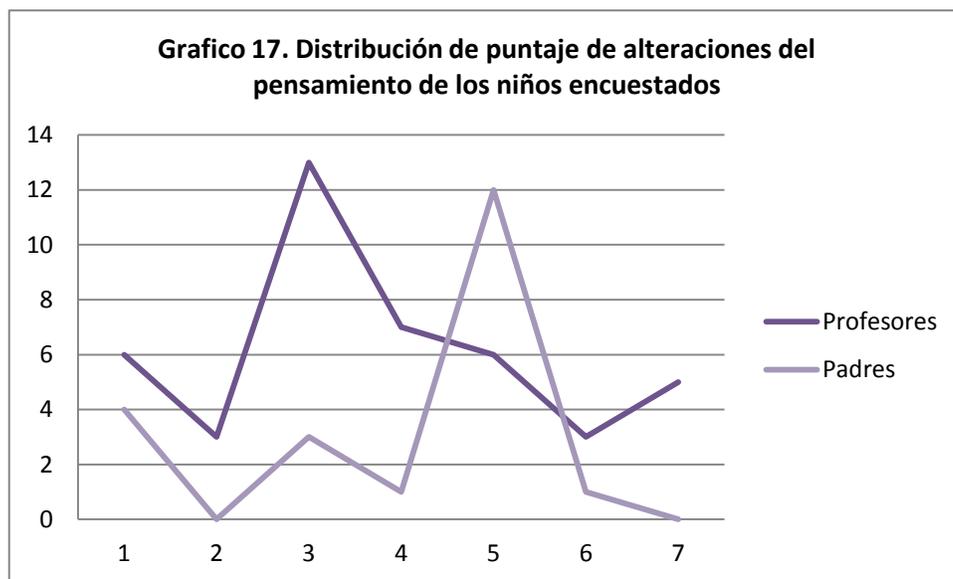
La somatización es un trastorno que provoca síntomas corporales sin causa aparente como una parte inconsciente de manejar el estrés, tuvo una media en los padres de 2, y en los profesores de 1, con un índice kappa de 0.83, estadísticamente significativo, con concordancia entre la percepción padres y profesores. Grafico 15.



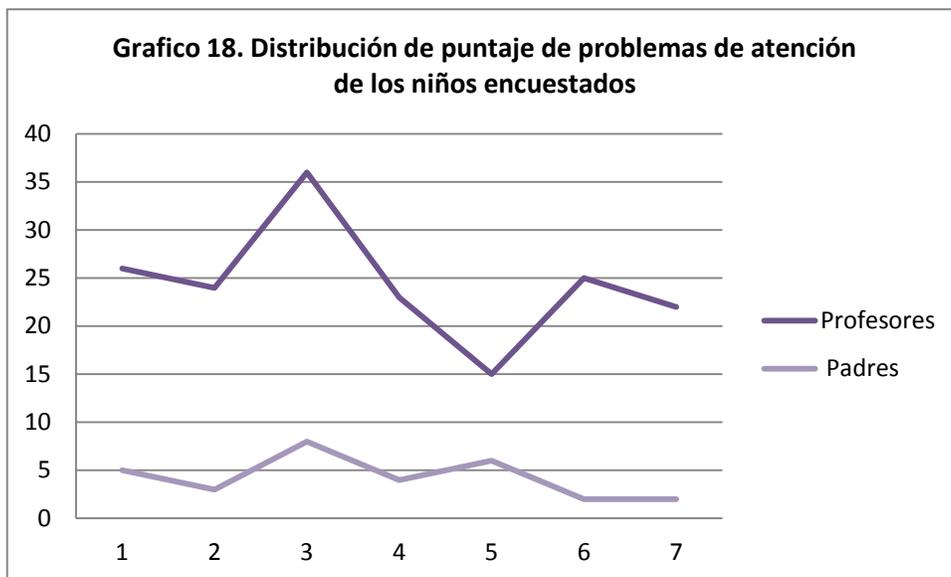
Los trastornos sociales se manifiestan en la interacción con las personas que lo rodean, afectando la convivencia sana, este rubro tuvo una media en los padres de 8 y en los padres de 3, con un índice kappa de 0.008, reflejando ausencia de concordancia entre la percepción de padres y profesores. Grafico 16.



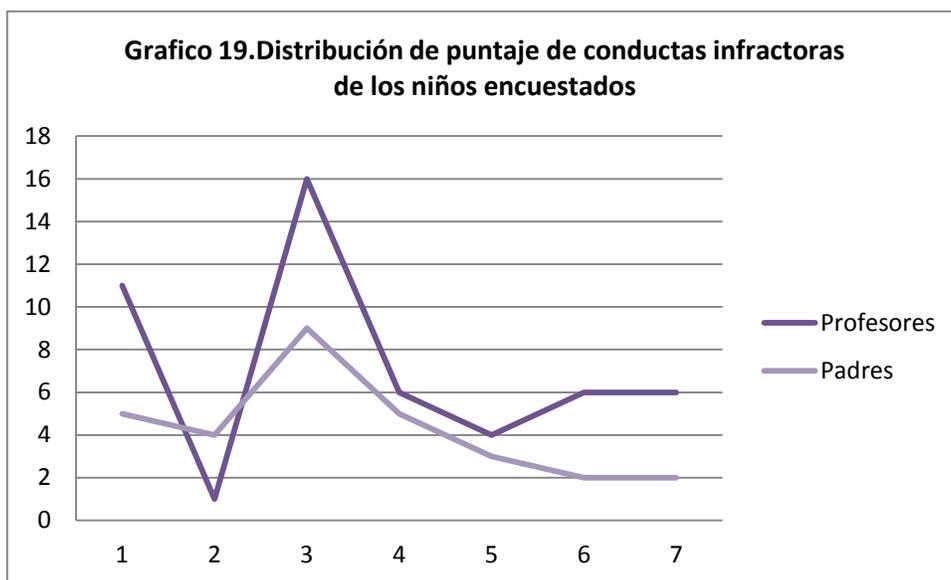
Las alteraciones del pensamiento se manifiestan principalmente en el desarrollo y aprendizaje de los niños, con una media de padres de 6, en contraste con un valor igual a 1 en los profesores, con concordancia en esta percepción, por obtener un índice kappa de 0.49. Grafico 17.



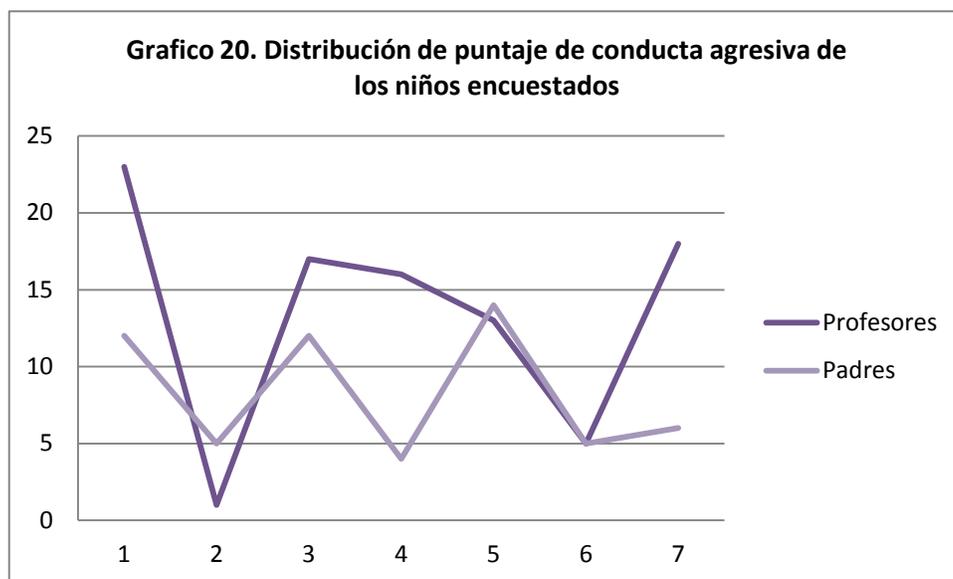
Los problemas de atención que son el trastorno más frecuente en los menores por confundir la inquietud con este trastorno es el rubro donde menor concordancia existió, con un índice kappa de 0, con una elevada media de los profesores con 24, contrastada con 4 en los padres. Grafico 18.



Las conductas infractoras son actos violentos de distintas magnitudes que habitualmente no se diagnostican en la infancia, que al llegar a la adolescencia y edad adulta pueden culminar en delincuencia, la media encontrada en los padres es de 6 y 4 para profesores, con un índice kappa de 0.65, con concordancia. Grafico 19.



La conducta agresiva en los niños se presenta ya sea física o verbalmente, como su nombre lo dice, habitualmente de forma directa, con agresión hacia otros niños, objetos, incluso animales, se encontró una media en los padres de 16, profesores 6 y un índice kappa de 0.08, sin concordancia intraobservadores. Grafico 20.



En resumen, se encontró una concordancia en los rubros de ansiedad depresión, somatización, alteraciones del pensamiento y conducta infractora, como lo podemos ver en la Tabla 1.

COMPARACIÓN DE MEDIANAS OBSERVADAS E ÍNDICE KAPPA EN LOS NIÑOS ENCUESTADOS EN LA ESCUELA PRIMARIA "LAURA MÉNDEZ DE CUENCA"		
Profesores	Padres	Kappa
8	2	0.65
4	0	0.026
2	1	0.83
8	3	0.008
6	1	0.49
4	24	0
6	4	0.65
16	6	0.08

## DISCUSIÓN

A través del presente estudio se demostró concordancia entre padres y profesores en las áreas de ansiedad depresión, trastornos del pensamiento, somatización y conductas infractoras, concordancia moderada en retraimiento, problemas sociales y conductas agresivas, con nula concordancia en trastornos de conducta.

Este estudio mostró correlación solo para algunas áreas de las que se evaluaron mediante los instrumentos CBCL y TRF, similar a lo reportado en estudios a nivel mundial como Grigorenko en el 2010 (40), Kristensen 2010 (41) y Hanriksen (60), en sus diversas adaptaciones según la cultura donde se aplico.

La percepción de los maestros en el estudio fue discordante a la de los padres, los primeros puntuaron más alto en trastornos de conducta que se manifiestan en el trabajo de aula mientras que los segundos percibieron que sus hijos manifestaban malestares físicos que no fueron atribuidos a alguna enfermedad, lo cual se conoce como somatización o bien acompañan a el trastorno de ansiedad.

Al respecto estos resultados fueron muy similares a los de Grigorenko en 2010 (40) y Hanriksen en 2012 (60) los cuales reportaron discordancia intraobservadores, entre las que se encontraron una mayor calificación para trastornos externalizantes por los profesores (como son el desafío a la autoridad, agresividad y conductas infractoras) que no requieren de conocer a fondo el comportamiento habitual de los niños. A diferencia de los padres que notaron cambios discretos en sus hijos, con mayor detección de trastornos internalizantes (como son la ansiedad depresión, somatización, estrés y trastornos del pensamiento), lo que lleva a sugerir que se requiere de mayor tiempo de convivencia para evaluar los trastornos internalizantes no obstante solo en la interacción con otros (pares) se detectan los trastornos externalizantes.

Ang en el 2012 (61) en un estudio similar realizado en Singapur describio que las diferencias que encontraron entre padres y profesores es porque los segundos tienen un punto de vista más objetivo para detectar niños con trastornos psiquiátricos.

En contraste el estudio de Kendall (2010) (42) obtuvo una alta concordancia intraobservadores, reflejo de que los niños se comportaron similarmente en ambos sitios, posiblemente por tratarse de una cultura primermundista, con educación basada en corrientes modernas, donde se da la misma importancia a las salud mental que a la física, con una lucha constante para modificar el tradicionalismo en la educación, por lo que padres y escuela se involucran para el desarrollo de los niños.

La discordancia de los intraobservadores sugiere algunos aspectos de interés, existe manifestaciones de conductas dependiendo del escenario casa o escuela; los padres se preocupan en la integridad física e individual mientras que el maestro pone mas atención a las interacciones del aula para fomentar la tarea grupal sin embargo el modelo educativo tradicional, delega a el rol de profesor, la autoridad, el poder de estratificar a los alumnos por su rendimiento escolar, por lo que las conductas desviadas en los alumnos son etiquetas y fomentan a su recursividad.

En los últimos años la SEP ha modificado sus programas en un afán de triangular escuela alumnos y padres no obstante no se ha desarrollado en su pleno por las condiciones socioeconómicas y culturales del país que requieren de la incorporación de ambos padres al sector económico por lo tanto la escuela y el profesor continúan a cargo de la mayor parte de la tutoría

La ausencia de los padres debido a las necesidades económicas, por realización profesional o personal, repercute en los niños, porque no les alcanza el tiempo para desarrollar junto a ellos las diferentes actividades que requieren, desde la elaboración de tareas, actividades recreativas o compartir tiempo en el que simplemente interactúen, convirtiéndose en padres periféricos e instrumentales, quedando bajo el cuidado fuera de la escuela de abuelos u otros familiares, en el momento que necesitan reforzar lazos, autoestima y definir su carácter y personalidad al lado de sus padres.

Por otra parte en este estudio existió conductas ambivalentes por parte del profesor, mostraban interés en la detección de los niños, entregaron los instrumentos de evaluación a los padres, sin embargo coexistió su negativa para colaborar al momento de entregar la evaluación de sus alumnos, lo que se vio reflejado en la escasa participación.

Esta conducta no está descrita en estudios previos, sin embargo, en el contexto que se desarrollo este estudio hace pensar que fue por falta de compromiso con los alumnos o temor por el tipo de afirmaciones descritas en el instrumento prevaleció el abstencionismo.

En conclusión encontramos percepciones discordantes en cuanto a las conductas de los alumnos sin embargo faltaría ampliar la muestra, motivar a los profesores haciendo consciente la importancia de punto de vista por la objetividad y alta asertividad. Además de evaluar directamente a los alumnos para reconocer su auto percepción y hacer un diagnostico definitivo. Indagar otros aspectos como la interacción familiar, el apoyo familiar en el área educativa y la dinámica conyugal.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron en el presente estudio fueron:

En todos los rubros la percepción de los profesores obtuvo un puntaje más alto que el de los padres, a continuación se describe cada área del instrumento utilizado:

La primera área que se evaluó fue ansiedad depresión con un índice de kappa de 0.65, que se interpreto con un buen nivel de concordancia.

El retraimiento obtuvo un índice kappa de 0.026, con bajo nivel de concordancia, entre padres y profesores, donde solo un niño fue catalogado según su puntaje por los padres como parte de este síndrome.

La somatización con un nivel de concordancia bueno entre la observación de padres y profesores, con un índice kappa de 0.83.

Los trastornos sociales obtuvieron un índice kappa de 0.008, con el diagnostico por padres y profesores de dos niños de los siete evaluados.

Los trastornos del pensamiento, con un índice kappa de 0.49 tienen una concordancia moderada, con puntajes elevados y similares.

El rubro dedicado a los trastornos de conducta es el que más llamó la atención por haber obtenido nula concordancia entre padres y profesores, con puntajes sumamente altos en profesores y muy bajos en padres.

Con respecto a las conductas infractoras obtuvo un índice kappa de 0.65, reflejo de una concordancia considerable, con puntajes similares, diagnosticando por puntaje de ambos observadores en solo un niño.

La conducta agresiva obtuvo una concordancia de de 0.08, con casi nula concordancia entre ambos observadores.

Las principales conductas que percibieron los profesores son desafío a la autoridad, falta de concentración en las actividades que se indican, pararse continuamente, hablar mucho, distraerse fácilmente, no obedecer a sus padres, maltratar en algunas ocasiones a animales o a sus compañeros.

Los padres obtuvieron puntajes mas altos para somatización, manifestada como algún malestar físico no asociado a enfermedad, principalmente observado como cefalea, dolor abdominal, nauseas y vomito.

Solo hubo buena concordancia en ansiedad depresión, trastornos del pensamiento, somatización y conductas infractoras, concordancia moderada en retraimiento, problemas sociales y conductas agresivas, con nula concordancia en trastornos de conducta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Loeber, R, Burke, JD, Lahey, BB, Winters, A, Zera, M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 34: 1468-1484.
2. Cole, PM, Teti, LO, y cols. Mutual emotion regulation and the stability of conduct problems between preschool and early school age. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 1-18.
3. Efstratopoulou, M, Janssen, R, Simons, J. Agreement among physical educators, teachers, and parents on children's behaviors: a multitrait-multimethod design approach. *Res Dev Disabil* 2012; Sept-Oct 33(5): 1343-1351.
4. Rutter, M. Conduct disorder: future directions. An afterword. En: Hill J; Mauchan B (eds) *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge child and adolescent psychiatry. Cambridge University Press, 2001: 553-572.
5. Bordin, LA, Rocha, MM, Teixeira, MC, et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saude Publica* 2013; 29 (1):13-26.
6. Berg-Nielsen, TS, Solheim, E, Belsky, J, et al. Preschooler's psychosocial problems: in the eyes of the beholder? Adding teacher characteristic as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; Jun 43 (3): 393-413.
7. Hanssen-Bauer, K, Langsrud, O, Kvermmo, S, Heverdahi, S. Clinical-rated mental health in outpatient child and adolescent mental health services: associations with parent, teacher and adolescent ratings. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2010; Nov 25; 4-29.
8. Wakefield, JC, Pottick, KJ, Kirk, SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder social context?. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 380-386.
9. Coolidge, FL, Thede, LL, et al. Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioural disorders and executive function deficit: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol* 2000; 17: 273-287
10. Todd RD, Rasmussen ER y cols. Familiarity and heritability of subtypes of attention deficit hyperactivity disorder in a population sample of adolescent twins. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1891- 1898.
11. Willcutt, EG, Pennington, BF y cols. Twin study of the etiology of comorbidity between Reading disability and attention – deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet* 2000; 96: 293-301.
12. Morrel, J, Murray, L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol psychiatry* 2003; 44: 489-508.
13. Sampson, RJ, Laub, JH. Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. *Criminology* 2003; 41: 301-339.

14. Tremblay, RE y cols. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004; 1114: e43-e50.
15. Becker, KB, McCloskey, LA. Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72: 83-91.
16. Costello, EJ, Compton, SN, Keeler, G, y cols. Relationship between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA* 2003; 290: 2063-2064.
17. Ehrensaft, MK, Wasserman, GA, Verdelli, L, y cols. Maternal antisocial behavior, parenting practices, and behavior problems in boys at risk for antisocial behaviour. *J Child Fam Stud* 2003; 12: 27-40.
18. Scourfield J, Van der Bree M y cols. Conduct problem in children and adolescents: a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 489-496.
19. Sprich, S, Biederman, J, Crawford, MH, y cols. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1432-1437.
20. Faraone, SV, Biederman, J, Monuteaux, MC. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 21-29.
21. Holmes, J, Payton, A, y cols. Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J Med Genet* 2002; 114: 150-153.
22. Berg-Nielsen, TS, Solheim, E, Belsky, J, et al. Preschooler's psychosocial problems: in the eyes of the beholder? Adding teacher characteristic as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; Jun 43 (3): 393-413.
23. Hill, J. Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43:133-164.
24. Sigurdardotti, S, Indredavik, MS, Ericksdottir, A, Einarsdottir, K, et al. Behavior and emotional symptoms of preschool children with cerebral palsy: a population-based study. *Dev Med Child Neurol* 2010; Nov 52(11): 1056-1061.
25. Hay, DF, Pawlby, S, Angold A y cols. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39: 1083-1094.
26. Joseph, J. Genetics and antisocial behavior. *Ethical Hum Sci Serv* 2003; 5(1): 41-44
27. Todd RD, Rasmussen ER y cols. Familiality and heritability of subtypes of attention deficit hyperactivity disorder in a population sample of adolescent twins. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1891- 1898.
28. Willcutt, EG, Pennington, BF y cols. Twin study of the etiology of comorbidity between Reading disability and attention – deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet* 2000; 96: 293-301.
29. Kelly, JB. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 963-973.

30. McLoyd, VC. Socioeconomic disadvantage and child development. *Am Psychol* 1998; 53:185-204.
31. Kim-Cohen, J, Moffitt, TE, Taylor, A, y cols. Maternal depression and children's antisocial behaviour – Nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 173-181.
32. Kurstjens, S, Wolke, D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Psychol Psychiatry* 2001; 42: 623-636.
33. Verhulst, FC, Koot, HM, Van der Ende, J. Differential predictive value of parents and teachers reports of children's problem behaviors: a longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 1994; Oct 22(5): 531-546.
34. Saigal, S, Pinelli, J, y cols. Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 2003; 111: 969-75.
35. Becker, KB, McCloskey, LA. Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72: 83-91.
36. Bordin, LA, Rocha, MM, Teixeira, MC, et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saude Publica* 2013; 29 (1):13-26.
37. So, P, Graves-Lord, K, Van der Ende, J, Verhulst, FC, et al. Using the Child Behavior Checklist and the Teacher's Report Form for identification of children with autism spectrum disorders. *Autism* 2012; August 23.
38. Efstratopoulou, M, Janssen, R, Simons, J. Agreement among physical educators, teachers, and parents on children's behaviors: a multitrait-multimethod design approach. *Res Dev Disabil* 2012; Sept-Oct 33(5): 1343-1351.
39. Salbach-Andrae, H, Lenz, K, Lehmkuhl, U. Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *Eur Psychiatry* 2009; Jun 24(5):345-351
40. Grigorenko, EL, Geiser, C, Slobodskaya, HR, et al. Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychil Assess* 2010; Dec 22(4): 893-911.
41. Kristensen, S, Henriksen, TB, Bilenberg, N. The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/1(1/2)-5): assessment and analysis of parent- and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nord J Psychiatry* 2010; May 4:64 (3): 203-209.
42. Kendall, PC, Puliafico, AC, Barmish, AJ, et al. Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *J Anxiety Disord* 2007; 21 (8): 1004-1015.
43. Moss, HB, Baron, DA, y cols. Preadolescent children of substance-dependent fathers with antisocial personality disorder: psychiatric disorders and problem behaviors. *Am J Addict* 2001; 10: 269-278.

44. Clark, DB, Cornelius, J, Wood, DS, y cols. Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 685-691
45. Dionne, G, Tremblay, R, Boivin, M, y cols. Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. *Dev Psychol* 2003; 39: 261-273.
46. Delenay-Black, V, Covington, C y cols. Teacher – assessed behaviour of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics* 2000; 106: 782-791.
47. Fried, PA. Conceptual issues in behavioural teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marijuana exposure. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 81-102.
48. Lynch, ME, Coles, CD y cols. Examining delinquency in adolescents differentially exposed to alcohol: the role of proximal and distal risk factors. *J Stud Alcohol* 2003; 64: 678-86.
49. Huesmann, LR, Moise-Titus, J, Podolski, CL, y cols. Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behaviour in young adulthood: 1977-1992. *Dev Psychol* 2003; 39: 201-221.
50. Nagin, DS, Tremblay, RE. Parental and early childhood predictors of persistent aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 389-394.
51. Stouthamer-Loeber, M, Loeber, R, Wei, E, y cols. Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 111-123.
52. Strasburger, VC. Children, adolescents, and the medias. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004; 34: 54-113
53. Tremblay, RE, Nagin DS y cols. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004; 114: 4350.
54. Villani, S. Impact of medias on children and adolescents: a 10-year review of the research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 392-401.
55. Cimbor, DM, McIntosh, DN. Emotional response to antisocial acts in adolescent males with conduct disorder: A link to affective morality. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003; 32: 296-301.
56. Cole, PM, Teti, LO, y cols. Mutual emotion regulation and the stability of conduct problems between preschool and early school age. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 1-18.
57. Loeber, R; Farrington, DP, y cols. Male mental health problems, psychopathy, and personality traits: key findings from first 14 years of the Pittsburgh Youth Study. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4: 273-297.
58. Miller-Johnson, S, Coie, JD, y cols. Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 217-230.

59. Therani-Doost, M, Shahrivar, Z, Pakbaz, B, et al. Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iran J Pediatric* 2011; 21 (3): 31-42.

60. Hanriksen, J, Nielsen, PF, Bilenberg, N. New Danish standardization of the Child Behavior Checklist. *Dan Med J* 2012; Jul 59 (7): A4462.

61. Ang, RP, Rescorla, LA, Achenbach, TM, Ooi YP, et al. Examining the criterion validity of CBCL and TRF problem scales and items in a large Singapore sample. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; Feb 43 (1): 70-86.

62. Hanssen-Bauer, K, Langsrud, O, Kvermmo, S, Heverdahi, S. Clinical-rated mental health in outpatient child and adolescent mental health services: associations with parent, teacher and adolescent ratings. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2010; Nov 25; 4-29.

63. Joseph, J. Genetics and antisocial behavior. *Ethical Hum Sci Serv* 2003; 5(1): 41-44

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Distrito Federal, a ____ del mes _____ del 2013
Por medio de la presente autorizo	
participar en el protocolo de investigación titulado	<b>“Comparación entre la percepción de alumnos y padres de familia con niños con trastornos de conducta escolar”</b>
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

**El objetivo del estudio es:** Determinar la presencia de trastornos de conducta en niños de primaria.

**Se me ha explicado que mi participación consistirá:** si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario CBCL para padres.

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la conducta de niños de primaria.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a

proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

<hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA</b>	<b>DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA MÉDICO FAMILIAR 10859357</b>
	<b>DRA. FABIOLA VALDEZ BARRAGÁN RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR 99358280</b>

**Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:** 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320, en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

**Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.**

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA

**Datos del alumno**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado escolar: \_\_\_\_\_

**Datos de los padres**

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años      Edad del padre: \_\_\_\_\_ años  
Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_      Ocupación del padre: \_\_\_\_\_  
Estado civil de la madre: \_\_\_\_\_      Estado civil del padre: \_\_\_\_\_  
Persona que llenó el cuestionario (madre o padre): \_\_\_\_\_

**I. Deportes que realiza su hijo**

1. ¿Qué deportes realiza su hijo? (a)?: \_\_\_\_\_
2. Comparado con otros (divines de su edad) ¿Cuánto tiempo practica ese deporte?  
a) No sé      b) Menos      c) Igual      d) Más
3. Comparado con otros (divines de su edad) ¿Cómo es en cada deporte?  
a) No sé      b) Menos      c) Igual      d) Más

**II. Juegos y pasatiempo que realiza su hijo**

- ¿Qué juegos o pasatiempos tiene su hijo? \_\_\_\_\_
- Comparado con otros (divines de su edad) ¿Cuánto tiempo emplea en esas actividades?  
a) No sé      b) Menos      c) Igual      d) Más
- Comparado con otros (divines de su edad) ¿Cómo es en cada actividad?  
a) Igual      b) Peor      c) Igual      d) Mejor

**III. Grupos a los que pertenece su hijo:**

1. Mencione si su hijo pertenece a algún grupo u organización: \_\_\_\_\_
2. Comparado con otros (divines de su edad) ¿Cuánto participan en cada organización?  
a) Igual      b) Menos      c) Igual      d) Más

V. Amigos de su hijo

- ¿Cuántos amigos o amigas tiene su hijo?
  - 1
  - 2-3
  - 4 ó más
- ¿Aproximadamente cuántas veces a la semana su hijo hace cosas en compañía de sus amigos?
  - Menos de 1
  - 1-2
  - 2 ó más

VI. Comportamiento de su hijo

	Peor	Igual	Mejor
a) ¿Cómo se lleva con sus hermanos?			
b) ¿Cómo se lleva con otros niños?			
c) ¿Cómo se comporta con sus padres?			
d) ¿Cómo juega o trabaja solo?			

VII. Rendimiento escolar

	No lo realiza	Peor que el promedio	Promedio	Mejor
Español				
Matemáticas				
Ciencias naturales				
Ciencias sociales				
Idiomas				

	Si	No	Aclare materia o tiempo
Asiste a clases de regularización? (si, indique cual)			
¿Ha repetido o algún grado? (si, indique cual)			
¿Ha tenido o algún otro problema de aprovechamiento o conducta en la escuela? (meses)			
¿Hace cuánto tiempo comenzaron esos problemas?			
¿Terminaron esos problemas?			

Adicionalmente hay una lista de conductas que se usan para describir el comportamiento de los niños y jóvenes. Píntele con cada una de ellas si la ha observado en su hijo (los últimos seis meses), tache en la columna según la frecuencia con la que lo ha observado (cada tiempo, algunas veces o raro).

	Casi siempre	Algunas veces	Raro
1. Actúa de enojado o enojado una gran cantidad			
2. Se le observa alegre			
3. Disfruta mucho			
4. Tiene amor			
5. Se comporta como el sexo opuesto			
6. Orina o defeca fuera del accuamido			
7. Frena mudo, fanfarrón			
8. No se puede concentrar o poner atención mucho tiempo			
9. No puede apartar ciertos pensamientos de su cabeza			
10. No puede sentarse quieto			
11. Agreda a los adultos, muy dependiente			
12. Se queja de que se siente solo			
13. Confundido, parece estar en otro lado			
14. Mena mucho			
15. Cruza con los animales			
16. Desconsiderado con los demás			
17. Sueña despierto o se pierde de sus pensamientos			
18. Se hace daño de sí mismo			
19. Pide mucha atención			
20. Destruye sus cosas			
21. Destruye cosas de su familia o amigos			
22. Desobediente en casa			
23. Desobediente en la escuela			
24. No come bien			
25. No se lleva bien con otros niños			
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal			
27. Celoso			
28. Come cosas que no son comida			
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares			
30. Tiene miedo a la escuela			
31. Tiene miedo de hacer algo malo			
32. Cree que tiene que ser perfecto			
33. Piensa que nadie lo quiere			
34. Piensa que los demás quieren hacerle daño			
35. Cree que es inferior a los demás			

	Casi siempre	Algunas veces	Raro
36. Es propenso a tener accidentes			
37. Se mete en muchas peleas			
38. Se burla a menudo de los otros			
39. Tiene malas compañías			
40. Encuentra cosas que no son reales			
41. Hace las cosas sin pensar			
42. Le gusta estar solo			
43. Dice mentiras o hace trampas			
44. Se comete errores			
45. Nervioso, ansioso, temoso			
46. Tiene flojos			
47. Frecuente			
48. No es bien visto por otros niños			
49. Es adolecente delirante			
50. Ausencia de emociones			
51. Le dan mareos			
52. Sentencia de amoralidad culpables			
53. Come demasiada			
54. Siempre está cansado			
55. Tiene problemas con el peso			
56. Sin cosas que el médico no encuentra causa			
a) Dolor en cualquier parte del cuerpo			
b) Dolor de cabeza			
c) Puede vomitar			
d) Escalofríos, con los ojos			
e) Escalofríos en la piel			
f) Dolor en el estómago			
g) Otros			
57. Agredir a otras personas			
58. Se mete el dedo en la nariz			
59. Juega con sus órganos sexuales en público			
60. Juega demasiado con sus órganos sexuales			
61. Sus trabajos escolares son deficientes			
62. Se torpe físicamente			
63. Prefiere jugar con niños mayores			
64. Prefiere jugar con niños pequeños			
65. Se niega a hablar			
66. Repite actos uña y otras vez (compulsiones)			
67. Se fuga de casa			
68. Grita mucho			
69. Es muy reservado			
70. Va corriendo que no están allí			
71. Pensar			
72. Prende fuego constantemente			

	Casi siempre	Algunas veces	Rara
73. Ha observado algún problema sexual			
74. Le gusta llamar la atención			
75. Timido			
76. Duermes menos que otros niños			
77. Duermes todo el tiempo			
78. Juega con sus excrementos			
79. Tiene problemas con el lenguaje			
80. Se queda mirando al vacío			
81. Roba cosas en casa			
82. Roba cosas en casa ajena o escuela			
83. Almacena cosas que no necesita			
84. Hace cosas que considera extrañas			
85. Tiene ideas extrañas			
86. Malhumorado o irritable			
87. Tiene cambios bruscos de humor			
88. Se enoja fácilmente			
89. Desconfiado			
90. Jura, dice groserías			
91. Dice que se quiere morir			
92. Habla o camina dormido			
93. Habla de ensañado			
94. Se burla de otros niños			
95. Hace berrinches malhumor			
96. Piensa de ensañado sobre temas sexuales			
97. Amenaza a otros			
98. Se chupa el dedo			
99. Se preocupa de ensañado por el orden			
100. No duermes bien			
101. Falta a la escuela			
102. Poco activo, lento en su actuar			
103. No está contento, triste, deprimido			
104. Desconfiado multico			
105. Toma alcohol o usa drogas			
106. Es daltónico			
107. Se critica en la ropa			
108. Se critica en la casa			
109. Se queja continuamente			
110. Le gustaría pertenecer a otro sexo			
111. Retraído			
112. Preocupen			



Nombre del alumno:  
 Sexo:  
 Edad:  
 Fecha de nacimiento:  
 Fecha:

Trabajo del padre:	Nombre del profesor:
Trabajo de la madre:	Género:
	Años laborados:
	Estado civil:

1. Hace cuántos meses o años conoce a este niño (a)? \_\_\_\_\_ meses
2. ¿Qué tanto la/lo conoce? a) No mucho      b) Considerablemente      c) Muy bien
3. Cuántas horas a la semana le imparte clases? \_\_\_\_\_ horas
4. ¿Qué clase imparte?
5. Ha sido necesario referirlo (a) a alguna clase especial, servicio o regularización?
  - a) No lo sé
  - b) No
  - c) Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
6. Ha repetido algún grado escolar?
  - a) No
  - b) Sí, cuál? \_\_\_\_\_

Actividad académica

Materia	Muy debajo	Debajo	Fin medio	En cima del promedio	Muy por encima

En comparación con sus compañeros	Casi no	Muy poco	Un poco	Intermedio	Un poco más	Mucho	Mucho más
¿Qué tan difíciles que trabaja?							
¿Qué tan propio es su comportamiento?							
¿Cómo es su aprendizaje?							
¿Qué tan feliz es?							

1. Padece alguna enfermedad mental o discapacidad?
2. ¿Cuál es lo que más le preocupa de este alumno?
3. Describe 3 cualidades por favor, \_\_\_\_\_
4. Describe libremente algún comentario del alumno si lo crea necesario:



De las siguientes afirmaciones, diga la frecuencia con la que ha percibido que las realiza el alumno

	Nunca	Algunas veces	Frecuente o mucho
1. Se le ve triste o con cara de preocupación			
2. Tiene problemas para relacionarse con los demás			
3. Se le ve muy tímido			
4. Se le ve nervioso o con ansiedad			
5. Se le ve muy tímido o con vergüenza			
6. Se le ve triste o con problemas de ánimo			
7. Se le ve tímido			
8. Se le ve muy tímido o con problemas de ánimo			
9. Tiene problemas de ánimo			
10. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
11. Tiene problemas de ánimo			
12. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
13. Tiene problemas de ánimo			
14. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
15. Tiene problemas de ánimo			
16. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
17. Tiene problemas de ánimo			
18. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
19. Tiene problemas de ánimo			
20. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
21. Tiene problemas de ánimo			
22. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
23. Tiene problemas de ánimo			
24. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
25. Tiene problemas de ánimo			
26. Se le ve tímido o con problemas de ánimo			
27. Tiene problemas de ánimo			



