



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS DISOCIALES EN  
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA  
RESIDENCIAL DEL INABIF EN LAMBAYEQUE EN EL AÑO 2018**

**PRESENTADA POR  
FRANKLIN ROMERO MUÑOZ  
CINTHYIA SAMAMÉ RAMÍREZ**

**ASESOR**

**DR. JAIME LA CRUZ TOLEDO**

**TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2020**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FRECUENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS DISOCIALES EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES DE LOS CENTROS DE ASISTENCIA RESIDENCIAL DEL  
INABIF EN LAMBAYEQUE EN EL AÑO 2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
ROMERO MUÑOZ, FRANKLIN  
SAMAMÉ RAMÍREZ, CINTHYIA**

**ASESOR  
DR. LA CRUZ TOLEDO, JAIME**

**CHICLAYO-PERÚ**

**2020**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Carmen Gutierrez Gutierrez.

**Miembro:** Dr. Pedro Alipazaga Perez.

**Miembro:** Dr. Henry Lloclla Gonzales.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Índice</b>	iii
<b>Resumen</b>	iv
<b>Abstract</b>	V
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	3
<b>III. RESULTADOS</b>	6
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	11
<b>V. CONCLUSIÓN</b>	14
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	15
<b>VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	16
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de Riesgo de Trastorno Disocial (TD) en niños y adolescentes de los centros de atención residencial (CAR) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar-INABIF en Lambayeque 2018, en relación con un conjunto de variables sociales y epidemiológicas asociadas a dicho trastorno. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, donde participaron 68 niños y adolescentes en total, de 6 a 17 años, pertenecientes a los tres CAR del INABIF del departamento de Lambayeque. Se aplicó un cuestionario validado, basado en los síntomas de TD descritos en la DSM-IV, para valorar el Riesgo de trastorno disocial y adicional al cuestionario, se utilizó una encuesta para obtener datos sobre las variables sociales y epidemiológicas de los participantes. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de riesgo y riesgo clínicamente significativo para trastorno disocial en 6 (9%) y 7 participantes (10%) respectivamente, siendo los adolescentes quienes mostraron una frecuencia ligeramente más elevada respecto a los niños (17%). De los que tuvieron riesgo de trastorno disocial, 7 (10.3%) tuvieron abandono de progenitor y 6 (8.8%) consumieron sustancias adictivas, todos cursaron con algún grado de instrucción. **Conclusiones:** El 19% de niños y adolescentes tuvieron riesgo de manifestar trastorno disocial de conducta, el cual estuvo asociado a edad, sexo y abandono del progenitor y consumo de sustancias adictivas; estos datos tienen que ser corroborados clínicamente por un médico psiquiatra.

**Palabras clave:** prevalencia; adolescentes; conducta del niño; salud mental; trastornos de la personalidad antisocial (Fuente: DeCs – BIREME).

## ABSTRACT

**Objectives:** The aim of this study was to determine the frequency of risk Dissocial Disorder (TD) in children and adolescents in residential care centers (CAR) in Lambayeque INABIF National Comprehensive Program for Family Welfare 2018, in relation to a set of social and epidemiological variables associated with this disorder.

**Material and methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study, prospective, involving 68 children and adolescents in total, from 6 to 17 years old, belonging to the three CARs of the INABIF of the department of Lambayeque. In them a validated questionnaire, based on the TD symptoms described in the DSM-IV, to assess the risk disocial and additional questionnaire disorder, a survey to obtain data on social and epidemiologic variables of participants used applied. **Results:** A frequency of risk and clinically significant risk for dissocial disorder was found in 6 (9%) and 7 participants (10%) respectively, being the adolescents who showed a slightly higher frequency with respect to the children (17%). Of those who were at risk of dissocial disorder, 7 (10.3%) had parental abandonment and 6 (8.8%) consumed addictive substances, all of them attended with some degree of instruction.

**Conclusions:** Less than a quarter of children and adolescents (19%) are at risk of developing conduct disorder, which is associated with age, sex and abandonment of the parent and consumption of addictive substances; these data have to be clinically corroborated by a psychiatrist.

**Key words:** Prevalence, adolescents, child behavior, mental health, personality disorder (Source MeSH – BIREME)

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos disociales (TD) se caracterizan por un patrón de comportamiento, repetitivo y persistente, en el que se violan derechos básicos de otras personas o normas sociales que se consideran adecuadas para la edad del individuo. Dichas manifestaciones suelen estar relacionadas o influenciadas con situaciones familiares, sociales y escolares, lo cual conlleva a consecuencias negativas sobre ellos (1).

A nivel mundial, la prevalencia del trastorno disocial es representada por un 1 a 10% de la población, siendo el mayor porcentaje de casos correspondiente a varones que en mujeres (4:1). A estos, les corresponde una prevalencia de entre el 9 al 6%, mientras que, en las mujeres, se obtienen datos de 2 y 9% (2).

Estudios epidemiológicos realizados en el Perú, en las zonas de Lima Metropolitana y el Callao, por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2012), indican que “las conductas disociales pueden iniciarse desde edades tempranas y ser predictivas de problemas severos de personalidad de difícil tratamiento en la adultez” (3). Se halló una prevalencia del 35,5% para las tendencias psicopáticas (conductas disociales), donde la mayoría de los casos reportados pertenece a los varones. A estos, se les otorga un valor de 38,9%, mientras que, a las mujeres, uno de 32% del total de casos. Los estudios concluyen que la permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas que, en los adolescentes de la población estudiada fue de 5%, mientras que sus tendencias delictivas obtuvieron un valor de 6% (3). No se han encontrado estudios similares sobre TD en la región Lambayeque hasta la fecha.

El padecimiento de trastornos de salud mental suele asociarse a diversos problemas sanitarios y sociales, tales como el consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas, el embarazo adolescente y el abandono escolar (4). La ausencia de tratamiento en las conductas disociales podría repercutir generando durante la adultez una



predisposición para delinquir (2). Aproximadamente el 80% de los jóvenes que han sido detenidos por cometer delitos violentos o infracciones, cursan con trastorno disocial; además, más del 60% de adolescentes diagnosticados con TD han consumido o son dependientes de alcohol o drogas, los cuales han sido determinantes para llevarlos a cometer crímenes violentos, así como para el aumento de su conducta agresiva (5). Por lo tanto, se convierte en un tema de inseguridad social que afecta el equilibrio de la comunidad (6), por lo que se requerirá inversión por parte del Estado en dicho sector. Esto último se refleja en el reporte mundial sobre violencia y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, donde se reporta que un 1,6 millones de personas perdieron la vida por actos violentos, de los cuales, en su mayoría fueron adolescentes (7).

Previamente, se han reportado casos en los que los pacientes con TD presentan comorbilidades asociadas tales como el trastorno de déficit de atención asociado a hiperactividad (TDAH), el cual es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente durante la infancia (8). Este último se caracteriza por un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad; todo ello hace que el menor con TD y TDAH presente una evolución desfavorable durante su desarrollo (9). El estudio de Sosa J., et.al. (Cuba, 2015) describe datos obtenidos en una población de niños y adolescentes con diagnóstico de TD y TDAH, donde del total de pacientes, el 8,5% evolucionó favorablemente y el 55,9% mantuvo la persistencia del trastorno, empeorando el 35,6% del total de casos (10).

El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de riesgo de TD en niños y adolescentes de los centros de atención residencial del INABIF del departamento de Lambayeque, según los síntomas indagados en un cuestionario de TD, publicado por la DSM IV, y a la vez buscar relación con un conjunto de variables sociales y epidemiológicas (sexo, edad, grado de instrucción, consumo de sustancias adictivas y abandono de progenitor).

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo y diseño de estudio:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

**Población:** Constituida por niños y adolescentes pertenecientes a los tres CAR del INABIF del departamento de Lambayeque, el cual se realizó durante los meses de julio – agosto del 2018.

**Muestra:** Es de tipo censal. Participaron 68 personas, de los cuales 12 fueron niños y 56 adolescentes.

### **Criterios de selección:**

- Criterios de inclusión: Niños y adolescentes con edades entre 6 a 17 años que residen en los centros de atención del INABIF “San Juan Bosco” “San Vicente de Paul” y “Rosa María Checa” del departamento de Lambayeque.
- Criterios de exclusión: Niños y adolescentes entre 6 a 17 años con discapacidad intelectual, que residen en los centros de atención del INABIF “San Juan Bosco”. “San Vicente de Paul” y “Rosa María Checa” del departamento de Lambayeque.

**Instrumento:** Se utilizó un cuestionario para valorar el riesgo de trastorno disocial de conducta. Dicho cuestionario está basado en los 14 síntomas del criterio A del DSM IV para el diagnóstico de trastorno disocial, con una puntuación cuantitativa para cada ítem de 0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = frecuentemente y 3 = casi siempre. La población accesible para el uso del cuestionario son niños y adolescentes. Dada la distribución de las puntuaciones, una puntuación directa hasta 8, puede estimarse dentro de la distribución normal, una puntuación entre 9 y 14, se consideró como riesgo para padecer la enfermedad; y una puntuación directa de 15 o mayor, se puede considerar clínicamente significativa (11).

El cuestionario empleado es confiable para determinar el riesgo de trastorno disocial de conducta. Se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el

cual fue de 0,86. Se estandarizó y se validó en adolescentes de la ciudad de Medellín (11).

Adicional al cuestionario, se utilizó una encuesta para obtener datos sobre los niños y adolescentes, que incluyó preguntas como: edad, sexo, grado de instrucción, ocupación de padres y si ha presentado alguna vez abandono familiar por alguno de los padres y/o tutores.

De los 102 niños y adolescentes de los centros asistenciales del INABIF de Lambayeque incluidos en la población, 15 de ellos se tomaron en cuenta para la prueba piloto de la realización del cuestionario, la cual se realizó con la finalidad de ver cuán aplicable y significativo era el cuestionario para que los participantes puedan responderlo y ver si se suscitaban dificultades, los resultados fueron entregados a cada centro; es así como quedó una población total de 87 participantes. De ellos, 2 se excluyeron debido a que presentaban discapacidad intelectual y 17 no estuvieron disponibles al momento del estudio, ya sea por haber cumplido 18 años, trasladados a otros centro o no estuvieron presentes el día de la encuesta. Llegando así a un total de 68 niños y adolescentes, donde 34 son mujeres y 34 varones.

A la población evaluada se les localizó en los centros del INABIF correspondiente, donde reunimos a la gran mayoría para el llenado del cuestionario en los salones de estudio de cada centro.

Los participantes del estudio estuvieron expuestos a riesgos mínimos y tampoco obtuvieron ningún beneficio económico. Se contó con un permiso de la institución a través de una carta de presentación, adicionalmente se les solicitó la aceptación voluntaria en el estudio, se les explicó acerca de la investigación y los objetivos de este y que los resultados obtenidos serían entregados a cada centro. Se mantendría a su vez la confidencialidad de la información en todo momento. Para su autorización se le entregó tanto un consentimiento y asentimiento informado al inicio de cada encuesta,

tanto al responsable del menor, como a los participantes, respectivamente. A su vez, se contó con la aprobación por un comité de ética en investigación.

La recolección de datos se desarrolló en 4 semanas aproximadamente y después de terminar dicho periodo, se procedió al análisis de los datos y resultados obtenidos, utilizando el programa "SPSS Statistics 24" para elaborar de tal manera, tablas y gráficas de estos. Se realizaron tablas de frecuencia del riesgo que presentan los participantes y a su vez, para el análisis de dichos resultados según edad, sexo, grado de instrucción, ocupación de padres y abandono familiar. Se usó la prueba estadística del Test de Fisher para identificar las diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de p fue menor de 0,05 y así poder valorar la frecuencia de riesgo de trastorno disocial en relación con las características epidemiológicas y sociales.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Características epidemiológicas y sociales en niños y adolescentes de los centros de atención residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.

Variable	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	34	50%
Femenino	34	50%
<b>Edad Categorizada</b>		
6-11 años	12	17,7%
12-17 años	56	82,3%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	37	54,4%
Secundaria	31	45,6%
<b>Consumo de sustancias adictivas</b>		
Sí	19	27,9%
No	49	72,1%
<b>Abandono de Progenitor</b>		
Sí	24	35,3%
No	44	64,7%
<b>CAR* - INABIF</b>		
San Vicente de Paul	16	23,5%
Rosa María Checa	34	50%
San Juan Bosco	18	26,5%

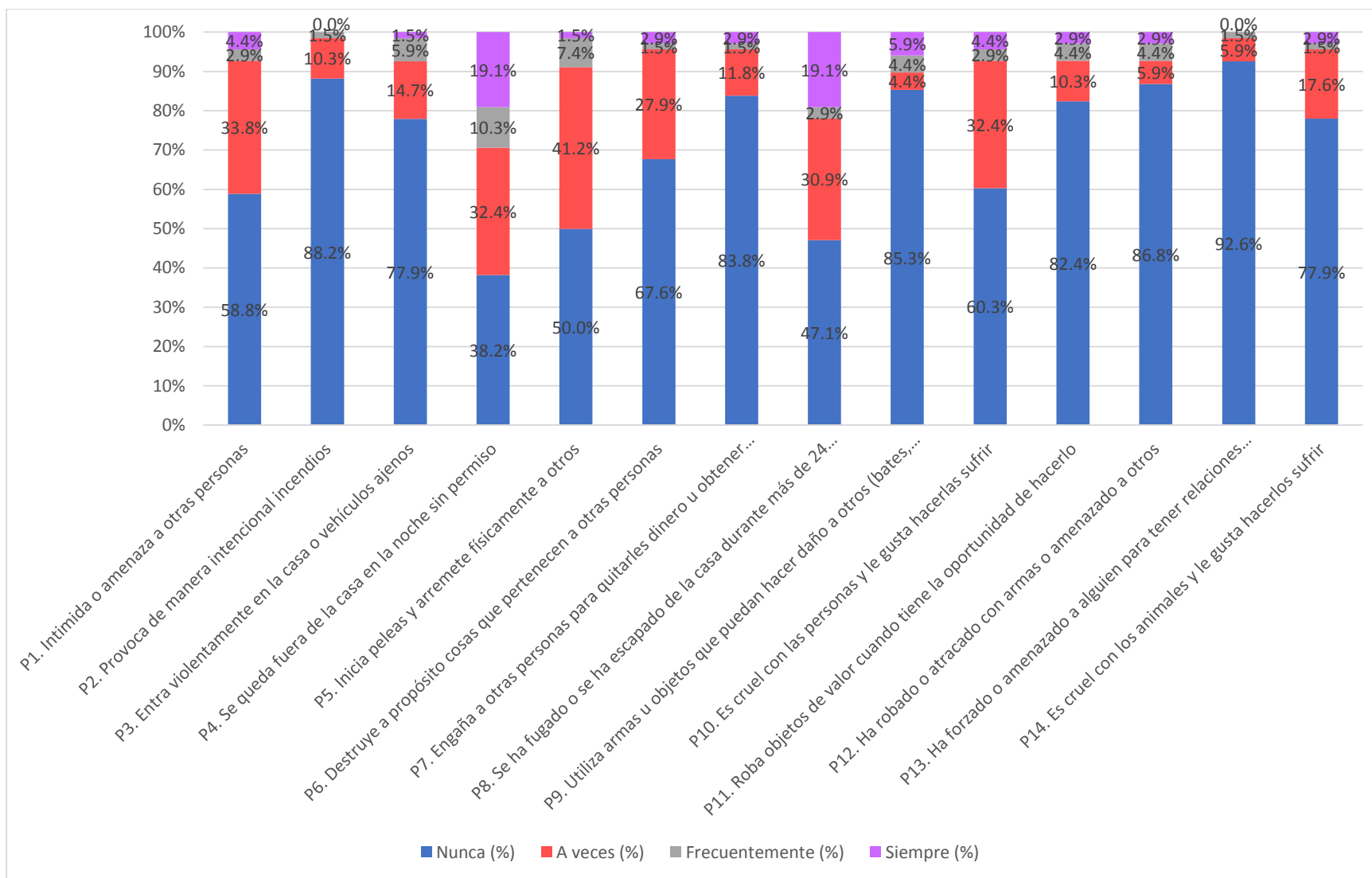
\*CAR: Centro de Asistencia residencial

**Tabla 2.** Frecuencia de riesgo Trastorno Disocial en niños y adolescentes de los Centro de asistencia residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018, según características epidemiológicas y sociales.

Sexo	Resultado n (%)			Valor p
	Normal	Riesgo	Riesgo significativo	
<b>Masculino</b>	28 (41,2%)	2 (2,9%)	4 (5,9%)	>0,05*
<b>Femenino</b>	27 (39,7%)	4 (5,9%)	3 (4,4%)	
<b>Edad</b>				
<b>6 – 11 años</b>	11 (16,2%)	1 (1,5%)	0 (0%)	>0,05*
<b>12 – 17 años</b>	44 (64,7%)	5 (7,3%)	7 (10,3%)	
<b>Grado instrucción</b>				
<b>Primaria</b>	30 (44,1%)	2 (2,9%)	5 (7,35%)	>0,05*
<b>Secundaria</b>	25 (36,8%)	4 (5,9%)	2 (2,9%)	
<b>Consumo de sustancias adictivas</b>				
<b>Si</b>	13 (19,1%)	2 (2,9%)	4 (5,9%)	>0,05*
<b>No</b>	42 (61,8%)	4 (5,9%)	3 (4,4%)	
<b>Abandono de progenitores</b>				
<b>Si</b>	17 (25%)	4 (5,9%)	3 (4,4%)	>0,05*
<b>No</b>	38 (55,9%)	2 (2,9%)	4 (5,9%)	

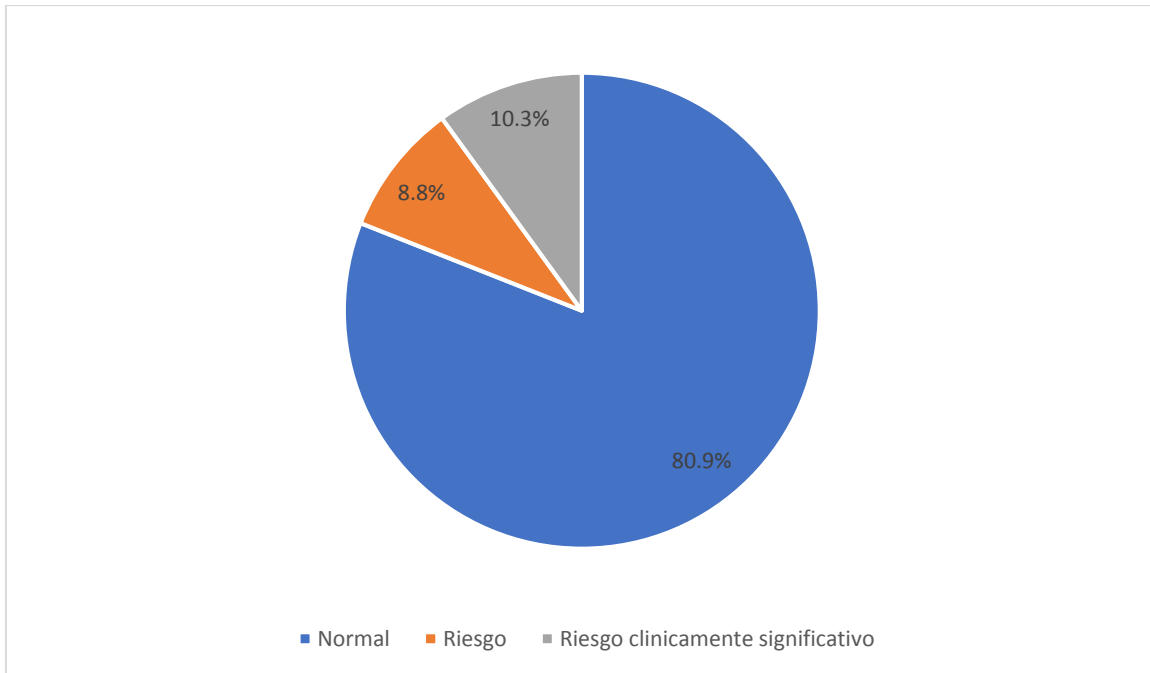
(\*) Este valor corresponde al test de Fisher.

Los niños de 6 a 11 años correspondieron al 17,7% del total y sólo 1,5% presentó riesgo para el trastorno, mientras que el 82,3% fueron mayores de 12 años, donde el 17,6% del total tuvieron alguna probabilidad de padecer la enfermedad. Se considera que el 45,6%, cursa secundaria y de ellos el 8,8% tienen riesgos para trastorno disocial, en comparación con los que cursan primaria (54,4%), de los cuales el 10,3% tuvieron mayor tendencia de trastorno disocial. Del 27,9% que consumieron sustancias adictivas, sólo el 8,8% presentaron resultados compatibles con riesgo de trastorno disocial. Así como el 35,3% de participantes que tuvieron abandono del progenitor, sólo el 10,3% presentó resultados con algún riesgo de trastorno disociales (Tabla 1 y 2); estos resultados se obtuvieron con un  $p > 0,05$  según el test de Fisher, el cual utilizamos ya que nuestra tabla de contingencia contaba con más de dos variables.



**Figura 1.** Frecuencia de respuestas para trastorno disocial, según test utilizado en los niños y adolescentes de los centros de asistencia residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.

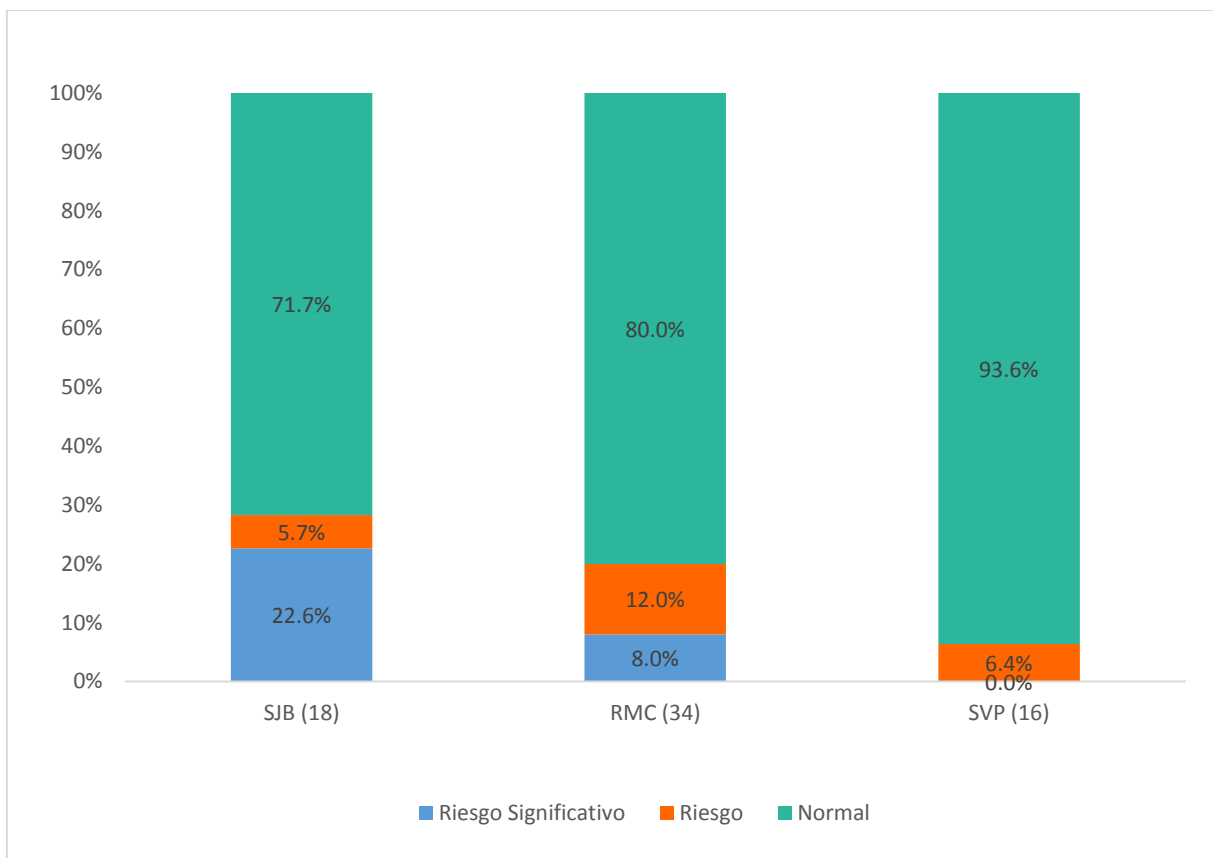
En la Figura 1 se observan las 14 preguntas del cuestionario relacionadas con los criterios de trastorno disocial, donde tomamos en cuenta las 4 preguntas más frecuentes en relación a sus respuestas positivas (alternativas frecuentemente y siempre). Podemos decir que las preguntas 4 (Se queda fuera de la casa en la noche sin permiso) y 8 (Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas) fueron las que mayor tendencia presentaban los niños, con un porcentaje del 29,4% y 22%, respectivamente. Ambas preguntas engloban un tipo de comportamiento no agresivo. En cambio, las preguntas más frecuentes con respuesta positiva, donde reflejan un comportamiento agresivo, fueron las preguntas 9 (Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros) y 5 (Inicia peleas y arremete físicamente a otros), con un 10,3% y 8,9%, respectivamente.



**Figura 2.** Frecuencia de Riesgo de Trastorno disocial en niños y adolescentes de los centros de asistencia residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.

En total, fueron 68 participantes de la encuesta, de los cuales, el 19,1 % de ellos presentaron algún grado de riesgo de padecer trastornos disociales (Figura 2).





- SVP: San Vicente de Paúl; RMC: Rosa María Checa; SJB: San Juan Bosco.

**Figura 3.** Frecuencia de Riesgo de Trastorno disocial en niños y adolescentes según los centros de asistencia residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.

Del total de participantes del CAR San Juan Bosco (18), obtuvimos que el 28,3% (5), fueron más susceptibles de desarrollar TD, quienes presentaron riesgo y riesgo significativo; el CAR Rosa María Checa (34) obtuvo 20% (7) y por último, el CAR San Vicente de Paul (16) presentó 6,4% (1) de riesgo, ninguno de sus participantes presentó riesgo significativo.

#### IV. DISCUSIÓN

En el estudio, se investigó la frecuencia de riesgo de trastorno disocial en niños y adolescentes de los centros de asistencia residencial del INABIF de Lambayeque, donde se evidencia un 19,1% de riesgo para manifestar algún grado de Trastorno disocial en los participantes. Melendez Y. (2) encontró que el 40% de la población estudiada (45 niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad) presentó trastorno disocial de conducta, así como Pineda D. (12), quienes observaron que el trastorno disocial está presente en el 8,4% de los adolescentes estudiados. Añadiéndose a la vez, Moral J. (13) en el que encontraron un 33% de conducta disocial en adolescentes de barrios pandilleros en México.

En el estudio realizado por Moral J. (13) donde usó una Escala de Conducta disocial (ECODI27), halló que el porcentaje de casos de conducta disocial es mayor en varones que mujeres (45% frente al 18%); inclusive en los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” y Quiroz E., encuentran una mayor prevalencia de trastornos disociales en varones (38,9% y 7,19% respectivamente) (3, 14). En cambio, en nuestro estudio hallamos que las mujeres tuvieron más probabilidad de padecer algún grado de trastorno disocial, aunque la diferencia no sea significativa ( $p > 0.05$ ).

A diferencia de un trabajo realizado por Rey C., et ál. (Colombia, 2015), donde encontraron que los individuos con trastorno disocial de inicio infantil (antes de los 10 años) presentaron un perfil más negativo de síntomas y dificultades asociadas a dicho trastorno (15). En nuestro trabajo se evidencia que los adolescentes (entre 12 a 17 años) fueron los que mostraron mayor tendencia a manifestar algún grado de riesgo de trastorno disocial, correspondiendo con estudios previos como uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre los adolescentes (13). No obstante, es imprescindible determinar con estudios más profundizados el inicio del trastorno en la población estudiada, puesto que es posible que lo hayan presentado desde una edad más temprana. En un estudio realizado por Turcas M. y Rondón M. (Cuba 2014),

caracterizaron el comportamiento del TD en la consulta médica en menores con este diagnóstico, donde se determinó la prevalencia de TD de comienzo en la adolescencia (79.3 %), el trastorno por déficit de atención (TDAH) como comorbilidad más frecuente (31 %) y los mismos provenientes de familias disfuncionales (65.5 %) (16).

Se ha descrito en varios trabajos que el trastorno disocial es predisponente al comportamiento delincinencial en un futuro, siendo a su vez el consumo de sustancias adictivas, como un factor de riesgo que impulsa a la realización de dichos actos. Evidenciamos que un 8,8% de la población estudiada, presenta un tipo de riesgo para la enfermedad y a la vez consume o ha consumido cualquier tipo de sustancias psicoactivas. En estudios anteriores se evidencia que un gran porcentaje de adolescentes con trastorno disocial tienen algún tipo de abuso o dependencia al alcohol o drogas (60%) (5, 17, 18).

El trastorno disocial suele estar relacionado con un ambiente psicosocial desfavorable; un factor influyente es el abandono del progenitor, ya sea por un corto tiempo o permanente, el cual concuerda con los estudios de Reynoso (México, 2016) donde la ocupación de padres y la asistencia de los niños a guarderías (la ausencia de padres) son significativos (7.8%). La no presencia de padres conlleva a la falta de reglas o disciplina en la vida del niño, constituyéndose de tal manera como factor de riesgo. El cual concuerda con los resultados obtenidos en nuestra investigación, donde el 35,3% de participantes que tuvieron abandono del progenitor, el 10,3% presentó algún tipo de riesgo de trastorno disocial (19).

Con respecto a los síntomas planteados en el cuestionario, el síntoma más frecuente que obtuvimos fue “Se queda fuera de la casa en la noche sin permiso” y “Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas” con un porcentaje del 29,4% y 22% respectivamente, similar a los resultados de Melendez Y. (2), donde uno de los síntomas más frecuentes fue quedarse fuera de la casa en la noche sin permiso con un 35,6%, al igual que Pineda D. donde permanecer por fuera de la casa durante la

noche sin el permiso de los ocurrió de manera ocasional en el 40% de los participantes y de manera persistente en el 10,5% (12).

Como limitación de nuestro estudio debemos considerar que el INABIF no cuenta con muchos centros de acopio en el departamento de Lambayeque, por lo cual, tuvimos una población muy circunscrita donde no se obtuvo un tamaño de muestra ideal, ello afectó la validez del estudio.

Sería conveniente realizar nuevas investigaciones a nivel nacional para abarcar a mayor población, con el fin de valorar el riesgo de trastorno disocial a tiempo.

## **V. CONCLUSIÓN**

El 19,1% de los niños y adolescentes de los centros de asistencia residencial del INABIF del departamento de Lambayeque en el año 2018, tuvieron riesgo de manifestar trastornos disociales de conducta.

Los adolescentes, el sexo femenino y el grado de instrucción primaria estuvieron asociados al trastorno disocial con una frecuencia de riesgo de 10,3%, 17,3% y 10,3% respectivamente; así como el abandono del progenitor con un 8,8% y el consumo de sustancias adictivas con un 10,3%. Estos datos tienen que ser corroborados clínicamente por un médico psiquiatra.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Los resultados fueron entregados a los responsables de cada centro, para que puedan tener presente la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y brindarles el tratamiento multidisciplinario que requieren aquellos niños y adolescentes que se perfilan a padecer trastornos disociales, con el fin de disminuir la probabilidad de que éstos jóvenes desarrollen en su vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad, que perjudicaría profundamente su inserción en la sociedad.

Habiéndose puesto en evidencia la existencia de TD en niños y adolescentes de los CAR del INABIF de Lambayeque, se podrían realizar estudios prospectivos en la intervención que se haría con los niños y adolescentes diagnosticados con trastorno disocial, tanto en los CAR del INABIF como en centros correccionales como el Centro Juvenil José Quiñones Gonzales, donde evaluaríamos la intervención realizada y la evolución del paciente. A su vez, se podría aplicar el cuestionario en centros educativos a fin de conocer el estado real de la enfermedad en los niños y adolescentes del departamento de Lambayeque.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vihang N. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(3): 220–223.
2. Meléndez, Y; et al. Disocial conduct in children and adolescents of Santiago de Toluco-Colombia. *Orbis. Scientific Journal Human Sciences* [Internet]. 2017 [Consultado 21 enero 2020]; 13(38): 73-85. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70953679006>
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
4. OMS | Adolescentes y salud mental [Internet]. WHO. [citado 28 de enero 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)
5. De la Peña-Olvera F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2003 [Citado 20 Enero 2020]; 45(1):124-131. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609516>
6. Rioseco P., Vicente B., Saldivia S., Cova F., Melipillán R., Rubi P. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley: Estudio caso-control. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2009 [citado 2020 Ene 22]; 47(3): 190-200. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000300003&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300003&lng=es).
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington [Internet] [citado 30 enero 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
8. Pelaz A, Autet A. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista española de pediatría* [Internet] 2015 [Consultado 30 enero 2020]; 71(2): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <https://medes.com/publication/100514>

9. Rubiales J, Bakker L, Russo D, & González R. Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Rev. CES Psicol [Internet]. 2016 [Consultado 30 enero 2020]; 9(2): [Aprox. 15p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423548400007>.
10. Hernández J., Hernández T., Zaldívar J, Páez Y. Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 24]; 21(5): 05-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942017000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500003&lng=es).
11. Pineda D, Puerta I, Arango C, Calad O, Villa M. Un cuestionario breve para el diagnóstico de Trastorno Disocial de la Conducta. Revista de Neurología 2000; 30:1145-1150.
12. Pineda D., Puerta I. Prevalencia estimada del Trastorno Disocial de la Conducta en adolescentes colombianos. Revista de Psiquiatría [Internet]. 2001 [Consultado 20 enero 2020]; 2 (07):612-618. Disponible en: <http://psiqu.com/1-1499>
13. Moral J., Ortiz H. Un Modelo Predictivo de Conducta Disocial por Análisis de Senderos. Anuario de Psicología Jurídica [Internet] 2011 [citado 20 enero 2020], 21: 27-40. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026314004>
14. Quiróz E (dir). Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes varones escolares del distrito de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo [Tesis] [Internet] 2009 [Consultado 20 enero 2020]. Disponible en: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/116/QuirozMurga\\_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/116/QuirozMurga_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Rey C., Monguí Z., Paitán L. Diferencias entre adolescentes con trastorno disocial de inicio infantil e inicio tardío. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2015 [citado 20 enero 2020]; 32(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5625>
16. Turcaz Romero M, Rondón Sed M. Trastorno disocial: comportamiento en un área de salud y propuesta de intervención biopsicosocial. Rev inf cient [Internet]. 2015



- [citado 2020 Ene 24]; 94(6). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/162>
17. Andrade J., Barbosa J., Lozada C. Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes colombianos. *Revista Internacional de Psicología* [Internet]. 2012 [citado 18 enero 2020]; 12(01). Disponible en: <<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/67>>
  18. Rabadán J., Giménez-Gualdo A. Detección e Intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Revista de la Facultad de Educación* [Internet]. 2012 [citado 30 diciembre 2019]; 15(2): 185-212. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70624504006>>
  19. Reynoso M., Soberanes I., León J., Castañeda O. Frecuencia de trastorno disocial en adolescentes que en su infancia asistieron a guarderías. *Aten Fam.* 2015; 22(3):87–91.
  20. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar [Internet] [20 enero 2020]. Disponible en: <https://www.inabif.gob.pe/portalweb/index.php>

## ANEXOS

### **Anexo 1. Cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para Trastorno Disocial de la conducta**

Por favor, responda el siguiente cuestionario de la manera más sincera posible. Señale con una "X" la respuesta que usted considere que ha presentado durante los últimos años y con qué frecuencia.

Nunca: **N**    Algunas Veces: **AV**    Frecuentemente: **F**    Siempre: **S**

Preguntas	Frecuencia			
	N	AV	F	S
1. ¿Intimida o amenaza a otras personas?	N	AV	F	S
2. ¿Ha provocado de manera intencional incendios?	N	AV	F	S
3. ¿Ha entrado violentamente a la casa o vehículos ajenos?	N	AV	F	S
4. ¿Se ha quedado fuera de la casa en la noche sin permiso?	N	AV	F	S
5. ¿Inicia las peleas y arremete física y mentalmente?	N	AV	F	S
6. ¿Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas?	N	AV	F	S
7. ¿Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos?	N	AV	F	S
8. ¿Se ha fugado o se ha escapado de la casa por más de 24 horas?	N	AV	F	S
9. ¿Utiliza armas y objetos que puedan hacer daño a otros?	N	AV	F	S
10. ¿Es cruel con las personas y les gusta hacerlas sufrir?	N	AV	F	S
11. ¿Roba objetos de valor cuando tienen la oportunidad de hacerlo?	N	AV	F	S
12. ¿Ha robado o atracado usando armas o amenazando a otros?	N	AV	F	S
13. ¿Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales?	N	AV	F	S
14. ¿Ha sido cruel con los animales y les gusta hacerlos sufrir?	N	AV	F	S

## Anexo 2. Ficha de características epidemiológicas

Estimado participante, te agradeceremos llenar y/o marcar con un aspa donde consideres necesario, la siguiente ficha se tendrá en cuenta para la consideración de los datos necesarios para el estudio.

Edad:

Sexo:

Femenino

Masculino

Grado de instrucción:

Primaria

Secundaria

No tengo estudios

¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas ?

Sí

No

¿A qué se dedican tus padres?

---

¿Alguna vez papá o mamá se han ido de casa por mucho tiempo?

Sí

No

¿Por cuánto tiempo?

---

### **Anexo 3. Ficha de consentimiento informado**

#### **Estudio: Frecuencia de riesgo de trastornos disociales en niños y adolescentes de los centros de atención residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.**

#### **Información al padre o responsable del menor**

Estimado padre de familia y/o responsable del menor, con la finalidad de detectar precozmente la existencia de un trastorno disocial (TD) en el niño y adolescente, invitamos al menor a participar voluntariamente de este estudio, el cual consiste en determinar frecuencia de riesgo de trastorno disocial en niños y adolescentes que se encuentran en los centros de atención Residencial del INABIF; identificaremos algunas características del paciente tales como sexo, edad, grado de instrucción, consumo de sustancias adictivas; luego procederemos a aplicar un test mediante el cual se determinara si existe o no TD, además se podrá detectar quienes están en riesgo de desarrollar dicho trastorno.

#### **Propósito del estudio**

El presente estudio permitirá detectar tempranamente la frecuencia de TD en los niños y adolescentes que se encuentran en los centros de atención Residencial del INABIF, siendo diagnosticado dicho trastorno, se podrá tener en cuenta el tratamiento oportuno que deben llevar estos pacientes como parte de su derecho a la salud, por lo cual se incentiva al Estado a que elabore un plan de acción mediante el cual se pueda identificar a más población vulnerable y así poder brindar un tratamiento adecuado. Solo así, se podrá evitar la evolución del TD hacia un trastorno de personalidad disocial en el adulto, el cual afecta gravemente el equilibrio en la sociedad.

#### **Procedimientos del estudio**

Si autoriza a su menor hijo(a) a participar del presente estudio, éste deberá responder una encuesta (ficha de recolección de datos) donde se han consignado algunas variables que consideraremos tales como datos personales, procedencia, ocupación de los padres, estrato socioeconómico; además de un test validado para el diagnóstico

de trastorno disocial en niños y adolescentes, se trata de un breve cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial que consta de 14 preguntas.

### **Beneficios**

A través de los resultados obtenidos, en caso que el menor sea diagnosticado con TD, estos serán entregados a los responsables de las instituciones para una evaluación médica pertinente; nuestro objetivo es que los pacientes diagnosticados con TD puedan recibir un tratamiento oportuno y no sean abandonados en su enfermedad.

### **Riesgos**

Los riesgos por participar en este estudio, son mínimos.

### **Confidencialidad**

Sólo los investigadores saben que usted está participando de este estudio.

### **Firma del consentimiento**

Usted entiende que su participación en el estudio es VOLUNTARIA. En cualquier momento puede retirar su consentimiento a participar en el estudio. Al firmar este consentimiento usted acepta permitir al investigador recoger la información que necesita. Además, recibirá una copia de este consentimiento informado que está firmando; aquí encontrará la información que le permita contactar al investigador y a su equipo de trabajo para cualquier inquietud.

### **Personas a contactar**

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los estudiantes responsables de la Investigación. Estudiantes de medicina: Franklin Romero Muñoz y Cinthya Samamé Ramírez, asesorados por el Dr. Jorge Luis Fernández Mogollón.

He leído la información brindada en el texto anterior y voluntariamente acepto participar en el estudio respondiendo al llenado de la ficha de recolección de datos, realizando los test descritos y permitiendo a los investigadores usar la información acerca de mí.

**Fecha .....**

**Nombre, DNI y firma del paciente o la persona que permite consentimiento**  
.....

**Firma del investigador .....**

## **Anexo 4. Ficha de consentimiento informado**

**Estudio: Frecuencia de riesgo de trastornos disociales en niños y adolescentes de los centros de atención residencial del INABIF en Lambayeque en el año 2018.**

### **Información al niño o adolescente**

Estimado participante, nuestros nombres son Franklin Romero Muñoz y Cinthia Samamé Ramírez y somos estudiantes de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la frecuencia en la detección de trastornos disociales y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

### **Propósito del estudio**

El presente estudio permitirá detectar tempranamente la frecuencia de riesgo de TD en los niños y adolescentes que se encuentran en los centros de atención Residencial del INABIF, siendo diagnosticado dicho trastorno, se podrá tener en cuenta el tratamiento oportuno que deben llevar estos pacientes como parte de su derecho a la salud, por lo cual se incentiva al Estado a que elabore un plan de acción mediante el cual se pueda identificar a más población vulnerable y así poder brindar un tratamiento adecuado. Solo así, se podrá evitar la evolución del TD hacia un trastorno de personalidad disocial en el adulto, el cual afecta gravemente el equilibrio en la sociedad.

## **Procedimientos del estudio**

Si usted acepta participar, deberá responder una encuesta (ficha de recolección de datos) donde se han consignado algunas variables que consideraremos tales como datos personales, procedencia, ocupación de los padres, estrato socioeconómico; además de un test validado para el diagnóstico de trastorno disocial en niños y adolescentes, se trata de un breve cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial que consta de 14 preguntas.

## **Beneficios**

A través de los resultados obtenidos, en caso que sean diagnosticados con TD, estos serán entregados a los responsables de las instituciones para una evaluación médica pertinente; nuestro objetivo es que los pacientes diagnosticados con TD puedan recibir un tratamiento oportuno y no sean abandonados en su enfermedad.

## **Riesgos**

Los riesgos por participar en este estudio, son mínimos.

## **Confidencialidad**

Sólo los investigadores saben que usted está participando de éste estudio.

## **Firma del asentimiento**

Usted entiende que su participación en el estudio es VOLUNTARIA. En cualquier momento puede retirar su asentimiento a participar en el estudio. Al firmar este consentimiento usted acepta permitir al investigador recoger la información que necesita. Además, recibirá una copia de este consentimiento informado que está firmando; aquí encontrará la información que le permita contactar al investigador y a su equipo de trabajo para cualquier inquietud.

## **Personas a contactar**

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los estudiantes responsables



de la Investigación. Estudiantes de medicina: Franklin Romero Muñoz y Cinthya Samamé Ramírez, asesorados por el Dr. Jorge Luis Fernández Mogollón.

He leído la información brindada en el texto anterior y voluntariamente acepto participar en el estudio respondiendo al llenado de la ficha de recolección de datos, realizando los test descritos y permitiendo a los investigadores usar la información acerca de mí.

**Fecha .....**

**Nombre, DNI y firma del niño o adolescente que acepta el asentimiento**  
.....

**Firma del investigador.....**