

**ARTÍCULO ORIGINAL****Trastorno disocial: comportamiento en un área de salud y propuesta de intervención biopsicosocial****Conduct disorder: behavior in an area of health and proposed biopsychosocial intervention**

Dra. Mayelín Turcaz Romero<sup>1</sup>, Dra. María del Carmen Rondón Sed<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Asistente. Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Asistente. Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno". Guantánamo. Cuba

---

**RESUMEN**

Se realizó un estudio en menores con trastorno disocial, en la consulta de psiquiatría infantil del Policlínico "4 de Abril", provincia Guantánamo, en el año 2014, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de esta enfermedad en dicho período. El universo de estudio está conformado por 29 menores atendidos en consulta, a los que se les aplica formulario y entrevista. Se estudiaron las variables: grupo de edad, sexo, etapa de comienzo, comorbilidad, funcionabilidad familiar, y tipo de escuela. Hubo predominio de pacientes con trastorno disocial del sexo masculino y del grupo de edad de 14 - 17 años. Las conductas negativas más frecuentes encontradas fueron: desobediencia, incumplimiento de deberes escolares y mitomanía. Prevalcieron los menores con trastorno disocial de inicio en la adolescencia y provenientes de familias disfuncionales. La comorbilidad más frecuente es el trastorno por déficit de atención y la mayoría se encontraban vinculados a escuela normal.

**Palabras clave:** trastorno disocial, comorbilidad, funcionabilidad

---

## ABSTRACT

A study was conducted in children with conduct disorder in child psychiatry consultation Polyclinic "April 4", Guantanamo province, in the year 2014, in order to characterize the behavior of the disease in that period. The study group consists of 29 children treated in consultation, which are applied forms and interviews. Variables are studied: Age group, sex, stage of onset, comorbidity, family functionality, and type of school. There was a predominance of male patients with conduct disorder and age group 14-17 years. The most frequently encountered problems were: disobedience, missed homework and mysticism. Children with conduct disorder in adolescence and start from dysfunctional families were the main problems. The most frequent comorbidity is attention deficit disorder and most were linked to regular school.

**Keywords:** conduct disorder, comorbidity, functionality

---

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad lidiar con los "desórdenes de conducta" que sufren niños y adolescentes, como es la dificultad para comportarse de manera estable en la sociedad, constituye un reto para todos, debido a su causa multifactorial y lo complejo de su intervención terapéutica. Su prevalencia se ha incrementado en las últimas décadas, y puede ser más elevada en los núcleos urbanos.<sup>1</sup>

El trastorno disocial se caracteriza por un patrón de comportamiento anormalmente agresivo o desafiante, que viola los derechos básicos de los otros o las normas sociales, más de lo que sería aceptable para la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en que vive.<sup>2,3</sup>

Hoy día las tasas varían en función de la población estudiada y los métodos de análisis: en varones con edad inferior a los 18 años, las tasas oscilan entre 6 y 16 %; y en hembras entre 2 y 9 %, por lo que constituye una de las condiciones frecuentes que se encuentran en consulta a diario, en mayor o menor grado en esta especialidad.<sup>2,4</sup>

Cuba, inmerso en esta crisis mundial de pérdida de valores, modernización y tecnologías avanzadas, no está exento a esta problemática. Estos trastornos con frecuencia están muy vinculados con actitudes incorrectas de los padres y prácticas inadecuadas de crianza,

factores hereditarios, enfermedad de los padres, medio ambiente familiar inadecuado, circunstancias ambientales y sociales, entre otros factores.<sup>4,5</sup>

Ante esta problemática el estado cubano tiene diseñada una estructura para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta en la infancia, donde participan diferentes organismos como el MININT, MINED, MINSAP y demás factores de la comunidad, por ser un problema que concierne a toda la sociedad; se considera que el conocimiento del mismo para poder prevenir, diagnosticar, y tratar estos trastornos es de gran importancia, si se tiene en cuenta que un gran número de ellos en la etapa adulta evolucionan hacia la depresión, conductas suicidas y delictivas, el alcohol, la droga y demás, por lo que se considera un problema de salud de gran envergadura, que constituye una amenaza para la vida, la salud, la felicidad de la familia y la sociedad toda.<sup>5-7</sup>

La importancia de los estudios descriptivos es indudable, solo a través de ellos es posible ir más allá de las impresiones clínicas y conocer objetivamente la forma en que un determinado trastorno se presenta en una población dada, debido a esto surge la motivación de este trabajo, y así conocer el comportamiento de esta entidad en el área de salud de San Justo, provincia Guantánamo, para juntos trabajar en la prevención y tratamiento de este flagelo social.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo en niños y adolescentes, atendidos con trastorno disocial en la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Policlínico "4 de Abril" de la provincia Guantánamo, en el año 2014, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de esta enfermedad en dicha área de salud, los mismos han sido enviados a consulta por el órgano de menores, por las escuelas o directamente por sus padres para su evaluación y seguimiento.

El universo de estudio está conformado por 29 menores atendidos por esta enfermedad en esta consulta, en dicho período.

Para recoger la información se les aplicó a los adolescentes seleccionados un formulario tipo cuestionario, anónimo y voluntario, confeccionado al efecto por la autora del trabajo, que incluyó las variables objeto de estudio, previo consentimiento informado, además de entrevistas clínicas para darle salida a las diferentes variables .

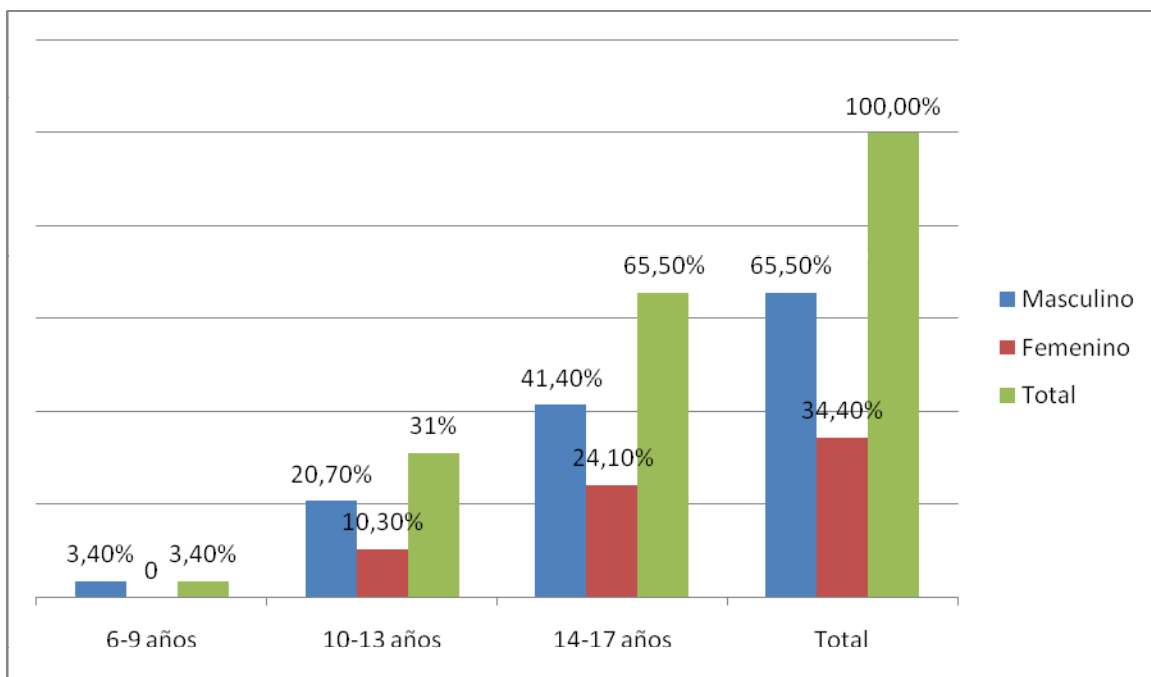
VARIABLES A ESTUDIAR:

- Grupo de edad.
- Sexo.
- Etapa de comienzo de los síntomas.
- Comorbilidad: Se tuvieron en cuenta las patologías asociadas más frecuentes.
- Funcionabilidad familiar: Según el Test de FF-SIL.
- Tipo de escuela donde estudian.

## RESULTADOS

En el Gráfico 1 se muestra la distribución de los menores atendidos con trastorno disocial según edad y sexo, donde se observa predominio de pacientes del sexo masculino (65.5 %) y del grupo de edad de 14-17 años (65.5 %) respectivamente.

**Gráfico 1.** Distribución de menores con trastorno disocial según edad y sexo

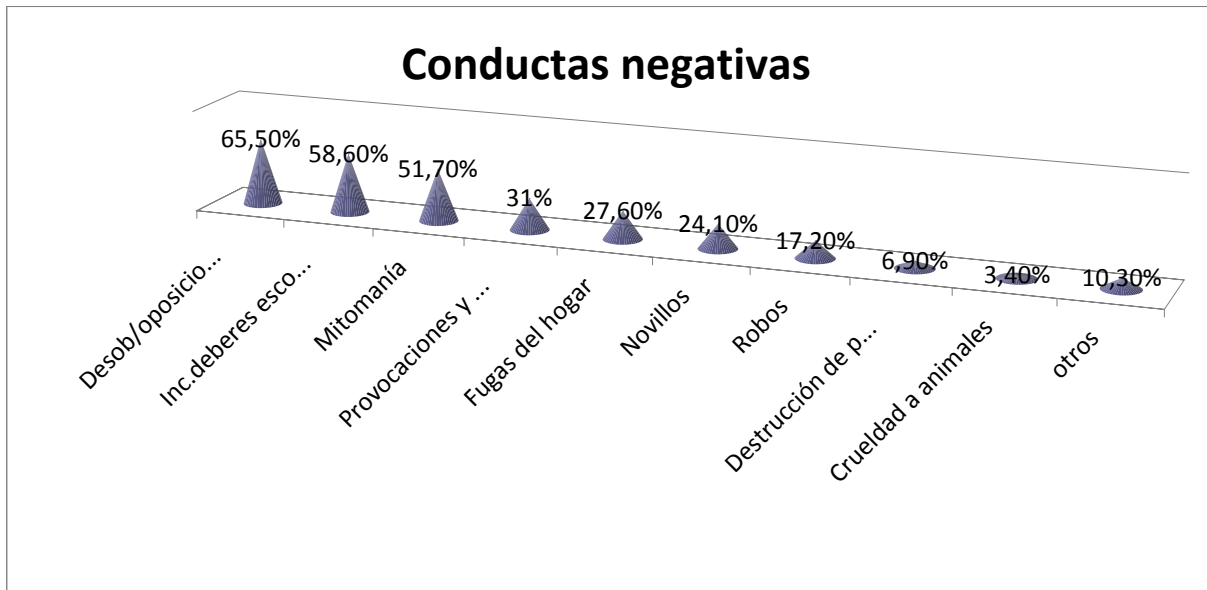


Fuente: formulario.

n=29

En el Gráfico 2 se pueden apreciar las conductas negativas más frecuentes que presentaron estos menores, donde se encontró un predominio de la desobediencia/oposicionismo (65.5 %), seguido del incumplimiento de los deberes escolares y la mitomanía.

**Gráfico 2.** Distribución de menores con trastorno disocial según conductas negativas más frecuentes



Fuente: formulario y entrevista

n=29

En el Tabla 1 se aprecian algunos factores biopsicofamiliares, donde prevalecen los menores con trastorno disocial 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 %), respectivamente.

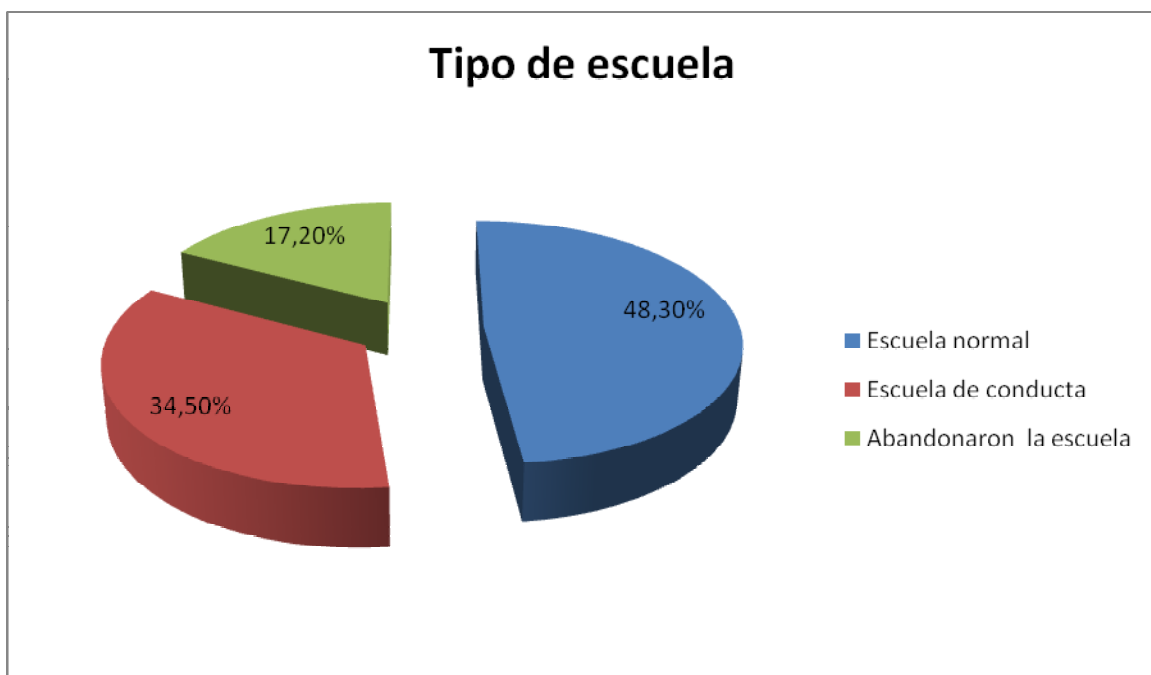
**Tabla 1.** Distribución de menores con trastorno disocial según algunos factores biopsicofamiliares identificados

Características		No.	%
Etapa de comienzo	• Inicio infantil	6	20.7
	• Inicio en adolescencia	23	79.3
Comorbilidad	• TDAH	9	31.0
	• C.I. limítrofe	7	24.1
	• Conducta suicida	5	17.2
	• Trastornos de adaptac.	4	13.8
	• otros	2	6.9
Funcionabilidad familiar	• Funcional	2	6.9
	• Moderadam. funcional	8	27.6
	• Disfuncional	19	65.5

Fuente: formulario y entrevista

n=29

En el Gráfico 3 se muestra una distribución de estos pacientes según la escuela a las que se encuentran vinculados, donde predominan los menores que estudian en escuela normal.

**Gráfico 3.** Distribución de menores con trastorno disocial según tipo de escuela donde estudian

Fuente: formulario y entrevista n=29

## Propuesta de intervención biopsicosocial

<u>Qué</u>	<u>Cómo</u>	<u>Cuándo</u>	<u>Dónde</u>	<u>A quiénes</u>	<u>Quién</u>
<i>NIVEL ESCOLAR</i>					
Actividades de promoción/ prevención	Distribuir materiales de promoción sobre estilos de vida sanos y conductas positivas. Charlas educativas sobre: adolescencia, sexualidad, comunicación, autoestima, estilos de vida sanos, valores positivos.	Trimestralmente	Escuelas primarias y secundarias del área.	Profesores y estudiantes.	Promotores de Salud y ESM
Actividades de participación grupal	Desarrollar actividades recreativas, festivales deportivos, galas culturales, concursos donde se representen dramatizados, canciones, pintura y poesías que promuevan valores humanos y de comportamiento adecuado, donde se vinculen todos los menores con conducta inadecuada.	Mensual	Escuelas primarias y secundarias del área.	Estudiantes y profesores.	INDER, Cultura, Dirección de la escuela  Promotores de salud,

*NIVEL FAMILIAR*

Actividades de promoción/prevención.	Charlas educativas sobre: comunicación, actitudes adecuadas de crianza, valores positivos, adolescencia, estilos de vida sanos.	Semestral	En los hogares y en los barrios.	Integrantes del núcleo familiar.	Integrantes del ESM, Médicos y enfermeras de la familia.
Actividades participativas y de intervención	Grupos de padres, psicoterapia y dinámicas de familia.	Según modalidad de intervención en cada caso.	Hogares y policlínicos	Familiares de menores con T.D.	Psiquiatra psicólogo y enfermera del ESM

*NIVEL INDIVIDUAL*

Actividades de asistencia	Dispensarización, psicoterapia individual y grupal, tratamiento farmacológico y terreno según c/caso. Visitas a pacientes institucionalizados.	Según modalidad de intervención en c/caso.	Consultas, hogar e instituciones.	Menores con T.D.	Psiquiatra psicólogo y enfermera del ESM.
---------------------------	--	--	-----------------------------------	------------------	---

*NIVEL COMUNITARIO*

Actividades de promoción/prevención	Coordinar con los medios de difusión locales : periódicos, radio y T.V. para divulgar temas relacionados	Trimestral	Emisora, T.V y Periódico local.	Comunidad en general	Grupo de Salud Mental, y Promotores de Salud
Actividades de participación e intervención comunitaria	Desarrollar actividades recreativas que promuevan estilos de vida saludables. Desarrollo de festivales deportivos y galas culturales barriales donde se representen temas afines.	Trimestral	Lugares públicos de la comunidad (parques, plazuelas, áreas deportivas.	Menores y familiares.	INDER, Cultura, CDR, FMC, Org. de Menores, líderes de la com. Promotores de salud



## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en cuanto al predominio del sexo masculino, se piensa estén relacionados, con factores históricos sociales y estereotipos aprendidos que enseñan al varón a mantener conductas totalmente machistas, por encima de las hembras, que los hace propensos a cometer acciones agresivas, de rebeldía y violencia para reafirmar su masculinidad. En cuanto a la edad, a medida que avanzan los menores hacia la edad de la adolescencia, aparecen conductas ruidosas y comportamientos disruptivos como parte del proceso de cambios que experimentan en esta etapa, que unido a múltiples factores pueden terminar en conductas desviadas con sus diferentes manifestaciones, coincidiendo con otras investigaciones.<sup>6-9</sup>

En esta etapa asumen conductas negativas, lo cual pudiera explicarse por el predominio del trastorno en la etapa de la adolescencia, como se vio anteriormente, donde estos en su afán de lucha por su autonomía, enfrentamiento y emancipación de los padres, llamadas de atención en el grupo, buscan nuevas formas de actuar y de sentir muchas veces negativas, y es frecuente en ellos ver estas manifestaciones, lo cual coincide con la literatura revisada.<sup>1,10-12</sup>

En la mayoría de la literatura revisada se encontró el TDAH, como comorbilidad del trastorno disocial, ya que estos niños, además de sus síntomas de hiperactividad/impulsividad, experimentan un patrón de conducta desorganizado y desadaptativo en sí mismos que, unido a otros factores, conllevan muchas veces a una evolución tórpida y a la aparición de conductas disruptivas en la adolescencia. Al igual que muchos autores coinciden en que provienen de hogares muy disfuncionales, donde predominan inadecuados patrones de crianza, conductas desajustadas en los adultos del hogar, dificultades en la comunicación que propician la aparición de estos comportamientos.<sup>5,9,13,14</sup>

El tipo de conductas negativas encontradas en este estudio, no son de las más graves y se utilizan otras modalidades de tratamiento para estos menores, dejando el traslado a escuela de conducta, los comportamientos más graves y estables en el tiempo.<sup>9,11,15</sup>

## CONCLUSIONES

- Predominaron con trastorno disocial, los menores del sexo masculino y el grupo de edad de 14-17 años.

- Las conductas negativas más frecuentes encontradas fueron la desobediencia/oposicionismo, el incumplimiento de deberes escolares y la mitomanía.
- Dentro de los factores biopsicosociales estudiados, prevalecieron los menores con trastorno disocial de inicio en la adolescencia, la comorbilidad más frecuente fue el TDAH y predominaron las familias disfuncionales.
- La mayoría de los pacientes en el momento del estudio, se encontraban vinculados a escuela normal (primaria o secundaria).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escalante de la Hidalga F, López Orozco R. En: Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes. México: editorial Asesor Pedagógico; 2002.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. 4ª ed. Washington; 2005.p. 107-118.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5ªed. Washington; 2013.p.472-480.
4. Ravelo Pérez V. Trastorno disocial en niños y adolescentes. En: Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p. 227-232.
5. Martínez Gómez C. Salud familiar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2012.p. 293-299.
6. Pérez González E, Rondón García I. Violencia, Familia y Género: Reflexiones para la investigación y acciones preventivas. Sexología y Sociedad [Internet]. 2004 [citado 25 mar 2014]; 10(26):38- 43. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/288/346>
7. Gutiérrez Baró E. Adolescencia y juventud: concepto y características. En: Toxicomanía y adolescencia. Realidades y consecuencias. La Habana: Editorial científico – técnica; 2006.p.1-11.
8. Fundación CADAH. Comorbilidades del TDAH [Actualizado 2012; Citado 18 jul 2015]. Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/comorbilidades-del-tdah.html>
9. Hervás Zúñiga A, Durán Forteza O. El TDAH y su comorbilidad. Pediatr Integral [Internet].2014 [citado 16 jul 2015]; XVIII (9): 643-654. Disponible en: <http://www.pediatrintegral.es/publicacion-2014-11/el-tdah-y-su-comorbilidad/>
10. González Pagés J. Masculinidad y violencia. En: Macho Varón Masculino: Estudio de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la mujer; 2010.p. 35-55.

11. Gómez Alí Y. Caracterización de niños y adolescentes. Escuela especial "Alberto Arcos Luques. Las Tunas, 2011. La Habana: V Congreso Panamericano de Salud mental Infanto- Juvenil. La Habana; 2012.
12. Villar Cabrera C. Trastorno del comportamiento en la etapa infanto-juvenil del centro comunitario de salud mental. Niquero, 2011. La Habana: V Congreso Panamericano de Salud mental Infanto- Juvenil; 2012.
13. González Martínez D. Trastorno disocial en adolescentes: Estrategia de intervención psicoterapéutica. La Habana: V Congreso Panamericano de Salud mental Infanto- Juvenil; 2012.
14. Kaplan I, Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. 7ª ed. New York: Willians and Wilkins; 2000.p. 2249-2247.
15. Quintana Mendoza J. Delito y sociedad, algunas consideraciones. En: Psicología clínica: Temas escogidos. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2009.p. 73-77.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Ravelo García A. Como educar a los hijos sin equivocarse tanto. La Habana: Editorial José Martí; 2009.p. 38-59.
2. Guibert Reyes. Consejos prácticos a los padres que crían, educan y viven con niños y adolescentes. En: Aprender, enseñar y vivir es la clave. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2006. p. 178-193.
3. Haquin F, Jarraguibel G, Cabezas A. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev Chil Pediatr [Internet].2004 [Citado 25 mar 2014]; 75(5): 425-33. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci_arttext)
4. Domínguez LG. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial científico-Técnica; 2006.

**Recibido:** 23 de marzo de 2015

**Aprobado:** 22 de julio de 2015

**Dra. Mayelín Turcaz Romero.** Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba. **Email:** [mturcaz@infosol.gtm.sld.cu](mailto:mturcaz@infosol.gtm.sld.cu)