



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9  
PALIZADA, CAMPECHE**

**“CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
Y NIÑOS ESCOLARES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA”  
FOLIO 2008-401-47**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARTHA JARUCO GARCIA CASTELAN**

**CAMPECHE, CAMPECHE, MÉXICO**

**2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**“CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
Y NIÑOS ESCOLARES CON TRASTORNOS DE  
CONDUCTA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARTHA JARUCO GARCIA CASTELAN**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M**

**CAMPECHE, CAMPECHE, MÉXICO**

**2009**

**“CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
Y NIÑOS ESCOLARES CON TRASTORNOS DE  
CONDUCTA”**

**FOLIO 2008-401-17**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DRA. MARTHA JARUCO GARCIA CASTELAN**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. TERESA CONCEPCIÓN CHULINES VALENCIA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
GENERAL FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 13

**DRA. ROXANA DEL SOCORRO GONZÁLEZ DZIB**

ASESOR METODOLÓGICO

MEDICO FAMILIAR

DRA. EN EDUCACIÓN ADSCRITA A LA U.M.F No. 13

**DR. ADRIAN MADRIGAL AZCARATE**

ASESOR DEL TEMA

MEDICO NO FAMILIAR

ADSCRITO AL HOSPITAL MANUEL CAMPOS

**CAMPECHE, CAMPECHE, MÉXICO**

**2009**

**“CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR Y NIÑOS ESCOLARES CON  
TRASTORNOS DE CONDUCTA”**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi esposo: Rubén Arturo Acosta Durán.**

Por ser mi felicidad y mi amor;  
Por su comprensión, motivación y respaldo  
El pilar de esta familia que Dios unió

### **A mis hijos: Alison Xail y Rubén Joel**

Por ser los maravillosos ángeles de mi vida;  
Unos pedacitos de cielo; los impulsores de mi superación personal.

### **A mi padre: Prof. Joel Antonio García Valdez ( † ).**

Por ser mi punto de partida;  
Por su ejemplo y dedicación profesional y familiar.

### **A mi madre: Marlene Castelán Vasconcelos.**

Por enseñarme a recordar y amar. Que pese a las dificultades, podemos tener  
todo lo que nos proponemos y soñamos.

### **A mis hermanos. Joel Antonio, Berenice de Jesús, Manuel Ernesto y Christian del Milagro.**

Por ser cuatro soles que alumbran mi familia.

**A mis amigos: Eduardo Méndez, José Novelo, Cesáreo Maldonado y Gonzalo Rodríguez.**

Por el privilegio de su amistad. Y que con esta unión que nos caracterizó llegamos a ser una familia, con integrantes muy diferentes. Doy gracias por las diferencias y el gran compañerismo que nos unió

**A mis compañeros de trabajo: Enf. Rosa Ma. Benítez, Lic. Lucio May, Ing. Humberto Lugo y Sr. José Manuel Abreu,**

Por su comprensión y confianza en estos tres años

**A mi maestra: Dra. Nelly Antonia Rosado Fuentes.**

Por compartir sus conocimientos y amor hacia la Medicina Familiar con nosotros, y demostrarnos con hechos que nos puede ofrecer todas las experiencias que nosotros deseemos.

**A mis asesores: Dra. Roxana González Dzib y Dr. Adrian Madrigal A.**

Por su invaluable ayuda en la realización de esta tesis. Infinitamente “Gracias”  
Y sobre todo Dra. Roxana, por que sin su persistencia y confianza en mí, no tendría la satisfacción de ser Médico Familiar

**Y SOBRE TODO, POR TODO A: DIOS**

## ÍNDICE

	<b>PAGINA</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICOS</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFÍAS</b>	<b>41</b>
<b>TABLAS Y ANEXOS</b>	<b>46</b>



## RESUMEN

**TITULO:** “CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIÑOS ESCOLARES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA”

**AUTOR:** MARTHA JARUCO GARCÍA CASTELAN

**INTRODUCCIÓN:** Diversos investigadores como Fischer 1984; Patterson 1992 sugieren que numerosos trastornos de conducta del adulto tienen sus orígenes en la niñez<sup>1, 2</sup>, demuestran que aproximadamente el 10 al 15 % de los niños en edad escolar presentan trastornos conductuales leves a moderados<sup>3, 4, 5</sup> además de que un creciente número de pruebas indican que dichos trastornos pueden persistir hasta etapas de la edad adulta. Además, para los niños de entre 7 y 16 años de edad, la tasa de prevalencia de los casos limítrofes o clínicos de trastorno negativista desafiante fue de 9,3 % y la de trastorno de conducta fue del 6.8% en una muestra de 1641 niños, en base al informe de los padres de la Child Behavior Checklist.<sup>6</sup> Los trastornos de conducta son desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores, cuyas manifestaciones conductuales son variadas y estables esencialmente en las relaciones familiares, escolares y en la comunidad existen diversos trastornos de conducta, como son tendencia masculina, tendencia femenina, inadaptación neurótica, conducta disociada, timidez, fugas, agresividades, etc. Pero en este estudio nos enfocamos a las tendencias de agresividad, fugas y timidez. Los trastornos de conducta, como desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad son variadas y la génesis y desarrollo de la personalidad se determina que es específicamente influida por la imitación del comportamiento del padre, madre y demás personas del contexto familiar y social. Se han utilizado diversos enfoques para el tratamiento de los niños con trastornos de conducta, que varían desde fármacos, como el metilfenidato, intervención de los médicos familiares con psicología sistémica, terapias individuales como la cognitivo – conductual y la psicoterapia Kleiniana, hasta el uso combinado de estos. ya que al parecer no se encuentran estudios que relacionen la disfunción familiar a los trastornos conductuales, y esto es lo que queremos valorar y correlacionar en este estudio, en la comunidad de

Palizada, Campeche, basándonos en la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero en 3er, 4to, 5to y 6to grado.

**OBJETIVO:** Demostrar si existe asociación entre la disfunción familiar y los trastornos de conducta en niños escolares de la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero del Municipio de Palizada, Campeche

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo con un corte transversal y analítico. Mediante un muestreo estadístico estratificado se seleccionó a una población. Se incluyeron 203 niños de ambos sexos, que fluctuaban en las edades de 8 a 12 años, donde se realizó la aplicación de test (Eyberg Child Behavior Inventory) para detectar la presencia de algún trastorno de conducta, encontrándose un total de 42 niños con estas alteraciones, y en una relación 2:1, indicando que 42 niños presentaron trastornos de conducta y 84 niños no la presentaron, del mismo modo se le aplicó a sus respectivas familias, se abordaron los grados escolares 3ero, 4to, 5to, 6to grado, en la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero, del Municipio de Palizada, Campeche, en un periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2008. Este estudio busca comparar 2 porciones, con un intervalo de confianza del 95% para dos colas, considerando una diferencia de proporción del fenómeno en este estudio 0.25%, y una diferencia entre ambas de 0.25%.

La información registrada, se concentró en una base de datos SPSS, versión 15, con aplicación de estadística descriptiva, para determinar la correlación de las variables en estudio, reportándose en tablas y graficas, expresadas en porcentaje.

**RESULTADOS:** Se analizaron 203 niños, 111 niñas/92 niños, de los cuales se demostró que del total de la población analizada 42 niños presentaron trastorno de conducta (20.68%) de las niñas 23/46, con trastornos/sin trastornos, y en referencia a los niños los resultados son 19/38, con trastornos /sin trastornos. Encontrando una edad promedio 10.47 años en niñas y 9.57 años en niños. Presentando una moda 9 años en niñas y 9 y 11 años en niños. Siendo la edad

promedio en ambos de 10.07 con una moda 9 años. En la población sin presencia de trastornos de la conducta encontramos que el 66.66 % presenta mal funcionamiento y el 33.34 % buen funcionamiento, contando la población femenina con el 58.7 % versus el 41.3 %, y en la masculina del 76.3 % y 27.7 % respectivamente

**CONCLUSIONES:** Es importante comentar que el funcionamiento familiar se ve afectado en ambos grupos, y se observa el incremento de la incidencia del trastorno en relación con el mal funcionamiento familiar. Pero la familia como se menciona es un fenómeno de fuente de salud o enfermedad, que condiciona dependiendo de sus características funcionales y de integración, la posibilidad de enfrentarse y apoyar al enfermo crónico para una mejor adaptación y apego al tratamiento, que nos permitirá intervenirla y de esta manera abordar la patología como lo menciona Avalos M y Fernández O, siendo un centro integrador asistencial para el control, apego, apoyo y soporte no solo moral y económico del paciente sino además integrar la función enfermo-grupo-familia-sistema-asistencial por lo que su correcto estudio con instrumentos adecuados como es el caso de los instrumentos usados en este estudio. Por lo cual la relevancia de continuar realizándolos para poder impactar en la población y mejorar la célula en constante cambio llamada familia que necesita nuestra sociedad

## INTRODUCCIÓN

La importancia de los problemas de conducta (como los trastornos del sueño y de conducta) y su significado clínico en relación con las dificultades a largo plazo se han convertido en un área relevante de estudio médico. (Campbell 1995)<sup>10</sup>.

En diferentes investigaciones, los trastornos de conducta en niños han incluido la evaluación de padecimientos conductuales de internalización como ansiedad, tristeza, aislamiento social y también conductas de externalización como aumento en la actividad, bajo control de impulsos, falta de cumplimiento, agresiones dirigidas a sus padres y rabietas, generando un círculo vicioso de ansiedad permanente<sup>14</sup>.

En general, se indican que los padres y maestros expresan inicialmente la preocupación acerca de las dificultades del manejo de la conducta, llámese esta hiperactividad (con o sin trastornos de aprendizaje), la falta de atención y las relaciones entre hermanos entre otras alteraciones observadas.

Determinar el tipo de disfunción familiar y su correlación directa con el trastorno conductual del menor nos permite en función de intervención del médico familiar sugerir y/o determinar el tipo específico de terapia más adecuado para corregir esta relación patológicamente disfuncional de familia para mejoría del ambiente del menor afectado <sup>15</sup>.

Considerando de una gran trascendencia realizar investigación en relación entre disfunción familiar en niños escolares con la presencia de trastornos de conducta, para determinar la alta probabilidad de que se logren los objetivos y se pueda demostrar la hipótesis formulada, llegando a ser positiva cuando la disfunción familiar sea resuelta. En el cual se podría hacer por medio del personal del magisterio, lograr una mejor terapia en esos niños y así lograr evitar que en la adolescencia y en la edad adulta sean personas satisfechas y 100% productivas<sup>16</sup>.

El uso de instrumentos de evaluación como lo es el cuestionario de Eyberg, permitirá detectar las alteraciones de conducta en la población infantil. El cuestionario de Eyberg<sup>25</sup> se diseñó para proporcionar a los médicos una

evaluación de la conducta del niño de 2 a 17 años. Posee una buena fiabilidad y validez, y se ha utilizado ampliamente para investigación y fines clínicos este valora conductas de tipo externalizante, es breve, sencillo y de fácil cumplimentación. Por otro lado, la detección de alteraciones de conducta en los niños permitirá que éstos puedan beneficiarse de una eventual intervención precoz en el núcleo familiar

El presente estudio busca la relación entre la disfunción familiar y niños escolares que tengan trastornos conductuales, con el uso adecuado de instrumentos ya establecidos y probados, para identificar si hay asociación positiva o no, y así el permitir una intervención adecuada de la medicina familiar al identificar una disfunción.

Es evidente que el tipo de familia a la que el estudiante pertenece, constituye un elemento clave para modificar su evolución tanto en lo psicosocial como en lo material, y en este contexto, la valoración que el estudiante hace de sí mismo (autoestima) y las cogniciones acerca de si mismo (auto concepto) están como pilares del desarrollo de la competencia emocional<sup>17</sup>.

Se necesita investigación adicional para determinar la eficacia real de la terapia familiar en niños con trastornos de conducta que proporcionara al galeno la posibilidad de elegir entre la amplia gama de terapias de familia la adecuada para los diferentes tipos de disfunción que se logre determinar en el paciente.

Así que es de suma trascendencia realizar este estudio. Para poder tener un antecedente en nuestra población Mexicana. Pero de más importancia, para nuestras familias campechanas. Además de saber hacer una intervención adecuada y sobre todo en su debido tiempo. Para que estos niños puedan ofrecer a la sociedad, una vida activa plenamente satisfactoria.

## MARCO TEÓRICO

Los trastornos de conducta han oscilado siempre entre responsabilidad y culpabilidad, entre ley y medicina, entre psiquiatría y criminología. Unos defienden los aspectos psicológicos en tanto que otros se centran en los aspectos morales y/o criminalidad derivada de los mismos.

A lo largo de la historia se han dado distintos nombres, normalmente tenemos el concepto de “*criminal congénito*” de Lombroso, la “*manía sin delirio*” de Pinel, la “*monomanía instintiva o impulsiva*” de Esquirol, “*la locura de los degenerados*” de Morel, la “*moral insanity*” de Pritchard, la “*moralische krankheiten*” de los alemanes y, por último, la “*locura de los instintos*” de Maudsley. Todas estas definiciones hacen referencia, de una manera u otra, a la etiopatogenia constitucionalista u orgánica.

Fueron las corrientes psicoanalíticas las que pusieron el contrapunto ambientalista en la etiopatogenia de los trastornos de conducta. Un discípulo de Freud, Aichhorn, el que realizó una descripción que narra: “*Cada niño es primero un ser social que busca, ante todo, la satisfacción inmediata de sus necesidades instintivas, sin consideración por el mundo que le rodea. Este comportamiento, normal para un niño, es considerado como asocial o disocial en un adulto. Son los adultos los que enseñan a los niños, que son todos disociales desde el nacimiento, a adaptarse a las demandas de la sociedad*” (Aichhorn, 1925). Este autor está considerado como el pionero de la denominada psicoeducación.

Diversos investigadores como Fischer 1984; Patterson 1992 sugieren que numerosos trastornos de conducta del adulto tienen sus orígenes en la niñez<sup>1,2</sup>, y Cornely 1986; Koot 1991 demuestran que aproximadamente el 10 al 15 % de los niños en edad escolar presentan trastornos conductuales leves a moderados<sup>3,4,5</sup> además de que un creciente número de pruebas indican que dichos trastornos pueden persistir hasta etapas de la edad adulta. Además, para los niños de entre 7 y 16 años de edad, la tasa de prevalencia de los casos limítrofes o clínicos de trastorno negativista desafiante fue de 9,3 % y la de trastorno de conducta fue del

6.8% en una muestra de 1641 niños, en base al informe de los padres de la Child Behavior Checklist.<sup>6</sup>

Datos obtenidos en diversos países y de diferentes modos muestran tasas similares en la estabilidad de estos trastornos a lo largo de muchos años (Bear 2000, Campbell 1994; McGee 1991; Richman 1982)<sup>7,8</sup>. Dichos datos indican que existe una alta probabilidad (aproximadamente el 50%) de que los niños que presentan trastornos de conducta a los 3 o 4 años de edad continúen con este trastorno en la adolescencia.

Belmonte Avilés<sup>29</sup> en el 2004 durante la mesa de debate sobre trastornos de conducta menciona que la prevalencia población general: 1,5% a 8,7%, siendo el 17 % de los diagnósticos de atención pediátrica primaria, y que estos se observan en el 50 a 75 % de las unidades infanto-juveniles de atención médica. Siendo el sexo masculino más afectado en trastornos globales, aunque predomino en mujeres en trastornos graves y delictivos en relación 4:1, y se observa preponderadamente en femeninas adolescentes en Cartagena España.

Un estudio reveló que la combinación de cinco variables predijeron el diagnóstico de trastornos antisocial en un 81% de los niños de 11 años de edad y en menor grado, la delincuencia en un 66 % de los adolescentes White 1990 (el informe de los padres acerca de los trastornos del comportamiento de niños de 5 años de edad, el informe de la madre acerca de las dificultades en la etapa de lactante, los informes del personal de investigación acerca de la exteriorización de los problemas y dos variables motrices)<sup>9</sup>.

Los trastornos de conducta son desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores, cuyas manifestaciones conductuales son variadas y estables esencialmente en las relaciones familiares, escolares y en la comunidad existen diferentes trastornos de conductas: como son tendencia masculina, tendencia femenina, inadaptación neurótica, conducta disociada, timidez hiperkinesia, fugas, agresividades, etcétera. Pero en este estudio a realizar nos enfocaremos a las tendencias de agresividad, fugas, timidez e hiperactividad.

Los trastornos de conducta como desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad son variadas y la génesis y desarrollo de la personalidad se determina que es específicamente influida por la imitación del comportamiento del padre, madre y demás personas del contexto familiar y social.

Se han utilizado diversos enfoques para el tratamiento de los niños con trastornos de conducta, que varían desde fármacos, como el metilfenidato, intervención de los médicos familiares con psicología sistémica, terapias individuales como la cognitivo – conductual y la psicoterapia Kleiniana, hasta el uso combinado de estos.

Las distintas clasificaciones internacionales (CIE -10 y DSM) nos van a posibilitar la precisión clínica, mejor dicho descriptiva, de los trastornos de conducta sin entrar en consideraciones psicopatológicas, Así tenemos que la CIE -8 de 1965 ya incluía una categoría específica denominada “Trastorno de Conducta de la Infancia”. Fue en la CIE-9 en donde se describen distintos trastornos de conducta a través de varias categorías:

- Trastornos de conducta, subtipo: socializado, no socializado, compulsivo, mixto, con hipercinesia, sin trastornos de personalidad.
- Trastorno hiperkinético.
- Trastornos de la adaptación.
- Personalidades amorales, antisociales, asociales.
- Conducta disocial sin trastorno psiquiátrico (Código V).

En la CIE-10 se intenta realizar un esfuerzo por adaptarse a la clasificación americana (DSM), bajo la categoría F91 definiéndola como un conjunto de conductas repetitivas y persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás, o las normas y reglas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. La duración exigida es al menos de seis meses.

Entre los enfoques evaluados, se demostró que los tratamientos conductuales son sumamente eficaces para un rango de trastornos de conducta en los niños (Campbell 1995)<sup>10</sup>.



En 1989, La American Psychological Association calculó que se publican más de 2000 libros de autoayuda cada año. Sin embargo, la evaluación de la efectividad de los tratamientos basados en los medios de comunicación, es en general limitada y en su mayor parte está centrada en los adultos 7.

En un metanálisis (Gould), se informó que los tratamientos de autoayuda basados en los medios de comunicación podrían ser eficaces para los trastornos de la salud mental subclínicos en adultos <sup>12</sup>. El motivo podría ser la falta de apoyo sostenido, que es una característica de la mayoría de las formas de terapia individualizada. Por lo tanto se planteó la hipótesis de que los tratamientos conductuales (estructurales) para los niños con trastornos de la conducta.

Capbell<sup>10</sup> en 1995, indica la eficacia de las intervenciones conductuales para los niños con trastorno de conducta. En general, se halló que las intervenciones mostraron un efecto más sólido de manera consistente en los informes realizados a las madres acerca del comportamiento de los niños. Por lo que es importante señalar que la mayoría de los ensayos incluidos en esta revisión, utilizado en este protocolo de estudio diseños de Webster - Stratton o aquellas de la triple- P (positive parenting programme).

Revisiones no sistemáticas de la literatura que evaluaron la eficacia de la terapia familiar en trastornos conductuales como desatención, hiperactividad e impulsividad, indican que la terapia familiar es altamente eficaz y apoya a los padres a comprender y sobrellevar el trastorno de sus niños, reduciendo la angustia y mejorar aspectos estructurales como la jerarquía intergeneracional, las reglas y rutinas, la comunicación (Carr 2000<sup>a</sup>).

Gran parte de las pruebas que indican que la terapia familiar es eficaz para los niños y adolescentes con trastornos como déficit de atención y de conducta se refiere a las formas multifactoriales del tratamiento que incluyen componentes farmacológicos combinados con terapia familiar o entrenamiento de los padres y a veces terapia individual para los niños e intervenciones escolares (Carr 2000<sup>b</sup>; MTA 1999).

La familia ejerce una poderosa influencia en la educación de los hijos, además los padres juegan un rol fundamental en el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que si se preocupan de la educación de sus hijos y colaboran con los profesores, los niños presentan buen rendimiento y se adaptan fácilmente a la vida. Sea una niñez feliz como una vida adulta productiva.

Belmonte Avilés <sup>29</sup> en el 2004 nuevamente menciona a la familia como factor desencadenante para la presencia de trastornos de conducta observándose alteraciones en la armonía / distocia, pareja parental, Familias funcionantes / disfuncionantes /rotas. Alteraciones en los factores de crianza como fueron mala Relación padres-hijos y Familia sobreindulgente / Educadora: coherente, consistente, continua.

Sin embargo, debido que no hay muchas revisiones sistemáticas, las que hay están sujetas a riesgo de sesgo. Se trataran de incluir intervenciones de terapia familiar funcional, terapia cognitiva-conductual familiar o terapia conductual familiar. Y terapia sistemática ya que al parecer no se encuentran estudios que relacionen la disfunción familiar a los trastornos conductuales, y eso es lo que queremos valorar y asociar en este protocolo de investigación, en la comunidad de palizada, Campeche basándonos en alumnos identificados portadores de trastornos de la conducta en la escuela primaria de la localidad en 4to, 5to y 6to grado.

La mayoría de los estudios hubiera sido útil información adicional que podría resultar informativa e incluso determinante para los profesionales, como las implicaciones económicas de estos enfoques o de medidas de satisfacción de los consumidores que permitan realizar análisis y comparaciones. Además, los profesionales de la salud requieren información acerca de las diferencias culturales e individuales cuando consideran el uso de estas clases de enfoques, otro ejemplo, serian los niveles de escolarización, el acceso a equipos audiovisuales, etc. Adicionalmente una de las dificultades que presenta al realizar programas conductuales con los niños es que habitualmente existe un retraso en el inicio del efecto del tratamiento.

Siendo la familia la unidad que integra una sociedad, es evidente que muchos han sido los investigadores (Gurman y Kniskern, 1981; Olson, 1985; Beavers y Hampson, 1995) que han tratado de *evaluar* el funcionamiento familiar y de pareja desde los inicios de la terapia familiar. Sin embargo, la mayor dificultad que se ha tenido que superar es el inconveniente de la enorme cantidad de información que se obtiene de la entrevista con algún miembro de un núcleo familiar, adicionalmente hay que considerar las apreciaciones particulares del o los sujetos que analizan dicha información (Sinibaldi, citado en Velasco y cols., 2006).

Así, el principal quehacer del investigador será identificar los aspectos que considera trascendentes para su trabajo. Es en este contexto que Atri (2006), tratando de evaluar el funcionamiento familiar, busca definir el concepto de normalidad familiar. Después de hacer un recuento de los diversos autores que han tratado de aterrizar dicho término, se centra en la propuesta del modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF), el cual refiere seis dimensiones, que han resultado ser de utilidad en la evaluación de las familias en tratamiento, pues éstas logran una representación clara de lo que se puede considerar como una familia normal. Las dimensiones mencionadas son las siguientes: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.

Este instrumento de evaluación utilizado tiene un fundamento basado en el modelo de funcionamiento familiar de McMaster (MMFF) <sup>13</sup>, el cual a sido desarrollado a lo largo de más de 25 años y surge de tres proyectos de investigación.

El estudio inicial se realizó a finales de 1950 en la Universidad de McGill y fue reportado en la "La Mayoría Silenciosa (The Silent Majority, Westley y Epstein, 1969) y apoya la idea de que la manera en que la familia funciona como sistema y es un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos, y como estudio interdisciplinario que combina aspectos psiquiátricos para estudiar la organización de familias no clínicas.

Evoluciona como lo describe en “El Esquema de Categorías Familiares” (The Family Schema, Epstein, Sigal y Rakoff, 1962) y tuvo lugar a principios de la década de los 60, también en la Universidad de McGill, donde investiga la relación entre el proceso terapéutico con familias y sus resultados. El proyecto es tratado en una serie de trabajos (Guttman et al., 1971; 1972; Postner et al, 1971, y Rakoff, et al 1967; Epstein et al, 1968; 1982)

Finalmente como “El modelo de funcionamiento familiar de McMaster” (McMaster Model of Family Functioning, MMFF), se llevo a cabo en la Universidad de McMaster en Hamilton, Notario e investigo la relación entre varios terapeutas, variables de terapia y los resultados de la terapia familiar, vistos en el centro Infantil y Familiar en Chedoke-McMaster.

Este procedimiento da fundamento al cuestionario que fue elaborado a partir del Modelo McMaster de funcionamiento familiar (Epstein et al, 1981), se generó un banco de 200 reactivos con base en este marco teórico donde se integro ideas útiles de la literatura de terapia familiar, la clínica, la enseñanza y la investigación, todo lo cual ha sido incorporado al modelo, que se ha ido refinando y reformulado continuamente.

Con la selección de reactivos, utilizando como criterio, la claridad y pertinencia con la escala quedaron 151 reactivos (25 reactivos correspondían al área de resolución de problemas, 25 al área de comunicación, 25 al área de respuestas afectivas. 22 al área de involucramiento afectivo y 28 al área de control de conducta).

El cuestionario de evaluación del funcionamiento familia (EFF)<sup>27</sup> es del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo, que para obtener la validez de constructo del instrumento se realizó un análisis de componentes principales el de solución Varimax y el de rotación Oblicua con un 61.8% de la varianza total, El instrumento en general tiene un excelente coeficiente de consistencia interna

La existencia de alteraciones de conducta, se realizara con el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory), validado en nuestro país por el grupo de Fernández de Pinedo et al<sup>25</sup> , este consta

de 36 preguntas (representan las conductas más frecuentemente relatadas por los padres de niños con trastornos de conducta) y que responden los padres bajo dos puntos de vista: frecuencia de realización de distintas conductas anómalas, y vivencia por los padres de una determinada conducta como un problema.

Mediante el ECBI, la frecuencia de conductas anómalas durante los últimos 3 meses se valora a través de una escala tipo Likert que va desde 1 (nunca) hasta 7 (siempre). La suma de las 36 preguntas llamada "intensidad" o PTI (puntuación total de intensidad) oscila entre 36 y 252. La vivencia por parte de los padres de una conducta como preocupante o problema es una variable dicotómica que se valora como 0 o 1 y su suma, llamada "problema" o PTP (puntuación total problema) oscilan de 0 a 36.

En este estudio, y de acuerdo con otros trabajos, se transformó la escala Likert 1-7 del cuestionario original de Eyberg en otra escala 1-3: (1) nunca o casi nunca, (2) a veces, y (3) siempre o casi siempre. Este cambio se realizó para facilitar la comprensión y cumplimentación debido a la diversidad de ambientes socioculturales en nuestra comunidad y tras conocer que, en otros estudios españoles, los coeficientes de correlación hallados se mantuvieron dentro de unos niveles aceptables, próximos a los de la escala original de 1-7 categorías.

Además, se codificaron las respuestas como 0-1-2, de forma que la puntuación osciló entre 0 y 72. Se tomó como punto de corte el valor de la media más una desviación estándar para todas las edades, valor que según diferentes investigadores establece la separación entre valores normales y anormales, es decir, entre niños sin y con alteración de la conducta.

Dicho punto de corte fue de 28,37 para la "intensidad" y de 13,40 para el "problema", y así una puntuación total de intensidad que supere los 28 puntos indica que en el niño hay tantas conductas anómalas que le convierten en un niño con una posible alteración de la conducta, debiendo considerar el pediatra la necesidad de una evaluación más profunda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional, prospectivo con un corte transversal y analítico,

### LUGAR DEL ESTUDIO:

Alumnos escolares 3ero, 4to, 5to, 6to grado, en la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero, del municipio de Palizada, Campeche en un periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2008.

### POBLACIÓN:

Se incluyeron 203 niños de ambos sexos, que fluctuaban en las edades de 8 a 12 años, donde se realizó la aplicación de test para detectar la presencia de algún trastorno de conducta, encontrándose un total de 42 niños con estas alteraciones, y en una relación 2:1, indicando que 42 niños presentaron trastornos de conducta y 84 niños no la presentaron, del mismo modo se le aplicó a sus respectivas familias,

### TAMAÑO DE LA MUESTRA.<sup>28</sup>

Si deseamos estimar una proporción, debemos saber:

- El nivel de confianza o seguridad  $(1-\alpha)$ . El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente  $(Z\alpha)$ . Para una seguridad del 95% = 1.96,
- La precisión que deseamos para nuestro estudio.
- Una idea del valor aproximado del parámetro que queremos medir (en este caso una proporción). En caso de no tener dicha información utilizaremos el valor  $p = 0.5$  (Seguridad = 95%; Precisión = 3%: que será nuestra proporción esperada donde:
  - $Z\alpha 2 = 1.962$  (ya que la seguridad es del 95%)

- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2} = 203$$

A dicha población donde se identifiquen niños con trastornos de conducta, se le realizará una fórmula para un estudio comparativo, que busca comparar 2 porciones con un intervalo de confianza del 95% para dos colas, considerando una diferencia de proporción del fenómeno en este estudio 0.25% y una diferencia esperada entre ambas 0.25%,

La información registrada, se concentró en una base de datos SPSS, versión 15, con aplicación de estadística descriptiva, para determinar la correlación de las variables en estudio, reportándose en tablas y gráficas, expresadas en porcentaje.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Grupo 1: Con trastornos de Conducta**

#### **Inclusión:**

1. Ser alumno de la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero, del municipio de Palizada, Campeche durante el ciclo escolar 2008 – 2009
2. Cursar entre el 3ro al 6to grado de educación escolar en la Escuela Primaria Gregorio Torres Quintero, del municipio de Palizada, Campeche
3. Contar con la edad comprendida entre los 8 a 12 años sin ser el sexo determinante para el estudio.
4. No tener enfermedades mentales conocidas que interfieran con el diagnóstico de trastornos de la conducta.

5. Tener la disponibilidad de participar y contar con los parámetros solicitados por la alteraciones de conducta, se realizará con el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory).
6. Contar con el consentimiento informado de los padres para la participación en el estudio.

**Exclusión:**

1. Tener alguna enfermedad mental conocida que interfiera con el diagnóstico inicial de trastorno de conducta o que altere los resultados del cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory).
2. Contar con diagnóstico previo ya conocido de trastorno de conducta o estar bajo manejo ya conocido para este padecimiento

**Grupo 2: Sin trastornos de Conducta**

1. Este grupo está sometido a los mismos criterios de inclusión y de exclusión con la diferencia que al practicársele el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) no se presentó ninguno de estos padecimientos por lo que se admitieron ya que cuentan con las mismas características educativas, sociales, regionales que el grupo con estas enfermedades.



## VARIABLES:

### 1. Identificación de las Variables

<b>Tipo de Variable</b>	
<b>Dependiente</b>	<b>Trastorno de conducta</b>
<b>Independiente</b>	<b>Funcionamiento familiar</b>

Las variables pueden sugerir la presencia subjetiva de su valoración, mas debido a contar con una clasificación ya existente y métodos de su estandarización establecidos, son nominales, porque no hay criterios subjetivos de la evaluación apeándose a la clasificación para su evaluación estadística como cualitativas y nominales predominaran en el presente estudio.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### **Trastornos de conducta:**

Desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores cuyas manifestaciones conductuales son variadas y estables, esencialmente en las relaciones familiares, escolares y en la comunidad.

Se investigarán los siguientes trastornos de conducta: como son tendencia, inadaptación neurótica, timidez, fugas, agresividad.

**Timidez:** Niños que se caracterizan por tener dificultades en el establecimiento de relación con personas con las que no están familiarizadas mantienen un comportamiento aislado.

**Fugas:** Cuando se escapan del hogar o de la escuela sin autorizarlos los padres o maestros.

**Agresividad:** Son eternos inconformes, cometen agresiones y no toleran la autoridad.

Definiéndola como un conjunto de conductas repetitivas y persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás, o las normas y reglas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. La duración exigida es al menos de seis meses.

Trastornos de conducta, subtipo: socializado, no socializado, compulsivo, mixto, con hipercinesia, sin trastornos de personalidad.

- Trastorno hipercinético.
- Trastornos de la adaptación.
- Personalidades amorales, antisociales, asociales.
- Conducta disocial sin trastorno psiquiátrico

### **Funcionamiento familiar:**

Según el investigador McMaster, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

Se expresa como la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

**Funcionamiento Familiar Asintomático:** en esta perspectiva, la familia se considera normal al no existir síntomas recientes de disfunción o sicopatología en los miembros de la familia. En esta definición, la ausencia de síntomas equivale a salud.

**Funcionamiento Familiar Promedio:** en esta perspectiva la definición de “normalidad” es estadística. Las familias en el rango medio de funcionamiento están más cerca de lo “norma”. Ya que la mayoría de las familias tienen problemas ocasionalmente, un problema por sí mismo no implica que la familia no sea normal.

**Funcionamiento Familiar según los Procesos Transaccionales:** en esta perspectiva las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales característicos de todos los sistemas. Los procesos básicos implican la integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con los sistemas individual y social.

**Funcionamiento Familiar Óptimo:** este enfoque de la normalidad define a la familia exitosa en términos de características ideales y positivas.

## DEFINICIONES OPERACIONALES:

Variable	Operacionalización	Escala	Unidad de Medida
Trastorno de conducta.	Establecido por el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) como conductas repetitivas y persistentes de mas de seis meses de duración, donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás, o las normas y reglas sociales.	Cuantitativos  Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Timidez:</b></li> <li>• <b>Fugas:</b></li> <li>• <b>Agresividad:</b></li> <li>• Trastorno hipercinético.</li> <li>• Trastornos de la adaptación.</li> <li>• Personalidades amorales, antisociales, asociales.</li> <li>• Conducta disocial sin trastorno psiquiátrico</li> </ul>
Funcionamiento familiar	Evaluado por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad	Cuantitativos  Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asintomático:</b></li> <li>• <b>Promedio:</b></li> <li>• <b>Según los Procesos Transaccionales</b></li> <li>• <b>Óptimo:</b></li> </ul>

## **Métodos, técnicas, y procedimientos de recolección de la información**

### **Metodología.**

En la unidad de medicina familiar numero 9 de palizada, Campeche del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido del 1ero de Julio al 30 de septiembre del 2008 en coordinación con la escuela Primaria Gregorio Torres Quintero y previa aprobación del comité local de investigación se demuestra la correlación entre el funcionamiento familiar y los niños escolares con trastornos de conducta.

Primeramente se identifica la población a estudiar y mediante un muestreo no probabilístico consecutivo se seleccionó a una población de 203 niños que cursaron entre los grados de 3ro a 6to año entre las edades de 8 a 12 años sin importar sexo, a los cuales se les proporciona las características y propósitos del estudio y previa firma de una hoja de consentimiento informado se aplican el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) para la identificación de los pacientes portadores de algún trastorno de conducta de diagnóstico inicial no conocido.

Del total de alumnos encontrados con estas patologías, se tomará una relación 2:1 de niños sin este diagnóstico, siendo así una fórmula para un estudio comparativo, que busca comparar 2 porciones con un intervalo de confianza del 95% para dos colas, considerando una diferencia de proporción del fenómeno en este estudio 0.25% y una diferencia esperada entre ambas 0.25%, realizándose así los criterios necesarios para este tipo de estudio estadístico observacional.

En la elaboración del instrumento para recolectar los datos se procedió como primer paso enlistar las variables que se pretenden medir u observar, se procedió a Revisar su definición conceptual (marco teórico) que incluya todas sus categorías, los indicadores más precisas y los ítems para cada uno de las variable, dándose en ellos las calificaciones logradas en dos cuestionarios necesarios para la investigación que son el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) y los resultados del modelo de funcionamiento familiar de McMaster (McMaster Model of Family

Functioning, MMFF), que se llevo a cabo en la Universidad de McMaster en Hamilton.

La información registrada en el instrumento de recolección de datos, se concentro en una base de datos SPSS, versión 15, con aplicación de estadística descriptiva, para determinar la correlación de las variables en estudio, reportándose en tablas y graficas, expresadas en porcentaje.

### **Aspectos éticos:**

Según el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud<sup>22</sup>. En el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres humanos. Este protocolo de Investigación no tiene ningún Riesgo para el individuo sujeto de investigación. Basándonos en el Artículo 17, que por si solo se explica.

Art. 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento,

Encontrándose este protocolo en el rubro de Investigación sin riesgo. Que por si solo se explica.

Entendiéndose como investigación sin riesgo: Los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

## RESULTADOS

De la población estimada para la realización del estudio se encontró un total de 203 niños evaluados mediante muestreo estadístico estratificado, siendo 111 niñas y 92 varones, donde se encontró un total de 42 niños (20.68 %), con algún trastorno de conducta (19 varones y 23 mujeres) (45.2 % y 54.8 %) respectivamente (Gráfico 1 y 2).

Para la significación estadística se utilizó una correlación 2:1 en pacientes conocidos de trastorno de conducta quedando la población acorde a sexo de la siguiente manera, 57 varones (donde se incluyen los diagnosticados) y 69 mujeres, respetando igualdad de edad, grado escolar para aplicar las hojas de recolección de datos.

La edad promedio fue de 10.47 años en niñas y de 9.57 en niños con una moda de 9 años en niñas y de 11 y 9 años en niños, siendo una edad promedio para ambos grupos de 10.07 años con una moda de 9 años (grafico 3)

El funcionamiento familiar según McMaster es valorado mediante la interpretación de seis parámetros que determinan a la familia, con repercusión en su funcionalidad y mediante un valor numero, lo estructura en cuatro niveles siendo ambos extremos (optima y asintomática) las consideradas sin repercusión o de buen funcionamiento, quedando las dos intermedias (funcionamiento promedio y funcionamiento con alteraciones en sus procesos transaccionales) como de mal funcionamiento.

En nuestra población estudiada portadora de algún trastorno de conducta un total de 83.33 % tiene mal funcionamiento versus el 16.67 % del buen funcionamiento, encontrándose en la población femenina el 82.6 %, contra el 17.4 %, y en la masculina del 84.2 % y 15 .8 % respectivamente (grafico 4).

En la población sin presencia de trastornos de la conducta encontramos que el 66.66 % presenta mal funcionamiento y el 33.34 % buen funcionamiento, contando la población femenina con el 58.7 % versus el 41.3 %, y en la masculina del 76.3 % y 27.7 % respectivamente (grafico 5)

En el total de la población se encontró que el 72.2 % tiene mal funcionamiento en comparación del 27.8 % siendo en la población femenina del 66.6 %, 33.4 % y en la masculina del 78.9 % y el 21.1 % respectivamente (grafico 6 Y 7)



## GRÁFICOS



GRAFICO 1.- Pacientes portadores de algún tipo de trastorno de conducta en escolares, según el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory)

## GRAFICO 2, RELACION CORRESPONDIENTE AL SEXO EN ESCOLARES CON ALGUN TRASTORNO DE CONDUCTA

■ HOMBRES ■ MUJERES

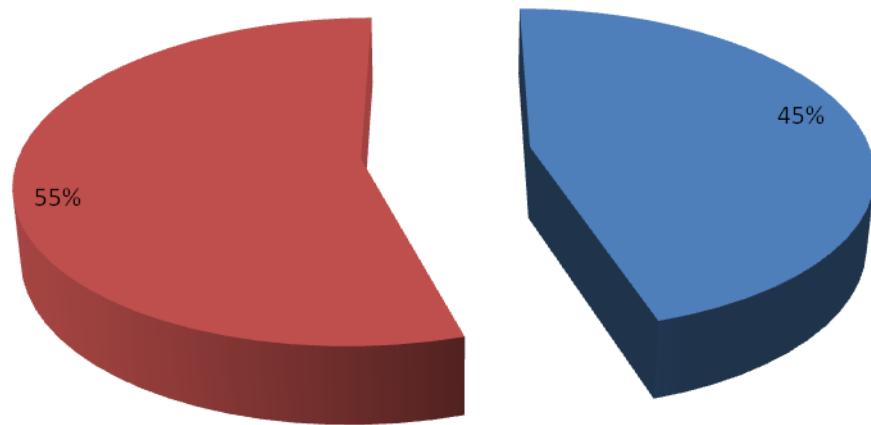


GRAFICO 2.- Pacientes portadores de algún tipo de trastorno de conducta según sexo acorde a el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory)

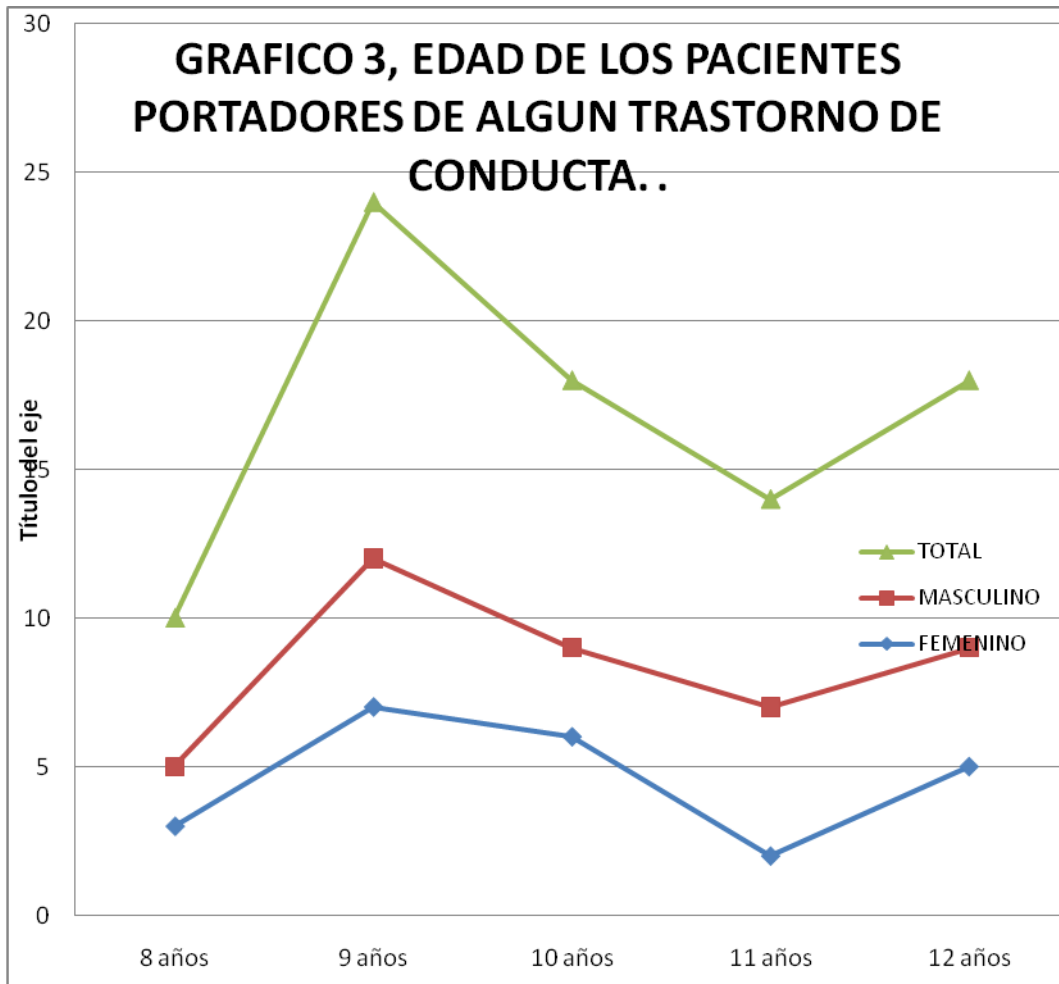


GRAFICO 3.- edad de los pacientes portadores de algún trastorno de conducta.

### GRAFICO 4, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES DE ALGUN TRASTORNO DE CONDUCTA.

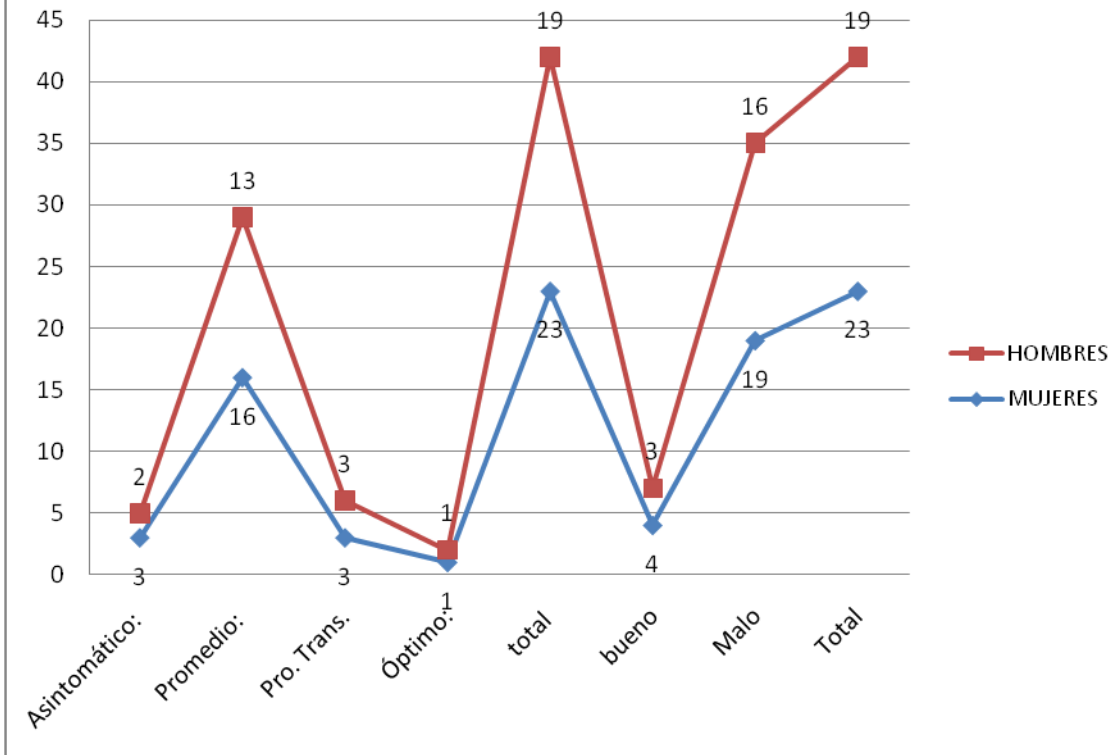


GRAFICO 4.- Funcionamiento Familiar según McMaster, en pacientes portadores de algún tipo de trastorno de conducta.

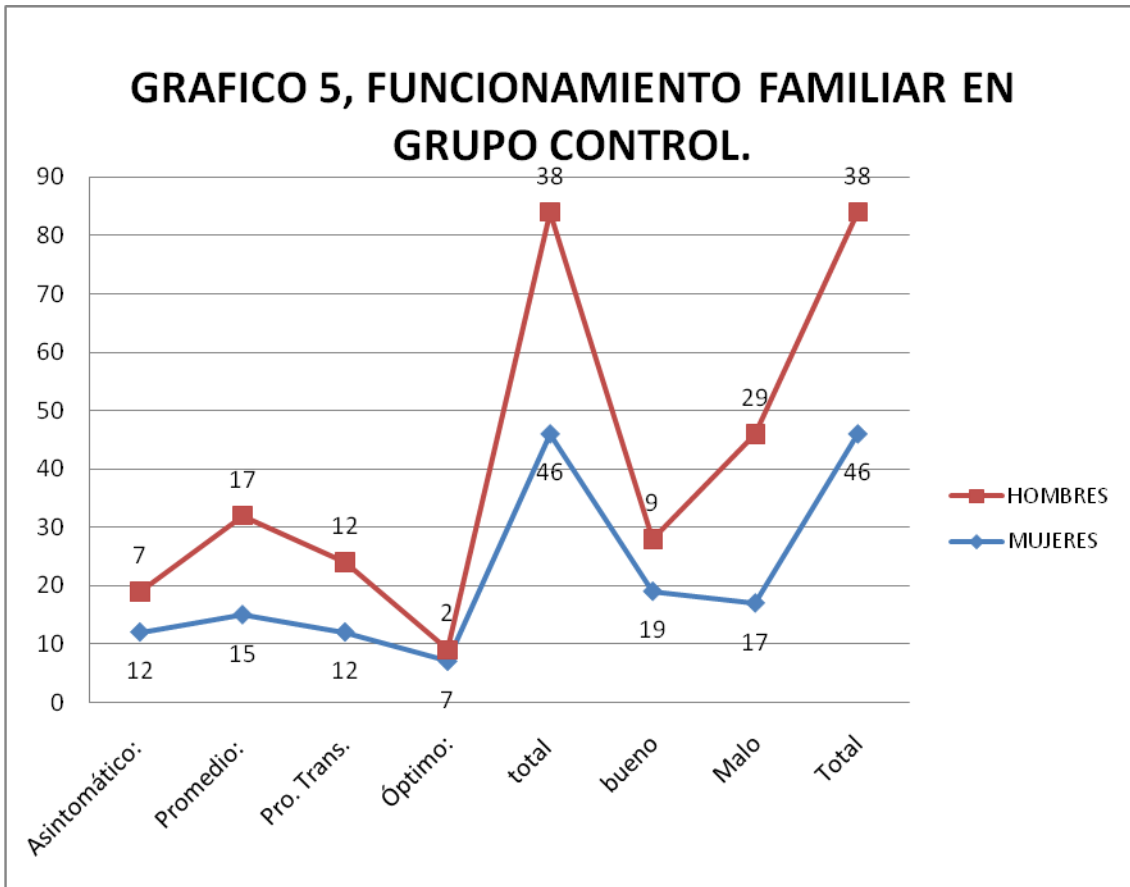


GRAFICO 5.- Funcionamiento Familiar según McMaster, en pacientes control.

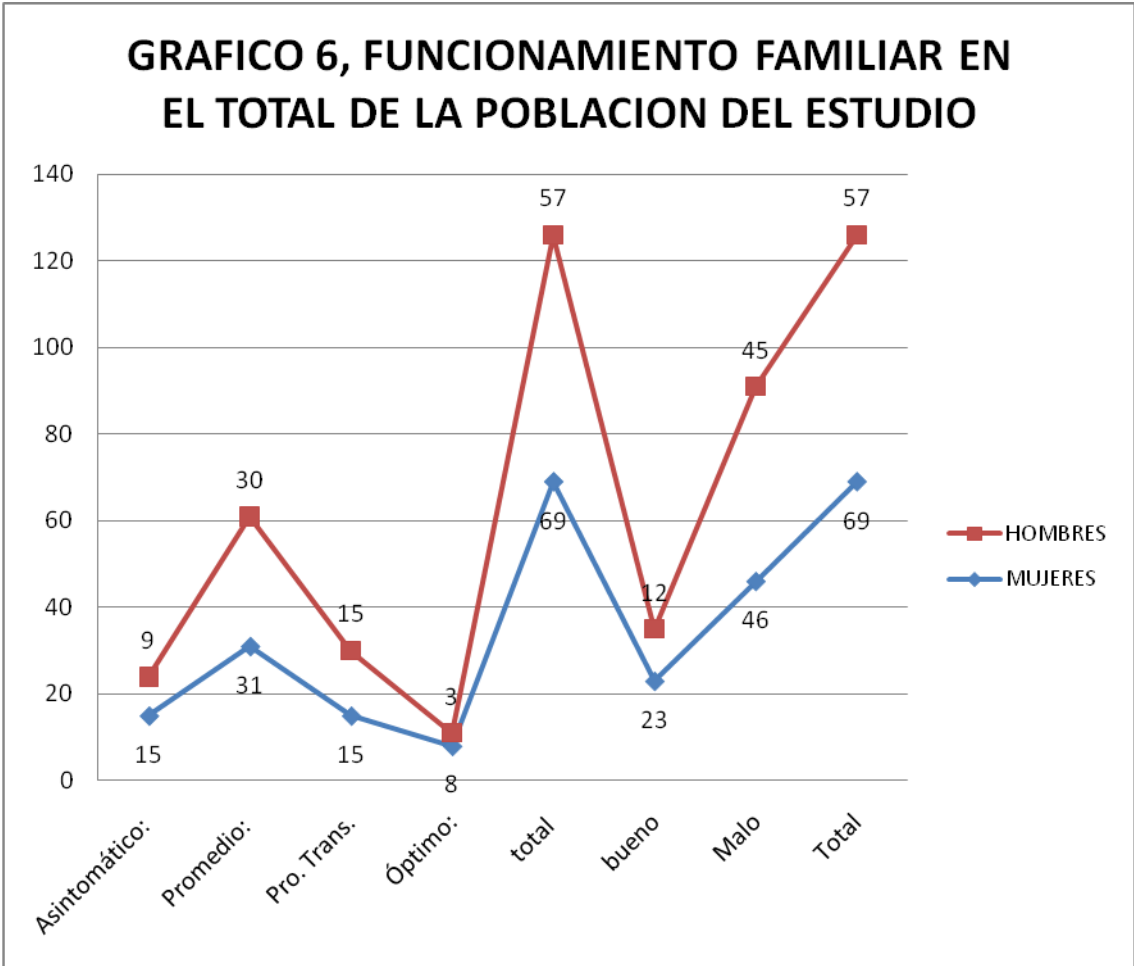
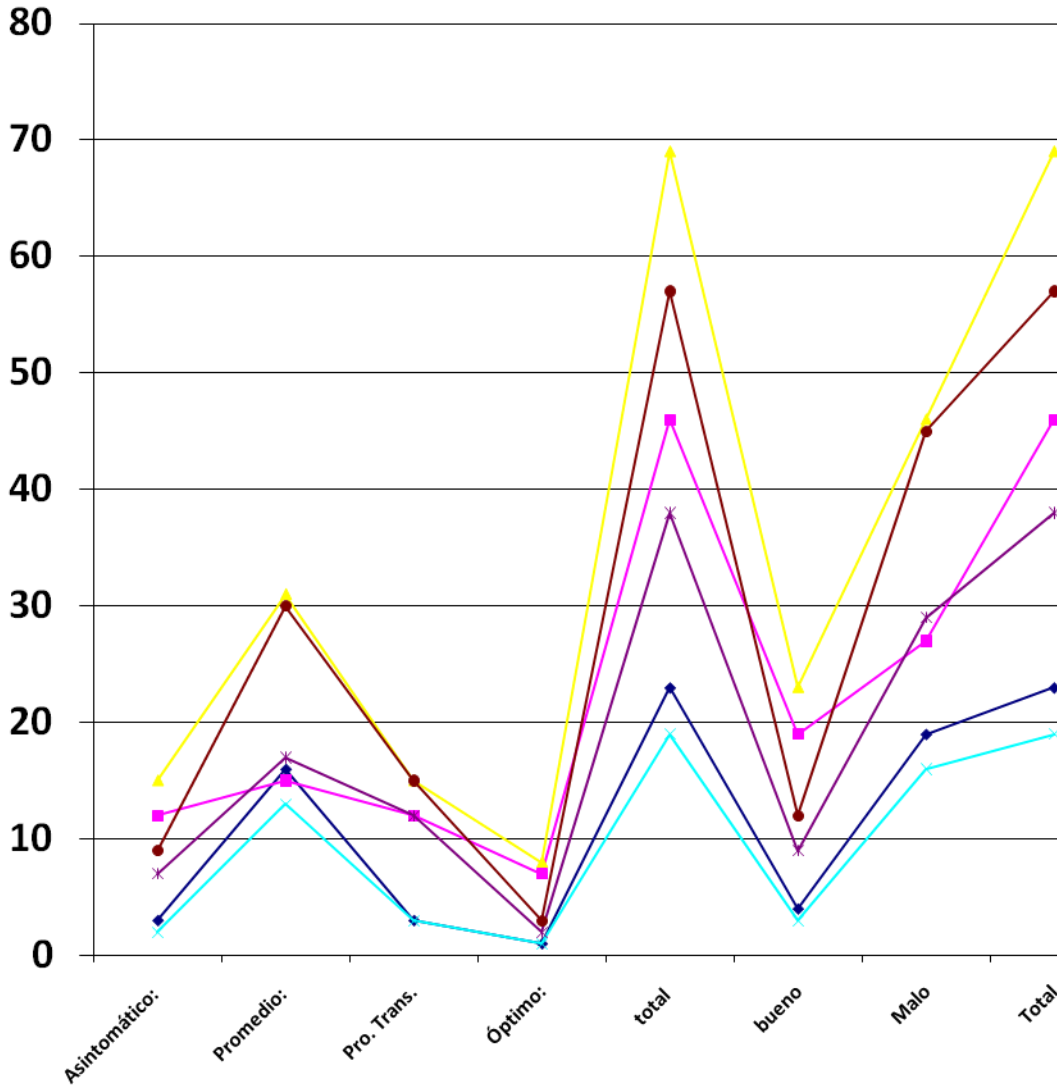


GRAFICO 5.- Funcionamiento Familiar según McMaster, en el total de la población estudiada

**GRAFICO 7, COMPARACION DE GRUPOS EVALUADOS ACORDE A SU FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



## DISCUSIÓN

Los trastornos de conducta son desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores, cuyas manifestaciones conductuales son variadas y estables, esencialmente en las relaciones familiares, escolares y en la comunidad, donde el medio familiar es el lugar de génesis y desarrollo de la personalidad de niños específicamente influida por la imitación del comportamiento del padre, madre y demás personas del contexto familiar y social.

Diversos autores como Márquez Bermúdez M. en el estudio de las características psicopedagógicas de los escolares con trastorno de conducta (1997) menciona que la influencia del medio familiar es determinante en el desarrollo de la personalidad del niño, pues es en la familia donde se realiza el aprendizaje para la vida social apoyando con Ruiz Matos donde los niños escolares con desviaciones de conducta en la experiencia terapéutica (1995).

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia encontrada fue del 20.68 % mayor a lo observado en publicaciones previas como lo mencionado en 2004 por Belmonte Avilés en España, lo cual es esperado debido a que el instrumento utilizado tiene mayor sensibilidad y especificidad para los trastornos de conducta en escolares.

Dichos padecimientos se observan con presencia desde los 3 años de vida, con un variabilidad en los autores (Bear 2000, Campbell 1994; McGee 1991; Richman 1982), con rango de presentación de 3 a 5 años, y White 1990 menciona que la edad predominante de presentación es a los 11 años, en nuestro estudio se encuentra en edad aproximada con una edad promedio fue de 10.47 años en niñas y de 9.57 en niños y 10.07 años para ambos grupos.

En lo referente al sexo Belmonte Avilés (2004) refiere al sexo masculino más afectado en trastornos globales, aunque predomino en mujeres en trastornos graves y delictivos en relación 4:1, en nuestro estudio encontramos 45.2 % de varones y 54.8 % de mujeres con una relación 1 a 1.21 relación hombre mujer, refiriendo el mismo autor que la edad donde se observa mayor repercusión en los casos severos es en la adolescencia del sexo femenino, y mayor número de casos



en edades más tempranas, lo que podría explicar la poca diferencia en su relación en nuestro grupo encontrado.

La familia como unidad que integra una sociedad, es continuamente estudiada (Gurman y Kniskern, 1981; Olson, 1985; Beavers y Hampson, 1995) que han tratado de *evaluar* el funcionamiento familiar sin embargo, la mayor dificultad que se ha tenido que superar es el inconveniente de la enorme cantidad de información que se obtiene de la entrevista con algún miembro de un núcleo familiar (Sinibaldi, citado en Velasco y cols., 2006) y este contexto utilizado por Atri (2006), busca definir el concepto de normalidad familiar que apoyado por el modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF), logran una representación clara de lo que se puede considerar como una familia normal.

En base a estos datos encontramos que nuestros pacientes el 72.2 % tiene mal funcionamiento siendo en la población femenina del 66.6 %, y en la masculina del 78.9 %, y en los pacientes portadores de algún trastorno de conducta 83.33 % tiene mal funcionamiento, en la población femenina el 82.6 %, y en la masculina del 84.2 %, a comparación con la control donde el 66.66% presenta mal funcionamiento, la población femenina con el 58.7% y en la masculina del 76.3 %.

Lo que apoya lo mencionado por diversos autores donde la familia es un factor determinante para la presencia, persistencia y perturbación evolutiva de los pacientes con trastornos de conducta, demostrándose que la estandarización de los instrumentos de evaluación como el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) para la identificación de los pacientes portadores de algún trastorno de conducta aumenta la detección oportuna en pacientes de edad escolar no diagnosticados, y El modelo de funcionamiento familiar de McMaster” (McMaster Model of Family Functioning, MMFF), se llevo a cabo en la Universidad de McMaster en Hamilton permite evaluar por medio de seis parámetros el tipo de terapia intervencionista para el manejo adecuado del clínico familiar y minimizar el error terapéutico establecido en el contrato de atención sistémica integral del paciente con trastorno de conducta.

## CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que la utilización de instrumentos adecuados permite la identificación de trastornos de conducta en pacientes escolares, con cuadros no tan severos que hayan sido remitidos previamente por familiares y educadores, demostrado al tener una mayor incidencia de casos por uso de primera vez, demostrando que la sensibilidad y especificidad del instrumento que permitirá en su uso adecuado la detección temprana de los casos.

La familia como se menciona es un fenómeno de fuente de salud o enfermedad, que condiciona dependiendo de sus características funcionales y de integración, la posibilidad de enfrentarse y apoyar al enfermo crónico para una mejor adaptación y apego al tratamiento, que nos permitirá intervenirla y de esta manera abordar la patología como lo menciona Avalos M y Fernández O, siendo un centro integrador asistencial para el control, apego, apoyo y soporte no solo moral y económico del paciente sino además integrar la función enfermo-grupo-familia-sistema-asistencial por lo que su correcto estudio con instrumentos adecuados en este caso El modelo de funcionamiento familiar de McMaster minimizara el riesgo de sesgo en la investigación y permitirá incluir intervenciones de terapia familiar funcional, terapia cognitiva-conductual familiar o terapia conductual familiar. Y terapia sistemática para el paciente diagnosticado adecuadamente en fases tempranas y con mejoría en el contrato terapéutico del médico familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- <sup>1</sup> Fischer M, Rolf JE, Hasazi JE, CUMMINGS L. FOLLOW-UP OF A PRE-SCHOOL EPIDEMIOLOGICAL SAMPLE: CROSS-AGE CONTINUITIES AND PREDICTIONS OF LATER ADJUSTMENT WITH INTERNALIZING DIMENSION OF BEHAVIOR. *Child development* 1984; 55: 137-50.
- <sup>2</sup> Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. ANTISOCIAL BOYS. Eugene OR: Castalia, Publishing Company 1992. A social Interactional Approach; Vol. 4, 7-20
- <sup>3</sup> CornelyP. Bromet EJ. PREVALENCE OF BEHAVIOR PROBLEMS IN THREE-YEAR- OLD CHILDREN LIVING NEAR THREE MILE ISLAND: A COMPARATIVE ANALYSIS. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 1986; 27:489-98.
- <sup>4</sup> McGee R. Partridge F, Williams S Silva PA. A TWELVE-YEAR FOLLOW-UP OF PRESCHOOL HYPERACTIVE CHILDREN, *Journal of de American Academy of child and Adolescent Psychiatry* 1991; 30:224-32.
- <sup>5</sup> Koot HM, Verhulst FC. PREVALENCE OF PROBLEM BEHAVIOR IN DUTCH CHILDREN AGED 2-3. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 1991; 367:1-37. 91377500
- <sup>6</sup> Achenbach TM, Dumenci L, Rescoria LA, ARE AMERICAN CHILDREN'S PROBLEMS STILL GETTING WORSE? A 23-Year Comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2003; 31(I): I-II.

- <sup>7</sup> Bear GG, Webster-Stratton C, Furnoly MJ, Rhee S. PREVENTING AGGRESSION AND VIOLENCE. PREVENTING SCHOOL PROBLEMS-PROMOTING SCHOOL SUCCESS: Strategies and programs That Work. Washington DC: National Association of School Psychologists, 2000: 1-69.
- <sup>8</sup> Campbell SB. HARD -TO MANAGE PRESCHOOL BOYS: EXTERNALIZING BEHAVIOR SOCIAL COMPETENCE AND FAMILY CONTEXT AT TWO-YEAR FOLLOW-UP. Journal of Abnormal Child Psychology 1994; 22:147-66.
- <sup>9</sup> White JL, Moffitt TE, Earls F, Robins L, Silva A. HOW EARLY CAN WE TELL? PREDICTORS OF CHILDHOOD CONDUCT DISORDER AND ADOLESCENT DELINQUENCY. Criminology 1990, 28; 507-533
- <sup>10</sup> Campbell SB. Behavior Problems In Preschool Children: A Review Of Recent Research. Journal of child Psychology and Psychiatry 1995; 36(1):113-49.
- <sup>11</sup> American Psychiatric Association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 4th edition- text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: 2000.
- <sup>12</sup> Gould RA, Clum GA. A META-ANALYSIS OF SELF-HELP TREATMENT APPROACHES clinical Psychology review 1993; 13: 169-86.
- <sup>13</sup> Arrellano, J. Atril, R. Brizuela, V. Calderón, A. Cruz, L. Espinosa, M. Ojeda, A. Pantaleón, L. Sánchez, R. Sinibaldi, J. Instrumentos de evaluación en terapia Familiar y de pareja. Editorial Pax México. 2006; Pág. 1-26.

- <sup>14</sup> JADUE J, Gladis. TRANSFORMACIONES FAMILIARES EN CHILE: RIESGO CRECIENTE PARA EL DESARROLLO EMOCIONAL PSICOSOCIAL Y LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS. Estad. Pedagog., 2003, no. 29, p. 115-126. ISSN 0718-0705.
- <sup>15</sup> NORONO MORALES, Nilo Valentín, CRUZ SEGUNDO, Regla, CADALSO SORROCHE, Rosario et al. Influencia del medio familiar en niños con conducta agresivas. Rev. Cubana Pediatr, abr.-jun. 2002, vol. 74, no. 2, p. 138-144. ISSN 0034-7531.
- <sup>16</sup> Bjornstad G, Montgomery P. TERAPIA FAMILIAR PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Numero 2. Oxford.
- <sup>17</sup> Barrios, O. Matute, E. Zarabozo, D. DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS DE INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN ESCOLARES DE 1ERO A 6TO GRADOS DE PRIMARIA DE LA CIUDAD DE GUADALAJARA CON O SIN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN DE HIPERACTIVIDAD. Instituto de Neurociencias, CUCBA, Universidad de Guadalajara, Departamento de estudios de educación, CUCSH. México.

- <sup>18</sup> COVA S., Félix, MAGENTO M., Carmen y MELIPILLAN A., Roberto. ADVERSIDAD FAMILIAR Y DESARROLLO DE TRASTORNOS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS EN PREADOLESCENTES. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr, dic. 2005, vol. 43, no. 4, p. 287-296. ISSN 0717-9227
- <sup>19</sup> Puentes P. Barceló E. Pineda D. CARACTERÍSTICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN. Universidad del Atlántico; Programa Psicología Universidad, Simón Bolívar Barranquilla; Universidad del Norte, Instituto Colombiano de Neuropedagogía; Grupo de investigación Neuropsicología y Conducta, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia
- <sup>20</sup> Barkley RA. Attention DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: A HANDBOOK FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT. 2<sup>nd</sup> Edition. New 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Guilford, 1998.
- <sup>21</sup> Richman N. Stevenson J, Graham PJ. PRESCHOOL TO SCHOOL: A BEHAVIORAL STUDY. London: Academic Press, 1982.
- <sup>22</sup> Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL), 52<sup>a</sup> Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
- <sup>23</sup> REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, Artículo 4º. Constitucional, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 3 de feb. de 1983
- <sup>24</sup> Ortiz, M. La Salud Familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr, jul. – ago. 1999, vol.15, no. 4, p. 439-445.

- <sup>25</sup> Fernández, R. Gorostiza, E. Lafuente, P. Ojembarrena, E. Olaskoago, A, Versión española del ECBI (Eyberg Chil Behavior Inventory), medida de validez, Aten. Primaria 1998, 21:65-74
- <sup>26</sup> Capa, L. Bercedo, S. Redondo, M. González, C. Valoración de la conducta de los niños de Cantabria mediante el cuestionario en Eyberg, 2000, Volumen 53. Núm. 3, p. 234-240
- <sup>27</sup> Atri, R. Cuestionario de evaluación del Funcionamiento familiar (EFF). Editorial PAX México 2006 Pág. 1-26
- <sup>28</sup> Velazco, V. Martínez. V. Roiz, J. Huazano, F. Nieves, A. Muestreo y tamaño de muestra. Editorial e-libro, 2001: p. 51-56
- <sup>29</sup> Belmonte, F. TRASTORNOS DE LA CONDUCTO DEL NIÑO. Vox. PAEDIATRICA, 12,2 (33-40) 2004.
- <sup>30</sup> Ovalles, A. INCIDENCIA DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A LA DELINCUENCIA JUVENIL. Cap. Criminol. Mar. 2007, Vol. 35, No. 1, p. 85-107

*Síntomas de los Trastornos de Conducta de la CIE-10.*

1. Presenta accesos de cóleras anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
2. Discute frecuentemente con los adultos.
3. Se opone activamente a las demandas de los adultos o desobedece.
4. Realiza frecuentemente, de forma deliberada, cosas que contraría a los adultos.
5. Acusa frecuentemente a otros de ser responsables de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es frecuentemente susceptible o contrariado por los demás.
7. Es frecuentemente rencoroso o vengativo.
8. Es frecuentemente malo o vindicativo.
9. Miente frecuentemente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
10. Comienza frecuentemente peleas (no tener en cuenta peleas entre hermanos y hermanas).
11. Ha utilizado un arma que puede herir seriamente a otro (por ejemplo un bastón, u ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma de fuego).
12. Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de los padres.
13. Ha sido físicamente cruel hacia personas.
14. Cruel hacia los animales.
15. Ha destruido deliberadamente bienes de los demás.
16. Ha prendido fuego pudiendo provocar, o para provocar destrozos importantes.
17. Robo de objetos de valor, sin enfrentarse a la víctima, en la casa o fuera de la casa.
18. Hace novillos con frecuencia, desde la edad de 13 años o antes.
19. Se ha fugado al menos dos veces o no al menos una vez no ha vuelto hasta el día siguiente, viviendo con sus padres o en acogida familiar (no cuentan las fugas para evitar el castigo).
20. Ha cometido algún delito con enfrentamiento a la víctima.
21. Ha obligado alguien a tener una actividad sexual.
22. Molesta frecuentemente a otras personas (hiere, les hace sufrir, intimida.)
- 23.** Ha entrado en la casa violentándola, o un inmueble o en el coche de otra persona.



## ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE				
DIRECCIÓN				
EDAD				
SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
GRADO ESCOLAR	3ER	4TO	5TO	6TO
TRASTORNOS DE CONDUCTA	SIN TRASTORNO		CON TRASTORNO	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	

## ANEXO 2

### Cuestionario de Eyberg o ECBI para evaluar trastornos de conducta en niños de 2 a 17 años <sup>25</sup>

0: Nunca o casi Nunca

1: alguna Vez

2: Siempre o casi Siempre

Tarda mucho en vestirse.	0	1	2
En casa es muy desobediente.	0	1	2
Tiene malos modales en casa.	0	1	2
Lloriquea o gimotea.	0	1	2
Se niega a hacer las tareas que se le piden.	0	1	2
Tarda o pierde el tiempo cuando es hora de ir a la cama.	0	1	2
Tiene poca capacidad de atención.	0	1	2
Se comporta de forma desafiante cuando se le pide que haga algo.	0	1	2
Se niega a obedecer hasta que se le amenaza con castigos	0	1	2
Fastidia a los otros niños.	0	1	2
Insulta y discute con su hermanos/as o su compañeros/as.	0	1	2
Se enfada cuando no se sale con la suya.	0	1	2
Reclama atención constantemente.	0	1	2
Es un/una contestón/a.	0	1	2
Se niega a comer la comida que se le ofrece.	0	1	2
Se distrae con facilidad.	0	1	2
Se pega con su hermanos/as o su compañeros/as.	0	1	2
Pega a sus padres.	0	1	2
Maltrata sus juguetes u otros objetos.	0	1	2
Miente.	0	1	2
Tarda mucho en vestirse	0	1	2
Coge cosas que no le pertenecen.	0	1	2
Discute con los padres sobre normas de la casa.	0	1	2
Insulta y discute con los niños de su edad.	0	1	2
Tiene dificultad para entretenerse solo/a.	0	1	2
Se pega con niños de su edad.	0	1	2

Es muy gritón/a o chillón/a.	0	1	2
Es descuidado/a con los juguetes y las cosas.	0	1	2
Interrumpe a los adultos.	0	1	2
Tarda mucho en vestirse Lloro con facilidad.	0	1	2
Se niega a ir a la cama a la hora.	0	1	2
Tiene dificultad para acabar lo que empieza.	0	1	2
Tiene rabietas.	0	1	2
Tiene dificultad para concentrarse en las cosas.	0	1	2
Le cuesta estar quieto/a un momento.	0	1	2
Se hace pis en la cama.	0	1	2

Se Califica con un 36 ítems, dando un valor de mínimo de 0 y un máximo de 72, encontrando una media de 28 puntos para la validez interna, y una posible Alteración conductual, que deben recibir atención familiar y educativa, para evitar alteraciones más severas en edades más grandes y evitar adolescentes con presencia de delincuencia, además que con un puntaje de 13.40 podremos detectar un problema, no propiamente dicha como un trastorno de conducta pero que hay que darle seguimiento

### ANEXO 3

#### Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) <sup>27</sup>

Totalmente de acuerdo	(5)
De acuerdo	(4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(3)
En desacuerdo	(2)
Totalmente en desacuerdo	(1)

1.- Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2.- Si tengo dificultades, mi familia estará En la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3.- En la familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4.- En la familia tratamos de resolver los Problemas entre todos	1	2	3	4	5
5.- No nos atrevemos a llorar frente a los Demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6.- Raras veces platico con la familia sobre lo Que nos pasa	1	2	3	4	5
7.- Cuando se me presenta algún problema, Me paralizo	1	2	3	4	5
8.- En mi familia acostumbramos discutir Nuestros problemas	1	2	3	4	5
9.- Mi familia es flexible en cuanto a las Normas	1	2	3	4	5
10.- Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11.- En mi familia expresamos abiertamente Nuestras emociones	1	2	3	4	5
12.- Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13.- Cuando me enojo con algún miembro De la familia, se los digo	1	2	3	4	5
14.- Mi familia es indiferente a mis necesidades Afectivas	1	2	3	4	5
15.- Las tareas que me corresponden Sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16.- Cuando tengo algún problema, se lo Platico a mi familia	1	2	3	4	5
17.- En mi familia nos ponemos de acuerdo Para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18.- En mi familia expresamos abiertamente Nuestro cariño	1	2	3	4	5
19.- me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20.- En casa acostumbramos expresar nuestras Ideas.	1	2	3	4	5
21.- Me duele ver sufrir a otro miembro De mi familia	1	2	3	4	5

22.- Me avergüenza mostrar mis emociones Frente a mi familia	1	2	3	4	5
23.- Si falla una decisión, intentamos una Alternativa	1	2	3	4	5
24.- En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25.- En mi casa mis opiniones no son Tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26.- Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27.- en mi familia no expresamos Abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28.- En mi familia, si una regla no se puede Cumplir, las modificaciones	1	2	3	4	5
29.- Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30.- En casa no tenemos un horario Para comer.	1	2	3	4	5
31.- Cuando no se cumple una regla en mí Casa, sabemos cuales son las consecuencias	1	2	3	4	5
32.- Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33.- Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34.- en mi casa cada quien se guarda Sus problemas	1	2	3	4	5
35.- En mi casa nos decimos las cosas Abiertamente	1	2	3	4	5
36.- En mi casa logramos resolver los Problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37.- Existe confusión acerca de lo que debemos Hacer cada uno de nosotros dentro de La familia	1	2	3	4	5
38.- En mi familia expresamos la ternura que Sentimos	1	2	3	4	5
39.- Me molesta que mi familia me cuente Sus familias	1	2	3	4	5
40.- En mi casa respetamos nuestras reglas De conducta	1	2	3	4	5

### **FORMA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)**

Para obtener la calificación es necesario:

- a. seleccionar los reactivos que pertenecen al cada sector.
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1,2,3,4 o 5) dados por el sujeto
- c. El puntaje obtenido es la calificación para este sector

- d. Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, se habrá de obtener el punto medio del puntaje, también llamado “punto de corte”, que es diferente en cada factor. Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el punto medio, digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3, significará que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de éste.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Factor 1: involucramiento afectivo funcional

Reactivos: 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38

Total: 17 reactivos                      reactivos redactados en positivo

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y compara con el punto de corte.

$17 \times 3 = 51$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional.

El máximo de puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional

Reactivos: 3,6,7,14,15,22,30,32,34,37,39.

Total: 11 reactivos                      Reactivos redactados en negativos.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$11 \times 3 = 33 \text{ (punto de corte o punto medio)}$$

La suma de los puntajes por arriba de los 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11.

Factor 3. Patrones de comunicación disfuncionales

Reactivos: 5, 16, 25, 27.

Total: 4 reactivos.

Reactivos redactados en negativo

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$4 \times 3 = 12 \text{ (punto de corte o punto medio)}$$

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicaciones disfuncionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

Factor 4: patrones de comunicación funcionales

Reactivos: 8, 36, 40.

Total: 3 reactivos

Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$3 \times 3 = 9 \text{ (punto de corte o punto medio).}$$

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de patrones de comunicación funcionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

Factor 5. Resolución de problemas.

Reactivos: 17, 23, 31.

Total: 3 reactivos

Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

Factor 6: patrones de control de conducta.

Reactivos: 9,28.

Total: 2 reactivos.

Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo de 2



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha Palizada, Campeche

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

**CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LOS TRASTORNO DE CONDUCTA EN NIÑOS ESCOLARES**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: **2008-401-17**

El objetivo del estudio es:

**DEMOSTRAR SI EXISTE CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DE LA ESCUELA PRIMARIA TORRES QUINTERO DE PALIZADA, CAMPECHE**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

CONTESTAR UN CUESTIONARIO COMO RESPONSABLE Y TUTOR DEL NIÑO

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

**El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.**

**Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.**

**El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

**Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:**

Testigos