

DIFERENCIAS ENTRE ADOLESCENTES CON
TRASTORNO DISOCIAL DE INICIO INFANTIL E
INICIO ADOLESCENTE

Differences between adolescents with childhood-onset vs. adolescent-onset conduct disorder

César Armando Rey Anacona*
Zulma Lorena Monguí Merchán*
Lizzet Cristina Paitán Ávila*

Resumen

Se comparó un grupo de adolescentes con trastorno disocial de inicio infantil (TD-I), con un grupo de adolescentes con Trastorno Disocial de Inicio Adolescente (TD-A), en relación con un conjunto de variables neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, y la frecuencia general y por síntoma de trastorno disocial. Participaron 60 hombres y 11 mujeres, de 11 a 18 años de edad, 24 con TD-I y 47 con TD-A. Los participantes con TD-I informaron una frecuencia mayor de conductas disociales, presenciaron más conductas violentas entre sus padres, informaron una edad promedio más baja de consumo de bebidas alcohólicas y reportaron más problemas en el colegio como consecuencia de dichas conductas. Estos resultados tienden a confirmar que los individuos con TD-I presentan un perfil más negativo de síntomas y dificultades asociadas a dicho trastorno.

Palabras clave: trastorno disocial, adolescentes, factores de riesgo, subtipos, síntomas.

* Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud, Escuela de Psicología, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Correspondencia: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología, Calle 24 No. 5-63, Antiguo Hospital San Rafael, Tunja, Colombia. cesar.rey@uptc.edu.co

Abstract

We compared a group of adolescents with childhood-onset conduct disorder (C-CD), with a group of teenagers with adolescent-onset conduct disorder (A-CD), in relation to a set of neuropsychological, biographical, psychological, family, and community variables, and the overall and specific frequency of symptoms. Participants were 60 men and 11 women, 24 with C-CD and 47 with A-CD. Statistical analyzes depended on the type of variable analyzed. Participants with C-CD reported a higher frequency of antisocial behaviors, more violent behavior witnessed between their parents, a lower age of alcohol consumption, and more problems in school as a consequence of antisocial behaviors. These results tend to confirm that individuals with C-CD have a more negative profile of symptoms and associated difficulties.

Keywords: conduct disorder, adolescents, risk factors, subtypes, symptoms.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Disocial (TD) se caracteriza por la ejecución reiterada y persistente de actos en contra de las normas sociales y los derechos de los demás, los cuales inician generalmente en la infancia o la adolescencia e incluyen las 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 han realizado en el último año y uno en los últimos seis meses, generando un deterioro significativo en la vida académica, escolar y/o laboral del individuo (American Psychiatric Association - APA, 2013). Los niños, niñas y adolescentes con TD tienden a presentar mayor fracaso académico, problemas escolares y otras dificultades que pueden incidir negativamente en su salud física, psicológica y sexual, como el uso más precoz y frecuente de alcohol y drogas, trastornos por uso de sustancias, intentos suicidas, problemas legales, malas relaciones con pares y adultos, promiscuidad sexual y embarazo no deseado (APA, 2013; Baker, 2008; Harrington & Maskey, 2008; Hill, 2005).

El TD se ha relacionado con antecedentes como un temperamento difícil en los primeros años de vida (Schmeck & Poutstka, 2001) y malos tratos físicos y sexuales (Dodge, 1993; Baker, 2008), así como con rasgos psicológicos como impulsividad, búsqueda de sensaciones, inconformismo y extroversión (Daderman, 1998), puntuaciones más bajas en empatía (Cohen & Strayer, 1996) y síntomas y comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - TDAH (López-Villalobos, Serrano & Delgado, 2004; Toupin, Dery, Pauze, Mercier & Fortin, 2003). A nivel neurobiológico y neuropsicológico, este trastorno se ha vinculado con dificultades a nivel pre y perinatal, una mayor prevalencia de signos neurológicos blandos, una más baja reactividad emocional y puntajes más bajos en memoria de trabajo, fluidez e inteligencia verbal, y razonamiento espacial (Fairchild, et al., 2008; Harrington & Maskey, 2008; Puerta, Martínez-Gómez & Pineda, 2002; Rubia, 2011; Toupin, et al., 2003; Trujillo & Pineda, 2008).

En el contexto sociofamiliar el TD se ha asociado con falta de supervisión de los padres (Frick, Christian & Wooton, 1999), inconsistencia en la aplicación de disciplina (Baker, 2008; Harrington & Maskey, 2008; Hill, 2005), excesivo castigo

corporal y crianza autoritaria (e. g., 1999 Frick, et al.; Toupin, et al., 2003), depresión en los padres (e. g., Ohannessian, et al., 2005), observación de violencia en medios masivos de comunicación (e. g., Moeller-Nehring, Moach, Castell, Weigel & Meyer, 1998) y adversidades familiares como bajos ingresos económicos, observación de violencia doméstica y alcoholismo paterno (Baker, 2008; Evans, Davis & DiLillo, 2008; Robins, 1999; Toupin, et al., 2003). La conducta antisocial en la adolescencia, particularmente, ha sido vinculada con antecedentes de conducta criminal en los padres, alcoholismo paterno, bajo nivel socioeconómico, un número alto de hermanos, juventud de la madre, familia de padre único o reconstituida, ruptura y discordia marital, vecindad peligrosa y pares negativos (Rutter, Giller & Hagell, 2000; Schonberg & Shaw, 2007).

Según la APA (2013), el TD se divide en subtipo de inicio infantil (TD-I) cuando por lo menos uno de los actos antisociales contemplados dentro de sus criterios diagnósticos comenzó a ejecutarse antes de los diez años de edad y en subtipo de inicio adolescente (TD-A), si dichos actos comenzaron a presentarse después de los diez años de edad. Según dicha organización, el TD-I se diferencia del TD-A, en que es más frecuente entre los varones, es más persistente a lo largo del ciclo vital y los individuos que lo presentan tienden a desplegar más conductas agresivas, malas relaciones con los compañeros, mayores déficits en emociones prosociales y un historial de trastorno negativista desafiante (TND) y TDHA, mientras que los individuos con TD-A tienden a presentar más conductas disociales en compañía de otros.

Estas diferencias por subtipo de TD han sido referidas por algunos estudios que indican que el de inicio infantil tiende a ser más persistente y los que lo presentan tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos por uso de

sustancias en la adolescencia y trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta, más condiciones sociofamiliares negativas, como psicopatología paterna, conflicto marital y patrones de crianza disfuncionales y más déficits neuropsicológicos, particularmente a nivel verbal y en habilidades de planificación, mientras que los individuos con TD-A responden mejor al tratamiento y sus factores de riesgo tienen que ver con procesos madurativos típicos de la adolescencia más que con factores de tipo biológico, por lo que tiende a circunscribirse a esta etapa de la vida (Dogan, Önder, Dogan & Akyüz, 2004; Connor, Ford, Albert & Doerfler, 2007; Frick & Ellis, 1999; Loeber & Hay, 1997; Moffitt, 1993).

Así, Masi, et al. (2007) encontraron síntomas más graves de TD y una mayor comorbilidad con el TDAH, entre individuos con TD-I comparados con individuos con TD-A, en una muestra de 198 pacientes de 8 a 18 años. Connor, et al. (2007), por su parte, hallaron entre 53 niños y adolescentes de 4 a 17 años, que el TD-I se relacionaba con altas tasas de TDAH, desórdenes de ansiedad y puntuaciones más altas en hostilidad, siendo más frecuente entre el género masculino, mientras que el TD-A se asociaba con altas tasas de trastorno por estrés postraumático y era más prevalente entre las mujeres. No obstante, a diferencia de estudios previos, estos autores informaron una mayor prevalencia de desórdenes por uso de alcohol y otras sustancias y una mayor comorbilidad con otros trastornos, entre los individuos con TD-A que con TD-I.

Si bien estos estudios señalan diferencias importantes en la comorbilidad, la sintomatología y las conductas de riesgo para la salud, en el sentido que los individuos con TD-I tendrían más conductas disociales graves y un mayor número de dificultades asociadas, resultan insuficientes para determinar los factores que podrían rela-

cionarse diferencialmente con cada subtipo, un conocimiento necesario para mejorar las alternativas de evaluación, prevención y tratamiento del TD (Connor, et al., 2007; Lacourse, et al., 2010; Frick & Ellis, 1999).

Frick, et al. (1999), en ese sentido examinaron los patrones de crianza que recibían 179 niños y adolescentes, encontrando que el autoritarismo y la falta de coherencia en la aplicación de disciplina se asociaban con el TD-I, mientras que la falta de supervisión y de involucramiento con los hijos se relacionaban más con el TD-A, lo cual señala que los patrones de crianza podrían influir diferencialmente en el desarrollo de cada subtipo de TD, favoreciendo más conductas agresivas en los individuos con TD-I y más conductas al margen de las normas entre aquellos que presentan TD-A (Loeber & Hay, 1997). De la misma manera es posible que otros factores de riesgo se relacionen diferencialmente con cada subtipo de TD, como los antecedentes pre y peri natales, los rasgos psicológicos y temperamentales como la empatía y el autocontrol, y las condiciones comunitarias como la presencia de pandillas y el acceso a servicios de ese tipo, variables que no han sido suficientemente examinadas en estudios comparativos por subtipo de TD.

Con base en lo anterior, esta investigación tuvo como objetivo comparar un grupo de adolescentes con TD-I, con un grupo de adolescentes con TD-A, en lo referente a un amplio número de variables de tipo neurobiológico, biográfico, psicológico, familiar y comunitario, que se ha relacionado con el TD y la conducta antisocial infantil y adolescente en general, conforme a la literatura especializada previamente citada (ver

tabla 1). Asimismo, con el fin de profundizar en el conocimiento sobre las diferencias en la sintomatología del TD, también se compararon dichos grupos en relación con la frecuencia general y por cada uno de los tipos de conducta disocial estipulada por la APA (2013), presentes en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda, Puerta, Arango, Calad & Villa, 2000).

MÉTODO

Participantes

Se contó con la colaboración de 71 adolescentes, 60 hombres y 11 mujeres, entre 13 y 18 años ($M = 16,39$; $DT = 1,14$), principalmente de estratos socioeconómicos bajo-bajo (29,6%), bajo-medio (53,5%) y medio-bajo (11,3%), los cuales fueron reclutados en tres instituciones de reeducación de Bogotá, en donde se atienden menores infractores de la ley bajo la medida de libertad vigilada. El reclutamiento se llevó a cabo en este tipo de instituciones, debido a que en estas se presenta una alta prevalencia de TD (e. g., Rioseco, et al., 2009). Para verificar que estos participantes cumplieran los criterios diagnósticos de la APA (2013), debían informar la realización en el último año de por lo menos tres de las conductas disociales que señala dicha organización, en el Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial (Pineda, et al., 2000) y que dichas conductas hubieran producido deterioro en el área educativa, laboral y/o social, ocasionando dificultades en la escuela o el colegio, el trabajo o con familiares, amigos u otras personas, circunstancias que fueron corroboradas a través de los registros que tenían en las instituciones donde fueron reclutados.

Tabla 1. Variables bajo estudio.

Variable/tipo	Instrumento
Variables neuropsicológicas (funciones ejecutivas)	
Inhibición de la interferencia (de intervalo).	Test de colores y palabras (Stroop, 1994).
Fluidez verbal (de intervalo).	Evaluación Neuropsicológica Infantil (Matute, et al., 2007).
Variables biográficas	
Historia de abuso físico, historia de abuso sexual, abandono de los progenitores, fuga del hogar (nominales/ordinales).	Cuestionario de autoinforme de variables psicológicas.
Temperamento en los primeros años de vida, condiciones pre y perinatales (nominales/ordinales).	Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias.
Variables familiares	
Número de conductas violentas presenciadas entre los padres (de intervalo).	Cuestionario de autoinforme sobre incidentes de violencia conyugal (Rey-Anacona, 2008).
Número de hermanos (de razón), posición entre los hermanos (ordinal), edad de la madre al nacer el (la) participante (de razón), escolaridad, estado civil, estado ocupacional y antecedentes de criminalidad de los padres (nominales), consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de los padres (nominales/ordinales).	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, et al., 1983).
Variables psicológicas/conductuales	
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 (nominales/ordinales).	Cuestionario de autoinforme de variables psicológicas.
Rasgos de personalidad de agresividad, dominación e intransigencia (de intervalo).	IMAFE (Lara, 1993).
Empatía (de intervalo).	Escala de Empatía (Rey, 2003)
Extroversión y estabilidad emocional (de intervalo).	EPI (Eysenck & Eysenck, 1984).
Autocontrol (de intervalo).	CACIA (Capafóns & Silva, 2001).
Cumplimiento de criterios diagnósticos del TDAH a nivel general y por subtipo (nominales).	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 (nominales/ordinales).	Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias.

Nota: las variables que se categorizaron como de tipo “Nominales/ordinales” fueron analizadas con base en información de estos dos niveles de medición.

De estos participantes, el 33,8% ($n = 24$), 20 hombres y 4 mujeres, tenían TD-I y el 66,2% ($n = 47$), 40 hombres y 7 mujeres, TD-A. Para determinar el subtipo de TD que tenía cada uno de ellos, se tuvo en cuenta lo estipulado por la APA (2013), referente a la edad en la cual este comenzó a ejecutar las conductas que aparecen en dicho cuestionario, considerándose que tenía TD-I si por lo menos una de dichas conductas fue realizaba antes de los diez años de edad y TD-A si ninguna de estas conductas se llevó a cabo antes de dicha edad, según lo informado en el Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial (Pineda, et al., 2000) y los registros de las instituciones.

INSTRUMENTOS

Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial (Pineda, et al., 2000). Instrumento de autoinforme que contiene los síntomas del criterio A para el diagnóstico del TD de la APA (1994), excepto el referente a las escapadas de la escuela, desarrollado y validado con una muestra de 190 adolescentes hombres colombianos entre 12 y 16 años. Está compuesto por catorce ítems con una escala Likert de cuatro opciones, desde “Nunca” (0) hasta “Siempre” (3), lo cual da lugar a una puntuación mínima de 0 y máxima de 42. Pineda, et al., informaron que el instrumento evidenció un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .86$) y tres factores estables para once ítems, que explicaron el 53,9% de su varianza. En esta investigación presentó un alfa de .88.

Test de colores y palabras (Golden, 1994). Prueba neuropsicológica de reconocido uso en la práctica clínica y la investigación, que incluye tres subpruebas de 45 segundos cada una (lectura de nombres de colores, denominación de colores y denominación del color en el que están impresos los nombres de colores). Mide la capacidad de inhibición de una respuesta automática

en favor de una tarea controlada, considerada una función ejecutiva (Pineda, 2000). En esta investigación se tuvo en cuenta la puntuación en la última subprueba, la cual está compuesta por 100 ítems, para una puntuación mínima de 0 y máxima de 100.

Evaluación Neuropsicológica Infantil - ENI (Matute, Roselli, Ardila & Ostrosky-Solís, 2007). Batería neuropsicológica que permite examinar catorce áreas cognitivas diferentes en niños y adolescentes hispanohablantes para quienes se obtuvieron datos normativos con una muestra de niños, niñas y adolescentes, seleccionados al azar en escuelas públicas y privadas de Colombia y México, evidenciando datos adecuados en pruebas de confiabilidad test-retest (.86) e inter-calificadores (.99) y correlaciones estadísticamente significativas con escalas similares del WISC-R. En esta investigación se utilizaron las tres pruebas de fluidez verbal del instrumento (dos de fluidez semántica y una de fluidez fonémica), la cual se considera una función ejecutiva por cuanto tiene que ver con la producción verbal controlada (Pineda, 2000). En las pruebas de fluidez semántica se le pide al individuo que diga el mayor número posible de frutas y de animales en un minuto, mientras que en la de fluidez fonémica debe decir el mayor número de palabras que comienzan por un fonema determinado, anotándose el número correcto de respuestas.

Cuestionario de autoinforme sobre incidentes de violencia conyugal (Rey-Anacona, 2008). Permite informar el atestiguamiento de catorce formas de violencia realizadas por parte del padre hacia la madre y las mismas catorce de la madre hacia el padre, para un total de 28 ítems tipo “Sí/No”, lo que da lugar a un puntaje mínimo de 0 y máximo de 28. Las formas de violencia contempladas son la física y verbal, amenazas, encerramientos, prohibiciones, echar de la casa a la otra persona, violencia sexual, violencia

económica y amenazas a personas cercanas. El instrumento fue validado a nivel metodológico y de constructo por jueces expertos, evidenciando un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .86$). En la investigación, el instrumento presentó un alfa de .88.

Escala de ajuste diádico - versión española (Spanier, 1976). Evalúa el grado de acuerdo entre los cónyuges en quince áreas de la vida en pareja, la frecuencia con la que se presentan trece situaciones funcionales y disfuncionales, el grado de felicidad generado por la relación y el futuro de la misma. Las opciones de respuesta varían de acuerdo con la información solicitada por cada ítem, aunque la mayoría utiliza una escala tipo Likert y solamente dos poseen un formato tipo “Sí/No”, con una puntuación mínima de 0 y máxima de 151. Sus 32 ítems constituyen las siguientes subescalas: satisfacción diádica, cohesión, consenso y expresión de afecto. En esta investigación mostró un alfa de .97.

Inventario de depresión - IDB – versión española (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Instrumento ampliamente utilizado en la práctica y en la investigación, sus 21 ítems contienen los principales síntomas de la depresión clínica, a los cuales se responde con una escala Likert de cuatro opciones cuyo contenido depende del síntoma evaluado y se puntúan de 0 a 3, para una puntuación mínima de 0 y máxima de 63. En esta investigación evidenció un alfa de .89.

Inventario de masculinidad y feminidad - Imafe (Lara, 1993). Permite la autodescripción de la personalidad por medio de 60 adjetivos referentes a cuatro rasgos de personalidad de género: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión, los cuales conforman cuatro escalas con quince reactivos cada una, que se responden con una escala tipo Likert de siete opciones que van desde “Nunca” (1) hasta “Siempre o Casi siempre soy así” (7), cuya puntuación se divide

por el número de ítems para un mínimo de 0 y máximo de 7 por cada escala. La escala de machismo permite autoevaluar rasgos relacionados con la agresividad, la dominación y la intransigencia. En Colombia se evaluó su confiabilidad y validez de constructo con 1.527 hombres y mujeres entre 15 y 42 años, presentando valores alfa entre .76 y .88. El análisis factorial arrojó tres factores que explicaban el 30,8% de la varianza (Martínez-Gómez, Guerrero-Rodríguez & Rey-Anaconda, 2012).

Escala de empatía (Rey-Anaconda, 2003). Está compuesta por quince ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “Nunca” (1) a “Siempre” (4), para un puntaje mínimo de quince y máximo de 60, los cuales fueron extraídos del Cuestionario de conducta prosocial de Martorell, González y Calvo (1998). Fue validada con 318 preadolescentes y adolescentes colombianos entre 11 y 18 años de edad, con los cuales evidenció una buena consistencia interna ($\alpha = .78$), discriminando significativamente individuos con TD y sin TD ($p = .008$).

Cuestionario de personalidad de Eysenck - EPI – versión española (Eysenck & Eysenck, 1998). Permite examinar en adolescentes y adultos dos dimensiones opuestas de la personalidad: neuroticismo-estabilidad y extroversión-introversión, los cuales han sido confirmados por múltiples análisis factoriales y correlacionales. Posee 57 ítems tipo “Sí/No”, cuya respuesta aporta directamente a la puntuación directa en cada una de sus escalas. Su confiabilidad test-retest y su consistencia interna es superior a .80 (Eysenck & Eysenck, 1998), presentando en esta investigación un alfa de .82.

Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente - Cacia (Capafóns & Silva, 2001). Evalúa los procesos básicos y habilidades necesarias para que se produzca un comportamiento autocontrolado, considerando tres dimensiones

positivas (retroalimentación personal, retraso de la recompensa y autocontrol criterial) y una dimensión negativa (autocontrol procesual). Presenta 60 ítems tipo “Sí/No”, cuya respuesta aporta directamente a la puntuación directa en cada una de sus escalas. La consistencia interna de las escalas osciló entre .50 y .79 y estas correlacionaron positiva o negativamente con medidas teóricamente relacionadas (Capafóns & Silva, 2001). En esta investigación presentó un alfa de .80.

Cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional (Pineda, et al., 1999). Permite informar los síntomas de los tres subtipos del TDAH, estipulados en el criterio A de la APA (1994), por parte de la madre del menor, conforme a 18 ítems tipo Likert cuyas opciones oscilan entre “Nunca” (0) hasta “Casi siempre” (3), para un puntaje mínimo de 0 y máximo de 54. Siguiendo a 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) o el subtipo combinado si reporta al menos seis síntomas de los dos. Pineda, et al., reportaron niveles adecuados de consistencia interna alcanzados por 540 niños, niñas y adolescentes colombianos y una estructura estable de dos dimensiones coherentes con los dos principales subtipos de TDAH de la APA.

Cuestionario de autoinforme de variables psicológicas. Se desarrolló en esta investigación para obtener información por parte de los adolescentes sobre las variables biográficas y psicológicas señaladas en la tabla 1, a través de 49 ítems con diferentes opciones de respuesta. Para obtener información sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, la conducta sexual de riesgo y la ideación suicida e intentos de suicidio, se incluyeron y adaptaron varios ítems del Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS (Brenner, et al., 2004), mientras que para

los ítems referentes a la historia de abuso físico y sexual, se tuvieron en cuenta los reactivos de historia de violencia familiar desarrollados por Renner & Slack (2006). El instrumento fue revisado a nivel metodológico y de contenido por expertos y probado con una muestra de adolescentes hombres y mujeres.

Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias. Se desarrolló en esta investigación para obtener información sobre las variables biográficas, familiares y comunitarias señaladas en la tabla 1, a través de su administración a las madres de los adolescentes, a través de 46 ítems con diferentes opciones de respuesta.

Para recoger información sobre consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas por parte de los padres, se realizó una adaptación de ítems del YRBSS (Brenner, et al., 2004). El instrumento también fue revisado a nivel metodológico y de contenido por expertos, siendo probado con las progenitoras de los adolescentes que participaron en el pilotaje del instrumento anterior.

PROCEDIMIENTO

El diseño utilizado fue observacional, descriptivo, comparativo y transversal. Los participantes y sus madres fueron contactados en las reuniones familiares que se realizaban en sus instituciones, donde se les solicitó su consentimiento suministrándoles información sobre el objetivo, el procedimiento, la confidencialidad y la independencia de la investigación, así como la voluntariedad de su participación, las posibles molestias que podía traer la aplicación de los instrumentos y el compromiso de dar los resultados de los instrumentos aplicados si lo deseaban.

La administración de los instrumentos fue grupal, solicitándose a las progenitoras responder los siguientes instrumentos para mejorar la confiabilidad de la información deseada: a) Cuestionario de variables biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, b) Escala de ajuste diádico (Spanier, 1976), c) IDB (Beck, et al., 1983) y d) Cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional (Pineda, et al., 1999). Los demás instrumentos fueron contestados por los adolescentes.

Los datos se incorporaron en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 20.0 y las comparaciones se efectuaron mediante las pruebas estadísticas: *t* de Student y tamaño del efecto (*d* de Cohen), para las variables de intervalo y de razón, *U* de Mann Whitney para las variables ordinales, y Chi Cuadrado y Odds Ratio (OR) para las variables nominales, aceptándose una significancia igual o inferior a .05, bilateral. Para comparar la frecuencia general y de cada uno de los síntomas entre los dos grupos, se codificó la respuesta a cada uno de los síntomas del criterio A de la APA (2013), presentes en el Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial (Pineda, et al., 1999), de la siguiente manera: a) “Nunca”: 0, b) “Algunas veces”: 1, c) “Frecuentemente”: 2 y d) “Siempre”: 3, utilizándose la prueba *t* de Student, calculándose los tamaños del efecto (*d* de Cohen).

RESULTADOS

En primera instancia se presentan los resultados de las comparaciones realizadas entre los dos grupos de participantes y finalmente las diferencias en la frecuencia general y específica de cada síntoma de TD. Dichos grupos no diferían en edad ($T [71] = -.106, p = .916$, bilateral), sexo ($X^2 [1, 71] = .038, p = 1.00$, bilateral) y estrato socioeconómico ($U [N = 71] = .563, p = .989$, bilateral).

Los participantes con TD-I, comparados con los participantes con TD-A, informaron un número significativamente mayor de conductas violentas presenciadas entre los padres, con un tamaño del efecto alto (con TD-I: $X = 7.07$, con TD-A: $X = 3.31$; $t [71] = 2.741, p = .012$; $d = 1.03$) y una edad significativamente menor en la que consumieron el primer trago de alcohol (moda con TD-I: 11 o 12 años, modas con TD-A: 11 o 12 años y 13 o 14 años; $U [71] = 353,5, p = .009$). Un porcentaje significativamente mayor de participantes con TD-I informó problemas en el colegio por efecto de las conductas disociales (con TD-I: 100%, con TD-A: 78.7%; $X [1, 71] = 5.943, p = .013$; $OR = 1.270$). Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a nivel de $\leq .05$, bilateral, los adolescentes con TD-I evidenciaron un riesgo (OR) seis veces mayor, de presentar las siguientes circunstancias:

- Si hubo intento de suicidio en los últimos doce meses, dicho intento le produjo alguna herida, un envenenamiento, una sobredosis o implicó algún tratamiento médico ($OR = 6.667$).
- Ha sido forzado por una pareja a realizar un acto sexual ($OR = 6.571$).
- Las conductas disociales han generado dificultades con familiares, amigos u otras personas ($OR = 6.216$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con las otras variables bajo estudio, a saber: a) edad de la primera relación sexual, número de personas con las que el/la participante había tenido relaciones sexuales, uso de alcohol y drogas en la última relación sexual y utilización de métodos anticonceptivos; b) edad, tiempo y frecuencia con la que el/la participante fue castigado(a) físicamente de forma violenta por parte de sus familiares u

otra persona; c) promedio de horas a la semana que dedicaba a ver películas violentas; d) su puntuación en empatía, en rasgos de personalidad de agresividad, dominación e intransigencia, en extroversión y neuroticismo, en el Test de colores y palabras (Golden, 1994), en las pruebas de fluidez verbal de la ENI (Matute, et al., 2007) y en las cuatro escalas del Cacia (Capafóns & Silva, 2001); e) el estrato socioeconómico de la madre, edad de ésta en el momento del estudio y al nacer el/la participante; f) peso, longitud y tamaño encefálico del/la participante al nacer; g) número y posición entre los hermanos; h) la puntuación de la progenitora en depresión y en las cuatro subescalas de la Escala de ajuste diádico (Spanier, 1976); i) la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, la edad de inicio y frecuencia de consumo de marihuana, el consumo de cocaína o uno de sus derivados, inhalantes, éxtasis, metanfetaminas, heroína y bazuco; j) la calidad de las relaciones con pares, adultos, los padres y los hermanos; k) el último año cursado, rendimiento académico, cambios de escuela, repetición de años escolares y expulsiones escolares; y l) la frecuencia con la que la madre fumó o estuvo rodeada por fumadores en el embarazo del/la participante, frecuencia de consumo de alcohol y drogas durante el mismo, calidad de la alimentación en el embarazo, presencia de alguna enfermedad infecciosa o de otro tipo o de un problema de tipo mental durante el embarazo y tipo de parto.

Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel de: m) la

situación laboral y escolaridad de los padres; n) el consumo de drogas y alcohol por parte de estos; o) sanciones o condenas por delitos cometidos por los padres; p) uso de servicios de salud, recreativos, de capacitación laboral, de educación laboral por parte de la familia y uso de subsidios y ayudas estatales por parte de la misma; q) la peligrosidad del sector de vivienda y presencia de pandillas en el barrio en el que vivía el(a) participante; r) sentimientos de tristeza y desesperanza, pensamientos, planificación e intentos de suicidio en los últimos doce meses por parte de este(a); s) haber sido forzado a tener relaciones sexuales en la infancia o recientemente por parte de un amigo, familiar, conocido o extraño; t) abandono paterno o materno; u) escapadas de casa; v) temperamento en los primeros años de vida; w) cumplimiento de los criterios diagnósticos de TDAH y x) dificultades en el trabajo ocasionadas por las conductas disociales.

Finalmente, los adolescentes con TD-I, comparados con los participantes con TD-A, reportaron una frecuencia mayor de síntomas a nivel general y de los siguientes síntomas de TD, en el Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial (Pineda, et al., 1999): a) “Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos”; b) “Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales” y c) “Ha sido cruel con los animales y les gusta hacerlos sufrir”, con tamaños del efecto moderados (ver tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en la frecuencia de síntomas de TD (t de Student y d de Cohen; $gl = 69$).

Síntoma	TD-I		TD-A		t	p	d de Cohen
	X	DX	X	DX			
1. Intimida o amenaza a otras personas	.75	.737	.81	.647	-.344	.732	-0.08
2. Ha provocado de manera intencional incendios	.29	.550	.13	.397	1.441	.154	0.34
3. Ha entrado violentamente a las casas o vehículos ajenos	.67	.637	.36	.605	1.973	.052	0.47
4. Se ha quedado fuera de la casa en la noche sin permiso	1.04	.690	1.00	.659	.248	.805	0.05
5. Inicia las peleas y arremete físicamente a otros	.83	.637	.66	.562	1.177	.243	0.28
6. Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas	.83	.565	.74	.607	.596	.553	0.14
7. Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos	1.17	.816	.72	.743	2.299	.025*	0.55
8. Se ha fugado o se ha escapado de la casa por más de 24 horas	.88	.680	.70	.657	1.037	.303	0.24
9. Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros (bates, cuchillos, etc.)	.83	.637	.72	.772	.600	.550	0.14
10. Es cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir	.71	.751	.57	.827	.665	.508	0.16
11. Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo	1.00	.659	.89	.759	.583	.562	0.14
12. Ha robado o atracado usando armas o amenazando a otros	.92	.654	.81	.576	.715	.477	0.17
13. Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales	.38	.647	.09	.351	2.455	.017*	0.59
14. Ha sido cruel con los animales y les gusta hacerlos sufrir	.63	.647	.26	.570	2.470	.016*	0.59
Frecuencia general	10.92	5.22	8.47	4.08	2.173	.033*	0.52

Nota: TD-I: Subtipo de inicio infantil; TD-A: Subtipo de inicio adolescente.

* $p \leq .05$, dos colas.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue comparar un grupo de adolescentes con TD-I, con un grupo de adolescentes con TD-A, en relación con un conjunto de variables asociadas al TD y la conducta antisocial infanto-adolescente en general, así como con la frecuencia general y

por cada síntoma, presentes en un cuestionario diagnóstico de TD. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas a nivel de algunas de estas variables, según las cuales los adolescentes con TD-I habrían presenciado un mayor número de conductas de violencia entre sus padres e iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas a una edad menor que los partici-

pantes con TD-A. Los participantes con TD-I también informaron una frecuencia significativamente mayor de conductas disociales y más problemas en el colegio como consecuencia de dichas conductas, así como un riesgo seis veces mayor de presentar dificultades con familiares, amigos u otras personas por dichas conductas, secuelas de un intento reciente de suicidio y haber sido forzado sexualmente por una pareja.

En primera instancia, estos resultados tienden a ser coherentes con los de aquellos estudios que indican que los individuos con TD-I han estado expuestos a un mayor número de condiciones familiares adversas y presentan un mayor número de dificultades asociadas con el TD (Connor, et al., 2007; Dogan, et al., 2004; Frick & Ellis, 1999), apoyando la idea de que los individuos con TD-I tendrían una mayor probabilidad de continuar sus problemas de conducta antisocial en la vida adulta, al presentar cuadros de conducta antisocial más severos y un mayor número de factores de riesgo (Loeber & Hay, 1997; Moffitt, 1993). En particular, estos resultados tienden a señalar que la observación de violencia entre los padres también podría ser un factor de riesgo del TD desde la infancia y que en la evaluación de los niños y niñas que han estado expuestos a este tipo de violencia debería valorarse este riesgo (Evans, et al., 2008). De esta manera, la prevención de la violencia marital y su intervención temprana podrían constituir alternativas que aporten a la prevención de los problemas de comportamiento típicos de dicho trastorno.

No obstante, estos resultados no respaldan otras diferencias entre los dos subtipos de TD encontradas en investigaciones previas. Así, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en relación con las pruebas neuropsicológicas utilizadas, la presencia de condiciones adversas a nivel pre y perinatal y los antecedentes de criminalidad de ambos padres, señalan que

los participantes con TD-I no necesariamente presentaban más condiciones de riesgo de carácter neurobiológico y neuropsicológico que los participantes con TD-A. Asimismo, estos resultados no evidenciaron diferencias entre los individuos con TD-I y TD-A en relación con la comorbilidad con el TDAH, tal como se ha informado en trabajos previos (Connor, et al., 2007; Masi, et al., 2007), ni otras diferencias que deberían esperarse entre los primeros en virtud de un inicio más precoz de sus conductas disociales, como baja empatía, rasgos de agresividad, escasas habilidades de autocontrol y alta extroversión, tal como se ha constatado en estudios previos realizados con niños y adolescentes con TD (e. g., Cohen & Strayer, 1996; Daderman, 1998; Toupin, et al., 2003). Estos resultados sugieren que en esta población la edad de inicio de las conductas disociales no depende tanto de variables de personalidad y de tipo neuropsicológico, aunque se requieren otros estudios que examinen estas diferencias en el contexto colombiano.

En cuanto a los factores de riesgo de tipo sociofamiliar, estos resultados señalan que tanto los individuos con TD-I como los que presentaban TD-A, estaban expuestos a circunstancias similares referentes a los recursos familiares, la presencia de pandillas y la peligrosidad del lugar de vivienda, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con este tipo de variables, lo cual señala que estas variables no marcan el inicio de las conductas disociales y podrían afectar a los y las adolescentes en esta población tanto en la infancia como en la adolescencia. En relación con las conductas disociales, los resultados obtenidos mostraron que los y las adolescentes con TD-I no solo presentaban una mayor frecuencia de este tipo de conductas, sino una frecuencia mayor de conductas de rompimiento de normas y de tipo agresivo, que los individuos con TD-A,

evidenciando cuadros de conducta antisocial más severos que estos últimos, tal como informaron Masi, et al. (2007). Estos resultados indican que en esta población el inicio del TD está marcado por una mayor frecuencia y severidad de las conductas disociales, lo cual es coherente con la perspectiva de la persistencia de dichas conductas a través del ciclo vital (Moffitt, 1993) y su prevención debería enfocarse en la detección e intervención temprana para evitar así dicha continuidad.

En resumen, si bien los datos arrojados por esta investigación deben circunscribirse a adolescentes colombianos, dichos resultados tienden a confirmar que los individuos con TD-I exhiben cuadros de conducta disocial más severos y un mayor número de dificultades asociadas a este tipo de conducta, que los que presentan TD-A, aunque no necesariamente presentan con mayor frecuencia las circunstancias neurobiológicas, neuropsicológicas, biográficas, psicológicas y sociofamiliares señaladas en la literatura especializada. Estos resultados, no obstante, sugieren que en la evaluación y tratamiento de adolescentes con TD es importante determinar el inicio del desorden, ya que sería de esperar mayores dificultades asociadas al mismo entre los que presentan un inicio infantil.

Las principales fortalezas de esta investigación fueron el amplio número de variables examinadas y la posibilidad de comparar dos grupos compuestos tanto por hombres como mujeres diagnosticados. Sin embargo, el tamaño de las muestras era relativamente pequeño y las características sociodemográficas de los participantes seleccionados limitan la generalización de los resultados a adolescentes colombianos con TD institucionalizados de estratos socioeconómicos bajos, aspectos que deberán ser subsanados en futuras investigaciones similares.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Baker, K. (2008). Conduct Disorders in Children and Adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 19(2), 73-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2008.10.008>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., et al. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53(RR-12), 1-13.
- Capafóns A., & Silva, F. (2001). *Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente* (5ª Ed. Rev.). Madrid: TEA.
- Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy in Conduct-disordered and Comparison Youth. *Developmental Psychology*, 32(6), 988-998. doi: 10.1037/0012-1649.32.6.988.
- Connor, D. F., Ford, J. D., Albert, D. B. & Doerfler, L. A. (2007). Conduct Disorder Subtype and Comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(3) 161-168.
- 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.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive Mechanisms in the Development of Conduct Disorder and Depression. *Annual Review of Psychology*, (44), 559-584.
- Dogan, O., Önder, Z., Dogan, S., & Akyüz, G. (2004). Distribution of Symptoms of Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder

- in Turkey. *Psychopathology*, (37), 285-289. DOI: 10.1159/000081985
- 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. doi:10.1016/j.avb.2008.02.005
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. G. B. (1998). *Cuestionario de personalidad de Eysenck* (8ª Ed.) Madrid: TEA.
- Fairchild, G., Van Goozen, S. H. M., Stollery, S. J., Brown, J., Gardiner, J., Herbert, J., & Goodyer, I. M. (2008). Cortisol Diurnal Rhythm and Stress Reactivity in Male Adolescents with Early-onset or Adolescence-onset Conduct Disorder. *Biological Psychiatry*, 64(7), 559-606.
- 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. doi: 10.1177/0145445599231005
- Frick, P. J., & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional Traits and Subtypes of Conduct Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 149-168. doi:10.1023/A:1021803005547
- Harrington, R., & Maskey, S. (2008). Behaviour Disorders in Children and Adolescents. *Medicine*, 36(9), 482-485. doi:10.1016/j.mpmed.2008.06.010
- Hill, J. (2005). Conduct Disorders. *Psychiatry*, 4(7), 57-60.
- Lacourse, E., Baillargeon, R., Dupe'ré, V., Vitaro, F., Romano, E., & Tremblay, R. (2010). Two-year Predictive Validity of Conduct Disorder Subtypes in Early Adolescence: A Latent Class Analysis of a Canadian Longitudinal Sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1386-1394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02291.x.
- Lara, M. A. (1993). *Inventario de masculinidad y femineidad*. México: El Manual Moderno.
- 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-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.
- Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., Pari, C., Paziente, A., & Millepiedi, S. (2007). Conduct Disorder In Referred Children and Adolescents: Clinical and Therapeutic Issues. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 146-153.
- Martínez-Gómez, J. A., Guerrero-Rodríguez, S. I., & Rey-Anacona, C. A. (2012). Evaluación de la validez de constructo y la confiabilidad del inventario de masculinidad y femineidad en adolescentes y adultos jóvenes colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 170-181.
- Martorell, M. C., González, R., & Calvo, A. (1998). *Cuestionario de conducta prosocial*. Manuscrito no publicado, Universidad de Valencia.
- Matute, E., Roselli, M., Ardila, A., & Ostrosky-Solís, F. (2007). *Evaluación neuropsicológica infantil*. México: Manual Moderno.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent Antisocial Behavior: a Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, (100), 674-701.
- 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.
- Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., Kuperman, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M. A., & Nurnberger, J. I. (2005). The Relationship Between Parental Psychopathology and Adolescent Psychopathology: An Examination of Gender Patterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(2), 67-76. doi: 10.1177/10634266050130020101
- 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., Murelle, 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., 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.
- 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.
- 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. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.12.005
- 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-Anacona, 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.
- Rioseco, P. Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(3), 190-200.
- Robins, L. N. (1999). A 70-year History of Conduct Disorder: Variations in Definition, Prevalence, and Correlates. En P. Cohen, Ch. Slomkowski & L. N. Robins (Eds.), *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 37-56). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rubia, K. (2011). "Cool" Inferior Frontostriatal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder versus "hot" Ventromedial Orbitofrontal-limbic Dysfunction in Conduct Disorder: A Review. *Biological Psychiatry*, (69), 69-87.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Schmeck, K., & Poutstka, F. (2001). Temperament and Disruptive Behavior Disorders. *Psychopathology*, 34(3), 159-163. DOI:10.1159/000049300
- Schonberg, M. A., & Shaw, D. S. (2007). Risk Factors for Boy's Conduct Problems in Poor and Lower-middle-class Neighborhoods. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 759-772.
- 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.
- Golden, C. J. (1994). *Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H., & Fortin, L. (2003). Cognitive and Familial Contributions to Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 333-344. DOI: 10.1111/1469-7610.00617
- Trujillo, N., & Pineda, D. A. (2008). Función ejecutiva en la investigación de los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 77-94.