



Departamento de Posgrados
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Trastornos de conducta en adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” y su relación con la emigración de los padres. Cojitambo, 2015

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. María Amparito Bermeo Bravo

Director: Dr. José Patricio Beltrán Carreño.

Cuenca, Ecuador, 2016

Agradecimiento

A todas las personas que ayudaron para que este trabajo se realice, en primer lugar a Dios, a mi amada familia por su paciencia y apoyo, al Dr. Patricio Beltrán y al Dr. Alberto Quezada, quienes con su valiosa ayuda hicieron posible este trabajo, al personal docente y a los estudiantes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” de la parroquia Cojitambo por su colaboración.

Resumen

Con este trabajo se pretende analizar cómo influye la emigración de los padres en la conducta de los adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez”, de la parroquia Cojitambo, cantón Azogues.

La hipótesis planteada fue que existe asociación entre los trastornos de conducta de los adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” de la parroquia Cojitambo y la migración de sus padres, siendo la prevalencia mayor en el grupo que tienen padres emigrantes que en el grupo de los adolescentes cuyos padres no han emigrado

El universo y la muestra lo conformaron 157 estudiantes de la unidad educativa.

La información recogida señala que existe un alto porcentaje de adolescentes que tienen a sus padres emigrantes (36.3%) con una prevalencia de trastornos de conducta en adolescentes con padres migrantes del 26% y en adolescentes sin padres emigrantes del 21%. Con una razón de prevalencia (RP) de 1.23, un IC 95% (RP) que va de 0.69 a 2.15. El OR de 1.34, con una IC 95% (OR) que va de 0.66 a 2.69 por lo que se determina que la hipótesis no es significativa. Por lo que se puede concluir que un trastorno de conducta en esta etapa de la vida, tiene origen multifactorial debiéndose realizar a futuro un estudio de la funcionalidad familiar, maltrato, violencia, etc.

Palabras clave: Adolescentes, Trastornos de conducta, emigración de los padres, tiempo de emigración.

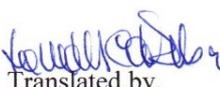
ABSTRACT

This paper aims to analyze how the migration of parents influences the behavior of adolescents of "Dr. Alberto Sánchez" Educational Institution in *Cojitambo* parish, Azogues canton. The hypothesis was that there is an association between the behavioral disorders of the adolescents attending "Dr. Alberto Sánchez" Educational Institution in Cojitambo parish and the migration of their parents, with the highest prevalence in the group with migrant parents than in the group of adolescents whose parents did not migrate. The universe and the sample were made up of 157 students of the mentioned educational Institution.

The information collected indicates that there is a high percentage of adolescents whose parents have migrated (36.3%); a 26% prevalence of behavioral disorders in adolescents with migrant parents; 21% in adolescents without migrant parents with a prevalence ratio (PR) of 1.23, to 95% CI (PR) ranging from 0.69 to 2.15; and the OR of 1.34, with a 95% CI (OR) ranging from 0.66 to 2.69. This means that the hypothesis is not significant; therefore, it can be concluded that a conduct disorder in this stage of life, has a multifactorial origin; consequently, a family functionality study including abuse, violence, etc. should be carried out in the future.

Keywords: Adolescents, Behavior Disorders, Parents Migration, Time of Migration.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de Contenido

Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivo general.....	2
1.3 Objetivos específicos:	2
1.4 hipótesis.....	2
1.5 Justificación.....	3
1.6 Marco Teórico	4
2. CAPITULO 1: MATERIALES Y METODOS	7
3. CAPITULO 2: RESULTADOS	8
4. CAPITULO 3: DISCUSIÓN	15
5. CONCLUSIONES:	18
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
7. BIBLIOGRAFÍA	22
1. ANEXOS	23

Índice de Tablas

Tabla 1: Caracterización de la población según: los trastornos de conducta, edad y sexo. Cojitambo 2015.	8
Tabla 2: Relación entre trastornos de conducta de los adolescentes y la edad y sexo. Cojitambo 2015.	10
Tabla 3: Distribución de adolescentes según el tiempo de migración de los padres	12
Tabla 4: Distribución de 157 estudiantes según el tiempo de migración de los padres y presencia de trastornos de la conducta. Cojitambo 2015.	13
Tabla 5: Tabla Tetracórica: relación entre trastornos de conducta y padres migrantes	13
Tabla 6: DATOS ANALÍTICOS: Valor P, prevalencias de la migración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015.	14
Tabla 7: Datos analíticos: frecuencia y medidas de asociación entre la migración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015.	14
Tabla 8: medidas de asociación entre la migración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015.	14

Índice de Figuras

Figura 1: Box plot según edad en años de los 157 adolescentes según la edad. Cojitambo 2015.	8
Figura 2: Porcentaje de adolescentes con algún trastorno de conducta. Cojitambo 2015.	9
Figura 3: Distribución de 157 adolescentes según si tienen o no padres migrantes en porcentaje.....	10
Figura 4: Distribución en porcentaje de 57 adolescentes que tiene a sus padres migrantes y 100 adolescentes que no tienen a sus padres migrantes en relación a la presencia o no de trastornos de conducta.	11
Figura 5: Distribución de adolescentes que tienen un trastorno de la conducta según el grado de severidad.....	11

Índice de Anexos

Anexo 1: Operacionalización de variables.....	23
Anexo 2: Autorización del director de la unidad educativa.....	26
Anexo 2: Cuestionario de datos generales	27
Anexo 3: Cuestionario ESPERI.....	28
Anexo 4: Instructivo de clasificación de los trastornos de Conducta.....	30

María Amparito Bermeo Bravo

Trabajo de Graduación

José Patricio Beltrán Carreño

Octubre 2016

Trastornos de conducta en adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” y su relación con la emigración de los padres. Cojitambo, 2015

1. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del problema

La emigración es un fenómeno social muy frecuente en nuestro medio. Algunos autores señalan que esto se debe a la falta de trabajo, sin embargo, las bajas remuneraciones que se ofrecen en nuestro país, podrían ser una razón más poderosa que obligue a las personas a abandonar sus hogares en busca de un mejor nivel económico para las familias, provocando que al menos un miembro se separe en busca de trabajo y de una vida mejor.

La emigración de uno de los padres podría crear consecuencias que recaen en los hijos y en especial en los adolescentes y evitarían el desarrollo integral de la personalidad, por ende se generarían trastornos emocionales y de conducta.¹

Se han realizado varios estudios en el Ecuador y se ha observado que con el fenómeno de la emigración la idea de que la familia es la base fundamental para la educación de los hijos/as no se borra, por el contrario la familia puede asumir otra estructura provisional con la esperanza de que algún día pueda estar unida físicamente y así mediar las dificultades pasadas y enfrentar el presente. Algunas familias migrantes pueden continuar su desarrollo normal, si las relaciones familiares se mantienen a pesar de las dificultades presentadas por la distancia; ya que el entorno es indispensable en muchos aspectos de la convivencia familiar. De ahí la importancia de que la decisión de emigrar de alguno de los progenitores haya sido conciliada con su cónyuge, para que la comunicación en los vínculos familiares del microsistema se mantenga.¹

Según datos del INEC la tasa de salida de los ecuatorianos en el 2014 es de 78.86 por cada 1000 habitantes. Las estimaciones del número de ecuatorianos fuera del país no son cifras exactas, dado que muchos se encuentran en situación ilegal. A nivel local en la parroquia Cojitambo, la emigración según los censos 2001-2010 corresponde al 6.98% de la población siendo Estados Unidos el país que más migrantes ecuatorianos ha recibido con el 97.92%.²

La emigración de uno o ambos miembros del subsistema parental provoca una desestructuración familiar momentánea y muchas veces definitiva, siendo esto uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial. La distancia física entre los subsistemas filial y parental

produce en esta etapa de la vida riesgo para la independencia e identidad del adolescente y cambios abruptos en la relación entre padres e hijos. ³

La OMS estima que el 70% de las muertes prematuras en la adultez, se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.⁴

Es necesario formular políticas de atención a hijos e hijas de emigrantes que contemplen grupos de apoyo en su actividades escolares y fundamentalmente programas donde se fortalezcan los canales y posibilidades de comunicación con sus padres y madres emigrantes. La comunicación juega un papel esencial en las posibilidades de fortalecer los canales relacionales entre quienes se quedan y quienes se van y atenuar la angustia de unos y otros.

5

El objeto de la presente investigación es determinar la relación entre la emigración de los padres con los trastornos de conducta de los adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez, de la parroquia Cojitambo, que por cualquier razón han sufrido este fenómeno dejándolos al cuidado muchas veces de sus abuelos, en otras ocasiones de tíos, primos, etc.

1.2 Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastornos de conducta en adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” y su relación con la emigración de los padres. Cojitambo, 2015.

1.3 Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los estudiantes según edad y sexo.
2. Determinar la prevalencia de los trastornos de conducta en los estudiantes.
3. Identificar la prevalencia de emigración del holón parental.
4. Relacionar los trastornos de conducta de los estudiantes con la emigración de los padres.

1.4 hipótesis

Existe asociación entre los trastornos de conducta de los adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” de la parroquia Cojitambo y la emigración de sus padres,

siendo la prevalencia mayor en el grupo que tienen padres emigrantes que en el grupo de los adolescentes cuyos padres no han emigrado.

1.5 Justificación

La atención de salud integral, integrada, multidisciplinaria e interinstitucional de los adolescentes, comprende no solamente el plano biológico sino todo su entorno, poniendo énfasis en lo preventivo, participativo y flexible, que incluya medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad, promoviendo el desarrollo humano, la comunicación y la construcción de un ambiente saludable.⁶ Los equipos de salud del primer nivel son responsables de identificar, captar y supervisar la salud de todos los adolescentes.⁷

Siendo la emigración de uno de los padres o ambos uno de los factores que ponen en mayor riesgo la conducta del adolescente, resulta de gran relevancia analizar tanto los factores que conllevan, y en ocasiones orillan a migrar, como los aspectos que se ven mayormente afectados como consecuencia de esta migración. Dado que los elementos que rodean a esta problemática son diversos y variados y las causas y soluciones tienen que ser vistas desde un ámbito multidisciplinario e integral, pero sobre todo buscando alternativas para los adolescentes, profesores y familia⁸, por lo que se consideró oportuno realizar la presente investigación.

Más allá de las políticas de gobierno para frenar el movimiento migratorio en el Ecuador, es necesario la aplicación de medidas destinadas a dar asistencia psicosocial a aquellas familias que permanecen en el país posterior a la emigración de uno de sus miembros y que se ven abocados a situaciones caóticas en su organización, violencia intrafamiliar y en numerosas ocasiones procesos de duelo y dolor por la pérdida definitiva de quién emigró; en el caso que nos ocupa, se aspira desarrollar un plan de intervención multidisciplinaria sustentado en los resultados de la investigación. Para esto se hace imprescindible la creación de estrategias comunitarias en el ámbito nacional, seccional y local que garanticen una asistencia calificada, efectiva y eficiente, accesible, aceptable, inmediata y continua a las personas afectadas por esta problemática.⁹

Los trastornos de comportamiento son el problema más frecuente de demanda de atención en los centros de salud mental de niños y adolescentes, pero son objeto también de atención por parte de instituciones educativas, judiciales y sociales.⁹

El diagnóstico temprano es fundamental para garantizar que los niños y sus familias puedan acceder al tratamiento y apoyo que necesitan para un adecuado manejo de la situación. La ausencia de tratamiento para estos trastornos deriva en problemas de salud mental graves en la etapa adulta, dando lugar a situaciones de incapacidad, por lo que la falta de atención supone un elevado coste para el sistema de salud y para la sociedad a largo plazo.¹⁰

Aspectos que se empezaron a aplicar con motivo de la realización de la presente investigación

1.6 Marco Teórico

La adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida, en la cual se producen cambios biológicos: caracteres sexual secundarios y capacidad de reproducción, psicológicos: pensamiento abstracto y, sociales: pertenencia grupal.

En este período de la adolescencia se elabora la identidad, autonomía, sexualidad responsable, vocación y proyectos de vida.

La instauración de estilos de vida en esta etapa, determinarán manifestaciones de morbimortalidad que inciden directamente en la calidad de vida futura.¹¹

La conducta es el conjunto de comportamientos visibles que originamos las personas; las acciones y reacciones a través de las cuales interactuamos con los demás y con el medio ambiente que nos rodea.

Los trastornos de conducta representan un término amplio que incluyen trastornos más específicos y presentan diferentes niveles de gravedad, pueden ser una consecuencia de varios factores asociados, entre ellos la ausencia de los padres; y, los padres, al mismo tiempo, sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. A veces, toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos.¹²

Clasificación: Baca, F^{13(p15-16)}, en su tesis de la Universidad del Callao en Perú cita la siguiente clasificación:

Trastorno disocial (DI): Se caracteriza por “un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto”.

Trastorno pre-disocial (PD): Conjunto de conductas de agresión y exclusión hacia otras personas.

Inatención o distracción: las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales; Los niños que presentan este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros

Impulsividad: La impulsividad se manifiesta por la impaciencia, incapacidad para esperar a dar respuestas, precipitadas, dificultad para esperar el turno o interrumpir o inferir a otros hasta el punto de tener problemas en los ámbitos escolares, social o familiar, dan comentarios impertinentes y dificultad para mantener una conversación. Además de la inadecuación social, la impulsividad facilita la aparición de accidentes o la realización de actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Hiperactividad. : La hiperactividad se define como un exceso de actividad inoportuna, de manera que los niños no paran de moverse, son inquietos, nerviosos, incapaces de permanecer sentados, dan golpecitos, molestan a otros.

Existen factores de riesgo para que una conducta normal se transforme en un trastorno de conducta, entre los que se consideran los siguientes:

- Conductas de riesgo.
- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas de riesgo.
- Ausencia de los padres.
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. ¹³

Desde el ámbito internacional, podemos observar que en un estudio en el Reino Unido por Tunstall, H., Shortt, N. K., Pearce, J. R., and Mitchell, R. J. se señala que las probabilidades de problemas de salud mental entre los hijos de migrantes estaban sumamente elevadas en 2,40 (IC del 95% 1,63 a 3,53), en comparación con quienes se quedan.¹⁴ además, existen algunos autores americanos que analizan cuál es la influencia de la migración de los padres en la conducta de los adolescentes, entre ellos, la autora Ana Matilde Bucup, en su tesis doctoral titulada: *Influencia de la migración de los padres en la conducta agresiva de los adolescentes*, realizado en Quetzaltenango, Guatemala, nos indica que la migración de los padres afecta en la conducta de los adolescentes, la cual provoca agresividad en los mismos. Se identificó que los adolescentes con padres migrantes presentan problemas de conducta como rebeldía, alcoholismo, tabaquismo, baja autoestima, angustia, desesperación, tristeza, miedo. (13% niveles altos de agresividad, 71% niveles medios de agresividad, 16% niveles bajos de agresividad)¹⁵

Otro estudio que se puede mencionar es el publicado en *Journal of Child Psychology and Psychiatry* por Lehti V., en el año 2016 con el tema: *Association between immigrant background and ADHD: a nationwide population-based case –control Study* en donde se señala que la probabilidad de ser diagnosticados con TDAH fue significativamente mayor entre los hijos de dos padres emigrantes [OR ajustado (ORa) 4,7; IC del 95% 3.4 a 6.6] y los hijos de un padre emigrante (ORa 1,9; IC del 95%: 1,6-2,2)⁹ que en los adolescente que no tienen padres migrantes¹⁶

En un estudio en Lima-Perú en el año 2013, Gony Alvites, evalúa una muestra evaluada estuvo conformada por 91 alumnos de ambos sexos del nivel secundario de 3 colegios estatales de Arequipa, y encuentra que la mayoría tienen al padres migrantes, teniendo al padre como migrante 47.3% y a la madre el 35.2%. Señala relación entre los miembros es

más inadecuada si es el padre el que migra. Este resultado nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de ambas figuras y roles dentro del bienestar familiar.¹⁷

Sergio Rojas, en su tesis "Efectos psicológicos de la migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi", en los años 2008-2009, determinó que un 41,33% de migración de los padres, con algunas consecuencias psicológicas como: depresión grave (2,55% en los que tienen padres migrantes, respecto al 3.07% en los que no), además, el 8,17% y el 10,20% de los adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente indican tener ansiedad grave.¹⁸

En algunos casos (como por ejemplo violencia intrafamiliar, alcoholismo, falta de cariño, etc.) los padres en vez de ser un factor protector para alteración de la conducta de un adolescente, constituyen un factor de riesgo, además sienten impotencia con su ausencia, ya que no pueden ofrecer los límites y las metas necesarias para el desarrollo de los hijos y en muchos casos tratan de suplantar esta ausencia con remesas económicas dadas a los hijos sin ninguna consideración ni reglas ni límites, por lo que el abordaje terapéutico de la agresividad y la violencia requerirá un planteamiento muy fino de las posibilidades del diagnóstico diferencial y de las posibles comorbilidades que existan. Raramente un trastorno se presenta de forma aislada, y la agresividad puede ser síntoma de unos cuantos.¹⁹

Debemos recordar que la familia y en especial los padres constituyen un pilar en la educación de los niños y adolescentes quienes se encuentran en una etapa de riesgo, ya que por sus características como la búsqueda de identidad personal e independencia, el alejamiento de los valores familiares y el énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, están en una etapa de vulnerabilidad y facilitadora para el inicio de conductas de riesgo.²⁰

A continuación cito a Ferrufino,^{21(p1)} en el artículo "los costos humanos de la emigración", en donde señala que:

´si bien es cierto que la emigración de los progenitores ocasiona una serie de impactos en sus hijos, no todos los casos pueden ser tratados de la misma manera, por lo que es necesario adoptar una mirada amplia, adecuada a la complejidad del tema´.

En conclusión, las familias con migración nos proporcionan nueva evidencia desde la cual abordar la complejidad y plasticidad que existe en las relaciones humanas para conformarse como familias por lazos afectivos sin la implicación de los lazos de consanguinidad, ya que las familias transnacionales crean nuevas identidades familiares, conformadas por lazos afectivos sin lazos de parentesco o consanguinidad.²²

2. CAPITULO 1: MATERIALES Y METODOS

El presente estudio se desarrolló en la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” de la parroquia Cojitambo, Cantón Azogues, provincia del Cañar.

El universo y la muestra lo conformaron los estudiantes de la mencionada Unidad en una edad entre 10 a 19 años cumplidos, que fueron 157 estudiantes.

El tipo de estudio diseñado fue un analítico transversal. Se estableció la prevalencia de trastornos de conducta.

Las variables que se consideraran para conseguir los objetivos en el presente estudio son:

Edad, sexo, padres migrantes, tiempo de migración de los padres trastorno de conducta, severidad del trastorno de conducta, las mismas que se encuentran operacionalizadas en el anexo 1.

Para la recolección de la información se contó con la autorización previa del Director de la Unidad Educativa (Anexo 2) quién suscribió el consentimiento informado en representación de los estudiantes, entonces procedió a la aplicación a los estudiantes de los siguientes instrumentos: un cuestionario sobre datos generales elaborado por la autora, (anexo 3) y el cuestionario ESPERI, para la detección de posibles trastornos de conducta (anexo 4)

Una vez recolectados los datos, se procedió a la calificación del cuestionario ESPERI, aplicando los siguientes criterios de clasificación que constan en el instructivo (anexo 5).

Con la información obtenida, mediante los dos cuestionarios se elaboró una base de datos con el apoyo del programa SPSS 20 , EXEL y EPIDAT3.1. A partir de la base de datos se elaboraron tablas, figuras e indicadores de asociación.

3. CAPITULO 2: RESULTADOS

De los 157 estudiantes que conforman el universo de estudio el 52% son hombres y 48% mujeres, el 14% se encuentran en la adolescencia temprana, el 59% media y el 27% tardía, tal como lo refleja la siguiente tabla:

Tabla 1
Caracterización de la población según edad y sexo. Cojitambo 2015.

		f	%
Edad	Temprana	22	14
	Media	93	59
	Tardía	42	27
TOTAL		157	100
Sexo	Hombre	81	52
	Mujer	76	48
TOTAL		157	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo.

Se puede observar en el siguiente gráfico además que la media de edad de los adolescentes se encuentra en 15,45 años, la mediana 15 años con un mínimo de 13 años y un máximo de 19 años, y un desvío estándar de 1.63

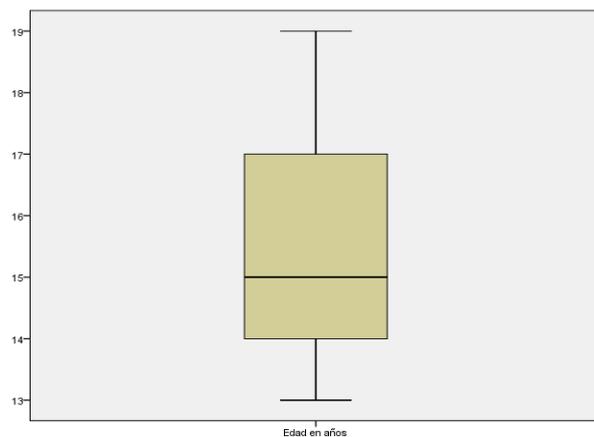


Figura 1

Box plot según edad en años de los 157 adolescentes según la edad. Cojitambo 2015.

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

A continuación se describe en la siguiente figura, que existe un 22.9% de adolescentes que ha presentado un trastorno de conducta

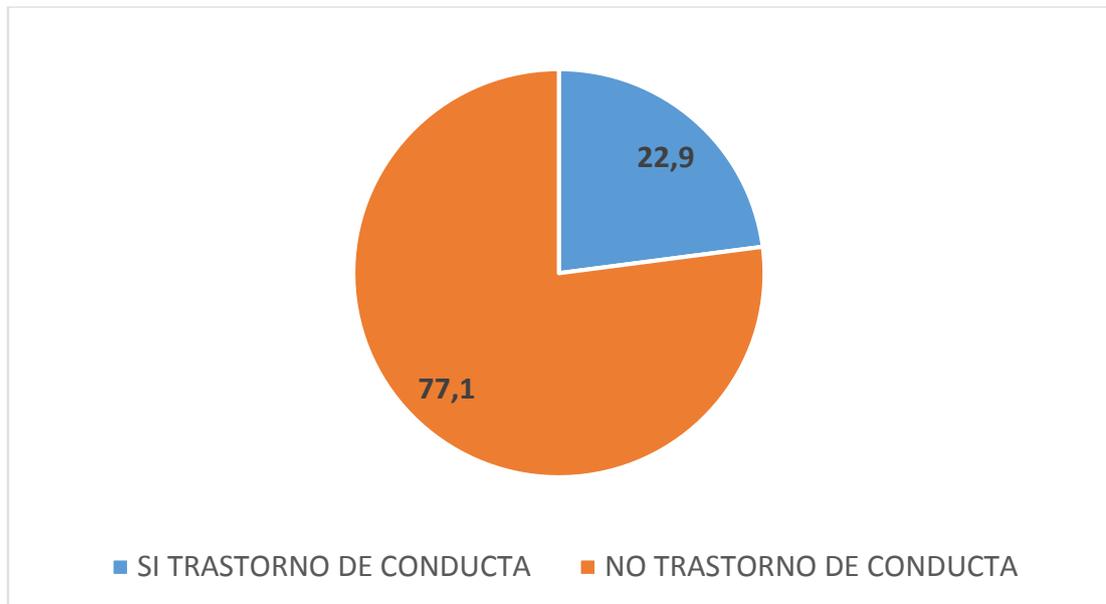


Figura 2

Porcentaje de adolescentes con algún trastorno de conducta. Cojitambo 2015.

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

Al relacionar con los trastornos de conducta, el 23% si tienen trastornos de conducta y el 77% no, siendo su presentación más frecuente en hombres (14%) que en mujeres (9%) y en la adolescencia media (12%) como lo señala la siguiente tabla:

Tabla 2

Relación entre trastornos de conducta de los adolescentes y la edad y sexo. Cojitambo 2015

		Trastorno de conducta					
		Si		No		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
Edad	Temprana	6	4	16	10	22	14
	Media	19	12	74	47	93	59
	Tardía	11	7	31	20	42	27
TOTAL		36	23	121	77	157	100
Sexo	Hombre	22	14	59	38	81	52
	Mujer	14	9	62	39	76	48
	TOTAL	36	23	121	77	157	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

En el siguiente gráfico se puede observar que existe un alto porcentaje de migración que coincide con la tasa de migración de la zona, viéndose un 36.31% de adolescentes (57 jóvenes) que tienen alguno de los padres que han emigrado al extranjero.

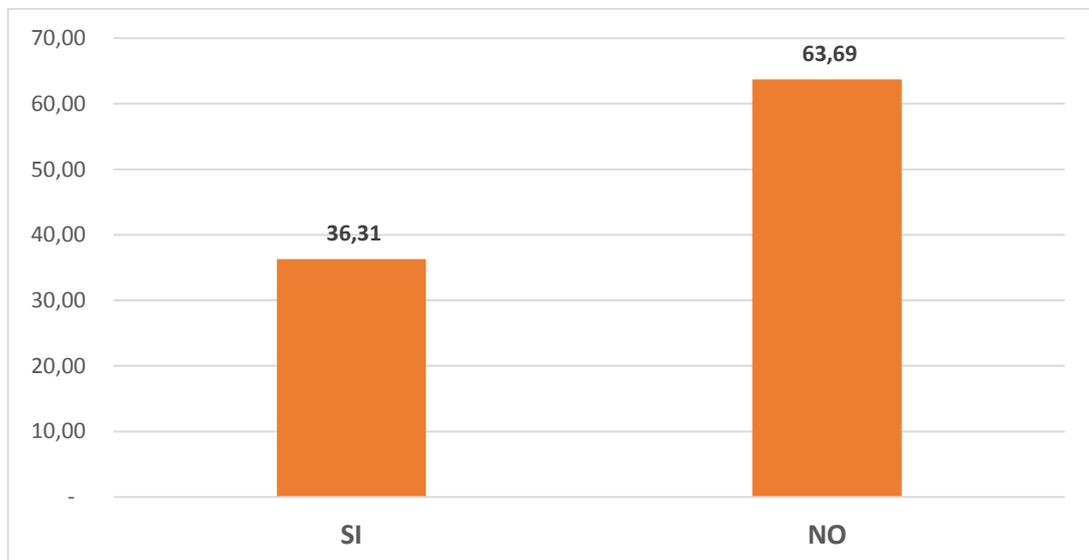


Figura 3: Distribución de 157 adolescentes según si tienen o no padres emigrantes en porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

De los 57 estudiantes que tienen a sus padres emigrantes, 15 presentan trastornos de conducta (26.32%) y 42 no presentan trastornos de conducta (73,68%). De igual manera de

los 100 estudiantes que no tienen a sus padres emigrantes, el 21% tienen algún trastorno de conducta, y el 79% no, lo que se refleja en la siguiente figura:

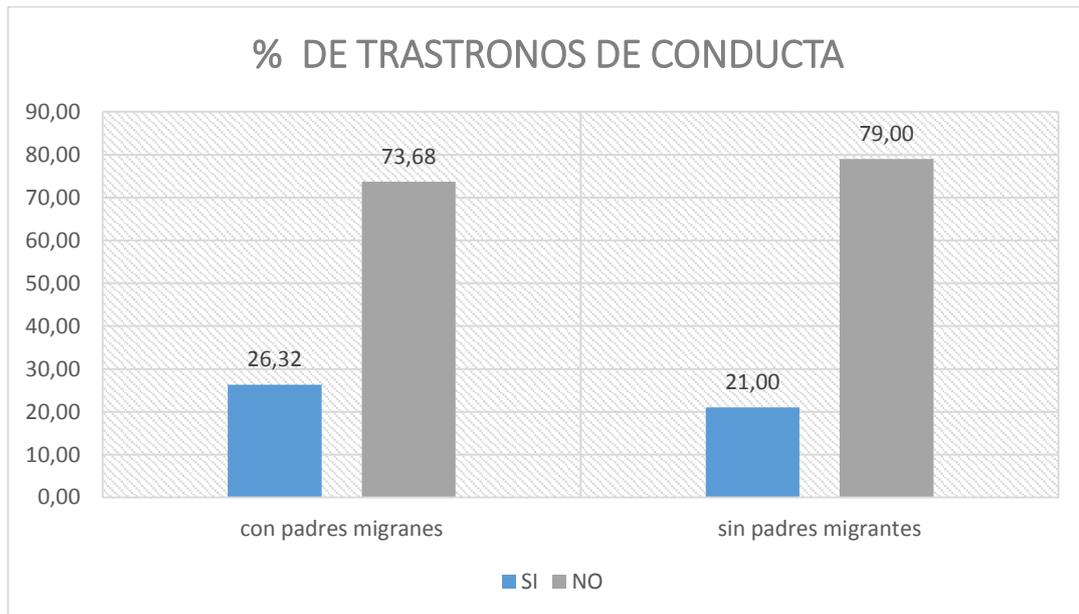


Figura 4: Distribución en porcentaje de 57 adolescentes que tiene a sus padres emigrantes y 100 adolescentes que no tienen a sus padres emigrantes en relación a la presencia o no de trastornos de conducta.

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

El 80.6% de los adolescentes de la Unidad Educativa "Dr. Alberto Sánchez" de la parroquia Cojitambo que presentan un trastorno de conducta lo presentan en forma leve, 16.7% en forma moderada y 2.8% en forma severa

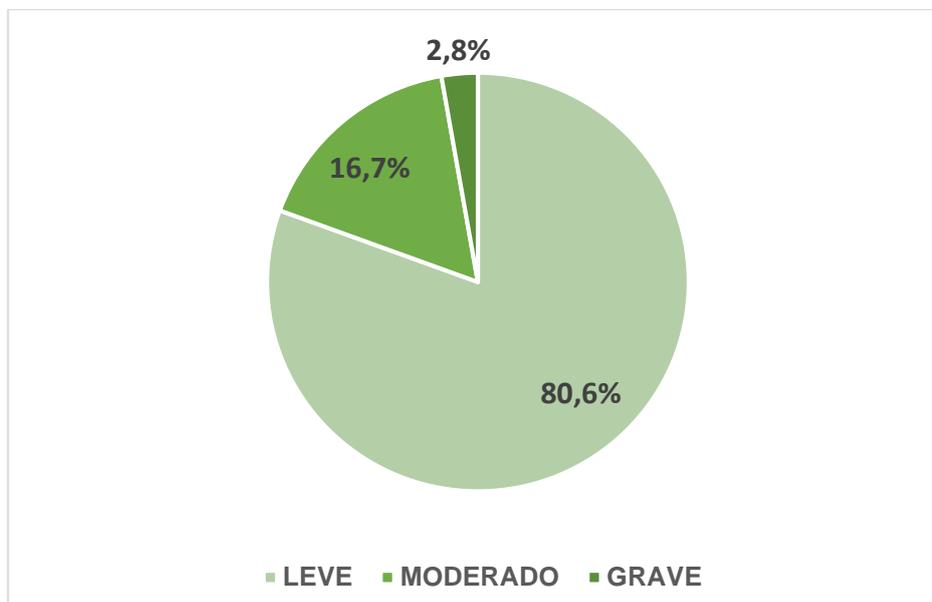


Figura 5: Distribución de adolescentes que tienen un trastorno de la conducta según el grado de severidad

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

Luego de la aplicación del test, se puede observar que de los 57 adolescentes (36.3% del total de los estudiantes de la Unidad Educativa) que tienen a su padre y/o madre emigrantes, el mayor porcentaje representan aquellos que han emigrado hace más de 10 años con un 59.6%, seguida de 31.6% que han emigrado entre 5-10 años y sólo un 8.8% han emigrado hace menos de 5 años, como lo demuestra la siguiente tabla:

Tabla 3:

Distribución de adolescentes según el tiempo de migración de los padres

TIEMPO DE EMIGRACIÓN*	número	Porcentaje
<5AÑOS	5	8,8%
5-10 AÑOS	18	31,6%
>10 AÑOS	34	59,6%
Total	57	100,0%

*Media 12 años (DE 4.37)

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

En la siguiente tabla podemos observar que la relación de prevalencia de 2.96, lo que nos indica que los que tienen a sus padres emigrantes menos de 10 años presentan 2.96 veces más riesgo de tener un trastorno de conducta en comparación con el otro grupo, pero sin relación estadísticamente significativa (IC: 0.92-9.65)

Tabla 4

Distribución de 157 estudiantes según el tiempo de emigración de los padres y presencia de trastornos de la conducta. Cojitambo 2015.

		Trastorno de conducta				total		p	RP	IC95%
		Si		No		f	%			
		f	%	f	%	f	%			
Tiempo de emigración dicotomizada	< 10 años	10	18	13	23	23	40	0,064	2,96	0,92-9,56
	10 o mas años	7	12	27	47	34	60			

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo.

Si realizamos el análisis de las estadísticas podemos observar en la tabla tetracórica que la mayoría de adolescentes de la Unidad Educativa no tienen un trastorno de conducta y al correlacionarlo con el factor de riesgo (emigración de los padres) vemos que únicamente 15 de los 57 adolescentes que tienen un padre emigrante, tienen un trastorno de la conducta.

Tabla 5: Tabla Tetracórica: relación entre trastornos de conducta y padres migrantes

		TRASTORNO DE CONDUCTA		Total
		SI	NO	
PADRES EMIGRANTES	SI	15	42	57
	NO	21	79	100
Total		36	121	157

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo

A continuación tenemos en la siguiente tabla el Valor de P, que al ser superior a 0.05 nos dice que no es estadísticamente significativo y que por lo tanto no existe relación entre la emigración de los padres y los trastornos de conducta de los adolescentes, a pesar de que la prevalencia en expuestos es superior a los no expuestos (26% y 21% respectivamente) Es decir que existe un 26% de posibilidades que los adolescentes que tienen padres emigrantes tengan trastornos de conducta y un 21% de posibilidades que los adolescentes que no tienen padres emigrantes tengan un trastorno de conducta.

Tabla 6: DATOS ANALÍTICOS: Valor P, prevalencias de la emigración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015

Valor P	Chi ²	Prevalencia Puntual (total)	Prevalencia expuestos (Pe)	en	Prevalencia expuestos (Po)	en	no
0.44	0.58	22%	26%		21%		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo.

Como podemos observar en la siguiente tabla, tanto la Razón de Prevalencia como el OR incluyen a la unidad, por lo que la hipótesis no es estadísticamente significativa

Tabla 7: DATOS ANALÍTICOS: frecuencia y medidas de asociación entre la emigración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015

Razón de prevalencia (RP)	IC 95% (IC de la RP)	Error Estándar EE(InRP)	OR	IC 95% (IC del OR)	Error Estándar EE (InOR)
1.23	0.69 – 2.15	0.29	1.33	0.66 -2.69	0.36

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Amparito Bermeo.

El RAP (riesgo atribuible en la población) tanto a partir del OR como de la prevalencia son bajos (0.10 y 0.07 respectivamente) por lo que podríamos interpretar que la emigración de los padres no es un factor que tenga mayor peso en la presencia de trastornos de conducta de los adolescentes. Estos datos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 8: medidas de asociación entre la emigración de los padres y trastornos de conducta de 157 estudiantes. Cojitambo 2015

Porcentaje de Riesgo Atribuible Poblacional RAP (a partir del OR)	Porcentaje de Riesgo Atribuible RAP (a partir de la prevalencia)	Fracción etiológica en expuestos (a partir del OR)	Fracción etiológica en expuestos (a partir de la razón de prevalencia)
0.10	0.07	0.24	0.18

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dra. Amparito Bermeo.

4. CAPITULO 3: DISCUSIÓN

La problemática del adolescente es variada y múltiple, ya que es una fase de riesgo en donde se producen transformaciones bio-psico-sociales, estableciéndose nuevas relaciones e intereses.²³ La emigración es un problema social que se ha incrementado en los últimos años siendo ocasionado por las condiciones socio-económicas, y tiene consecuencias directas e indirectas a nivel individual, familiar y comunitario.²⁴

En concordancia con el objetivo general de la presente investigación se ha conseguido determinar la prevalencia de trastornos de conducta en adolescentes y su asociación con la emigración de los padres.

Al inicio de la realización del tema de tesis, se planteó que la emigración de los padres es un factor muy importante para la presentación de trastornos de conducta en los adolescentes. Sin embargo, podemos ver con los resultados obtenidos que no existe una relación significativa entre los trastornos de conducta de los adolescentes y la emigración de sus padres ya que el valor de P (0.44) al ser superior a 0.05 nos dice que no es estadísticamente significativo y que por lo tanto no existe relación entre la migración de los padres y los trastornos de conducta de los adolescentes, a pesar de que la prevalencia en expuestos es superior a los no expuestos (26% y 21% respectivamente).

Por estas razones, la hipótesis planteada al inicio de este trabajo investigativo que fue: que existe asociación entre los trastornos de conducta de los adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Alberto Sánchez” de la parroquia Cojitambo y la migración de los padres, siendo la prevalencia mayor en el grupo que tienen padres emigrantes que en el grupo de los adolescentes cuyos padres no han emigrado, fue descartada.

Analizando estos resultados con otros publicados acerca de este tema observamos que la prevalencia de emigración en mi comunidad es baja en comparación con la europea (8.5% en Reino Unido)²⁵. En Indonesia un 16% de los hogares reportaron migración de un miembro de la familia. Esta fracción se incrementó casi un 8% entre 1997 y 2000 y más del 10% entre 2000 y 2007²⁶; en América Latina (13%)²⁷, ya que a nivel del Ecuador es de 7.88 y de Cojitambo un 6.98%, sin embargo, estos datos a nivel local no son confiables, ya que existe un subregistro de los mismos (salidas ilegales).

Llama la atención que en la unidad educativa, se pudo observar que un 36.31% de los estudiantes tienen a su padre y/o madre emigrantes al igual que el estudio realizado por el Dr. Sergio Francisco Rojas P. en el Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi (2008-2009) observa que un 41,33% de adolescentes que tienen algún padre emigrante. Baca, F, en su tesis en una unidad educativa en Callao, Perú, nos presenta las siguientes estadísticas: el 53% de los estudiantes provienen de un hogar monoparental (niños que viven solo con la madre), el 33% proviene de hogares nucleares (niños que viven con mamá y papá) y el 13.3% de los niños son huérfanos o abandonados por ambos padres, niños que viven con los abuelos o algún otro pariente o vecino por tiempos determinados. Los tutores o tutoras encargados de la protección y educación de estos niños, el 80% no concluyeron sus estudios

secundarios y el 13.3% no concluyó sus estudios de educación primaria; de estos, el 66.6% alguna vez ingreso a prisión por diversos motivos. Situación que se ve reflejado en la conducta de cada uno de los niños y niñas de esta institución educativa.²⁸

En relación a la presentación de trastornos de conducta, en mi estudio se observa que en general un 22.9% de los adolescentes de la Unidad Educativa tiene un trastorno de conducta que es muy superior a otros estudios internacionales como el realizado en el Reino Unido en el 2015 en donde se ve un 14.1%.

Estos resultados se obtuvieron aplicando el test de ESPERI para detección de trastornos de conducta en niños y adolescentes (un instrumento capaz de categorizar los problemas existentes en una serie de dominios sintomáticos que acercan la valoración inicial al diagnóstico. Así, de cada valoración emergen cinco índices: conducta predisocial, conducta disocial, conducta impulsiva, hiperactividad/intención y psicopatía y a su vez realiza la división en leve, moderado y severo), el cual tiene un coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.91 (Disocial 0.81, Inatención/Impulsividad 0.80, Predisocial 0.80, Psicopatía 0.62, Hiperactividad 0.72)²⁸ En este trabajo investigativo se realizó un análisis con la puntuación total del cuestionario ESPERI sin desglosar por cada tipo de trastorno.

Al relacionarla con la emigración de los padres, un 26.32% que si tiene padres migrantes tienen trastornos de conducta, comparados con un 21% que no tienen padres migrantes y si presentan trastornos de conducta. Rojas en cambio analiza en relación a la depresión con los siguientes resultados: manifiestan depresión moderada en un 8,65% los que tienen padres emigrantes y un 9,69% los que no han migrado y depresión grave un 8,17% y el 10,20% de los adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente. En algunos casos (como por ejemplo violencia intrafamiliar, alcoholismo, falta de cariño, etc.) los padres en vez de ser un factor protector para alteración de la conducta de un adolescente, constituyen un factor de riesgo.

Alvites S., Gony_va más allá, analizando qué factor influye más, si la migración del padre o de la madre, y concluye que la relación entre los miembros es más inadecuada si es el padre el que migra. Sin embargo, existen otros estudios que no concuerdan con esta hipótesis como el de Ana Matilde Bucup López quién concluye que La migración de los padres afecta en la conducta de los adolescentes, la cual provoca agresividad en los mismos, además problemas de conducta como rebeldía, alcoholismo, tabaquismo, baja autoestima, angustia, desesperación, tristeza y miedo y el estudio de Venla Lehti, en donde se ve que la probabilidad de ser diagnosticados con TDAH fue significativamente mayor entre los hijos de dos padres inmigrantes con un OR de 4,7, y un IC 95% 3.4 a 6.6 e hijos de un padre inmigrante ORa 1,9, IC 95% 1,6-2,2.

En relación al tiempo de migración, en mi estudio, los adolescentes que tienen a sus padres migrantes menos de 10 años presentan 2.96 veces más riesgo de tener un trastorno de conducta en comparación con el otro grupo, pero sin relación estadísticamente significativa

(IC: 0.92-9.65). En un estudio realizado en inmigrantes brasileños residentes en la ciudad de Ginebra/ Suiza se observó que, en este contexto de inmigraciones internacionales, las representaciones sociales de los inmigrantes, y su salud mental son influenciadas, proporcionalmente, a la duración o al tiempo de la inmigración.²⁹ En Lisboa, María Pereira obtiene los siguientes resultados: el 60,6% de los adolescentes que presentan trastornos psicóticos tienen tiempo emigración de sus padres de 1 a 3 años, 20,2% de 3 a 5 años, y el 19,2% tienen un tiempo de emigración más allá de 5 años.³⁰

5. CONCLUSIONES:

1. Se puede concluir que existe una alta prevalencia de adolescentes que tienen a sus padres emigrantes (padre y/o madre) representando un 36.3%
2. El mayor porcentaje de estudiantes no presentan un trastorno de conducta, un 22.9% sí lo presenta, siendo de carácter leve la mayor parte.
3. Los trastornos de conducta son más frecuentes en hombres (14%) que en mujeres (9%) y en la adolescencia media (12%)
4. Según el grado de severidad del trastorno de conducta, se puede ver en este estudio que solo un estudiante (2.8%) lo presenta con carácter grave y el 80.6% y 16.7% con carácter leve y moderado respectivamente.
5. Al correlacionar a los trastornos de conducta en los adolescentes con el factor de riesgo (emigración de los padres) vemos que únicamente 15 adolescentes tienen un trastorno de la conducta y tienen padres emigrantes.
6. Los resultados no son estadísticamente significativos y por lo tanto no existe relación entre la emigración de los padres y los trastornos de conducta de los adolescentes
7. Al calcular el riesgo relativo, nos podemos dar cuenta que no existe relación entre el riesgo (emigración del holón paterno) y los trastornos de conducta en los adolescentes.
8. Un trastorno de conducta en esta etapa de la vida, tiene origen multifactorial, por lo que se debería realizar un estudio de la funcionalidad familiar, uso de alcohol y drogas en los cuidadores, maltrato, violencia, etc,
9. Las familias trasnacionales crean nuevas identidades familiares, conformadas por lazos afectivos sin lazos de parentesco o consanguinidad.
10. Se debe realizar una atención de salud integral, integrada, multidisciplinaria e interinstitucional de los adolescentes, que comprenda no solamente el plano biológico sino todo su entorno y trabajar en la prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos de conducta.
11. Se pueden utilizar estos resultados para general políticas en Salud Pública y proyectos de intervención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez T. Migración en el Ecuador y su impacto en la familia y en la escuela. [Internet] [Tesis Doctoral]. [Santiago de Compostela]: Universidad de Santiago de Compostela; 2012 [citado el 19 de agosto de 2014]. Disponible en: http://api.ning.com/files/bM1pkdMsPuo4Qttf5sXV8y0ZaxPLxyhra1DbhXr-VNpO5DH4NnAvwK5FTheFFhTzJ3hiqe8gaHu32NzIFsc7oyq9C9vUsSIV/MIGRACION_EN_ECUADOR_Y_SU_IMPACTO1.pdf.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas y Censos de entradas y salidas. Compendio estadístico 2014. [Internet]. Quito, Ecuador; [citado el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2014>
3. Gomez L. Trastornos de conducta en los hijos de padres emigrantes de la escuela “Manuela Cañizares” de la Ciudad de Cotacachi, provincia de Imbabura. [Internet]. [Cotacachi, Imbabura]: Universidad Técnica del Norte; 2009 [citado el 20 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/704/1/06%20ENF%20435%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%208DFICO.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición. Quito, Ecuador; 2014. 8 p.
5. Ministerio de Salud Pública. Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Segunda reimpresión al español corregido. Quito, Ecuador; 2012. 43 p.
6. Ministerio de Salud Pública. Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición. Quito, Ecuador; 2014. 15-16 p.
7. Ministerio de Salud Pública. Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). 2013. 8 p.
8. Gómez L. Trastornos de conducta en los hijos de padres emigrantes de la escuela “Manuela Cañizares” de la Ciudad de Cotacachi, provincia de Imbabura. [Internet] [Tesis para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.]. [Cotacachi, Imbabura]: Universidad Técnica del Norte.; 2009 [citado el 20 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/704/1/06%20ENF%20435%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%208DFICO.pdf> .
9. Saad E. Causas Socioeconómicas de la Emigración en el Ecuador y su impacto en la adolescencia. Revista Tecnológica [Internet]. junio de 2004 [citado el 19 de agosto de 2015];17(No.1.):16. Disponible en: <http://www.apalweb.org/docs/migracion.pdf>.
10. Guidelines N. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. [Internet]. England; 2013 [citado el 22 de septiembre de 2016]. (158). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/recommendations>.
11. Ministerio de Salud Pública. Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Primera edición. Quito, Ecuador; 2014. 9 p.

12. Ministerio de Salud Pública. Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2da reimpresión al español corregido. Quito, Ecuador; 2012. 44 p.
13. Baca F. Trastornos de inicio del comportamiento disruptivo en estudiantes de 8 a 11 años de una institución educativa – Callao. [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación Mención en Psicopedagogía de la Infancia.]. [Callao. Lima, Perú]: Universidad San Ignacio de Loyola; 2012.
14. Tunstall H, Shortt NK, Pearce JR, Mitchell RJ. Difficult Life Events, Selective Migration and Spatial Inequalities in Mental Health in the UK. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126567.
15. Bucup, A. Influencia de la migración de los padres en la conducta agresiva de los adolescentes. Institutos de educación básica de San Andrés Xecul Totonicapán. [Tesis para obtención de título de Enfermería.]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Campus de Quetzaltenango; 2012.
16. Lehti V, Chudal R, Suominen A, Gissler M, Sourander A. Association between immigrant background and ADHD: a nationwide population-based case-control study. *J Child Psychol Psychiatry*. agosto de 2016;57(8):967–75.
17. Alvites G. Impacto de la migración internacional en el clima familiar [Internet]. Lima, Perú: Impresión Arte Perú S.A.C.; 2013 [citado el 20 de agosto de 2015]. 57 p. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/estudio-impacto-migraciones%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/estudio-impacto-migraciones%20(1).pdf)
18. Rojas, T. Efectos psicológicos de la migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. [Tesis Doctoral]. [Chunchi, Ecuador]; 2008.
19. Cornellà J, Canals ÀL. Agresividad y violencia en el niño y en el adolescente. 2014 [citado el 10 de enero de 2016];5. Disponible en: http://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps_inf_agresividad_violencia.pdf
20. García KSL, Junior C, Da ML. Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. abril de 2008 [citado el 12 de octubre de 2016];16(2):299–305. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692008000200020&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Ferrufino M, Ferrufino C, Pereira C. Los costos humanos de la emigración. Patricia Montes. La Paz, Bolivia: CESU-UMSS; 2007. (4-1-1831-07).
22. Obregón-Velasco N, Rivera-Heredia ME, Martínez-Ruiz DT, Cervantes-Pacheco EI. Sucesos estresantes y sus impactos en mujeres y jóvenes de la comunidad de Cuitzeo, Michoacán. El ciclo de la migración México-EUA en sus familias. *Rev Interdiscip Movilidad Humana* [Internet]. 2014 [citado el 12 de octubre de 2016];22(43). Disponible en: <http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/view/478>
23. Corone J. Estudio del impacto de la migración en los núcleos familiares en la parroquia Santa Isabel. Durante el período septiembre 2010 a julio del 2011 [Internet]. 2010 [citado el 12 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/933>

24. Ministerio de Salud Pública. Manual de Normas y Procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Editorial Galaxy; 2009. 17 p.
25. Tunstall H, Shortt NK, Pearce JR, Mitchell RJ. Difficult Life Events, Selective Migration and Spatial Inequalities in Mental Health in the UK. PLOS ONE [Internet]. el 27 de mayo de 2015 [citado el 12 de octubre de 2016];10(5):e0126567. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126567>
26. Lu Y. Household Migration, Social Support, and Psychosocial Health: The Perspective from Migrant-Sending Areas. Soc Sci Med 1982 [Internet]. enero de 2012 [citado el 12 de octubre de 2016];74(2):135–42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3259452/>
27. Ávila G. La migración y su influencia en la socialización de los adolescentes. [Tesis previa obtención de título de Licenciada en Psicología Educativa]. [Cueca, Ecuador]: Universidad d Cuenca; 2011.
28. Baca F. Trastornos de inicio del comportamiento disruptivo en estudiantes de 8 a 11 años de una institución educativa – Callao [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación Mención en Psicopedagogía de la Infancia]. [Callao. Lima, Perú]: Universidad San Ignasio de Loyola; 2012.
29. Lehti V, Chudal R, Suominen A, Gissler M, Sourander A. Association between immigrant background and ADHD: a nationwide population-based case-control study. J Child Psychol Psychiatry. agosto de 2016;57(8):967–75.
30. Franken I, Coutinho M da P de L, Ramos MNP. Representaciones sociales, salud mental y migración internacional. Psicol Ciênc E Prof [Internet]. 2012 [citado el 12 de octubre de 2016];32(1):202–19. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932012000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
31. Fundación Iberdrola. Investigación sobre Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes. España; 104-106 p.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alda JA, Arango C, Castro J. *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* [Internet]. FAROS; 2009. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/7ca39cc4-75f5-4c13-9dd5-f508137416ce>
- Amaro F, Sais M. *Trastornos de Conducta* [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastorno_Conducta_0_07-09_M5.pdf
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Desórdenes de Conducta*. [Internet]. julio de 2004;33. Disponible en: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Desordenes-de-la-Conducta-033.aspx
- Gil-Iñiguez A. *Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. enero de 2014;1(1):61–7. Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_07.pdf
- Matali JL, Andi6n O, Pardo M, Iniesta R, Serrano E, San L. *Adolescents and Dual Diagnosis in a Psychiatric Emergency Service*. Adicciones. el 2 de marzo de 2016;28(2):71–9.
- Quezada A, Mart6nez F, Cazar ME. *M6todos y t6cnicas de indagaci6n en ciencias m6dicas*. 2010.
- Sasot-Llebadot J, Ib6ñez-Bordas RM, Soto-L6pez A, Montañ6s-Rada F, Gastaminza-P6rez X, Alda-D6ez JA, et al. [*GEITDAH consensus on conduct disorders in children and adolescents*]. Rev Neurol. el 16 de agosto de 2015;61(4):167–82.
- Serrat D. *Trastornos de conducta. Gu6a pr6ctica* [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>
- Universidad de M6laga. *Biblioteca Universitaria. Normas de Vancouver: Gu6a Breve*. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
- Universidad San Jorge. *Gu6a Pr6ctica para la elaboraci6n de bibliograf6as: estilo Vancouver* [Internet]. 2014 [citado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://recolecthistorias.files.wordpress.com/2016/05/di-017-1415-guia-practica-para-la-elaboracion-de-bibliografias-estilo-vancouver.pdf>

1. ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
SEXO	Características fenotípicas que dividen al ser humano en dos proporciones: hombre o mujer.	Hombre Mujer	Número de cédula	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Cantidad de Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Edad en Años	Adolescencia Temprana Adolescencia Media Adolescencia Tardía	1. Adolescencia Temprana (11-13 años) 2. Adolescencia Media (14-16 años) 3. Adolescencia Tardía (17-19 años)
Padres Emigrantes	Padre o madre que hayan salido del país.	Ausencia de los padres	SI NO Refiere el adolescente en la encuesta	1. SI 2. NO
Tiempo de emigración de los padres	Tiempo en años desde que emigraron	Número de años que ha emigrado su padre y/o madre	Número de años que su madre y/o padre han	0. No aplica 1. <5años 2. 5-10 años

	padre y/o madre		emigrado (en años)	3.>10 años
Trastorno de la conducta en el adolescente.	Trastorno de la conducta en el adolescente: Disocial, Impulsividad, predisocial, Psicopatía e Hiperactividad Según la edad del adolescente -A. Temprana -A. Media -A. Tardía	Según la edad del adolescente: -A. Temprana (= o < 87) -A. Media (= o < 91) -A. Tardía (= o < 91) Aplicando el test de ESPERI	SI: tiene un trastorno de conducta NO: no tiene un trastorno de conducta	1. SI 2. NO
Escala de severidad del trastorno de conducta en el adolescente	ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA: (de 11 a 13 años): Trastorno Leve: 88 y 112 Trastorno Moderado: 113 y 138 Trastorno Grave: >139 ADOLESCENTES EN ETAPA MEDIANA: (de 14 a 16 años): Trastorno Leve: 92 y 113	ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA: (de 11 a 13 años): Trastorno Leve: 88 y 112 Trastorno Moderado: 113 y 138 Trastorno Grave: >139 ADOLESCENTES EN ETAPA MEDIANA: (de 14 a 16 años): Trastorno Leve: 92 y 113	-Normal -Leve -Moderado -Severo	1. Normal 2. Leve 3. Moderado 4. Grave

	<p>Trastorno Moderado: 114 y 135</p> <p>Trastorno Grave: >136</p> <p>ADOLESCENTES EN ETAPAS TARDÍAS (de 17 a 19 años 9)</p> <p>Trastorno Leve: 92 y 116</p> <p>Trastorno Moderado: 117 y 152</p> <p>Trastorno severo: >153</p>	<p>Trastorno Moderado: 114 y 135</p> <p>Trastorno Grave: >136</p> <p>ADOLESCENTES EN ETAPAS TARDÍAS (de 17 a 19 años 9)</p> <p>Leve: 92 y 116</p> <p>Moderado: 117 y 152</p> <p>Severo: >153</p>		
--	--	--	--	--

ANEXO 2.

Autorización del director de la unidad educativa:



Anexo 3

ENCUESTA PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS DE POSTGRADO



MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: Trastornos de conducta en adolescentes y su relación con la emigración de los padres. Unidad Educativa Dr. Alberto Sánchez, Cojitambo 2015.

FECHA:.....
.....

SEXO: MASCULINO:..... FEMENINO:.....

EDAD:

CURSO:

1. SU PADRE O MADRE (O AMBOS) HA MIGRADO?

SI.....
NO.....

2- SI LA RESPUESTA FUE SI, HACE CUANTO TIEMPO?

.....

ANEXO 4

CUESTIONARIO

MARCA LA CASILLA QUE MÁS SE ACERQUE A TU OPINIÓN DE ACUEDO A LA ESCALA

	NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
1. SOY DESOBEDIENTE					
2. HE ROBADO EN CASA, EN TIENDAS O POR LA CALLE					
3. CREO QUE NADIE MERECE LA PENA					
4. HAGO COSAS SIN PENSAR DE LAS QUE LUEGO ME ARREPIENTO					
5. HE PEGADO A OTRAS PERSONAS					
6. SOY MUY INQUIETO, ME MUEVO MUCHO					
7. AMENAZO A OTROS CHICOS/AS					
8. HAGO COSAS SIN PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS					
9. HAGO LO QUE SEA PARA CONSEGUIR LO QUE QUIERO					
10. TENGO EN CUENTA LAS OPONIONES DE LOS DEMÁS					
11. LLEVO LA CONTRARIA POR TODO					
12. HE VENDIDO DROGAS O COSAS ROBADAS					
13. ME CANSO EN SEGUIDA DE HACER LO MISMO					
14. RESUELVO LOS PROBLEMAS DIALOGANDO					
15. HE IGNORADO A ALGUIEN PARA HACERLE DAÑO					
16. HE CONTADO MENTIRAS DE OTRAS PERSONAS, PARA HACER DAÑO					
17. COJO COSAS QUE NO SON MÍAS Y ME LAS QUEDO					
18. ME DISTRAIGO CON FACILIDAD					
19. FUMO DROGA					
20. ME DICEN QUE SOY REVOLTOSO					
21. PUEDO HABLAR DE MIS PROBLEMAS CON ALGUIEN					
22. ME CUESTA CONTROLAR MIS IMPULSOS					
23. ME CUESTA ESPERAR					
24. HE DESTROZADO O ROTO COSAS EN LUGARES PÚBLICOS					
25. PIENSO QUE LAS NORMAS SON NECESARIAS					
26. ME CUESTA ESTAR QUIETO					

CUESTIONARIO

MARCA LA CASILLA QUE MÁS SE ACERQUE A TU OPINIÓN DE ACUEDO A LA ESCALA

	NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
27. CREO QUE LOS DEMÁS TIENE LA CULPA DE MIS PROBLEMAS					
28. HAGO LAS COSAS SEGÚN SE ME OCURREN					
29. PELEO CON OTROS					
30. ME SIENTO MAL CUANDO HAGO ALGO INCORRECTO					
31. HE PASADO NOCHES FUERA DE CASA SIN PERMISO					
32. PIERDO EL CONTROL CON FRECUENCIA					
33. INTERRUMPO A LOS DEMÁS O CONTESTO ANTES DE QUE TERMINEN DE PREGUNTARME					
34. CUANDO ALGUIEN ES APARTADO DEL GRUPO, ME ACERCO Y PRETENDO AYUDARLE					
35. HUMILLO A OTRAS PERSONAS					
36. VOY EN PANDILLA A PELEARME CON OTROS					
37. HE UTILIZADO ARMAS PARA HACER DAÑO A ALGUIEN					
38. DEJO TAREAS SIN COMPLETAR, O A MEDIAS					
39. TENGO AMIGOS					
40. ME SIENTO TODO EL TIEMPO ACELERADO, COMO UNA MOTO					
41. HE TENIDO PROBLEMAS POR CONSUMIR ALCOHOL/DROGAS					
42. DEJO EN RIDÍCULO A OTROS					
43. PIERDO MUCHAS COSAS					
44. ME EMBORRACHO					
45. AMENAZO O PROVOCO A OTROS					
46. ESCUCHO LOS CONSEJOS DE LOS MAYORES					
47. COMETO ERRORES POR NO FIJARME					
48. HAY GENTE QUE ME APOYA					
49. HE PRENDIDO FUEGO A PROPÓSITO					
50. HE HECO SUFRIR A COMPAÑEROS EN EL COLEGIO					
51. EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMÁS ME DA IGUAL					
52. HE ENTRADO EN PROPIEDADES PRIVADAS PARA ROBAR					
53. EXPRESO MIS SENTIMIENTOS					
54. SÓLO ME INTERESAN MIS ASUNTOS					
55. FALTO A CLASE PAR IR HACER OTRA COSA MÁS ENTRETENIDA					
56. TODO ME IRRITA					
57. PUEDO SER CRUEL SIN QUE ME IMPORTE					

HE RESPONDIDO A ESTAS PRECUNTAS SINCERAMENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 ES =NADA Y 10=MUY SINCERO											

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

Instructivo de clasificación de los trastornos de Conducta

Edad de 11-12 años

Los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 87
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 88 y 112, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 113 y 138, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 139

Edad 13-14 años.

Los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 91
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 92 y 113, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 114 y 135, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 136

Edad de 15-16 años

Los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 91
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 92 y 116, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 117 y 152, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 153 ³¹