

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO:

Título: Estudio descriptivo comparativo de adolescentes varones y adolescentes mujeres que presentan trastorno disocial de inicio infantil y trastorno disocial de inicio adolescente				Código SGI: 582		
Tipo de Proyecto:						
Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:	Creación Artística:	Otro:		
Lugar de Ejecución del Proyecto:						
Ciudad: Bogotá			Departamento: Cundinamarca			
Duración del Proyecto (en meses): Doce meses						
Investigador Principal: César Armando Rey Anacona c. c. #. 86'039.864 de Villavicencio						
Correo electrónico: cesar.rey@uptc.edu.co Teléfono: 7443535						
Facultad: Ciencias de la Salud			Escuela: Psicología			
Centro de Investigación: Centro de Investigaciones y Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud (CIES)						
Nombre del Grupo o Grupos de Investigación: (registre el nombre tal como aparece en el Aplicativo Grup-LAC)				Total de Investigadores (número)		
Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud	Escalonado	C	Docentes UPTC	2		
	Reconocido		Investigadores externos	0		
	Avalado		Estudiantes postgrado			
	Registrado		Jóvenes investigadores			
				Estudiantes pregrado / Semilleros	2	
				TOTAL	4	
Nombre de los co-investigadores: Lucia Carlota Rodríguez Barreto						
Nombre del semillero y/o del Joven Investigador que participa en el Proyecto: Lizzet Cristina Paitán Ávila y Zulma Lorena Monguá Merchán						
Nombre de la Línea de Investigación del grupo donde se inscribe el proyecto: Comunidades saludables.						
Convocatoria a la cual se presentó el proyecto: 019						

2. RESUMEN DEL PROYECTO:

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo comparar a nivel general y por sexo, a un grupo de adolescentes varones y mujeres con trastorno disocial (TD), con un grupo de adolescentes varones y mujeres sin dicho trastorno y con características socio-demográficas similares, en relación con un conjunto de variables neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, evaluándose las diferencias existentes entre los varones y mujeres con TD y entre los participantes con TD subtipo de inicio infantil y subtipo de inicio adolescente. Se utilizó un diseño de casos y controles, en el que participaron 134 varones y 36 mujeres, entre 11 y 18 años de edad ($M = 16$; $DT = 1.33$), de estratos socioeconómicos bajo (30%), bajo medio (51.8%) y medio bajo (14.7%), seleccionándose los casos ($n = 71$) en dos instituciones de reeducación y los controles ($n = 99$) en un centro de capacitación laboral para menores de escasos recursos económicos. Un total de 71 participantes cumplían los criterios diagnósticos de TD de la Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2002), 60 varones y 11 mujeres. El 33.8% tenía TD subtipo de inicio infantil y el 66.2% subtipo de inicio adolescente. Los análisis

estadísticos dependían del tipo de variable analizada, incluyendo ANOVA de un factor, U de Mann Whitney y Chi Cuadrada de Pearson.

Los adolescentes con TD, comparados con los controles, reportaron un mayor número de personas con las que habían tenido relaciones sexuales y presentaron mayores puntuaciones en la escala de Extroversión del EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), en la escala de Machismo del IMAFE (Lara, 1993) y en una prueba de fluidez semántica, así como menores puntajes en una escala de empatía (Rey-Anacona, 2003). También informaron una mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y varias sustancias ilegales, incluyendo marihuana, cocaína, bazuco e inhalantes, cambios de escuela y una edad promedio menor de inicio de consumo de marihuana. Un porcentaje mayor de participantes con TD informó haber tenido relaciones sexuales con penetración, haber tomado alcohol/drogas antes o durante la última relación sexual, sin haber usado anticonceptivos, sentimientos de tristeza y desesperanza y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses, castigos físicos severos del padre y otros familiares, actos sexuales forzados por parte de un amigo, un familiar o una pareja, haberse escapado de la casa y expulsión de algún plantel educativo. Sus progenitoras, por su parte, reportaron más frecuentemente haber sido sancionadas o condenadas por un delito y que su hijo vivía en un barrio en el que había pandillas juveniles.

Los varones con TD, comparados con las mujeres con dicho trastorno, informaron con mayor frecuencia haber sido castigados físicamente de forma violenta a una edad menor, mientras que las mujeres con TD, en comparación con los varones con TD, informaron una mayor frecuencia de conductas disociales, presentaron una media de puntuaciones significativamente mayor en la escala de Neuroticismo del EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), fueron más frecuentemente castigadas físicamente de forma violenta y un porcentaje mayor pensó seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses y presentó problemas en el trabajo como resultado de dichas conductas disociales. Los varones y mujeres con TD de inicio infantil, comparados con los varones y mujeres con TD de inicio adolescente, por su parte, presenciaron más conductas violentas entre sus padres, informaron una frecuencia mayor de conductas disociales, presentaron una media de puntuaciones significativamente mayor en la escala de Sinceridad del EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), informaron una edad promedio significativamente menor de consumo de la bebidas alcohólicas y reportaron más frecuentemente problemas en el colegio por efecto de dichas conductas disociales.

Estos resultados señalan que los y las adolescentes con TD presentan dificultades conductuales y emocionales que ponen en mayor riesgo su salud física y mental, dificultades que son mayores entre las mujeres con TD y aquellos(as) que presentan TD de inicio temprano. Por lo tanto, los programas de tratamiento dirigidos a dichos adolescentes podrían servir para prevenir este tipo de dificultades, especialmente entre las mujeres y aquellos que presentan TD de inicio infantil. Estos resultados también señalan que en el campo clínico y reeducativo es necesario evaluar e intervenir sobre las conductas de riesgo para la salud presentes en estos(as) adolescentes.

Introducción

El TD se define como un patrón de comportamiento caracterizado por la realización repetitiva y persistente de actos que van en contra de las normas sociales y los derechos de los demás y que inicia generalmente en la infancia o la adolescencia (APA, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Estos actos incluyen agresiones a personas o animales, la destrucción de la propiedad privada, la fraudulencia o robo y las violaciones graves de las normas del grupo de referencia, de los cuales al menos tres se ha presentado en el último año, generando un deterioro significativo en la vida académica, escolar y/o laboral del individuo (APA, 2002). Según la anterior organización, la prevalencia de este trastorno afecta entre el 6% y 16% el de los varones menores de edad, mientras que en las mujeres de la misma edad alcanza entre el 2% y el 9%. En Colombia la “Encuesta Mundial sobre Salud Mental en Colombia” (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez, 2004), encontró que la prevalencia vida de dicho trastorno alcanzaba el 8.8% de los varones y el 2.7% de las

mujeres, mientras que Pineda y Puerta (2001) encontraron una prevalencia del 8.4% en una muestra aleatoria de 190 adolescentes varones escolarizados de Medellín, entre 12 y 18 años de edad, de todos los estratos socioeconómicos, cifras que indican que este trastorno afecta a un importante número de adolescentes en dicho país.

Se ha relacionado el TD con varios factores de tipo neurobiológico, neuropsicológico, biográficos, déficits en el desarrollo y características familiares y comunitarias. A nivel neurobiológico y neuropsicológico se han reportado indicadores de un funcionamiento subnormal del Sistema Nervioso Autónomo, con niveles más bajos en individuos con este trastorno en tasa cardíaca (e. g., Farrington, 1997; Pajer et al. 2006; Pine et al., 1998), cortisol (Bonilla & Fernández, 2006; Gallardo-Pujol, Forero, Maydeu-Olivares & Pueyo, 2009; e. g. McBurnett, Pfiffner, Capasso, Lahey & Loeber, 1997) y conductancia dérmica (e. g., Pajer et al. 2006). También se ha encontrado una mayor prevalencia de signos neurológicos menores (e. g., Pine, Shaffer, Schonfeld, & Davies, 1997) y un funcionamiento ejecutivo subnormal a la luz de los resultados obtenidos con pruebas neuropsicológicas, especialmente en fluidez verbal, memoria de trabajo y razonamiento espacial (Eme, 2007; e. g., Isaza, Ardila, Lopera & Puerta, 2000; Trujillo, Pineda & Puerta, 2007)).

Dentro de los antecedentes biográficos, se ha relacionado la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia con un temperamento difícil en los primeros años de vida (Pedreira, 2004; Robins, 1991), factores de riesgo a nivel prenatal y complicaciones a nivel perinatal (Harrington & Maskey, 2008; Liu, 2004; Raine, 2002) y malos tratos físicos y sexuales (Dodge, Pettit & Bates, 1997; Méndez & González, 2002; Quiroga & Cryan, 2010). Los niños y adolescentes con TD y conducta antisocial, asimismo, parecen presentar con mayor frecuencia: Relaciones coercitivas con sus hermanos (e. g., Ballesteros & Pedreira, 2004; Pedreira, 2004; Sánchez, Quiroga & Bragado, 2004; e. g., Slomkowski, Cohen & Brook, 1997), problemas académicos (Frick, 1998; Pedreira, 2004), pobre vínculo escolar (e. g., Farrington & Loeber, 1999), fracaso académico (Díaz, 2001; e. g., Rapp & Wodarski, 1997), rasgos psicopáticos como impulsividad, búsqueda de sensaciones, inconformismo y extroversión (e. g., Daderman, 1998), síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (e. g., Toupin et al., 1997), comorbilidad con dicho trastorno (e. g., López-Villalobos, Serrano & Delgado, 2004; Gebhardt & Prins, 1997), uso de alcohol y drogas (e. g., Durant, Knight & Goodman, 1997; Ingles et al. 2007; López & Costa, 2008; López & Freixinós, 2001; Pineda et al., 2000), bajo coeficiente intelectual verbal y déficits cognoscitivos (e. g., Pine et al., 1998; Puerta, Martínez-Gómez & Pineda, 2002; Toupin et al., 1997), escasa empatía (e. g., Matthys, Walterbos, Van-Engeland & Koops, 1995; Mestre, Samper & Frías, 2002; Rey-Anacona, 2001), déficit en habilidades de resolución de problemas (e. g., Hemphill, 1996) y observación de escenas violentas en medios masivos de comunicación (e. g., Muñoz, 2004; Moeller-Nehring, Moach, Castell, Weigel & Meyer, 1998; Rojas, 2008).

A nivel familiar se ha encontrado principalmente antecedentes en los padres de conducta criminal o de TD (e. g., Farrington & Loeber, 1999), alcoholismo paterno (Robins, 1991), depresión materna y paterna (e. g., Ohannessian et al., 2005; Crhonis et al., 2007; Quiroga & Cryan, 2010; Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow & Knew, 1988), un número alto de hermanos (e. g., Nagin, Pogarsky & Farrington, 1997; Noroño, Cruz, Cadalso & Fernández, 2002), juventud de la madre (e. g., Nagin et al., 1997), familia de padre único o reconstituida (e. g., Coughlin & Vuchinich, 1996), ruptura familiar (e. g., Farrington & Loeber, 1999; Johnson, Hoffman, Su & Gerstein, 1997), discordia marital (e. g., Gorman-Smith, Tolan, Loeber & Henry, 1998), baja cohesión familiar (e. g., Roosa, Dumke & Tein, 1996), crianza autoritaria (e. g., Frick, Christian & Wooton, 1999; Rey-Anacona, 2001; Toupin et al., 1997), falta de supervisión de los padres sobre los hijos (e. g., Farrington & Loeber, 1999; Frick et al., 1999), inconsistencia en la aplicación de disciplina (e. g., Dumka et al., 1997; Romero, Luengo & Gómez, 2000) y la presencia de eventos familiares estresantes (e. g., Toupin et al., 1997). También se ha descubierto una relación positiva entre el uso de castigo corporal y la conducta antisocial infantil (Grogan-Kaylor, 2004) y este tipo de conducta también se ha relacionado con el hecho de vivir en una vecindad peligrosa (e. g., Gorman-Smith, Tolan & Henry, 1999) y

grupos de pares negativos (e. g., Archwamety & Katsiyannis, 1998).

En Colombia no se han efectuado muchos estudios sobre los factores de riesgo del TD, aunque las investigaciones publicadas tienden a confirmar algunos de los factores señalados en la literatura internacional. Una investigación realizada con adolescentes varones infractores de la ley con TD, comparados con un grupo de adolescentes de la población general, encontró un coeficiente verbal, manipulativo y general y un grado de comprensión lingüística, fluidez verbal y escolaridad significativamente menores en los adolescentes con dicho trastorno, así como un mayor grado de relaciones conflictivas con los compañeros, déficits atencionales, antecedentes patológicos en el embarazo, uso de sustancias psicoactivas y tiempo necesario para la resolución de la Prueba de la Figura Compleja y de la Prueba de Apertura de Caminos (Pineda, Isaza, Ardila, Lopera & Puerta, 2000).

Otro estudio efectuado también con adolescentes varones infractores de la ley con TD, comparados con adolescentes de la población general, encontró puntuaciones significativamente más bajas en empatía en los adolescentes con dicho trastorno (Rey-Anacona, 2001), así como puntuaciones significativamente más altas en rasgos de personalidad agresivos en dichos adolescentes (Rey-Anacona & Jiménez, 2001) y puntuaciones significativamente más altas en rechazo, marginación afectiva y permisividad en los padres y madres de los mismos (Rey-Anacona, 2001). También se ha informado una historia de maltrato asociada con la co-ocurrencia de conductas violentas y adictivas entre adolescentes varones infractores de la ley (Ramírez, 2003) y una relación negativa entre el nivel de ajuste marital y la conducta antisocial y entre el nivel de consistencia ínter parental y dicha conducta, en niños y adolescentes colombianos (Ballesteros & Cortés, 2001).

Si bien estos estudios han ampliado el conocimiento sobre los factores de riesgo del TD, en Colombia todavía no se ha examinado un buen número de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias resaltadas en la literatura especializada internacional, como las señaladas previamente. El conocimiento de estas variables en adolescentes con dicho trastorno podría facilitar la formulación de acciones de evaluación, tratamiento y/o prevención de la conducta antisocial en la adolescencia y en la vida adulta más precisas y pertinentes por parte de entidades, profesionales e investigadores nacionales.

Por otra parte, es importante resaltar que la literatura especializada internacional muestra una visible carencia de conocimientos sobre los factores de riesgo de los dos principales subtipos de TD (de inicio infantil y de inicio adolescente), a pesar de que los estudios sobre las diferencias entre estos dos tipos de trastorno señalan que éstos varían en las clases de conducta antisocial típicos de cada uno, en su pronóstico y en su prevalencia por sexo (Baker, 2006; Loeber & Hay, 1997; Moffitt, 1993). Estos conocimientos son muy relevantes tanto en el ámbito nacional como internacional, ya que estas diferencias señalan que cada tipo de trastorno disocial presenta un perfil de factores de riesgo distinto y, por consiguiente, requiere estrategias de prevención, evaluación y tratamiento distintas.

Los estudios realizados en otros países también señalan importantes diferencias entre los varones y las mujeres que presentan trastorno disocial, a nivel de su prevalencia, edad de inicio y tipos de conducta antisocial, diferencias que, como en el caso anterior, indican un perfil de factores de riesgo que debe diferenciarse para diseñar estrategias de prevención, evaluación y tratamiento eficaces y efectivas (e. g., Fiskenscher & Novins, 2003; Langhinrichsen-Rohling, Arata, Bowers, O'Brien & Morgan, 2004; Posada-Villa et al., 2004; Wasserman, McReynolds, Ko, Katz & Carpenter, 2005). Como en el caso de los tipos de trastorno disocial, estas diferencias por sexo no ha sido estudiadas en el país, ya que la mayoría de los estudios nacionales han reclutado adolescentes varones con trastorno disocial.

Con base en lo anterior, esta investigación se planteó como objetivo comparar a nivel general, por sexo y por subtipo de TD, a un grupo de adolescentes varones y mujeres con TD, con un grupo de adolescentes varones y mujeres con características socio-demográficas similares sin dicho trastorno, en relación con un conjunto de variables neuropsicológicas, biográficas, conductuales, familiares y comunitarias resaltadas en la literatura internacional

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

3.1 Cumplimiento de los objetivos generales y específicos: Véase la Tabla 3.1 y la Tabla 3.1.1.

Tabla 3.1.

Cumplimiento de los objetivos generales y específicos.

OBJETIVO GENERAL	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PROPUESTAS	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DESARROLLADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Elaborar un perfil de factores de riesgo biográficos, psicológicos, familiares y extra familiares para el diagnóstico de TD, tanto a nivel general, como por sexo y por subtipo de TD (de inicio infantil versus de inicio adolescente), mediante la comparación de un grupo de adolescentes varones y mujeres con dicho diagnóstico con un grupo de adolescentes varones y mujeres sin dicho diagnóstico	- Construcción de cuestionarios. - Administración de instrumentos. -Análisis estadísticos y elaboración de productos.	- Construcción de cuestionarios. - Administración de instrumentos. -Análisis estadísticos y elaboración de productos.	100%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PROPUESTAS	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DESARROLLADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Construir el perfil de factores de riesgo a nivel general, comparando los dos grupos de adolescentes a nivel global y por sexo.	- Construcción de cuestionarios. - Administración de instrumentos. -Análisis estadísticos y elaboración de productos.	- Construcción de cuestionarios. - Administración de instrumentos. -Análisis estadísticos y elaboración de productos.	100%
Elaborar el perfil de factores de riesgo por sexo, comparando los adolescentes que presentan TD con las adolescentes con dicho diagnóstico.			100%
Construir el perfil de factores de riesgo por tipo de trastorno disocial, comparando los adolescentes que presentan TD de inicio infantil, con los que presentan TD de inicio adolescente, a nivel global y por sexo.			100%

Tabla 3.1.1
 Cumplimiento de las fases.

FASES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PROPUESTAS	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DESARROLLADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
- Construcción de cuestionarios.	- Construcción de los dos cuestionarios. - Construcción de un formato de evaluación de contenido. - Construcción de un formato de evaluación metodológica. - Selección de los jueces de acuerdo con el perfil delineado. - Contacto y envío de los instrumentos y formatos. - Corrección de los instrumentos conforme a las observaciones y sugerencias realizadas. - Pilotaje.	- Construcción de los dos cuestionarios. - Construcción de un formato de evaluación de contenido. - Construcción de un formato de evaluación metodológica. - Selección de los jueces de acuerdo con el perfil delineado. - Contacto y envío de los instrumentos y formatos. - Corrección de los instrumentos conforme a las observaciones y sugerencias realizadas. - Pilotaje	100%
- Administración de instrumentos.	- Contacto de los potenciales participantes, en coordinación con los directivos de las instituciones. - Solicitud de su consentimiento informado. - Administración de los instrumentos	- Contacto de los potenciales participantes, en coordinación con los directivos de las instituciones. - Solicitud de su consentimiento informado. - Administración de los instrumentos	100%
- Análisis estadísticos y elaboración de productos.	- Construcción de una base de datos de SPSS. - Sistematización de la información obtenida. - Análisis estadísticos. - Elaboración del informe y de sus productos.	- Construcción de una base de datos de SPSS. - Sistematización de la información obtenida. - Análisis estadísticos. - Elaboración del informe y de sus productos.	100%

3.2 Metodología:

Participantes

La muestra estaba compuesta por 170 adolescentes entre 11 y 18 años de edad ($M = 16$; $DT = 1.33$), los cuales vivían en barrios de estrato socioeconómico bajo (30%), bajo-medio (51.8%) y medio-bajo (14.7%). Los participantes con TD ($n = 71$), 60 varones y 11 mujeres, tenían entre 13 y 18 años de edad ($M = 16.39$; $DT = 1.14$) y fueron contactados en tres instituciones de reeducación de Bogotá que atienden menores de 18 años infractores de la ley, remitidos por Juzgados de Menores de dicha ciudad. De esta manera se buscaba maximizar la probabilidad de obtener una muestra de individuos con TD, puesto que las infracciones a la ley por las cuales son remitidos estos adolescentes a estas instituciones comprenden varias de las conductas típicas de dicho trastorno, como robo a mano armada, porte ilegal de armas,

lesiones personales y otras contempladas en el Código Penal Colombiano (Congreso de la República de Colombia, 2000).

Para considerar que estos participantes presentaban TD debían cumplir los criterios diagnósticos estipulados por la APA (2002): (a) La ejecución en el último año de al menos tres de las conductas disociales que señala dicha organización, para lo cual se utilizó el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda, Puerta, Arango, Calad & Villa, 2000) y b) evidenciar deterioro en el área educativa, laboral y/o social, informando si dicha(s) conducta(s) habían generado dificultades en la escuela o el colegio, el trabajo o con familiares, amigos u otras personas. Estos aspectos se corroboraron a través de los reportes que tenían dichos participantes en las instituciones donde fueron contactados.

De estos participantes, el 33.8% (n = 24, varones: 20 y mujeres: 4) tenía TD subtipo de inicio infantil y el 66.2% (n = 47, varones: 40 y mujeres: 7) subtipo de inicio adolescente. Para determinar el subtipo de TD que tenía cada uno de ellos, se tuvo en cuenta lo estipulado por la mencionada organización, mediante una pregunta adicionada al Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000), referente a la edad en la cual éste comenzó a ejecutar las conductas que aparecen en dicho cuestionario, considerándose que tenía TD de inicio infantil si por lo menos una de dichas conductas fue realizaba antes de los diez años de edad y de inicio adolescente si ninguna de estas conductas se llevó a cabo antes de dicha edad.

Los participantes sin TD (n = 99), 74 varones y 25 mujeres, por su parte, tenían entre 11 y 19 años de edad (M = 16.09; DT = 1.45) y fueron contactados en una institución de capacitación laboral para menores de 18 años de escasos recursos económicos, con el fin de que sus características sociodemográficas fueran similares a la muestra de adolescentes con TD. Se consideró que estos participantes no tenían TD debido a que no presentaron ninguna de las conductas disociales que aparecen en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000). Las dos grupos de participantes no diferían en cuanto a edad (F [1, 170] = 2.153, p = .144), sexo (X² [1, 170] = 2.359, p = .133, bilateral) y estrato socioeconómico (U [N = 170] = 3506.0, p = .976, bilateral).

Instrumentos

Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al, 2000). Es un cuestionario de auto informe de catorce ítems con cuatro opciones de respuesta, basado en los síntomas del criterio A para el diagnóstico del TD de la APA (1995). Fue desarrollado y validado con una muestra de 190 adolescentes varones entre 12 y 16 años colombianos, mostrando un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .86$). El análisis factorial evidenció tres factores estables para 11 ítems, que explicaron el 53,9% de la variabilidad del cuestionario ("Violación a las normas": 32,9 %, "Violencia": 10,9% y "Crueldad": 10,1 %).

Escala de Empatía (Rey-Anaconda, 2003). Contiene 15 ítems de la escala de empatía del Cuestionario de Conducta Prosocial de Martorell, González y Calvo (1998) y fue validada por medio de una muestra de 318 preadolescentes y adolescentes colombianos entre 11 y 18 años de edad, mostrando una buena consistencia interna ($\alpha = .78$) y correlaciones ítem-total en todos sus reactivos con un nivel $p \geq .001$. El análisis discriminante entre individuos con TD y sin TD confirmó la validez de criterio del instrumento ($p = .008$).

Inventario de Masculinidad y Femenidad ([IMAFE], Lara, 1993). Es un cuestionario de adjetivos de 60 reactivos que se responden a través de una escala Likert de siete opciones y que permite evaluar cuatro rasgos de personalidad de género: Masculinidad, Femenidad, Machismo y Sumisión, los cuales conforman cuatro escalas compuestas por 15 reactivos cada una. Los ítems de este instrumento fueron obtenidos a partir de los reactivos del Inventario de Papeles Sexuales de Bem (1974) y los ítems de las "Escalas Nuevas", un inventario de roles de género desarrollado por Lara y Rodríguez (1989). La escala de Machismo, permite evaluar rasgos de personalidad relacionados con la agresividad, la dominación y la intransigencia, a través de los siguientes adjetivos: Agresivo (a), Dominante, Autoritario(a), Rudo(a), Egoísta, Enérgico(a), De voz fuerte, Incomprensivo(a), Uso malas palabras, Individualista, Materialista, Arrogante, Frío(a), Ambicioso(a) y Malo(a). La validación original de este instrumento se basó

en los datos obtenidos con 1301 mexicanos varones y mujeres, los cuales mostraron tres factores que explicaban el 33.3% de la varianza (Lara, 1993). Los índices de confiabilidad obtenidos oscilaban entre .74 y .92 y las escalas correlacionaron significativamente con sus similares del Inventario de Roles Sexuales de Bem (1974) y las Escalas Nuevas de Lara y Rodríguez (1989). En Colombia Martínez-Gómez, Guerrero-Rodríguez y Rey-Anaconda (2011), evaluaron su confiabilidad y validez de constructo, por medio de los datos obtenidos con 1527 varones y mujeres entre 15 y 42 años, informando valores alfa que oscilaban entre .76 y .88. El análisis factorial mostró que los ítems se agrupaban alrededor de tres factores, que explicaban el 30.8% de la varianza, congruentes con los encontrados en su validación original.

Cuestionario de Auto informe sobre Incidentes de Violencia Conyugal (Rey-Anaconda, 2008). Permite reportar 14 formas de violencia realizadas por parte del padre hacia la madre y las mismas 14 de la madre hacia el padre, para un total de 28 ítems que se contestan con un formato “Sí-No”. Los tipos de violencia contemplados en este cuestionario son la violencia física, la violencia verbal, las amenazas verbales, las amenazas con un objeto contundente, encerrar a la persona en la casa o en un cuarto, las prohibiciones, echar de la casa a la otra persona, la violencia sexual, la violencia económica y las amenazas a personas cercanas. El cuestionario también permite informar con una pregunta abierta, otras formas de violencia ejercidas por parte del padre hacia la madre y viceversa, lo que da lugar a 30 preguntas en total. Este instrumento fue validado a nivel metodológico por dos expertos en metodología de la investigación y a nivel de contenido por tres jueces expertos en violencia en la familia, alcanzando un alfa de Cronbach de .86 (Rey-Anaconda, 2008).

Test de colores y palabras (Stroop, 1994). Es una prueba neuropsicológica ampliamente utilizada, compuesta por tres subpruebas de 45 segundos cada una, en la primera de las cuales el individuo debe leer una lista de palabras correspondientes a los nombres de cuatro colores (en tinta negra). En la segunda se le muestra una lista de estímulos de diferentes colores y el individuo tiene que decir el color al que pertenece cada estímulo. En la tercera, finalmente, se le presenta una lista de palabras con los nombres de los cuatro colores pero en un color distinto, teniendo que decir el color no el nombre escrito, registrándose el número de aciertos. Se considera que esta prueba permite medir la capacidad de inhibición de una respuesta automática en favor de una tarea controlada (Pineda, 2000).

Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI; Matute, Roselli, Ardila & Ostrosky-Solís, 2007). Permite evaluar el desarrollo neuropsicológico de niños hispanohablantes entre 5 y 16 años en 14 áreas cognitivas diferentes. Sus datos normativos se obtuvieron con una muestra de 788 niños de 5 a 16 años de edad (350 niños y 438 niñas), seleccionados al azar en escuelas públicas y privadas de Colombia y México. El instrumento presentó datos adecuados en pruebas de confiabilidad test-retest (.86) y de confiabilidad entre calificadoros (.99) y correlaciones estadísticamente significativas con escalas similares del WISC-R.

En esta investigación se utilizaron las tres pruebas con las que el instrumento permite medir la fluidez verbal, dos de las cuales son de fluidez semántica y una de fluidez fonémica. En las pruebas de fluidez semántica, el individuo debe decir el mayor número posible de frutas y de animales en un minuto, otorgándose un punto por cada animal o fruta correctamente dicho. La puntuación total en cada prueba es el número total de animales y de frutas correctamente mencionados en un minuto. En la prueba de fluidez fonémica se le pide al niño que produzca en un minuto palabras que comiencen con M. Se considera que estas pruebas miden funciones ejecutivas, ya que tienen que ver con la producción verbal controlada, siendo sensibles a alteraciones en área prefrontales izquierdas (Pineda, 2000).

Cuestionario de Personalidad de Eysenck -versión española- (Eysenck Personality Inventory [EPI], Eysenck & Eysenck, 1998). Contiene 57 ítems dicotómicos que permiten ponderar en adolescentes y adultos dos dimensiones opuestas de la personalidad: (a) el neuroticismo-estabilidad, en donde el neuroticismo indica “la hiperreacción emocional general y la predisposición a la depresión neurótica bajo los efectos del estrés” (Eysenck & Eysenck, 1998, p. 6) y (b) la extroversión-introversión, entendiéndose la extroversión como “las tendencias impulsivas y sociales a la exteriorización y no-inhibición de un sujeto (Eysenck &

Eysenck, 1998, p. 6). Cuenta asimismo con una escala de sinceridad. Múltiples análisis factoriales han confirmado la existencia de dos factores independientes medidos por el instrumento y sus escalas han correlacionado significativamente con medidas similares; su confiabilidad test-retest y su consistencia interna es superior a .80 (Eysenck & Eysenck, 1998). Esta versión no presenta diferencias idiomáticas con respecto al castellano colombiano, mostrando en esta investigación un alfa de .82.

Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente ([CACIA], Capafóns & Silva, 2001). Está dirigido a evaluar los procesos básicos y habilidades considerados necesarios para que se produzca un comportamiento auto-controlado. Considera tres dimensiones positivas: (a) Retroalimentación Personal, concerniente a la capacidad de conocerse a sí mismo y las consecuencias de los propios actos, (b) Retraso de la Recompensa, referente al control de la conducta impulsiva con el fin de obtener recompensas posteriormente y (c) Autocontrol Criterial, concerniente a la capacidad de soportar el estrés y actuar con seguridad ante situaciones amenazantes. También incluye una dimensión negativa, llamada Autocontrol Procesual, en la que una puntuación alta señala una gran preocupación y rigidez en el cumplimiento de las normas, así como una escala de sinceridad. La consistencia interna de las escalas oscila entre .50 y .79 y estas correlacionan positiva o negativamente con medidas teóricamente relacionadas (Capafóns & Silva, 2001). Esta versión no presenta diferencias idiomáticas importantes con respecto al castellano colombiano, mostrando en esta investigación un alfa de .80.

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil ([TAMAI], Hernández, 1990). Es un cuestionario que permite auto-evaluar la adaptación en las áreas personal, social, escolar y familiar de los niños y niñas entre 8 y 18 años, así como las pautas educativas tanto del padre como de la madre. Para este proyecto de investigación se utilizará solamente los ítems que contienen las escalas a través de las cuales se pueden evaluar los patrones de crianza tanto del padre (Educación Asistencial-Personalizada, Proteccionismo, Permisivismo, Marginación y Rechazo Afectivo y Perfeccionismo Hostil) como de la madre (Educación Asistencial, Educación Personalizada, Permisivismo, Desatención, Marginación Afectiva, Rechazo Afectivo, Perfeccionismo Hostil y Perfeccionismo Hipernómico). Para ello se utilizará la versión adaptada por Rey-Anacona (2001), en la cual se cambiaron aquellas palabras propias del lenguaje común español por palabras utilizadas en Colombia.

Cuestionario de auto informe de variables psicológicas (Apéndice A). Es un cuestionario de auto informe de 49 ítems con diferentes opciones de respuesta, que se desarrolló en esta investigación con el fin de recoger información sobre las siguientes variables, señaladas en la Tabla 3.2.1: consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, ideación suicida, intentos de suicidio, relación con pares y adultos, historia de abuso físico, historia de abuso sexual, abandono de los progenitores, fuga del hogar, relación con los padres y hermanos, rendimiento académico, repetición de años escolares y observación de programas de televisión con contenido violento. Para la construcción de este cuestionario se adaptaron varios ítems del Wisconsin Youth Risk Behavior Survey High School Questionnaire (2005), con el fin de obtener información sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, la conducta sexual de riesgo y la ideación suicida e intentos de suicidio, mientras que para los ítems referentes a la historia de abuso físico y sexual, se adaptaron los ítems de historia de violencia familiar desarrollados por Renner y Slack (2006).

El instrumento se evaluó a nivel de contenido por tres profesores universitarios con nivel mínimo de Maestría y experiencia investigativa en problemas de conducta antisocial infantil y adolescente y a nivel metodológico por dos profesores universitarios de metodología de la investigación, para lo cual se administró el formato de evaluación de contenido que se presenta en el Apéndice B y el formato de evaluación metodológica que aparece en el Apéndice C. La evaluación de contenido incluyó aspectos como la claridad y relevancia de las instrucciones y la pertinencia, suficiencia y redacción de los ítems, mientras que en la evaluación metodológica se revisó aspectos como la redacción de los ítems y su concordancia

con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido, así como las opciones de respuesta. Se hizo una prueba piloto con 10 adolescentes, 5 varones y 5 mujeres, con el fin de ajustar las instrucciones, ítems y opciones de respuesta del instrumento.

Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias (Apéndice D). Se desarrolló en esta investigación con el fin de recoger información sobre variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, mediante su administración a las progenitoras de los participantes (véase en la Tabla 3.2.1 las variables mencionadas). Las variables de tipo biográfico que contempla son: Presencia de anormalidades físicas menores en el participante, temperamento en los primeros años de vida y condiciones pre y peri natales. Las variables de carácter familiar que examina son: Número de hermanos del participante y posición entre ellos (mayor, menor, intermedio), edad de la madre al nacer, tipo de familia (nuclear, reconstituida, de padre o madre único-a-, extensa), escolaridad de ambos padres, estado ocupacional de ambos padres (empleado, desempleado, independiente, hogar, pensionado, estudiante), consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres y antecedentes criminales de ambos padres. Finalmente, el cuestionario contempla las siguientes variables extrafamiliares: Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos, peligrosidad del lugar de vivienda y presencia de pandillas juveniles en dicho lugar. Para recoger la información concerniente al consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas, se realizó una adaptación de los ítems 47 y 55 del Wisconsin Youth Risk Behavior Survey High School Questionnaire (2005).

El instrumento surtió el mismo proceso de evaluación de contenido y evaluación metodológica señalado, descrito anteriormente (véase los Apéndices E y F) y fue objeto de una prueba piloto con las diez progenitoras de los adolescentes que colaboraron con el pilotaje del instrumento anterior.

Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976). Contiene 32 ítems la mayoría de los cuales se contesta a través de una escala Likert, que permiten examinar el grado de acuerdo entre los cónyuges en 15 áreas de la vida en pareja, la frecuencia con la que se presentan 13 situaciones funcionales y disfuncionales de la relación marital, el grado de felicidad generado por la relación y el futuro de la misma. Contiene las siguientes escalas: (a) Satisfacción Diádica, referente al grado de satisfacción con la relación y el grado de compromiso existente para continuar con la misma, (b) Cohesión, concerniente al grado de implicación en actividades conjuntas, (b) Consenso, referente al grado de acuerdo en aspectos importantes de la relación y (d) Expresión de Afecto, concerniente al grado de satisfacción con la expresión de afecto y la vida sexual. Se utilizó la traducción realizada por Echeburúa y Corral (1998), la cual no presenta diferencias idiomáticas con respecto al castellano colombiano, mostrando un alfa de .97.

Inventario de Depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Es un instrumento ampliamente utilizado en la práctica y en la investigación clínicas, cuyos ítems corresponden con los principales síntomas de la depresión clínica. Se utilizó la versión en español, la cual no presenta diferencias idiomáticas con respecto al castellano colombiano, alcanzando en esta investigación un alfa de .89.

Cuestionario Breve para el Diagnóstico de Deficiencia Atencional (Pineda et al., 1999). Contiene los síntomas referentes a los tres subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), estipulados en el criterio A de la APA (2002): predominio de inatención, predominio de hiperactividad-impulsividad y combinado, a los cuales se responde con una escala Likert de cuatro opciones. De conformidad con lo estipulado por la APA, se considera que el individuo podría presentar TDAH si informa al menos seis síntomas de alguno de los dos subtipos básicos (inatento e hiperactivo-impulsivo), considerándose que podría presentar el subtipo combinado si informa al menos seis síntomas de estos dos subtipos básicos.

Pineda et al. (1999) reportaron niveles adecuados de consistencia interna obtenidos con una muestra de 540 niños, niñas y adolescentes oriundos de Manizales (Colombia) y una estructura estable de dos dimensiones (inatención e hiperactividad-impulsividad), coherentes

con los dos principales subtipos de TDAH descritos por la APA.

Procedimiento

Se utilizó un diseño de casos y controles (Thompson & Vega, 2001), a través del cual se comparó los resultados obtenidos en la medición de la variables bajo estudio (véase la Tabla 3.2.1), entre el grupo de participantes con TD (casos) y sin TD (controles). Se solicitó el consentimiento informado escrito de los participantes y sus madres (en el Apéndice G se presenta el respectivo formato), los cuales se contactaron en las reuniones familiares que se realizaban en las instituciones participantes. Las razones por las cuales se solicitó la colaboración de las progenitoras fueron las siguientes: (a) Un estudio previo realizado con la misma población (Rey-Anaconda, 2001; Rey-Anaconda & Jiménez, 2001), mostró que por lo regular estas madres cuentan con mayor tiempo y se muestran más comprometidas con los asuntos de sus hijos, que sus cónyuges o compañeros, por lo que se esperaba que brindaran una información más confiable sobre éstos; b) los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 (Profamilia, 2006), muestran que en Colombia la mayor parte de los hijos vive con la madre y c) el Inventario de Depresión de Beck et al. (1983) requiere específicamente que sean ellas quienes lo diligencien, por el interés de esta variable en esta investigación.

Para obtener su consentimiento informado se les brindó la siguiente información: (a) Los objetivos y el procedimiento general del estudio; (b) la confidencialidad que tenían los datos que suministraron en los instrumentos que se aplicaron, los cuales solamente fueron manejados por el equipo de investigación y con ese fin; (c) la independencia de la investigación con respecto a la atención que recibían en la institución respectiva; (d) el respeto por la voluntad de retirarse de la investigación en el momento que lo considerasen necesario; (e) las posibles molestias que podía traer la aplicación de los instrumentos; y (f) el compromiso de brindarles los resultados de los instrumentos aplicados si lo deseasen. Una vez obtenido dicho consentimiento informado, el adolescente, su progenitora, dos testigos y el investigador principal firmaban un formato y se les aplicaba los instrumentos de manera grupal, tanto a los adolescentes como a sus madres. Se calcula que la administración de los instrumentos a los adolescentes abarcó un total de dos horas, mientras que para las madres esta aplicación duró una hora, aproximadamente.

Los instrumentos se aplicaron a los adolescentes en el siguiente orden: (a) Cuestionario de auto informe de variables psicológicas, (b) Escala de Empatía (Rey-Anaconda, 2003), (c) TAMAI (Hernández, 1990), (d) Cuestionario de Auto informe sobre Incidentes de Violencia Conyugal para Adolescentes (Rey-Anaconda, 2008), (e) Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000), (f) IMAFE (Lara, 1993), (g) EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), (h) CACIA (Capafóns & Silva, 2001), (i) pruebas de fluidez verbal de la ENI (Matute et al., 2007) y (j) Test de Colores y Palabras (Stroop, 1994). Con las progenitoras, el orden fue el siguiente: (a) Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, (b) Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976), (c) Inventario de Depresión (Beck et al., 1983) y (d) Cuestionario Breve para el Diagnóstico de Deficiencia Atencional (Pineda et al., 1999).

En total se administraron 200 baterías de instrumentos, de los cuales se descartaron 30 debido a que los adolescentes no contestaron el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al, 2000) o porque solamente contestaron sus progenitoras. Los datos obtenidos se incorporaron en una base de datos del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 20.0 ([SPSS], 2011) y se realizaron, en total, siete comparaciones: (a) entre los adolescentes varones y mujeres con TD y los y las adolescentes sin dicho trastorno, (b) entre los adolescentes varones con y sin diagnóstico de TD, (c) entre las adolescentes con y sin diagnóstico de TD; (d) entre los y las adolescentes con TD, (e) entre los y las adolescentes con TD de inicio infantil y los y las adolescentes con TD de inicio adolescente, (f) entre los adolescentes varones con TD de inicio infantil y los que presentaban TD de inicio adolescente y (g) entre las adolescentes con TD de inicio infantil y las que presentaban TD de inicio adolescente. Para estas comparaciones se utilizaron tres pruebas

estadísticas: ANOVA de un factor para las variables de intervalo y de razón, U de Mann Whitney para las variables nominales y Chi Cuadrado para las variables nominales.

Tabla 3.2.1
Variables bajo estudio.

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Instrumento</i>
Variables neuropsicológicas (funciones ejecutivas)		
Inhibición de la interferencia	De intervalo	Test de colores y palabras (Stroop, 1994)
Fluidez verbal	De intervalo	Pruebas de Fluidez Verbal de la batería Evaluación Neuropsicológica Infantil (Matute, Roselli, Ardila & Ostrosky- Solís, 2007)
Variables biográficas		
- Historia de abuso físico - Historia de abuso sexual - Abandono de los progenitores - Fuga del hogar	Nominal / Ordinal	Cuestionario de auto informe de variables psicológicas
- Temperamento en los primeros años de vida - Condiciones pre y peri natales	Nominal / Ordinal	Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias
Variables familiares		
Número de conductas violentas presenciadas entre los padres	De intervalo	Cuestionario de Auto informe sobre Incidentes de Violencia Conyugal (Rey-Anacona, 2008)
- Número de hermanos - Posición entre los hermanos - Edad de la madre al nacer el (la) participante - Escolaridad de los padres - Estado ocupacional de los padres - Antecedentes de criminalidad de los padres - Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de los padres	- De razón - Ordinal - De razón - Ordinal - Nominal - Nominal - Nominal / Ordinal	Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias
Calidad de la relación marital	De intervalo	Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976)
Depresión materna	De intervalo	Inventario de Depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983)
Variables psicológicas		
- Consumo de alcohol y otros psicoactivos - Conducta sexual de riesgo - Ideación suicida - Intentos de suicidio - Relación con pares y adultos - Relación con padres y hermanos - Rendimiento académico - Repetición de años escolares - Observación de programas de televisión con contenido violento	Nominal / Ordinal	Cuestionario de auto informe de variables psicológicas
Rasgos de personalidad relacionados con la agresividad, la dominación y la intransigencia	De intervalo	IMAFE (Lara, 1993)
Empatía	De intervalo	Escala de Empatía (Rey, 2003)
- Extroversión - Estabilidad emocional	De intervalo	EPI (Eysenck & Eysenck, 1984)

Tabla 3.2.1 (continuación).

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Instrumento</i>
Autocontrol (dimensiones positivas y dimensión negativa)	De intervalo	CACIA (Capafóns & Silva, 2001)
Cumplimiento de criterios diagnósticos del TDAH a nivel general y por subtipo	Nominal	Cuestionario Breve para el Diagnóstico de Deficiencia Atencional (Pineda et al., 1999)
Variables comunitarias		
- Servicios comunitarios de la familia y acceso a ellos - Peligrosidad del sector de vivienda - Presencia de pandillas juveniles	Nominal / Ordinal	Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias

Nota: Las variables que se categorizaron como de tipo “Nominal/Ordinal” fueron analizadas con base en información de estos dos niveles de medición.

3.3 Cronograma de Actividades: Véase la Tabla 3.3.

Tabla 3.3.

Cronograma de actividades.

FASE	DURACIÓN EN MESES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Construcción de cuestionarios.	Tres	100%	
Administración de instrumentos.	Diez	100%	
Análisis estadísticos y elaboración de productos.	Cuatro	100%	

3.4 Resultados/Productos obtenidos: Véase las Tablas 3.4.1, 3.4.2 y 3.4.3.

Resultados

En primera instancia se presentan los resultados de las comparaciones realizadas entre los dos grupos de participantes, con y sin TD, a nivel general y por sexo. Posteriormente se exponen los resultados de las comparaciones efectuadas entre los varones y las mujeres que cumplían los criterios diagnósticos de TD. Finalmente se presentan los resultados de las comparaciones realizadas entre los participantes con TD subtipo de inicio infantil y los participantes con TD subtipo de inicio adolescente.

Comparaciones a nivel general y por sexo

Los casos, comparados con los controles, reportaron, en promedio, un mayor de personas con las que habían tenido relaciones sexuales y de personas con las que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días. Asimismo, presentaron un promedio significativamente más alto de puntuaciones en las escalas de Extroversión y de Sinceridad del EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), en la escala de Machismo del IMAFE (Lara, 1993), en la prueba de fluidez semántica con animales de la ENI (Matute et al., 2007) y en la escala de Sinceridad de CACIA (Capafóns & Silva, 2001) y un promedio de puntuaciones más bajo en la escala de empatía (Rey-Anacona, 2003). Sus progenitoras, por su parte, evidenciaron puntuaciones más altas en las subescalas de Satisfacción, Cohesión y Consenso de la Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976). Los dos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad de inicio de la primera relación sexual, el promedio de horas semanales que dedicaban a ver noticieros, telenovelas, programas culturales, programas científicos, películas pornográficas o películas violentas, en la edad que tenían la primera vez que fueron castigados físicamente de forma violenta y el tiempo en el que fueron castigados de esa forma, en la edad que tenía su progenitora cuando nacieron, en su peso y longitud al nacer y en el número de hermanos.

Los dos grupos tampoco difirieron en su promedio de puntuaciones en la escala de

Neuroticismo de la EPI (Eysenck & Eysenck, 1998), en las cuatro escalas de la CACIA (Capafóns & Silva, 2001), en las escalas de Sumisión, Masculinidad y Femenidad del IMAFE (Lara, 1993), en el Test de Colores y Palabras (Stroop, 1994), en la prueba de fluidez semántica con frutas, en la prueba de fluidez fonémica y en la subescala de Expresión de la Escala de Ajuste Marital (Spanier, 1976), en las puntuaciones obtenidas por la progenitora en el Inventario de Depresión (Beck et al., 1983) y en el total de conductas violentas presenciadas entre los padres.

Los participantes con TD presentaron en promedio un número mayor de veces que consumieron: (a) tragos de alcohol en los últimos 30 días, (b) más de cinco tragos en los últimos 30 días, (c) marihuana, (d) marihuana en los últimos 30 días, (e) cocaína o un derivado como el crack, (f) inhalantes, (g) éxtasis, (h) heroína y (i) bazuco y en promedio presentaron una frecuencia mayor a nivel de: (j) las veces que fueron castigados de forma violenta, (k) escapadas de la casa, (l) cambios de escuela y (m) sanciones o condenas a la progenitora por algún delito. Dichos participantes, de otra parte, presentaron en promedio una edad de inicio de consumo de marihuana menor a la de los participantes sin TD.

Los dos grupos no difirieron con respecto al promedio de edad de consumo del primer trago de alcohol, en la frecuencia de consumo de anfetaminas, en el número de intentos de suicidio en los últimos 12 meses, en la calidad de las relaciones con pares y adultos, en el promedio del último grado cursado, en su rendimiento académico, en la repetición de años escolares, en el número de horas que dedica a ver televisión, en el número de veces que se habían sentido descuidados por la madre y el padre, en la calidad de las relaciones con el padre y con los hermanos, en la frecuencia con que la madre fumó durante su embarazo, en el número de veces que dicha madre estuvo rodeada de fumadores en dicho estado, en la frecuencia de consumo de alcohol y de drogas en el embarazo, en la calidad de la alimentación en el embarazo, en la frecuencia de consumo de trago por parte de la madre en los últimos 30 días, en la frecuencia de consumo de drogas en la actualidad y en el pasado por parte de la madre y del padre, en el número de sanciones o condenas por delitos cometidos por el padre, en el uso de servicios de: salud, recreación, capacitación laboral, de educación formal y de subsidios y ayudas del Estado y en la peligrosidad del lugar de vivienda.

Finalmente, un porcentaje mayor de participantes con TD informaron las siguientes situaciones comparados con los participantes sin TD: (a) relaciones sexuales con penetración, (b) haber tomado alcohol o drogas antes o durante la última relación sexual, (c) la no utilización de métodos para evitar el embarazo o enfermedades de transmisión sexual, (d) sentirse tan triste o desesperanzado que había tenido que interrumpir sus actividades normales, casi todos los días, durante dos semanas o más, en los últimos 12 meses, (e) pensar seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses, (f) haber sido castigado físicamente de forma violenta por el padre, (g) haber sido castigado físicamente de forma violenta por un hermano(a), (h) haber sido castigado físicamente de forma violenta por otro familiar, (i) alguna vez fue forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por un amigo, (j) alguna vez fue forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por un familiar, (k) alguna vez fue forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una pareja, (l) alguna vez se había escapado de la casa, (m) se había escapado por malos tratos de uno o de ambos padres, (n) se había escapado por mala conducta personal, (o) se había escapado por conflictos con un familiar, (p) se había escapado por problemas con la ley, (q) se había escapado por las condiciones económicas de la familia, (r) había sido expulsado de algún plantel educativo por mal comportamiento, (s) vive con la madre, (t) vive con la familia, (v) que su padre fuese desempleado, (w) que su padre fuese trabajador independiente, (x) en el barrio en el que vive hay una o más pandillas juveniles, (y) por lo menos una de las conductas disociales que se presentan en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial antes de cumplir diez años de edad y (z) problemas en el colegio, problemas en el trabajo y problemas familiares por las conductas disociales reportadas en dicho cuestionario.

Un número menor de participantes con TD reportó las siguientes situaciones, comparados con los participantes sin TD: (a) estar estudiando, (b) tener la mayoría de

características en los primeros años de vida tales como ser alegre, malgeniado y dócil , (c) que su padre estuviese desempleado y (d) no haber tenido relaciones sexuales.

Los dos grupos no difirieron en el porcentaje de participantes que informó haber utilizado algún método para evitar el embarazo o enfermedades de transmisión sexual, en pensar en un plan suicida en los últimos 12 meses, haber tenido un intento de suicidio en los últimos 12 meses, haber tenido una herida, un envenenamiento, una sobredosis o un tratamiento médico por un intento suicida, haber sido castigado(a) físicamente de forma violenta por alguno de sus padres u otra persona encargada de su cuidado, incluyendo la madre, el padrastro, la madrastra u otra persona, haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una persona mayor o de la misma edad, por un conocido o por un extraño, haber sido abandonado(a) por el padre o por la madre totalmente o durante un tiempo considerable, haber sido echado de la casa por alguno de los padres, haberse escapado de la casa por conflictos de los padres, el temperamento en los primeros años de vida, que la madre hubiera fumado o hubiera estado rodeada de fumadores durante el embarazo, que ésta hubiera consumido bebidas alcohólicas o drogas psicoactivas durante el embarazo, que la madre considerara adecuada su alimentación durante ese estado según lo recomendado por los médicos, presentar una enfermedad infecciosa, mental o de otro tipo durante el embarazo, haber nacido de parto natural o por cesárea, nacimiento pre-término, dificultades en el parto, tamaño de la cabeza, posición entre los hermanos, la situación laboral de la madre, la situación laboral del padre (excepto en si estaba desempleado o era trabajador independiente), en el consumo de drogas por parte de la madre y del padre, en condenas o sanciones al padre o a la madre por haber cometido un delito, en el uso por parte de la familia de servicios de salud, recreación, capacitación laboral, educación laboral, subsidios y ayudas del Estado y en el cumplimiento de los criterios diagnósticos del TDAH a nivel general y según el subtipo.

Los varones con TD, comparados con los varones sin TD, presentaron un promedio significativamente mayor de: (a) edad (grupo con TD: $X = 16.50$, $DX = 1.07$; grupo sin TD: $X = 16.04$, $DX = 1.35$; $F[1, 134] = 4.619$, $p = .033$); (b) cantidad de personas con las que han tenido relaciones sexuales (grupo con TD: $X = 6.29$, $DX = 9.69$; grupo sin TD: $X = 3.28$, $DX = 2.47$; $F[1, 101] = 4.552$, $p = .035$); (c) cantidad de personas con las que han tenido relaciones en los últimos tres meses (grupo con TD: $X = 2.06$, $DX = 1.87$; grupo sin TD: $X = 1.35$, $DX = .99$; $F[1, 91] = 4.977$, $p = .028$); (d) puntuaciones en la prueba de fluidez semántica con animales (grupo con TD: $X = 17.73$, $DX = 3.59$; grupo sin TD: $X = 15.52$, $DX = 4.12$; $F[1, 106] = 8.219$, $p = .005$); (e) puntuaciones en la escala de Extroversión de la EPI (Eysenck & Eysenck, 1998; grupo con TD: $X = 14.38$, $DX = 3.47$; grupo sin TD: $X = 13.10$, $DX = 3.11$; $F[1, 132] = 5.047$, $p = .026$); (f) puntuaciones en la escala de Sinceridad del mismo instrumento (grupo con TD: $X = 6.75$, $DX = 3.71$; grupo sin TD: $X = 5.64$, $DX = 1.76$; $F[1, 132] = 5.090$, $p = .026$) y (g) puntuaciones en la escala de sinceridad de la CACIA (Capafóns & Silva, 2001; grupo con TD: $X = 8.55$, $DX = 2.77$; grupo sin TD: $X = 7.59$, $DX = 2.11$; $F[1, 133] = 5.157$, $p = .025$). Sus progenitoras, por su parte, presentaron una media de puntuaciones significativamente mayor en: (h) la subescala de Satisfacción Diádica de la Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976; grupo con TD: $X = 25.02$, $DX = 15.09$; grupo sin TD: $X = 18.51$, $DX = 14.74$; $F[1, 125] = 5.904$, $p = .017$); (i) la escala de Cohesión del mismo instrumento (grupo con TD: $X = 11.07$, $DX = 8.64$; grupo sin TD: $X = 8.04$, $DX = 8.08$; $F[1, 125] = 4.081$, $p = .046$) y (j) la escala de Consenso de la misma prueba (grupo con TD: $X = 35.56$, $DX = 22.37$; grupo sin TD: $X = 24.15$, $DX = 20.74$; $F[1, 125] = 8.740$, $p = .004$).

Las mujeres con TD, por su parte, mostraron un promedio significativamente menor de: (a) años que tuvieron la primera relación (grupo con TD: $X = 13.44$, $DX = 1.13$; grupo sin TD: $X = 15.44$, $DX = 1.51$; $F[1, 18] = 10.125$, $p = .006$); (b) puntuación total en la Escala de Empatía (Rey-Anacona, 2003; grupo con TD: $X = 33.36$, $DX = 3.64$; grupo sin TD: $X = 39.44$, $DX = 7.78$; $F[1, 36] = 6.051$, $p = .019$); (c) puntuaciones en la prueba de fluidez fonémica (grupo con TD: $X = 7.29$, $DX = 3.04$; grupo sin TD: $X = 11.80$, $DX = 3.10$; $F[1, 27] = 11.070$, $p = .003$); (d) puntuaciones en la escala de Retroalimentación Personal de la CACIA (Capafóns &

Silva, 2001; grupo con TD: $X = 7.40$, $DX = 2.76$; grupo sin TD: $X = 11.21$, $DX = 3.89$; $F[1, 34] = 7.868$, $p = .008$) y un promedio significativamente mayor de puntuaciones en: (e) la escala de Extroversión de la EPI (Eysenck & Eysenck, 1998; grupo con TD: $X = 15.91$, $DX = 2.51$; grupo sin TD: $X = 12.75$, $DX = 2.74$; $F[1, 35] = 10.552$, $p = .003$); (g) la escala de Sinceridad del mismo instrumento (grupo con TD: $X = 7.00$, $DX = 1.18$; grupo sin TD: $X = 5.75$, $DX = 1.57$; $F[1, 35] = 5.517$, $p = .025$); (h) la escala de Machismo del IMAFE (Lara, 1993; grupo con TD: $X = 4.07$, $DX = 1.24$; grupo sin TD: $X = 2.87$, $DX = .71$; $F[1, 36] = 13.633$, $p = .001$).

Los varones con TD, comparados con los participantes sin TD, presentaron en promedio un número mayor de veces que: (a) consumieron tragos de alcohol en los últimos 30 días ($U[134] = 1594.5$, $p = .003$); (b) consumieron más de cinco tragos en los últimos 30 días ($U[133] = 1624.0$, $p = .006$); (c) consumieron marihuana ($U[134] = 1444.0$, $p = .000$); (d) edad en la que iniciaron el consumo de marihuana ($U[134] = 1744.0$, $p = .027$); (e) consumieron marihuana en los últimos 30 días ($U[134] = 1748.0$, $p = .012$); (f) consumieron cocaína ($U[134] = 1908.0$, $p = .005$); (g) consumieron inhalantes ($U[134] = 1624.5$, $p = .000$); (h) se sintieron descuidados por el padre ($U[132] = 1767.0$, $p = .035$); (i) se escaparon de la casa ($U[132] = 1468.5$, $p = .001$); (j) cambiaron de escuela ($U[132] = 1469.0$, $p = .001$) y (k) consumieron alcohol ($U[113] = 1059.5$, $p = .012$). Las mujeres con TD, por su parte, evidenciaron en promedio un número mayor de veces que: (a) consumieron marihuana ($U[36] = 41.5$, $p = .000$); (b) edad en la que iniciaron el consumo de marihuana ($U[36] = 61.0$, $p = .003$); (c) consumieron marihuana en los últimos 30 días ($U[36] = 68.0$, $p = .001$); (d) consumieron inhalantes ($U[36] = 76.0$, $p = .005$); (e) consumieron éxtasis ($U[36] = 87.5$, $p = .002$); (f) consumieron bazuco ($U[36] = 94.0$, $p = .013$); (g) fueron castigadas físicamente de forma violenta ($U[36] = 63.0$, $p = .005$); (h) se escaparon de la casa ($U[36] = 78.5$, $p = .025$) y (i) cambiaron de escuela ($U[36] = 61.0$, $p = .006$).

Un porcentaje mayor de varones con TD informaron las siguientes situaciones comparados con los varones sin TD: (a) haber tenido relaciones sexuales con penetración ($X^2[1, 133] = 6.589$, $p = .012$); (b) sentimientos de tristeza o desesperanza ($X^2[1, 133] = 10.913$, $p = .002$); (c) pensamientos suicidas en los últimos 12 meses ($X^2[1, 133] = 4.376$, $p = .048$); (d) actos sexuales forzados por parte de una persona mayor ($X^2[1, 133] = 4.919$, $p = .046$); (e) actos sexuales forzados por parte de un amigo ($X^2[1, 133] = 5.018$, $p = .039$); (f) actos sexuales forzados por parte de un familiar ($X^2[1, 133] = 5.018$, $p = .039$); (g) haberse escapado de la casa ($X^2[1, 132] = 15.621$, $p = .000$); (h) haberse escapado por mala conducta personal ($X^2[1, 131] = 6.427$, $p = .016$); (i) haberse escapado por conflictos con un familiar ($X^2[1, 131] = 6.610$, $p = .015$); (j) haberse escapado por condiciones económicas de la familia ($X^2[1, 131] = 4.943$, $p = .045$); (k) haber sido expulsado de algún plantel educativo por mal comportamiento ($X^2[1, 132] = 12.972$, $p = .000$); (l) conductas disociales antes de los 10 años de edad ($X^2[1, 131] = 16.674$, $p = .000$); (m) problemas en el colegio por dichas conductas disociales ($X^2[1, 131] = 41.750$, $p = .000$); (n) problemas en el trabajo por dichas conductas ($X^2[1, 131] = 6.275$, $p = .023$); (o) problemas familiares por las mismas conductas ($X^2[1, 131] = 54.820$, $p = .000$); (p) su progenitora fumó durante el embarazo ($X^2[1, 105] = 4.664$, $p = .037$); (q) dicha madre consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo ($X^2[1, 114] = 6.205$, $p = .018$); (r) el padre era trabajador independiente ($X^2[1, 105] = 4.865$, $p = .041$) y (s) había presencia de pandillas juveniles en el barrio donde vive el participante ($X^2[1, 61] = 4.638$, $p = .046$). Un porcentaje significativamente menor de varones con TD informaron las siguientes situaciones comparados con los varones sin TD: (t) no haber tenido relaciones sexuales ($X^2[1, 133] = 5.323$, $p = .023$); (u) vivir con la familia ($X^2[1, 105] = 8.613$, $p = .003$); (v) el padre estaba desempleado ($X^2[1, 105] = 7.577$, $p = .007$).

Un porcentaje mayor de mujeres con TD reportaron las siguientes situaciones comparadas con las mujeres sin TD: (a) haber vivido con el padre ($X^2[1, 36] = 6.287$, $p = .025$); (b) haber tenido relaciones sexuales con penetración ($X^2[1, 36] = 6.415$, $p = .027$); (c) no haber utilizado métodos anticonceptivos ($X^2[1, 36] = 6.841$, $p = .018$); (d) pensamientos suicidas en los últimos 12 meses ($X^2[1, 36] = 4.946$, $p = .040$); (e) haberse escapado de la casa por mala conducta personal ($X^2[1, 36] = 4.946$, $p = .040$); (f) haberse escapado de la

casa por problemas con la ley ($X^2 [1, 36] = 10.227, p = .006$); (g) haberse escapado de la casa por condiciones económicas de la familia ($X^2 [1, 36] = 7.438, p = .023$); (h) haber sido expulsado de algún plantel educativo por mal comportamiento ($X^2 [1, 36] = 4.946, p = .040$); (i) conductas disociales antes de los 10 años de edad ($X^2 [1, 36] = 10.227, p = .006$); (j) problemas en el colegio por dichas conductas disociales ($X^2 [1, 36] = 24.891, p = .000$); (k) problemas en el trabajo por las mismas conductas ($X^2 [1, 36] = 13.196, p = .001$) y (l) problemas familiares por dichas conductas disociales ($X^2 [1, 36] = 19.800, p = .000$). Un porcentaje significativamente menor de mujeres con TD reportaron las siguientes situaciones comparadas con las mujeres sin TD: (m) estar estudiando ($X^2 [1, 36] = 4.946, p = .040$).

Comparaciones por sexo entre los participantes con TD

Las mujeres con TD, comparadas con los varones con el mismo trastorno, presentaron un promedio significativamente mayor de: (a) edad que tenían la primera vez que fueron castigados físicamente de forma violenta (varones con TD: $X = 8.04, DX = 3.67$; mujeres con TD: $X = 11.33, DX = 2.00$; $F [1, 34] = 6.471, p = .016$); (b) puntuaciones en la escala de Neuroticismo de la EPI (Eysenck & Eysenck, 1998; varones con TD: $X = 12.13, DX = 4.96$; mujeres con TD: $X = 15.91, DX = 3.78$; $F [1, 71] = 5.730, p = .019$) y (c) frecuencia de conductas disociales informadas en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 1999; varones con TD: $X = 8.80, DX = 4.43$; mujeres con TD: $X = 12.00, DX = 4.84$; $F [1, 71] = 4.720, p = .033$). Dichas mujeres también fueron más frecuentemente castigadas físicamente de forma violenta, comparadas con los varones con TD ($U [71] = 173.0, p = .006$).

Un porcentaje mayor de mujeres con TD informaron las siguientes situaciones, comparados con los varones con TD: (a) haber vivido con el padre ($X^2 [1, 71] = 6.040, p = .020$); (b) haber vivido con los hermanos ($X^2 [1, 71] = 4.623, p = .047$); (c) pensamientos suicidas en los últimos 12 meses ($X^2 [1, 71] = 4.623, p = .047$) y (d) problemas en el trabajo por las conductas disociales informadas en el cuestionario mencionado previamente ($X^2 [1, 71] = 5.446, p = .034$).

Comparaciones por subtipo de TD

Los participantes con TD subtipo inicio infantil, comparados con los participantes con TD de inicio adolescente, presentaron un promedio significativamente mayor de: (a) número de conductas violentas presenciadas entre los padres (TD de inicio infantil: $X = 7.07, DX = 4.48$; TD de inicio adolescente: $X = 3.31, DX = 2.68$; $F [1, 30] = 8.019, p = .008$); (b) frecuencia de conductas disociales informadas en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 1999; TD de inicio infantil: $X = 10.92, DX = 5.22$; TD de inicio adolescente: $X = 8.47, DX = 4.08$; $F [1, 71] = 4.723, p = .033$) y (c) puntuaciones en la escala de Sinceridad de la EPI (Eysenck & Eysenck, 1998; TD de inicio infantil: $X = 8.04, DX = 5.16$; TD de inicio adolescente: $X = 6.15, DX = 1.84$; $F [1, 71] = 5.107, p = .027$). Las participantes con TD de inicio infantil, comparados con los participantes con TD de inicio adolescente, también informaron una edad significativamente menor en la que consumieron el primer trago de alcohol ($U [71] = 353.5, p = .009$).

Un porcentaje significativamente mayor de participantes con TD de inicio infantil informaron las siguientes situaciones, comparados con los participantes con TD de inicio adolescente: (a) problemas en el colegio por las conductas disociales reportadas en el cuestionario mencionado ($X^2 [1, 71] = 5.943, p = .013$) y (b) vivir con el padre ($X^2 [1, 55] = 6.522, p = .031$).

Productos

En las Tablas 3.4.1, 3.4.2 y 3.4.3 se describen los productos del proyecto:

Tabla 3.4.1.

Generación de nuevo conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos.

Resultado/Producto obtenido	Indicador	Beneficiario	Grado de cumplimiento
Artículo “Conductas de riesgo y variables asociadas al trastorno disocial en adolescentes colombianos”	Se sometió a consideración de la revista Colombia Médica (véase el Apéndice H),	Instituciones encargadas de trazar políticas, estrategias y planes en salud mental en el país y programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de poblaciones juveniles;	100%
Ponencia “Características biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias de adolescentes con trastorno disocial”	La ponencia fue presentada en el Sexto Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (véase el Apéndice I).	personal de instituciones reeducativas y profesionales que atienden adolescentes con TD; grupos de investigación nacionales e internacionales; docentes y estudiantes.	100%

Tabla 3.4.2.

Fortalecimiento de la comunidad científica.

Resultado/Producto obtenido	Indicador	Beneficiario	Grado de cumplimiento
Trabajo de grado de dos estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad, basado en los resultados de la investigación.	Se presentó y aprobó el trabajo de grado “Factores psicológicos asociados con el trastorno disocial de inicio infantil y adolescente en varones y mujeres”, de las estudiantes Lizzet Cristina Paitán Ávila y Zulma Lorena Monguí Merchán (signatura: T P14.11 M743, Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud).	Programa de Pregrado. Estudiantes.	100%
Fortalecimiento de colaboraciones y trabajo mancomunado entre grupos de investigación nacionales interesados en el tema de la investigación.	Comunicaciones entre el grupo proponente y los grupos en mención.*	Los grupos de investigación y sus respectivas universidades, la comunidad científica nacional.	0%
Datos de confiabilidad y validez de los instrumentos psicométricos utilizados en esta investigación.	Utilización de estos instrumentos en investigaciones nacionales, citando esta investigación.*	La comunidad científica nacional, profesionales, docentes y estudiantes.	0%
Cuestionarios desarrollados.	Solicitudes de uso de estos cuestionarios para investigación y práctica profesional.*	La comunidad científica nacional, profesionales, docentes y estudiantes.	0%

*Nota: Se espera que estos indicadores se cumplan una vez se publique el artículo producto del proyecto de investigación.

Tabla 3.4.3.

Apropiación social del conocimiento.

Resultado/Producto obtenido	Indicador	Beneficiario	Grado de cumplimiento
Presentación de los resultados de la investigación en la Jornada de la Investigación de la Universidad.	Se presentaron dichos resultados en la XV Jornada de la Investigación de la Universidad.	Investigadores, docentes y estudiantes de la Universidad, público en general.	100%
Ponencia “Características biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias de adolescentes con trastorno disocial”.	La ponencia fue presentada en el Sexto Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud	Instituciones encargadas de trazar políticas, estrategias y planes en salud mental en el país y programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de poblaciones juveniles; personal de instituciones reeducativas y profesionales que atienden adolescentes con TD; grupos de investigación nacionales e internacionales; docentes y estudiantes.	100%
Curso sobre conducta antisocial infantil y juvenil dirigido a mínimo 15 participantes.	El curso fue presentado al CIES y aprobado por el Consejo de Facultad (véase el Apéndice J).	Estudiantes, profesionales, docentes e investigadores interesados en capacitarse sobre el tema.	100%

3.5 Impactos esperados a partir del uso de los resultados: Véase la Tabla 3.5.

3.6 Dificultades presentadas durante el desarrollo del proyecto:

- El bloqueo de las instalaciones de la Universidad demoró la ejecución de la primera fase del proyecto.
- En el momento en el que se hizo la compra de las pruebas psicológicas y los protocolos de respuesta, hubo un aumento sustancial en su precio, lo que disminuyó el presupuesto necesario para ejecutar el proyecto.
- Las actividades contempladas en la primera fase abarcaron cinco meses adicionales al tiempo destinado para ellas, debido a que los jueces expertos de los cuestionarios desarrollados se demoraron mucho tiempo en entregar su concepto.
- La segunda fase del proyecto requirió más tiempo del previsto, debido a que la lentitud en la rotación de usuarios en las instituciones participantes, lo que obligó a administrar los instrumentos dos veces al mes, con grupos de aproximadamente cincuenta participantes.
- El presupuesto asignado fue insuficiente para costear los gastos de desplazamiento a la ciudad de Bogotá con el fin de administrar los instrumentos y fotocopiar algunos de los instrumentos, lo que llevó a solicitar una adición presupuestal.
- Los investigadores se encontraban desempeñando cargos administrativos con descarga de tiempo completo, lo cual limitó su disponibilidad de dedicación al proyecto.
- Por limitaciones de tiempo no se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos con el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil ([TAMAI], Hernández, 1990), debido a que la corrección de este instrumento es muy compleja.

Tabla 3.5.

Impactos esperados.

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos	Grado de cumplimiento
Incremento de la visibilidad del grupo de investigación, la Escuela de Psicología, la Facultad de Ciencias de la Salud y la Universidad.	Mediano	Reseña de la investigación por parte de entidades, docentes, estudiantes e investigadores en documentos escritos, ponencias y/o literatura gris (por ejemplo, tesis de grado).	Que se socialicen los resultados de la investigación por medio de los productos mencionados.	No se ha cumplido el plazo.
Fortalecimiento del proceso de atención de los programas reeducativos de la Congregación de Terciarios Capuchinos.	Mediano	La incorporación de cambios en dicho proceso de atención con base en los resultados obtenidos.	La socialización de dichos resultados ante tal entidad.	No se ha cumplido el plazo.
Generación de nuevos proyectos de investigación por parte del mismo grupo y otros grupos, en el mismo tema.	Mediano	Presentación de proyectos de investigación ante instituciones financiadoras.	Que dichos grupos conozcan los resultados obtenidos.	No se ha cumplido el plazo.
Fortalecimiento del proceso de atención de otros programas reeducativos.	Mediano	La reseña de la investigación en los documentos base de estos programas.	Que en dichos programas e institución rectora (ICBF) se conozcan los resultados obtenidos.	No se ha cumplido el plazo.
Mejoramiento de las políticas, estrategias y planes de acción estatales, dirigidos a prevenir y tratar la conducta antisocial.	Mediano	La reseña de esta investigación en los documentos de trabajo de las entidades respectivas.	Que el personal a cargo conozca los resultados de esta investigación.	No se ha cumplido el plazo.

3.7 Establecimiento de alianzas y/o participación en redes científicas y/o asociaciones que fomenten la consolidación de comunidades científicas, durante el desarrollo del proyecto

Ninguna.

3.8 Conclusiones y recomendaciones

Los resultados tienden a confirmar algunas características que los estudios previos han encontrado en individuos con TD. En primera instancia, estos resultados señalan que los y las adolescentes con dicho trastorno tienden a presentar, desde corta edad, un mayor consumo de sustancias psicoactivas, tal como lo ha señalado la APA (2002), presentando los adolescentes de esta investigación un inicio más precoz en el consumo de marihuana. Debido a que dichos participantes informaron una mayor frecuencia de consumo de casi todas las sustancias psicoactivas por las que se les preguntó (excepto las metanfetaminas), es muy probable que muchos de éstos presenten trastornos por consumo de sustancias, ya que el uso recurrente de sustancias se relaciona con patrones de abuso de las mismas (APA, 2002). La ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de adolescentes, con y sin TD, en relación con la frecuencia de consumo de metanfetaminas, parece reflejar el hecho que dicho consumo es muy bajo en el país, como lo revelan los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, realizado en el año 2008 con 29164 personas entre los 12 y 65 años de edad (Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupeficientes, 2009).

Los hallazgos referentes al consumo de psicoactivos también tienden a ser coherentes en varios aspectos con los del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley, realizado en el año 2009 con 1189 jóvenes ubicados en instituciones de medio cerrado o bajo la medida de libertad asistida y en el que participaron 1070 varones y 119 mujeres entre 13 y 20 años (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Dirección Nacional de Estupeficientes, 2010). Este estudio encontró que la prevalencia de consumo de alguna sustancia psicoactiva en el último año era mayor entre estos jóvenes que entre los jóvenes encuestados en un estudio realizado con población y que el 30.6% de dichos jóvenes había consumido bebidas alcohólicas en el último mes, un 28.9% marihuana, un 13.6% “pepas” (LSD), 9.8% cocaína, 7.3% inhalantes, 4.5% bazuco, 2.7% éxtasis y 1.4% heroína. Este estudio también encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol y marihuana era en promedio de 13 años, seguido por la cocaína, el bazuco, los inhalantes, las “pepas” y el éxtasis con una edad promedio que oscilaba entre los 14 y 15 años. De manera similar, en nuestra investigación se encontró una alta frecuencia de consumo de psicoactivos, especialmente de bebidas alcohólicas y marihuana, seguidos por la cocaína y, en menor proporción, por el bazuco, los inhalantes y el éxtasis, con una edad de inicio menor con respecto al consumo de marihuana.

Asimismo, este estudio encontró una alta relación entre el consumo y la comisión de los delitos, ya que el 41.2% informó estar drogado con marihuana en ese momento, seguido por un 27.4% que estaba bajo los efectos del alcohol, 10.9% bajo los efectos de la cocaína y un 8.8% bajo los efectos del bazuco. Además, un 23.8% cometió el delito para comprar la droga. Si bien los resultados de nuestra investigación no permiten determinar la relación entre las conductas disociales y el consumo de psicoactivos, es probable que la alta frecuencia de consumo de casi todas las sustancias entre los participantes con TD haya sido un facilitador de sus conductas disociales, especialmente aquellas por las cuales infringieron la ley (e. g., hurto, agresiones a otros, etc.).

Por otra parte, los resultados obtenidos en nuestra investigación tienden a confirmar que los(as) adolescentes con TD presentan más conductas sexuales de riesgo que los y las adolescentes sin dicho trastorno (Harrington & Maskey, 2008), ya que los participantes con TD informaron un mayor número de parejas sexuales, el uso de bebidas alcohólicas o drogas en

su última relación sexual y la no utilización de preservativos durante la última relación sexual. La mayor prevalencia de uso de alcohol y drogas en la última relación sexual entre estos adolescentes, a su vez, tiende a confirmar que el alto consumo de psicoactivas los pone en mayor situación de riesgo hacia conductas de este tipo.

Asimismo, estos(as) adolescentes reportaron más cambios de escuela y expulsiones de un plantel educativo por mal comportamiento, debidas probablemente a las sanciones disciplinarias escolares de las que son objeto frecuentemente estos(as) adolescentes por sus conductas disociales (APA, 2002). A su vez, la desescolarización generada por estas expulsiones probablemente los puso en mayor riesgo de involucrarse en actividades al margen de la ley, debido a que, según el informe de sus progenitoras, una buena proporción de dichos adolescentes vivían en barrios donde había pandillas juveniles, un factor de riesgo de la delincuencia juvenil (Loeber & Hay, 1997; Rappaport & Thomas, 2004). Así, conforme con el modelo de la progresión de la conducta antisocial planteado por Patterson, DeBaryshe y Ramsey (1989), los niños y niñas que son expulsados de la escuela por sus problemas de comportamiento, tienden a establecer contacto con pares con problemas similares que en la adolescencia puede llevarlos a involucrarse en actos delictivos y otras conductas antisociales. Sin embargo, los dos grupos de adolescentes, con y sin TD, no presentaron diferencias en cuanto a su nivel educativo y su rendimiento académico, lo cual señala que el mayor riesgo que presenta el primer grupo se refiere a los problemas relacionados con sus conductas disociales.

Los y las adolescentes con TD, por otra parte, informaron una serie de situaciones familiares que la literatura ha mostrado que podrían relacionarse con el TD y la delincuencia juvenil, como los castigos corporales severos (e. g., Grogan-Kaylor, 2004; Ramírez, 2003), particularmente del padre, un(a) hermano(a) u otro(a) familiar y los actos sexuales forzados (e. g., Chandy, Blum & Resnick, 1997). Probablemente por sus conductas sexuales, estos(as) adolescentes también pudieron haber estado en un mayor riesgo de haber sido forzados sexualmente por amigos y conocidos, como lo indican los resultados obtenidos.

Asimismo, estos participantes señalaron haberse escapado de su casa con una mayor frecuencia que los y las adolescentes sin TD, por casi todas las razones indagadas, incluyendo mala conducta, problemas con la ley, las condiciones económicas de la familia y los malos tratos de uno o de ambos padres, lo que señala que este tipo de conducta es una consecuencia tanto de situaciones familiares negativas como los malos tratos, así como de sus propias conductas al margen de la ley.

Un mayor porcentaje de las progenitoras de estos(as) adolescentes informaron haber sido sancionadas o condenadas por la comisión de un delito y que sus hijos(as) vivían en un barrio en el que hay pandillas juveniles, lo que señala que las circunstancias socio-familiares pudieron haber influido en la ejecución de sus conductas disociales. En relación con los antecedentes criminales de los padres, se ha resaltado que los hijos de padres biológicos con este tipo de antecedentes tienen mayor probabilidad de desarrollar TD (Baker, 2008; Hill, 2005), lo que, a su vez, podría deberse tanto a factores genéticos como a los patrones de crianza que tienen generalmente estos padres, como la escasa supervisión y marginación afectiva (Raine, 2002; Rey, 2001; Loeber & Hay, 1997). El TD, asimismo, se ha relacionado con el trato con pares nocivos, o sea, con individuos del mismo grupo de edad que realizan actos disociales y contra las normas (Harrington & Maskey, 2008; Hill, 2005; Renk, 2008), por lo que los y las adolescentes en cuyo barrio existen pandillas juveniles podrían tener una mayor posibilidad de contacto y ser influidos por dichos pares dadas ciertas condiciones socio-familiares, lo que parece ser el caso de los participantes con TD de este estudio.

Finalmente, los y las adolescentes con TD que participaron en esta investigación evidenciaron una mayor tendencia hacia la extroversión, circunstancia informada en un estudio previo (Daderman, 1998), así como una menor empatía, otra situación reportada anteriormente (Rey-Anacona, 2001; Matthys et al., 1995). Asimismo, presentaron puntuaciones más altas en rasgos de personalidad relacionados con la agresividad, la dominación y la intransigencia, medidos a través de la Escala de Machismo del IMAFE (Lara, 1993), resultado también

informado por Rey-Anaconda y Jiménez (2001), al comparar adolescentes infractores con TD con adolescentes de la población general. Estos hallazgos confirman que estos(as) adolescentes presentan rasgos de personalidad que promueven sus conductas agresivas y de rompimiento de normas. Así, la extroversión es característico de personas que tienden a ser expansivas, impulsivas y no inhibidas, que buscan emociones fuertes y son arriesgadas (Center & Kemp, 2003), mientras que la empatía es una respuesta emocional que surge con la comprensión del estado emocional o condición de otra persona (Eisenberg (2000), por lo que correlaciona negativamente con la conducta agresiva (Mestre, Samper & Frías, 2002). La agresividad y la baja empatía, a su vez, son dos características del rasgo Psicoticismo propuesto por Eysenck y Eysenck (1976), el cual correlaciona fuertemente con la conducta antisocial (Center & Kemp, 2003).

Por otra parte, los y las adolescentes con TD reportaron con mayor frecuencia sentimientos de tristeza y desesperanza y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses, lo que indica la presencia de factores emocionales que pueden relacionarse con sus conductas disociales, ya que los individuos con dicho trastorno presentan una frecuencia mayor de ideaciones suicidas e intentos de suicidio consumados y no consumados que la población general (APA, 2002). Estos pensamientos suicidas, junto con el consumo frecuente de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, las expulsiones escolares por mal comportamiento, la extroversión y los rasgos agresivos, asimismo, señalan problemas de impulsividad que predispondrían a estos(as) adolescentes a presentar conductas agresivas y de rompimiento de normas, en comparación con los y las adolescentes sin TD.

Los hallazgos de esta investigación, tienden a ser coherentes con los resultados obtenidos por Garaigordobil (2005), quien examinó la correlación entre la conducta antisocial auto-evaluada (agresiva y de rompimiento de normas) y un conjunto de variables socio-emocionales y de personalidad, entre 94 varones y 80 mujeres escolarizados entre 12 y 14 años de edad. Según esta autora, el número de conductas antisociales correlacionó negativamente con el autocontrol, la conducta asertiva hacia los iguales, la conducta sumisa hacia los iguales, el autoconcepto positivo, la empatía, las cogniciones neutras no prejuiciosas y la adaptación social, correlacionando positivamente con la conducta agresiva hacia los iguales, el autoconcepto negativo, la percepción negativa de los compañeros, la impulsividad, las cogniciones prejuiciosas o negativas y los problemas académicos. En nuestra investigación, los y las adolescentes con TD presentaron una media de puntuaciones significativamente más baja en empatía y un porcentaje mayor fue expulsado de algún plantel educativo por su mal comportamiento, presentando una mayor tendencia a la realización de conductas de riesgo para su salud, evidenciando dificultades de impulsividad.

Estos hallazgos y los del estudio de Garaigordobil tienden a confirmar que la conducta antisocial es más probable entre los adolescentes con una baja empatía, una alta impulsividad y que dicha conducta produce malas relaciones con los pares y otras personas y se relaciona con un autoconcepto negativo y cogniciones negativas sobre los pares. Sin embargo, en nuestra investigación los y las participantes con TD no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los y las adolescentes sin TD, en las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la CACIA (Capafóns & Silva, 2001), un instrumento desarrollado para medir diferentes facetas de la capacidad de autocontrol en niños y adolescentes, a diferencia del estudio de Burt y Donnellan (2008), cuyos resultados sugieren que el bajo autocontrol se relaciona con la conducta de rompimiento de normas.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio señalan que los y las adolescentes con TD, tienden una mayor probabilidad de involucrarse en actividades que ponen en alto riesgo su salud física y mental, como las conductas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias ilegales, la expulsión escolar y los castigos familiares severos, los cuales, a su vez, podrían incidir en el mantenimiento de dichas conductas disociales. A su vez, estos(as) adolescentes presentarían rasgos de personalidad y situaciones socio-familiares que promoverían sus conductas disociales, como la baja empatía, los rasgos de personalidad agresivos y los malos tratos físicos severos. Por lo tanto, estos resultados tienden a confirmar

que la predisposición hacia el TD depende de una mezcla de factores de diversa índole, que incluyen desde el nivel biológico-individual al socio-familiar (Raine, 2002).

Los resultados de las comparaciones realizadas entre las mujeres y los varones que cumplían los criterios diagnósticos de TD, por otra parte, señalan que éstas tienden a presentar más dificultades comportamentales y emocionales que los varones con dicho trastorno, al informar una frecuencia promedio mayor de conductas disociales y una media significativamente mayor en Neuroticismo, así como más problemas laborales ocasionados por dichas conductas disociales y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses. Estos resultados sugieren que las adolescentes con TD, a diferencia de los varones, presentan rasgos emocionales que podrían mediar la realización de sus conductas disociales, ya que las puntuaciones altas en Neuroticismo señalan una tendencia a la hipersensibilidad emocional, con estados frecuentes de preocupación, ansiedad y sentimientos desagradables (Center & Kemp, 2003). Asimismo, parece que las adolescentes con TD tienden a presentar más dificultades en diferentes áreas de su vida por efecto de dichas conductas que los varones con TD. Sin embargo dichos resultados no permiten realizar hipótesis sobre la mayor frecuencia de las conductas disociales entre dichas mujeres con TD, comparadas con los varones con el mismo trastorno.

Los varones con TD, por su parte, fueron castigados físicamente de forma violenta a una edad menor que las mujeres, pero estas últimas fueron objeto de este tipo de maltrato con una frecuencia mayor que los varones, resultados que tienden a reflejar la situación de maltrato hacia niños, niñas y adolescentes en el país, ya que antes de los diez años de edad los varones tienden a ser más maltratados mientras que las mujeres son objeto de malos tratos con mayor frecuencia al llegar a la adolescencia (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010).

Por otra parte, es de destacar que en general no se observaron muchas diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres con TD, lo que sugiere que sus características y factores de riesgo son similares independientemente del sexo. Sin embargo, deben realizarse más estudios comparativos entre varones y mujeres con TD con respecto a estos aspectos.

Si bien esta investigación no examinó la tasa de embarazos entre las adolescentes con TD, es evidente que éstas tienen un mayor riesgo de quedar embarazadas a corta edad, así como de contraer enfermedades de transmisión sexual ya que, junto con los varones con TD, diferían de los y las adolescentes sin dicho trastorno, en cuanto al número de parejas sexuales y la utilización de métodos anticonceptivos. El uso de sustancias psicoactivas con una frecuencia significativamente mayor, con respecto a las adolescentes sin TD, señala igualmente que dichas adolescentes presentan varios hábitos que ponen en riesgo su salud. Pager, Kazmi, Gardner y Wang (2007) encontraron, en ese sentido, entre un grupo de adultas jóvenes que había tenido TD en su adolescencia, que éstas tendían a presentar una menor salud a nivel general, más malestar, mayores tasas de hábitos no saludables, tasas más bajas de hábitos saludables y más embarazos a corta edad, comparadas con un grupo de adultas jóvenes que no habían tenido dicho trastorno, lo que confirma que las características de personalidad, emocionales y conductuales asociadas con el TD predisponen a las adolescentes a involucrarse en conductas de riesgo para su salud (Vg., consumo de sustancias, promiscuidad, etc.).

En relación con el subtipo de TD, los resultados sugieren que los y las adolescentes con TD de inicio infantil presentan más dificultades de comportamiento que los que presentan TD de inicio adolescente, ya que informaron una mayor frecuencia de conductas disociales y más problemas en el colegio como consecuencia de dichas conductas. Asimismo, reportaron una edad de inicio significativamente menor de consumo de bebidas alcohólicas, que los y las adolescentes con TD de inicio adolescente. Estos hallazgos tienden a ser coherentes con la literatura que indica que los individuos con TD de inicio infantil tienden a tener más dificultades conductuales que se manifiestan más tempranamente, con un pronóstico más negativo debido a la continuidad de dichas conductas en la adolescencia y la vida adulta (Hill, 2005; Loeber Y&

Hay, 1997; Renk, 2008).

La exposición a violencia doméstica, un factor relacionado con los problemas de conducta externalizante (Evans, Davis & DiLillo, 2008; Holt, Buckley & Whelam, 2008), se relacionó con el TD de inicio infantil, puesto que los y las adolescentes con este subtipo informaron haber presenciado un mayor número de conductas violentas entre sus padres, comparados con los participantes con TD de inicio adolescente, lo que señala que la exposición a violencia en la familia de origen también puede promover el TD de inicio temprano, como lo indica la teoría socio-cognoscitiva de Dodge (1993), según la cual dicha exposición y los malos tratos físicos infantiles promueven patrones de comportamiento agresivo en los años escolares y, por lo tanto, TD infantil de tipo agresivo. A su vez, la mayor exposición a violencia entre los padres indica aspectos del entorno socio-familiar que pudieron haber incidido en el desarrollo de sus conductas disociales, como el conflicto y la separación marital, situaciones que afectan negativamente el desarrollo de los niños y niñas (Hill, 2005; Holt, Buckley & Whelam, 2008).

En conclusión, los resultados obtenidos señalan que existen diferencias por sexo y subtipo de TD que deben considerarse a nivel de su evaluación, prevención y tratamiento. Asimismo, indican que las mujeres con TD y los participantes con TD de inicio infantil presentan más dificultades que los varones con TD y los que presentan subtipo de inicio adolescente. Por lo tanto, deberían dedicarse más esfuerzos investigativos para el entendimiento, tratamiento y prevención del TD entre las mujeres, a pesar de su menor prevalencia entre la población general y entre los individuos que presentan un inicio infantil de dicho trastorno.

3.9 Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición*. Madrid: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado*. Madrid: Masson.
- Archwamety, T., & Katsiyannis, A. (1998). Factors related to recidivism among delinquent females at a state correctional facility. *Journal of Child and Family Studies*, 7 (1), 59-67.
- Ballesteros, B. P., & Cortés, O. F. (2001). Factores de estrés y ambiente familiar en familias de clase económica baja de la ciudad de Bogotá. *Suma Psicológica*, 8 (1), 175 – 211.
- Ballesteros, C., & Pedreira, J. L. (2004). Trastornos del comportamiento en la adolescencia: Evaluación Clínica, Individual y Familiar. *Monografías de Psiquiatría*, 16 (1), 21-30.
- Baker, K. (2008). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 19 (2), 73-78.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bonilla, J., & Fernández, S., (2006). Neurobiología y Neurociología de la Conducta Antisocial. *Psicología Clínica y Forense*, 6, 67-81.
- Burt, S. A., & Donnellan, M. B. (2008). Personality correlates of aggressive and non-aggressive antisocial behavior. *Personality and Individual Differences*, 44, 53-63.
- Capafóns A., & Silva, F. (2001). *Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente* (5ª Ed. Rev.). Madrid: TEA.
- Center, D. & Kemp, D. (2003). Temperament and personality as potential factors in the development and treatment of conduct disorders. *Education & Treatment of Children*, 26 (1), 75-88.
- Chandy, J., Blum, R., & Resnick, M. (1997). Sexually abused male adolescents: How vulnerable are they? *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (2), 1-16.

- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones, H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology, 43* (1), 70-82.
- Coughlin, C., & Vuchinich, S. (1996). Family experience in preadolescence and the development of male delinquency. *Journal of Marriage and the Family, 58* (2), 491-501.
- Congreso de la República de Colombia (2000, julio 24). Ley 599 de 2000 "Por la cual se expide el Código Penal". *Diario Oficial, 44097*.
- Daderman, A. M. (1998). Differences between severely conduct-disordered juvenile males and normal juvenile males: The study of personality traits. *Personality and Individual Differences, 26* (5), 827-845.
- Díaz, J. (2001). Violencia escolar: Diagnóstico y prevención, *Revista de Psiquiatría y de Psicológica del Niño y del Adolescente, 1* (1), 1-15.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1997). How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. En D. Cicchetti, S. L. Toth, K. Dodge, G. Pettit & J. Bates (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention. Rochester symposium on developmental psychology* (pp. 263-288). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Durant, R., Knight, J., & Goodman, E. (1997). Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health, 21* (5), 303-308.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology, 51*, 665-697.
- Eme, R. F. (2007). Sex differences in child-onset, life-course-persistent conduct disorder. A review of biological influences. *Clinical Psychology Review, 27*, 607-627.
- Evans, S. E., Davis, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 131-140.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. G. B. (1998). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck* (8ª Ed.) Madrid: TEA.
- Farrington, D. (1997). The relationship between low resting heart rate and violence. En A. Raine, P. A. Brennan, D. Farrington & S. A. Mednick (Eds.), *Biosocial basis of violence* (pp. 89-105). New York: Plenum Press.
- Farrington, D., & Loeber, R. (1999). Transatlantic replicability of risks factors in the development of delinquency. En Cohen, P., Slomkowski, Ch., et al (Eds.): *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 299-329). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisckenscher, A., & Novins, D. (2005). Gender differences and conduct disorder among American Indian adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 35* (1), 79-84.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Plenum Press.
- Frick, P. J., Christian, R. E., & Wooton, J. M. (1999). Age trends in association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification, 23* (1), 106-128.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género *Psicología Conductual, 13* (2), 197-215.

- Gallardo-Pujol, D., Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Andrés-Pueyo, A. (2009). Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente. *Revista de Neurología*, 48 (4) 191-198.
- Gebhardt, E., & Prins, P. (1997). A two-track model for the development of antisocial behavior in children with ADHD. *Gedragstherapie*, 30 (4), 219-251.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P., & Henry, D. (1999). The relation of community and family to risk among urban poor adolescents. En P. Cohen & Ch. Slomkowski (Eds.), *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 349-367). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P., Loeber, R., & Henry, D. (1998). Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (5), 319-333.
- Grogan-Kaylor, A. (2004). The effect of corporal punishment on antisocial behavior in children. *Social Work Research*, 28 (3), 153-163.
- Harrington, R., & Maskey, S. (2008). Behaviour disorders in children and adolescents. *Medicine*, 36 (9), 482-485.
- Hemphill, S. A. (1996). Characteristics of conduct-disordered children and their families: A review. *Australian Psychologist*, 31 (2), 109-118.
- Hernández, P. (1990). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA.
- Hill, J. (2005). Conduct disorders. *Psychiatry*, 4 (7), 57-60.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelam, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.
- Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García, J., Hidalgo, M., & García-López, L. (2007). Factores Psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 7 (2), 403-420.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). *Forensis: Datos para la vida*. Bogotá: Autor.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Dirección Nacional de Estupefacientes (2010). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley 2009*. Bogotá: Autor.
- Johnson, R., Hoffmann, J., Su, S., & Gerstein, D. (1997). Growth curves of deviant behavior in early adolescence: A multilevel analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 13 (4), 429-467.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Arata, C., Bowers, D., O'Brien, N., & Morgan, A. (2004). Suicidal Behavior, Negative Affect, Gender, and Self-Reported Delinquency in College Students. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34 (3), 255-267.
- Lara, M. A. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. México: El Manual Moderno.
- Lara, M. A., & Rodríguez, M. T. (1989). Análisis factorial de dos inventarios de roles sexuales: muestra de obreros mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 35 (1-2), 39-47.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (3), 93-104.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- López, K., & Costa, M. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*, 6 (2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_20.pdf
- López, S., & Freixinós, R. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17 (2), 177-178.

- López-Villalobos, J. A., Serrano, I., & Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento. *Clínica y Salud, 15* (1), 9-31.
- Martorell, M. C., González, R., & Calvo, A. (1998). *Cuestionario de Conducta Prosocial*. Documento inédito, Universidad de Valencia, España.
- Matthys, W., Walterbos, W., Van-Engeland, H., & Koops, W. (1995). Conduct-disordered boys' perceptions of their liked peers. *Cognitive Therapy and Research, 19* (3), 357-372.
- Matute, E., Roselli, M., Ardila, A., & Ostrosky- Solís, F. (2007). *Evaluación Neuropsicológica Infantil*. México: Manual Moderno.
- Mestre, M. V., Samper, P., & Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema, 14* (2), 227-232.
- McBurnett, K., Pfiffner, L., Capasso, L., Lahey, B., & Loeber, R. (1997). Children's aggression and DSM-III-R symptoms predicted by parent psychopathology, parenting practices, cortisol, and SES. En A. Raine, P. A. Brennan, D. Farrington, y S. A. Mednick (Eds.), *Biosocial basis of violence* (pp. 345-348). New York: Plenum Press.
- Méndez, T. L., & González, B. L. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología, 11*(2), 75-92.
- Mestre, M. V., Samper, P., & Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta pro social y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema, 14* (2), 227 – 232.
- Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008: Informe final*. Disponible en http://www.corazonesresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf.
- Moeller-Nehring, E., Moach, A., Castell, R., Weigel, A., & Meyer, M. (1998). Conditions of conduct disorder in a clinic-referred sample. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47* (1), 36-47.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674-701.
- Muñoz, G. J. (2004). Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barba, 31*(1), 21-37.
- Nagin, D., Pogarsky, G., & Farrington, D. (1997). Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review, 31* (1), 137-162.
- Noroño, N., Cruz R., Cadalso, S., & Fernández, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Revista Cubana Pediatría, 74* (2), 138-144.
- Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., Kuperman, S., et al (2005). The Relationship Between Parental Psychopathology and Adolescent Psychopathology: An Examination of Gender Patterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13* (2), 67-77.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión*. Ginebra: Autor.
- Pager, K. A., Kazmi, A., Gardner, W. P. & Wang, Y. (2007). Female conduct disorder: Health status in young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 40*, 84.e1– 84.e7.
- Pager, K., Tabbah, R., Gardner, W., Rubin, R. T., Czambell, R. K., & Wang, Y. (2006). Adrenal androgen and gonadal hormone adolescent girls with conduct disorder. *Psychoneuroendocrinology, 31*, 1245-1256.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. (1989). A development perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329-335.
- Pedreira, J. L. (2004). Agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de Psiquiatría, 16* (1), 1-20.

- Pine, D., Shaffer, D., Schonfeld, I., & Davies, M. (1997). Minor physical anomalies: Modifiers of environmental risks for psychiatric impairment? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 395-403.
- Pine, D., Wasserman, G., Miller, L., Coplan, J., Bagiella, E., Kovelenuk, P., Myers, M., & Sloan, R. (1998). Heart period variability and psychopathology in urban boys at risk for delinquency. *Psychophysiology*, 35 (5), 521-529.
- Pineda, D. A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30 (8), 764-768.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., Roselli, M., Ardila, A., Restrepo, M. A., Murrelle, L., & Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencias de atención. *Revista de Neurología*, 28 (4), 365-372.
- Pineda, D. A., Isaza, A. I., Ardila, A., Lopera, F., & Puerta, I. C. (2000). *Características neuropsicológicas, neurológicas y comportamentales en menores infractores del área metropolitana del valle de Aburrá: Un estudio de caso y control*. Informe de investigación, Universidad de San Buenaventura Medellín.
- Pineda, D. A., Puerta, I. C., Arango, C. P., Calad, O. M., & Villa, M. T. (2000). Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Revista de Neurología*, 30 (12), 1145-1150.
- Posada-Villa, J. A., Aguilar-Gaxiola, S. A., Magaña, C. G., & Gómez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 241-262.
- Profamilia (2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Autor.
- Puerta, I. C., Martínez-Gómez, J., & Pineda D. A. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35 (11), 1014-1018.
- Quiroga, S., & Cryan, G. (2010). Trastornos de personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. *Anuario de Investigaciones*, 16(3), 85-94.
- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (4), 311-327.
- Ramírez, C. (2003). La transmisión intergeneracional de la violencia, la clase del vínculo y los factores intrapersonales como predictores de la co-ocurrencia de comportamientos delictivos y adictivos en jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 51-70.
- Rappaport, N., & Thomas, C. (2004). Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35, 260-277.
- Rapp, L., & Wodarski, J. (1997). Juvenile violence: The high risks factors, current interventions, and implications for social work practice. *Journal of Applied Social Sciences*, 22 (1), 3-14.
- Renk, K. (2008). Disorders of conduct in young children: Developmental considerations, diagnoses, and other characteristics. *Developmental Review*, 28 (3), 316-341.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30 (6), 599-617.
- Rey-Anacona, C. A. (2001). La empatía en niños y adolescentes con trastorno disocial y el grado de rechazo, marginación afectiva y permisividad de los que son objeto por parte de sus padres y madres. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 25-36.
- Rey-Anacona, C. A. (2003). Adaptación y validación de una escala para medir empatía en preadolescentes y adolescentes varones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (2), 185-194.

- Rey-Anaconda, C. A. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 107-118.
- Rey-Anaconda, C. A., & Jiménez, F. (2001). ¿Es el machismo una característica de los adolescentes varones con trastorno disocial?". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 12 (2), 71-83.
- Robins, L. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Mycology and Psychiatry*, 32, 193-212.
- Rojas, O. V. (2008). Influencia de la televisión y videojuegos en el aprendizaje y conducta infanto-juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (1), 80-85.
- Romero, E., Luengo, A., & Gómez, A. (2000). Factores psicosociales y delincuencia: Un estudio de efectos recíprocos. *Escritos de Psicología*, 4 (1), 78-91.
- Roosa, M., Dumka, L., & Tein, J. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 24 (5), 607-624.
- Sánchez, M. L., Quiroga, M. A., & Bragado, M. C. (2004). Auto discrepancias y relaciones interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (4), 582-586.
- Slomkowski, Ch., Cohen, P., & Brook, J. (1997). The sibling relationships of adolescents with antisocial and comorbid mental disorders: An epidemiological investigation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(4), 353-368.
- Statistical Package for the Social Sciences (2011). *IBM SPSS Statistics 20* [programa informático]. Madrid: IBM.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessment the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28.
- Stroop, J. R. (1994). *Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Thompson, O. C., & Vega, L. (2001). Diseños de investigación en las ciencias biomédicas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 68 (4), 147-151.
- Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Fortin, L., & Mercier, H. (1997). Social, psychological, and neuropsychological correlates of conduct disorder in children and adolescents. En A. Raine, P. A. Brennan, D. Farrington, y S. A. Mednick (Eds.), *Biosocial basis of violence* (pp. 309-311). New York: Plenum Press.
- Trujillo, N., Pineda, D. A., & Puerta, I. C. (2007). Alteraciones cognitivas en adolescentes infractores con trastorno disocial de diversos niveles de gravedad. *Psicología Conductual*, 15, (2), 297-319.
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Ko, S. J., Katz, L. M., & Carpenter, J. R. (2005). Gender Differences in Psychiatric Disorders at Juvenile Probation Intake. *American Journal of Public Health*, 95 (1), 131-138.
- Zahn-Waxler, C., Mayfield, A., Radke-Yarrow, M., & Knew, D. (1988). A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 506-509.

4. PRESUPUESTO

Se presenta en las Tablas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5. Los soportes se adjuntan en el Apéndice K.

**MACROPROCESO INVESTIGACION Y EXTENSION
PROCESO: GESTION Y FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN
PROCEDIMIENTO GESTION DE PROYECTOS INTERNOS
FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES**



Código I-FI-P01-F05

Versión: 02

Página 31 de 24

Tabla 4.1 Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

RUBROS	FUENTES				TOTAL
	PRESUPUESTO ASIGNADO		PRESUPUESTO EJECUTADO		
	DIN	OTRAS		Efectivo	
Efectivo		Especie			
PERSONAL					
EQUIPOS					
SOFTWARE					
MATERIALES	3.690			3.690	3.690
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO					
PUBLICACIONES					
SERVICIOS TÉCNICOS					
SALIDAS DE CAMPO					
VIAJES	890			890	890
CONSTRUCCIONES	No financiable				
MANTENIMIENTO	No financiable				
TOTAL	4.580				4.580

Tabla 4.2 Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

Nombre del Investigador*	CEDULA	Formación Académica	Función dentro del proyecto	Dedicación Horas/semana	RECURSOS					TOTAL
					DIN	UPTC		COFINANCIACIÓN		
						Efectivo	Especie	Efectivo	Especie	
César Armando Rey Anacona	86039864	Doctorado	Investigador principal	4						
Lucia Carlota Rodríguez Barreto	51654897	Doctorado	Co-investigadora	2						
Lizzet Cristina Paitán Ávila	1049602185	Universitaria	Auxiliar	4						
Zulma Lorena Monguí Merchán	1057573900	Universitaria	Auxiliar	4						
TOTAL										

Tabla 4.3 Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

Lugar /No. De viajes	Justificación**	Pasajes (\$)	Estadía (\$)	Total días	RECURSOS					Total
					DIN	UPTC		COFINANCIACIÓN		
						Efectivo	Especie	Efectivo	Especie	
Bogotá, 60 viajes (30 por cada persona)	Se requiere el desplazamiento de dos miembros del equipo de investigación para la administración de los instrumentos.	890		30	X					890
TOTAL										890

Nota: La DIN aprobó una adición presupuestal de \$680.000 para este rubro.

**MACROPROCESO INVESTIGACION Y EXTENSION
 PROCESO: GESTION Y FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN
 PROCEDIMIENTO GESTION DE PROYECTOS INTERNOS
 FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES**



Código I-FI-P01-F05	Versión: 02	Página 32 de 24
---------------------	-------------	-----------------

Tabla 4.4 Materiales y suministros (en miles de \$)

Materiales*	Justificación	Valor
Pruebas psicológicas y protocolos de respuesta	Evaluación de la variables bajo estudio	3.550
Fotocopias		140
TOTAL		3.690

Tabla 4.5 Servicios Técnicos (en miles de \$)

Tipo de servicio	Justificación	Valor
Revisión de los ítems referentes a las variables “Condiciones pre y peri natales” y “Presencia de anomalías físicas menores” del “Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias”, por parte de un médico pediatra.	Es deseable el concepto experto de dicho profesional, para construir con validez los ítems respectivos del cuestionario en mención.	0
TOTAL		0

Nota: El servicio lo prestó el profesor de planta CARLOS ALBERTO JIMÉNEZ, adscrito a la Escuela de Medicina de la UPTC.

Nombre del Responsable de la elaboración del Informe: César Armando Rey Anacona

Fecha: Diciembre 14 de 2012.

Vo. Bo. Director Centro de Investigaciones: _____

OBSERVACIONES: Para la entrega de este informe final se solicitó un plazo adicional debido a que el investigador principal y la co-investigadora desempeñaban cargos administrativos con cambio de actividad total.

Apéndice A
Cuestionario de variables psicológicas

Código: _____

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE AUTO INFORME DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

A continuación encontrará una serie de preguntas que tienen que ver con varios aspectos de su vida. Las respuestas a estas preguntas servirán para llevar a cabo una investigación cuyos resultados beneficiarán a muchas personas. Por esa razón le solicitamos de manera muy especial que sea **sincero(a)** en sus respuestas, ya que ninguna es buena o mala. La contestación a estas preguntas es **anónima y confidencial**, es decir que usted no deberá revelar su nombre y solamente tendrá acceso a la información el equipo de investigación, el cual la utilizará con propósitos científicos. Recuerde que esta investigación es independiente de la institución en la cual usted está vinculado(a).

Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Estrato del barrio en el que vive: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
6 ___

Estado civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Unión libre ___ Separado(a) ___ Divorciado(a) ___
Viudo(a) ___ Lugar de nacimiento: _____

Estado civil de los padres: Casados ___ Unión libre ___ Separados ___ Divorciados ___ Madre
viuda ___ Padre viudo ___ Nunca han convivido ___

Ha vivido la mayor parte del tiempo con: Padre ___ Madre ___ Padrastro ___ Madrastra ___
Hermanos(as) ___ Otros familiares (abuelos, tíos, etc.) ___ Ninguno ___

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Las siguientes preguntas tienen que ver con el consumo de bebidas alcohólicas como, por ejemplo, cerveza, vino, ron, aguardiente o whiskey (no tenga en cuenta los sorbos de vino que se consumen en misas o en otros actos religiosos).

1. ¿Qué edad tenía cuando consumió su primer trago de alcohol (por ejemplo, una cerveza, una copa de vino o de aguardiente)?

Nunca he consumido bebidas alcohólicas ___ 8 años ó menos ___ 9 ó 10 años ___ 11 ó 12 años
___ 13 ó 14 años ___ 15 ó 16 años ___ 17 años ó más ___

2. ¿En los últimos treinta días, cuántas veces se ha tomado un trago de alcohol?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 veces o
más ___

3. ¿En los últimos treinta días, cuántas veces se ha tomado cinco o más tragos seguidos en menos de dos horas?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 veces o más ___

4. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido marihuana?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

5. ¿Qué edad tenía cuando consumió marihuana la primera vez?

Nunca he consumido marihuana ___ 8 años ó menos ___ 9 ó 10 años ___ 11 ó 12 años ___ 13 ó 14 años ___ 15 ó 16 años ___ 17 años ó más ___

6. ¿En los últimos treinta días, cuántas veces ha consumido marihuana?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 veces o más ___

7. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido cocaína o un derivado como el crack?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

8. ¿Durante su vida cuántas veces ha inhalado pegante, pintura, spray o aerosoles para sentirse bien?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

9. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido drogas que se consumen generalmente durante la rumba, como el éxtasis o la ketamina (esta última también se conoce como “special K”)?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

10. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido metanfetaminas (también llamadas “anfetas”, “meta”, “ice” o “crystal”)?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

11. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido heroína?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

12. ¿Durante su vida cuántas veces ha consumido bazuco?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 a 99 veces ___ 100 o más veces ___

Conducta sexual de riesgo

Las siguientes preguntas tienen que ver con su vida sexual:

13. ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración? Sí ___ No ___
14. Sí contestó que sí, ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación? _____
15. ¿Durante su vida, con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales de ese tipo? _____
16. ¿En los últimos tres meses con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales de ese tipo?

17. ¿Tomó alcohol o drogas antes o durante la última relación sexual de ese tipo? Sí ___ No ___
No he tenido ___
18. ¿En esta última relación, qué método(s) utilizó usted o su pareja para evitar el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual? (**puede seleccionar más de una opción**)
No he tenido relaciones sexuales ___ Ninguno ___ Pastillas ___ Condones ___ Inyección ___
Coito interrumpido ___ Otro método ___ ¿Cuál?
-

Ideación suicida e intentos de suicidio

Las siguientes preguntas están relacionadas con los sentimientos de tristeza y los intentos de suicidio. Algunas veces, la gente se siente tan desesperanzada con respecto a su futuro, que piensan en el suicidio, es decir, en llevar a cabo una acción para quitarse la vida.

19. ¿En los últimos doce meses usted se ha sentido tan triste o desesperanzado que ha tenido que interrumpir sus actividades normales, casi todos los días, durante dos semanas o más?
Sí ___ No ___
20. ¿En los últimos doce meses usted ha pensado seriamente la posibilidad de intentar suicidarse?
Sí ___ No ___
21. ¿En los últimos doce meses usted ha pensado en un plan para suicidarse? Sí ___ No ___
22. ¿En los últimos doce meses cuántas veces ha intentado suicidarse?
Ninguna ___ Una vez ___ Dos o tres veces ___ Cuatro o cinco veces ___ Seis o más veces

23. ¿Si usted intentó suicidarse en los últimos doce meses, dicho intento le produjo alguna herida, un envenenamiento, una sobredosis o implicó algún tratamiento médico?
Sí ___ No ___ No es mi caso ___

Relación con pares y adultos

24. ¿En general, cómo son sus relaciones con las personas de su misma edad?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___

25. ¿En general, cómo son sus relaciones con los adultos que usted conoce?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___

Historia de abuso físico

26. ¿Ha sido castigado(a) físicamente de forma violenta por alguno de sus padres u otra persona encargada de su cuidado? Sí ___ No ___

27. ¿Cuántas veces ha sido castigado(a) de esa manera? Nunca ___ Una vez ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___

28. ¿Qué edad tenía la primera vez que fue castigado(a) de esa forma? _____ Nunca he sido castigado(a) de esa manera _____

29. ¿Más o menos durante cuánto tiempo ha sido castigado(a) de de esa manera?

30. Señale con una "X" las personas que lo(a) han castigado físicamente de forma violenta: Padre ___ Madre ___ Padrastro ___ Madrastra ___ Hermano(a) ___ Otro familiar (por ejemplo, abuelo, abuela, tío, tía, hermano) ___ Otra persona _____

Historia de abuso sexual

31. ¿Cuándo era niño(a) fue forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una persona mayor que usted? Sí ___ No ___

32. ¿Cuándo era niño(a) fue forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una persona de su misma edad? Sí ___ No ___

33. Alguna vez ha sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por: Un amigo(a) ___ Un familiar ___ Una pareja ___ Un conocido(a) ___ Un extraño(a) _____

Abandono de los progenitores

34. ¿Fue abandonado(a) por su padre totalmente o durante un tiempo considerable? Sí ___ No ___

35. ¿Fue abandonado(a) por su madre totalmente o durante un tiempo considerable? Sí ___ No ___

36. ¿Se ha sentido descuidado(a) por su padre o la persona que usted considera su progenitor? Nunca ___ Una vez ___ Algunas veces ___ Muchas veces _____

37. ¿Se ha sentido descuidado(a) por su madre o la persona que usted considera su progenitora?
Nunca ___ Una vez ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___

38. ¿Ha sido echado de su casa por parte de alguno de sus padres? Sí ___ No ___

Fuga del hogar

39. ¿Alguna vez se ha escapado de su casa? Sí ___ No ___

40. ¿Cuántas veces lo ha hecho? Ninguna ___ Una vez ___ Dos o tres veces ___ Cuatro o cinco veces ___ Seis o más veces ___

41. Señale con una "X" los motivos por los cuales se ha escapado de su casa (**puede seleccionar más de una opción**):

Malos tratos de uno o de ambos padres ___

Mala conducta personal ___

Conflictos con un familiar (hermano, abuelo, tío, etc.) ___

Problemas con la ley ___

Conflictos entre los padres ___

Las condiciones económicas de la familia ___

Otro ___ ¿Cuál? _____

Relación con los padres y hermanos

42. ¿En general, cómo son sus relaciones con su progenitora o con la persona que usted considera como tal?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___ Mi madre falleció ___

43. ¿En general, cómo son sus relaciones con su padre o con la persona que usted considera como tal?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___ Mi padre falleció ___

44. ¿En general, cómo son sus relaciones con su(s) hermano(s)?

Buenas ___ Regulares ___ Malas ___ No tengo hermanos ___

Rendimiento académico

45. ¿Se encuentra estudiando en este momento? Sí ___ No ___

46. ¿Cuál fue el último grado académico que usted aprobó?

Ninguno ___ Primero ___ Segundo ___ Tercero ___ Cuarto ___ Quinto ___ Sexto ___ Séptimo ___ Octavo ___ Noveno ___ Décimo ___ Decimoprimer ___ Primer semestre de estudios universitarios___

47. ¿En general, cómo ha sido su rendimiento académico?

Malo ___ Regular ___ Bueno ___ Sobresaliente ___

48. ¿Cuántas veces ha cambiado de escuela o colegio debido a bajo rendimiento académico?

Ninguna ___ Una vez ___ Dos veces ___ Tres veces ___ Cuatro veces ___ Cinco veces o más ___

49. ¿Ha sido expulsado de algún plantel educativo por mal comportamiento? Sí ___ No ___

Repetición de años escolares

50. ¿Cuántas veces ha tenido que repetir un año académico? Ninguna ___ Una vez ___ Dos

veces ___ Tres veces ___ Cuatro veces ___ Cinco veces o más ___

Observación de programas de televisión con contenido violento

51. ¿En promedio, cuántas horas al día ve televisión?

No veo televisión ___ Menos de una hora al día ___ Una hora al día ___ Dos horas al día ___

Tres horas al día ___ Cuatro horas al día ___ Cinco o más horas al día ___

52. ¿En promedio, cuántas horas a la semana se dedica a ver los siguientes tipos de programas de televisión?

Noticieros _____

Telenovelas _____

Culturales _____

Científicos _____

Pornográficos _____

Películas con contenidos violentos _____

Apéndice B

Formato de evaluación de contenido del cuestionario de variables psicológicas

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Formato de evaluación de contenido de instrumentos

Instrumento: Cuestionario de auto informe de variables psicológicas.

Objetivo del instrumento: Recolectar información de adolescentes entre 13 y 17 años de edad, de todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos, con respecto a las siguientes variables: consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, ideación suicida, intentos de suicidio, relación con pares y adultos, historia de abuso físico, historia de abuso sexual, abandono de los progenitores, fuga del hogar, relación con los padres y hermanos, rendimiento académico, repetición de años escolares y observación de programas de televisión con contenido violento.

Descripción: Es un cuestionario de auto informe de 49 ítems con diferentes opciones de respuesta.

Objetivo de la validación: Evaluar si las preguntas recolectan información pertinente y suficiente con respecto a las variables bajo estudio.

Aspectos a evaluar

1. Evaluación de las instrucciones del instrumento

¿Considera que las instrucciones que se brindan en el instrumento son claras y pertinentes?

Si ____ No ____ Por favor sustente brevemente su respuesta: _____

¿Qué sugerencias tiene en relación con las instrucciones? _____

2. Evaluación del contenido de los ítems

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
1.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
2.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
3.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
4.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
5.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
6.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
7.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
8.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
9.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
10.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
11.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	
12.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
13.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
14.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
15.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
16.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
17.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
18.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
19.	Conducta sexual de riesgo	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
20.	Ideación suicida e intentos de suicidio	Si___ No ___		Si___ No ___	
21.	Ideación suicida e intentos de suicidio	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
22.	Ideación suicida e intentos de suicidio	Si___ No ___		Si___ No ___	
23.	Ideación suicida e intentos de suicidio	Si___ No ___		Si___ No ___	
24.	Ideación suicida e intentos de suicidio	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
25.	Relación con pares y adultos	Si___ No ___		Si___ No ___	
26.	Relación con pares y adultos	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
27.	Historia de abuso físico	Si___ No ___		Si___ No ___	
28.	Historia de abuso físico	Si___ No ___		Si___ No ___	
29.	Historia de abuso físico	Si___ No ___		Si___ No ___	
30.	Historia de abuso físico	Si___ No ___		Si___ No ___	
31.	Historia de abuso físico	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre la variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
32.	Historia de abuso sexual				
33.	Historia de abuso sexual	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
34.	Abandono de los progenitores	Si___ No ___		Si___ No ___	
35.	Abandono de los progenitores	Si___ No ___		Si___ No ___	
36.	Abandono de los progenitores	Si___ No ___		Si___ No ___	
37.	Abandono de los progenitores	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
38.	Fuga del hogar	Si___ No ___		Si___ No ___	
39.	Fuga del hogar	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre la variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
40.	Fuga del hogar	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
41.	Relación con los padres y hermanos	Si___ No ___		Si___ No ___	
42.	Relación con los padres y hermanos	Si___ No ___		Si___ No ___	
43.	Relación con los padres y hermanos	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
44.	Rendimiento académico	Si___ No ___		Si___ No ___	
45.	Rendimiento académico	Si___ No ___		Si___ No ___	
46.	Rendimiento académico	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
47.	Repetición de años escolares	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
48.	Observación de programas de televisión con contenido violento	Si___ No ___		Si___ No ___	
49.	Observación de programas de televisión con contenido violento	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			

3. Observaciones adicionales

Nombre del(a) evaluador(a): _____

Fecha de evaluación: _____

Apéndice C
Formato de evaluación metodológica del cuestionario de variables psicológicas

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Formato de evaluación metodológica de instrumentos

Instrumento: Cuestionario de auto informe de variables psicológicas.

Objetivo del instrumento: Recolectar información de adolescentes entre 13 y 17 años de edad, de todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos, con respecto a las siguientes variables: consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, ideación suicida, intentos de suicidio, relación con pares y adultos, historia de abuso físico, historia de abuso sexual, abandono de los progenitores, fuga del hogar, relación con los padres y hermanos, rendimiento académico, repetición de años escolares y observación de programas de televisión con contenido violento.

Descripción: Es un cuestionario de auto informe de 49 ítems con diferentes opciones de respuesta.

Objetivo de la validación: Evaluar la redacción y el estilo de las instrucciones y los ítems del instrumento, teniendo en cuenta su objetivo y su población objetivo.

Aspectos a evaluar

1. Evaluación de las instrucciones del instrumento

¿Considera que las instrucciones que se brindan en el instrumento son claras y pertinentes?

Si ____ No ____ Por favor sustente brevemente su respuesta: _____

¿Qué sugerencias tiene en relación con las instrucciones? _____

2. Evaluación del estilo y la redacción de los ítems

Ítem	¿Considera que el ítem está bien redactado y su estilo es acorde con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción y el estilo de la pregunta?	¿Qué sugerencias tiene en relación con sus opciones de respuesta?
1.	Si ___ No ___		
2.	Si ___ No ___		
3.	Si ___ No ___		
4.	Si ___ No ___		
5.	Si ___ No ___		
6.	Si ___ No ___		
7.	Si ___ No ___		
8.	Si ___ No ___		
9.	Si ___ No ___		
10.	Si ___ No ___		
11.	Si ___ No ___		
12.	Si ___ No ___		
13.	Si ___ No ___		
14.	Si ___ No ___		
15.	Si ___ No ___		
16.	Si ___ No ___		
17.	Si ___ No ___		
18.	Si ___ No ___		
19.	Si ___ No ___		

Ítem	¿Considera que el ítem está bien redactado y su estilo es acorde con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción y el estilo de la pregunta?	¿Qué sugerencias tiene en relación con sus opciones de respuesta?
20.	Si___ No ___		
21.	Si___ No ___		
22.	Si___ No ___		
23.	Si___ No ___		
24.	Si___ No ___		
25.	Si___ No ___		
26.	Si___ No ___		
27.	Si___ No ___		
28.	Si___ No ___		
29.	Si___ No ___		
30.	Si___ No ___		
31.	Si___ No ___		
32.	Si___ No ___		
33.	Si___ No ___		
34.	Si___ No ___		
35.	Si___ No ___		
36.	Si___ No ___		
37.	Si___ No ___		
38.	Si___ No ___		
39.	Si___ No ___		

Ítem	¿Considera que el ítem está bien redactado y su estilo es acorde con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción y el estilo de la pregunta?	¿Qué sugerencias tiene en relación con sus opciones de respuesta?
40.	Si___ No ___		
41.	Si___ No ___		
42.	Si___ No ___		
43.	Si___ No ___		
44.	Si___ No ___		
45.	Si___ No ___		
46.	Si___ No ___		
47.	Si___ No ___		
48.	Si___ No ___		
49.	Si___ No ___		

3. Observaciones adicionales

Nombre del(a) evaluador(a): _____

Fecha de evaluación: _____

Apéndice D
Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias

Código: _____

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE VARIABLES BIOGRÁFICAS, PSICOLÓGICAS, FAMILIARES Y COMUNITARIAS

A continuación encontrará una serie de preguntas que tienen que ver con varios aspectos de su vida y la de su hijo(a). Las respuestas a estas preguntas servirán para llevar a cabo una investigación cuyos resultados beneficiarán a muchas personas. Por esa razón le solicitamos de manera muy especial que sea **sincero(a)** en sus respuestas, ya que ninguna es buena o mala. La contestación a estas preguntas es **anónima y confidencial**, es decir que usted no deberá revelar su nombre y solamente tendrá acceso a la información el equipo de investigación, el cual la utilizará con propósitos científicos. Recuerde que esta investigación es independiente de la institución a la cual está vinculado(a) su hijo(a).

Edad: ____ Estrato del barrio en el que vive: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
Estado civil: Soltera ____ Casada ____ Unión libre ____ Separada ____ Divorciada ____ Viuda ____
Lugar de nacimiento: _____

BIOGRÁFICAS

Temperamento en los primeros años de vida

1. ¿En general, cómo calificaría la forma de ser de su hijo(a) en sus primeros años de vida?
(Escoja solamente una opción de respuesta)

- Era alegre y se adaptaba fácilmente a las personas y las nuevas situaciones ____
- Era malgeniado y tenía dificultades para adaptarse a las personas y las nuevas situaciones ____
- Era muy dócil y pasivo ____
- Tenía casi todas las características anteriores, ninguna en particular ____

Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer

2. ¿Qué edad tenía usted cuándo nació su hijo(a)? _____

3. ¿Alguna vez fumó mientras estaba embarazada de él (ella)? Sí ____ No ____

4. ¿Con qué frecuencia? Nunca ____ Una sola vez ____ Entre dos y cinco veces solamente ____
Más o menos una vez al mes ____ Más o menos una vez cada quince días ____ Más o menos una vez a la semana ____ Más o menos una vez al día ____

5. ¿Estuvo rodeada de personas que fumaban durante el embarazo? Sí ___ No ___
6. ¿Con qué frecuencia? Nunca ___ Una sola vez ___ Entre dos y cinco veces solamente ___
Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una
vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___
7. ¿Consumió alguna bebida alcohólica durante el embarazo? Sí ___ No ___
8. ¿Con qué frecuencia? Nunca ___ Una sola vez ___ Entre dos y cinco veces solamente ___
Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una
vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___
9. ¿Consumió alguna droga o sustancia psicoactiva diferente al alcohol durante el embarazo?
Sí ___ No ___
10. ¿Con qué frecuencia? Nunca ___ Una sola vez ___ Entre dos y cinco veces solamente ___
Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una
vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___
11. ¿Usted considera adecuada la alimentación que tuvo durante el embarazo de su hijo(a), es
decir, era la recomendada por los médicos? Sí ___ No ___
12. ¿Cómo considera que era dicha alimentación? Buena ___ Regular ___ Mala ___
13. ¿Presentó alguna enfermedad infecciosa o de otro tipo durante el embarazo?
Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____
14. ¿Presentó algún problema de tipo mental durante el embarazo?
Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____
15. ¿Cómo fue el parto? Natural ___ Por cesárea ___
16. ¿Su hijo(a) nació prematuro, es decir antes de cumplir la 34ª semana de embarazo? Sí ___ No

17. ¿Tuvo dificultades durante el parto, como mala posición del feto, enredo del cordón
umbilical u otras similares? Sí ___ No ___ ¿Cuál(es)?

18. ¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer?

19. ¿Cuánto medía cuando nació?

20. ¿Cómo era el tamaño de su cabeza al nacer? Normal ___ Más pequeño de lo normal ___ Más grande de lo normal ___

FAMILIA

Número de hermanos y posición entre ellos

21. ¿Cuántos hijos(as) tiene? _____

22. ¿Cuál es la posición de su hijo(a) entre sus hermanos?

Es el mayor ___ Es el menor ___ Intermedio ___

Tipo de familia

23. Su hijo(a) vive (**puede seleccionar más de una opción**):

Con los dos padres ___

Con los dos padres y otro(s) miembro de la familia, como un tío, un primo o un abuelo ___

Solamente con la madre ___

Solamente con el padre ___

Con la madre y otro(s) miembro de la familia, como un tío, un primo o un abuelo ___

Con el padre y otro(s) miembro de la familia, como un tío, un primo o un abuelo ___

Con la madre y el padrastro ___

Con el padre y la madrastra ___

Con otro(s) miembro de la familia, como un tío, un primo o un abuelo ___

Vive solo ___

Escolaridad de ambos padres

24. Por favor indique su nivel de escolaridad:

Ninguno___ Primaria incompleta___ Primaria completa___ Bachillerato incompleto___

Bachillerato completo___ Universitarios___

25. Por favor indique el nivel de escolaridad del padre de su hijo(a):

Ninguno___ Primaria incompleta___ Primaria completa___ Bachillerato incompleto___

Bachillerato completo___ Universitarios___ No sé ___

Estado ocupacional de ambos padres

26. Por favor indique su situación laboral:

Empleado ___ Desempleado ___ Independiente ___ Hogar ___ Pensionado ___ Estudiante ___

27. Por favor indique la situación laboral del padre de su hijo(a):

Empleado ___ Desempleado ___ Independiente ___ Hogar ___ Pensionado ___ Estudiante ___

No sé ___

Consumo de alcohol y otras sustancias por ambos padres

28. ¿En los últimos treinta días, cuántos veces se ha tomado un trago de alcohol (por ejemplo, una cerveza, una copa de vino o de aguardiente)?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 veces o más ___

29. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga, como marihuana o cocaína? Sí ___ No ___

30. Si actualmente consume alguna droga, ¿Con qué frecuencia lo hace?

Nunca ___ Una sola vez ___ Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___

31. Si anteriormente consumía alguna droga, ¿Con qué frecuencia lo hacía?

Nunca ___ Una sola vez ___ Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___

32. ¿En los últimos treinta días, cuántas veces el padre de su hijo(a) se ha tomado un trago de alcohol (por ejemplo, una cerveza, una copa de vino o de aguardiente)?

Ninguna ___ 1 ó 2 veces ___ 3 a 9 veces ___ 10 a 19 veces ___ 20 a 39 veces ___ 40 veces o más ___ No sé ___

33. ¿Alguna vez el padre de su hijo(a) ha consumido alguna droga, como marihuana o cocaína?

Sí ___ No ___ No sé ___

34. Si el padre de su hijo(a) actualmente consume alguna droga, ¿Con qué frecuencia lo hace?

Nunca ___ Una sola vez ___ Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___ No sé ___

35. Si el padre de su hijo(a) anteriormente consumía alguna droga, ¿Con qué frecuencia lo hacía?

Nunca ___ Una sola vez ___ Más o menos una vez al mes ___ Más o menos una vez cada quince días ___ Más o menos una vez a la semana ___ Más o menos una vez al día ___ No sé ___

Antecedentes de ambos padres

36. ¿Alguna vez ha sido sancionada o condenada por haber cometido un delito? Sí ___ No ___

37. ¿Cuántas veces? Nunca ___ Una vez ___ Dos veces ___ Tres veces ___ Cuatro veces ___ Cinco veces o más ___

38. ¿Alguna vez el padre de su hijo(a) ha sido sancionado o condenado por haber cometido un delito? Sí ___ No ___ No sé ___

39. ¿Cuántas veces? Nunca ___ Una vez ___ Dos veces ___ Tres veces ___ Cuatro veces ___
Cinco veces o más ___ No sé ___

EXTRAFAMILIAR

Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos

Señale los servicios con los que cuenta su familia y la frecuencia con la que los utilizan:

40. Servicios de salud: Ninguno ___ Sisben ___ EPS ___ Particulares ___

La familia utiliza estos servicios de salud: Frecuentemente ___ Regularmente ___ Rara vez ___
Casi nunca ___

41. Parques o centros de recreación: Sí ___ No ___

La familia utiliza estos espacios de recreación: Frecuentemente ___ Regularmente ___ Rara vez ___
Casi nunca ___

42. Capacitación laboral: Sí ___ No ___

La familia utiliza estos servicios de capacitación: Frecuentemente ___ Regularmente ___ Rara vez ___
Casi nunca ___

43. Educación formal (asistencia a escuelas, colegios y/o universidades): Sí ___ No ___

Los miembros de la familia utilizan estos servicios: Frecuentemente ___ Regularmente ___ Rara vez ___
Casi nunca ___

44. Subsidios y ayudas que ofrece el Estado o las cajas de compensación familiar, como subsidio de vivienda y seguro de desempleo: Sí ___ No ___

La familia utiliza estos subsidios y ayudas: Frecuentemente ___ Regularmente ___ Rara vez ___
Casi nunca ___

Peligrosidad del lugar de vivienda

45. ¿Qué tan peligroso considera usted que es el barrio en el que vive su hijo(a)?
Nada peligroso ___ Un poco peligroso ___ Más peligroso de lo normal ___ Muy peligroso ___

Presencia de pandillas juveniles en dicho lugar

46. ¿En el barrio en el que vive su hijo(a) hay una o más pandillas juveniles? Sí ___ No ___ No sé ___

Apéndice E

Formato de evaluación de contenido del cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Formato de evaluación de contenido de instrumentos

Instrumento: Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias.

Objetivo del instrumento: Recolectar información de adolescentes entre 13 y 17 años de edad, de todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos, así como sobre su familia y su entorno social y comunitario, concerniente a las siguientes variables: a) Variables biográficas: temperamento en los primeros años de vida y condiciones pre y peri natales; b) variables de carácter familiar: número de hermanos y posición entre ellos, edad de la madre al nacer, tipo de familia, escolaridad de ambos padres, estado ocupacional de ambos padres, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres y antecedentes criminales de ambos padres y c) variables extrafamiliares: servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos, peligrosidad del lugar de vivienda y presencia de pandillas juveniles.

Descripción: Es un cuestionario dirigido a las madres de los adolescentes, que tiene 37 ítems con diferentes opciones de respuesta.

Objetivo de la validación: Evaluar si las preguntas recolectan información pertinente y suficiente con respecto a las variables bajo estudio.

Aspectos a evaluar

1. Evaluación de las instrucciones del instrumento

¿Considera que las instrucciones que se brindan en el instrumento son claras y pertinentes?

Si ____ No ____ Por favor sustente brevemente su respuesta: _____

¿Qué sugerencias tiene en relación con las instrucciones? _____

2. Evaluación del contenido de los ítems

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
1.	Temperamento en los primeros años de vida	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que el anterior ítem es suficiente para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
2.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
3.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
4.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
5.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
6.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
7.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
8.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
9.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
10.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
11.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
12.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
13.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
14.	Condiciones pre y peri natales y edad de la madre al nacer	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
15.	Número de hermanos y posición entre ellos	Si___ No ___		Si___ No ___	
16.	Número de hermanos y posición entre ellos	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
17.	Tipo de familia	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
18.	Escolaridad de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
19.	Escolaridad de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre la variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
20.	Estado ocupacional de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
21.	Estado ocupacional de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
22.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
23.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
24.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
25.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
26.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre le variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
27.	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
28.	Antecedentes criminales de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
29.	Antecedentes criminales de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
30.	Antecedentes criminales de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
31.	Antecedentes criminales de ambos padres	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
32.	Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos				
33.	Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos	Si___ No ___		Si___ No ___	

Ítem	Variable	¿Considera que este ítem recolecta información sobre la variable en mención?	Si contestó que no, por favor sustente su respuesta	¿Considera que el ítem está bien redactado, considerando la población a la que va dirigido el cuestionario?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción de la pregunta?
34.	Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos	Si___ No ___		Si___ No ___	
35.	Servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
36.	Peligrosidad del lugar de vivienda	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			
37.	Presencia de pandillas juveniles en dicho lugar	Si___ No ___		Si___ No ___	
	¿Considera que los anteriores ítems son suficientes para recolectar información pertinente sobre la variable en cuestión?	Si___ No ___			

3. Observaciones adicionales

Nombre del(a) evaluador(a): _____

Fecha de evaluación: _____

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Formato de evaluación metodológica de instrumentos

Instrumento: Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias.

Objetivo del instrumento: Recolectar información de adolescentes entre 13 y 17 años de edad, de todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos, así como sobre su familia y su entorno social y comunitario, concerniente a las siguientes variables: a) Variables biográficas: temperamento en los primeros años de vida y condiciones pre y peri natales; b) variables de carácter familiar: número de hermanos y posición entre ellos, edad de la madre al nacer, tipo de familia, escolaridad de ambos padres, estado ocupacional de ambos padres, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por ambos padres y antecedentes criminales de ambos padres y c) variables extrafamiliares: servicios comunitarios con los que cuenta la familia y frecuencia con la que recurren a los mismos, peligrosidad del lugar de vivienda y presencia de pandillas juveniles.

Descripción: Es un cuestionario dirigido a las madres de los adolescentes, que tiene 37 ítems con diferentes opciones de respuesta.

Objetivo de la validación: Evaluar la redacción y el estilo de las instrucciones y los ítems del instrumento, teniendo en cuenta su objetivo y su población objetivo.

Aspectos a evaluar

1. Evaluación de las instrucciones del instrumento

¿Considera que las instrucciones que se brindan en el instrumento son claras y pertinentes?

Si ____ No ____ Por favor sustente brevemente su respuesta: _____

¿Qué sugerencias tiene en relación con las instrucciones? _____

2. Evaluación del estilo y la redacción de los ítems

Ítem	¿Considera que el ítem está bien redactado y su estilo es acorde con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción y el estilo de la pregunta?	¿Qué sugerencias tiene en relación con sus opciones de respuesta?
1.	Si ___ No ___		
2.	Si ___ No ___		
3.	Si ___ No ___		
4.	Si ___ No ___		
5.	Si ___ No ___		
6.	Si ___ No ___		
7.	Si ___ No ___		
8.	Si ___ No ___		
9.	Si ___ No ___		
10.	Si ___ No ___		
11.	Si ___ No ___		
12.	Si ___ No ___		
13.	Si ___ No ___		
14.	Si ___ No ___		
15.	Si ___ No ___		
16.	Si ___ No ___		
17.	Si ___ No ___		
18.	Si ___ No ___		
19.	Si ___ No ___		

Ítem	¿Considera que el ítem está bien redactado y su estilo es acorde con el objetivo del instrumento y la población a la que va dirigido?	¿Qué sugerencias tiene en relación con la redacción y el estilo de la pregunta?	¿Qué sugerencias tiene en relación con sus opciones de respuesta?
20.	Si___ No ___		
21.	Si___ No ___		
22.	Si___ No ___		
23.	Si___ No ___		
24.	Si___ No ___		
25.	Si___ No ___		
26.	Si___ No ___		
27.	Si___ No ___		
28.	Si___ No ___		
29.	Si___ No ___		
30.	Si___ No ___		
31.	Si___ No ___		
32.	Si___ No ___		
33.	Si___ No ___		
34.	Si___ No ___		
35.	Si___ No ___		
36.	Si___ No ___		
37.	Si___ No ___		

Apéndice G
Formato de consentimiento informado

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificada con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, en calidad de progenitora del(a) menor _____, vinculado(a) al(a) [nombre de la institución], deseo manifestar a través de este documento, que fui informada suficientemente y comprendo la justificación, los objetivos, los procedimientos y las posibles molestias y beneficios implicados en la posible participación de mi hijo y la mía, en el proyecto de investigación “Estudio descriptivo comparativo de adolescentes varones y adolescentes mujeres que presentan trastorno disocial de inicio infantil y trastorno disocial de inicio adolescente”. Así mismo, fui informada suficientemente y comprendo que tengo el derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o yo tengamos sobre dicha investigación y nuestra participación en la misma, antes, durante y después de la misma; que mi hijo(a) y yo tenemos el derecho de solicitar los resultados de los cuestionarios y pruebas que contestemos durante dicha investigación; que mi hijo(a) y yo tenemos la libertad de retirarnos en cualquier momento de dicha investigación sin que ello implique sanciones o cualquier otra consecuencia negativa por parte del equipo de investigación a cargo de la misma y/o la institución mencionada previamente; que la identidad y los datos proporcionados por mi hijo(a) y yo durante esta investigación y obtenidos a través de la misma, serán mantenidos con absoluta reserva y confidencialidad por parte de dicho equipo de investigación, para lo cual responderemos de manera anónima los cuestionarios y pruebas mencionados previamente; y que dicho equipo subsanará cualquier inconveniente serio o daño generado en la persona de mi hijo(a) o en la mía, por efecto de su participación o la mía en dicha investigación.

Considerando que los derechos que mi hijo(a) y yo tenemos en calidad de participantes de dicha investigación y a los cuales he hecho alusión previamente, constituyen compromisos manifestados públicamente por el director de la misma, señor César Armando Rey Anacona, identificado con la cédula de ciudadanía número 86'039.864 de Villavicencio, y teniendo en cuenta que fui informada suficientemente y comprendo la justificación, los objetivos, los procedimientos y las posibles molestias y beneficios implicados en dicha participación, me permito informar que consiento, de firma libre y espontánea, la participación de mi hijo y la mía en dicha investigación. Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su consentimiento informado para participar en la misma de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que la ausencia de su firma en este formato significa que no consiente, de forma libre y espontánea, su participación en esta investigación.

En constancia de lo anterior, firmamos el presente documento, en la ciudad de Bogotá D. C., el día _____, del mes _____ de _____,

Firma

Nombre _____
Cédula de ciudadanía número _____
de _____

Firma del(a) menor de edad

Nombre _____
Tarjeta de identidad número _____

Firma testigo

Nombre _____
Dirección _____
Relación con el (la) menor _____

Firma testigo

Nombre _____
Dirección _____
Relación con el (la) menor _____

Firma director de la investigación
César Armando Rey Anacona
Cédula de ciudadanía 86'039.864 de Villavicencio

Apéndice H
Soporte de sometimiento a consideración del artículo



HOME	ABOUT	USER HOME	SEARCH	CURRENT	ARCHIVES	COLLECTIONS
Journal Help OPEN JOURNAL SYSTEMS						

User You are logged in as...
cesararmandoreyanacona

- [My Profile](#)
- [Log Out](#)

Notifications

- [View](#)
- [Manage](#)

Author Submissions

- [Active \(2\)](#)
- [Archive \(0\)](#)
- [New Submission](#)

Journal Content Search

 ▾

Browse

- [By Issue](#)
- [By Author](#)
- [By Title](#)

[Home](#) > [User](#) > [Author](#) > [Submissions](#) > #1255 > **Summary**

#1255 SUMMARY

- [SUMMARY](#)

- [REVIEW](#)
 - [EDITING](#)
- SUBMISSION**

Authors César Armando Rey Anacona, Lizzet Cristina Paitán Ávila, Zulma Lorena Monguí Merchán, Lucia Carlota Rodríguez Barreto

Title CONDUCTAS DE RIESGO Y VARIABLES ASOCIADAS AL TRASTORNO DISOCIAL EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS

Original file [1255-6439-1-SM.DOC](#) 2012-12-14

Supp. files None [ADD A SUPPLEMENTARY FILE](#)

Submitter Dr. César Armando Rey Anacona 

Date submitted December 14, 2012 - 03:50 PM

Section Original Articles

Editor None assigned

STATUS

Status Awaiting assignment

Initiated 2012-12-14

Last modified 2012-12-14

SUBMISSION METADATA

[EDIT METADATA](#)

AUTHORS

Name César Armando Rey Anacona 

Affiliation Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC

Country Colombia

Competing interests [CI](#) [POLICY](#) —

Bio statement
 Profesor Asistente y Director Escuela de Psicología, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
 Doctor en Psicología Clínica y de la Salud
 Principal contact for editorial correspondence.

Name Lizzet Cristina Paitán Ávila 

Affiliation Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC

Country Colombia
Competing interests **CI**
POLICY
Bio statement Psicóloga Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Name Zulma Lorena Monguí Merchán 
Affiliation Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC
Country Colombia
Competing interests **CI**
POLICY
Bio statement Psicóloga Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Especialista en Psicología Jurídica y Forense, Universidad Santo Tomás

Name Lucia Carlota Rodríguez Barreto 
Affiliation Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC
Country Colombia
Competing interests **CI**
POLICY
Bio statement Profesora Asociada y Decana Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

TITLE AND ABSTRACT

Title CONDUCTAS DE RIESGO Y VARIABLES ASOCIADAS AL TRASTORNO DISOCIAL EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS

Abstract Se comparó a un grupo de adolescentes con trastorno disocial (TD) ($n=71$) con adolescentes sin TD ($n=99$), todos entre 11-19 años de edad, en relación con un conjunto de variables neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias y conductas de riesgo. Los adolescentes con TD presentaron características conductuales y emocionales y circunstancias familiares y comunitarias de riesgo para su salud física y mental, incluyendo pandillas juveniles, un mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales con penetración, no uso de anticonceptivos, mayor

frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y varias sustancias ilegales, cambios de escuela, expulsiones escolares, escapadas de casa, sentimientos de tristeza y desesperanza y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses, castigos físicos severos de familiares, actos sexuales forzados y una menor edad de inicio de consumo de marihuana, presentando mayores puntuaciones en extraversión y machismo y menores en empatía, siendo sus progenitoras fueron más frecuentemente sancionadas/condenadas por un delito.

INDEXING

Academic
discipline and
sub-disciplines

Psicología, Psicología Clínica, Psicopatología

Keywords

Trastorno disocial, adolescentes, subtipos, diferencias por sexo,
riesgo

Language

es

CONTRIBUTORS AND SUPPORTING AGENCIES

Agencies

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC

Apéndice I
Certificado de presentación de la ponencia



La Facultad de Psicología de la
Universidad Nacional de Córdoba y
la Asociación Psicológica Iberoamericana
de Clínica y Salud



Certifican que:

César Armando Rey Anacona

presentó la comunicación

*«Características biográficas, psicológicas, familiares y
comunitarias de adolescentes con trastorno disocial»*

en el marco del

**VII Congreso Iberoamericano de Psicología
Clínica y de la Salud**

celebrado en Córdoba (Argentina) durante los días 26 a 29
de septiembre de 2012, con una duración de 28 horas.

Claudia Torcomian

Decana

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba

Vicente E. Caballo

Presidente

Asociación Psicológica
Iberoamericana de Clínica y Salud

Apéndice J Carta de aprobación del curso



Uptc
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UPTC

Edificando
futuro

FCS-CF- 131
Tunja, marzo 29 de 2012

Doctora
NINFA DEL CARMEN PULIDO
Directora Centro de Investigación CIES
Facultad de Ciencias de la Salud

REF. OFICIO CIES-021 DEL 28/03/12: CURSO PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

Respetada Profesora: Cordial Saludo.

De manera atenta me permito informarle que el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud en sesión ordinaria N. 10 del 29 de marzo del 2012, determinó APROBAR la propuesta del curso "Prevención de problemas de Conducta Antisocial en Instituciones Educativas", con las observaciones realizadas por los consejeros.

Atentamente,

MERY MOZO FONSECA
Secretaria Consejo
Facultad de Ciencias de la Salud



CALLE 24 N° 5-63 - ANTIGUO HOSPITAL SAN RAFAEL. TELEFAX: 7448584
"POR EL RESPETO, LA EXCELENCIA Y EL COMPROMISO SOCIAL UPTECISTA"

www.uptc.edu.co

Avenida Central del Norte - PBX 7422175/76 - Tunja

Apéndice K
Soportes de la ejecución del presupuesto



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA (UPTC)

Uptc
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Edificando
futuro

Vigencia 2008 No. 2392

Fecha de Expedición: 9 Junio de 2008

Prorrogas: 0 **Fecha de Vencimiento:** 31 Diciembre de 2008

Objeto : ASIGNACION DE RECURSOS PARA PROYECTOS DE INVESTIGACION CONVOCATORIA 019 - GRUPOS DE INVESTIGACION REGISTRADOS - PRYECTO ESTUDIIHO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES VARONES Y ADOLESCENTES MUJERES QUE PRESENTAN TRASTORNO DISOCIAL DE INICIO

Solicitante : ENRIQUE VERA LOPEZ, DIRECTOR DIN ✓

RUBRO	CONCEPTO	VALOR
<u>INVERSION</u>		
0101 - 1 - 10	✓ IMPLANTACION SISTEMA INVESTIGACION UNIVERSITARIA COMO EJE DE LA ACTIVIDAD ACADEMICA UPTC	\$ 1,560,000.00
0101 - 1 - 40	IMPLANTACION SISTEMA INVESTIGACION UNIVERSITARIA COMO EJE DE LA ACTIVIDAD ACADEMICA UPTC	\$ 2,340,000.00
TOTAL CERTIFICADO		\$ 3,900,000.00

Policarpa Muñoz Fonseca
POLICARPA MUÑOZ FONSECA

COORDINADORA GRUPO DE PRESUPUESTO



CERTIFICADO
ISO 9001
Nº 13 C 43861 de 2005

★ **SIATP** Avenida Central del Norte - PBX: 7422175/7422176 - Bogotá - D.C. - MARINA CASTRO

www.uptc.edu.co

Page 1 of 1



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA (UPTC)

GRUPO BIENES, SUMINISTROS E INVENTARIOS - TUNJA

Edificando futuro

COMPROBANTE DE EGRESO - CONSUMO

Fecha : 5 de Noviembre del 2008

No. 3195

Descripción del movimiento Suministro de Elementos	Solicitante: REY ANACONA CESAR ARMANDO
Responsable: REY ANACONA CESAR ARMANDO	C.C: 86039864 - 9
Dependencia: 6203 - APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACION	
Solicitud No.4.105 de Vigencia 2.008	
Observaciones: INGRESO No. 1367, PROVEEDOR PSICOLOGOS ESPECIALISTAS ASOCIADOS LTDA. O.C. 920	

Elem.	Ref	Nombre	Unidad	Cantidad	Val. Unitario	Total
<i>1113 - Elementos de Metodología y Enseñanza</i>						\$3,550,000.00
2527	65	400 PROTOCOLOS DE RESPUESTA CACIA X 50 UNIDADES	Unidad	8,00	200,000.00	1,600,000.00
2527	63	400 PROTOCOLOS DE RESPUESTA EPI X 100 UNIDADES	Unidad	4,00	280,000.00	1,120,000.00
2527	64	PRUEBA CACIA	Unidad	1,00	350,000.00	350,000.00
2527	62	PRUEBA EPI	Unidad	1,00	480,000.00	480,000.00
TOTAL EGRESO						\$ 3,550,000.00



BARRERA PEREZ LINA MARIA

PROFESIONAL GRUPO BIENES, SUMINISTROS E INVENTARIOS

Recibí: REY ANACONA CESAR ARMANDO

C.C. 86039864

* SIAFI *

GILMA_PUERTO

www.uptc.edu.co

Page 1 of 1

Avenida Central del Norte - PBX: 7422175/76 - Tunja



Uptc

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

MACROPROCESO: INVESTIGACION
PROCESO: GESTION FORTALECIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD DE LA INVESTIGACION
PROCEDIMIENTO: GESTION PROYECTOS DE INVESTIGACION
ACTA DE COMPROMISO DE EJECUCION PROYECTO



Código: I-FP-P03-F03

Versión: 01

Página 1 de 1

Edificando futuro

Investigador/a Responsable CESAR ARMANDO REY ANACONA
Grupo de Investigación GRUPO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD
Proyecto ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES VARONES Y ADOLESCENTES MUJERES QUE PRESENTAN TRASTORNO DISOCIAL DE INICIO INFANTIL Y TRASTORNO DISOCIAL DE INICIO ADOLESCENTE_COD SGI 582

Tipo de proyecto		
Cofinanciado Entidad externa	Proyecto capital semilla X	Proyecto sin financiación

La Dirección de Investigaciones (DIN) y el Comité de Investigaciones y Extensión, según los términos de la Convocatoria 022, denominada , determinó:

Reasignar un capital de \$680.000 , con cargo a los recursos de inversión asignados para financiamiento de proyectos de investigación.

Para todos los efectos, a fin de garantizar la realización del proyecto, se requiere tener en cuenta

1. La DIN y el centro de investigación tendrán como interlocutor al responsable del proyecto y al director/a del grupo.
2. La ejecución de recursos aprobados, deberá tramitarse en su totalidad, antes del día 30 de septiembre de 2010.
3. El control y seguimiento por parte de la Dirección de investigaciones, se hará a través del **SISTEMA DE GESTION DE LA INVESTIGACION SGI** <http://desnet.uptc.edu.co>, que permitirá al investigador principal del proyecto y al coordinador del Grupo de investigación, acceder al módulo Control de investigaciones y mantener actualizada la información referente al grupo.
4. Para acceder al uso de recursos aprobados el grupo deberá tener actualizada la información en el SGI.
5. El responsable del proyecto, o en su defecto el director del grupo presentarán un informe de avance y el informe y resultado final previsto a 21 de agosto de 2010 .
6. Realizar sustentación pública del resultado de la Investigación ante pares evaluadores. El Centro de Investigaciones será el encargado de planear lo pertinente.
7. Entregar en original el producto final obtenido, según términos de la convocatoria.
8. Cumplir con la normatividad que regula Derechos de Autor.
9. Cumplir con las citaciones informativas o de cualificación que convoque la DIN o el Centro de Investigaciones.
10. Cumplir con las demás disposiciones de presentación de proyectos de investigación de la Resolución 097 de 2004.
11. Los recursos asignados deben ser ejecutados por un docente de planta o en su defecto por el coordinador del grupo.
12. El acta de compromiso de los proyectos aprobados a docentes ocasionales, catedráticos, y/o estudiantes de maestría o doctorado, será firmada por el Coordinador del grupo y el investigador.
13. La ejecución de los trámites financieros y administrativos se realizara a través de la Dirección de Investigaciones, con (5) cinco días hábiles de antelación al inicio del servicio solicitado.
14. Los trámites se ceñirán a los requisitos de ley para el manejo de dineros del Estado y por las normas internas de la UPTC, siguiendo el sistema de Gestión Académico Administrativo SIGMA.
16. El proyecto se dará por terminado una vez se firme el acta de liquidación según formato SIGMA.
17. La no presentación del informe final, dará lugar a las sanciones que correspondan según normatividad vigente.

Cordialmente,

Director de Investigaciones

Acepto,

César Armando Rey Anacona

Investigador Principal

Acepto,

César Armando Rey Anacona Director de Grupo de Investigación

