

Artículo original

Estudio exploratorio del trastorno disocial en la población infantil que asiste a terapia en el Instituto de la Comunicación Humana

Elizabeth Zambrano Sánchez,* José Antonio Mora Tapia**

Resumen

AANTECEDENTES

El trastorno disocial es un patrón de conducta repetitivo y persistente que implica la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales fundamentales apropiadas para la edad del paciente.

OBJETIVO

Conocer el porcentaje de pacientes con trastorno disocial y la duración del tratamiento a partir del diagnóstico de trastorno disocial.

PACIENTES

Muestra aleatoria de 129 sujetos. Se aplicó cuestionario preliminar a los padres de familia.

MÉTODOS

Estudio exploratorio, prospectivo y transversal efectuado con una muestra aleatoria de 129 pacientes que asistían a terapia al Instituto Nacional de Rehabilitación a cuyos padres se aplicó un cuestionario que permite identificar el trastorno disocial (DSM-IV).

RESULTADOS

Se estudiaron 129 pacientes de entre 4 y 11 años de edad (94 del sexo masculino [64.8%] y 35 del femenino [35.2%]). Del total, 78 pacientes (53.79%) tuvieron trastorno disocial: 35.8% hombres y 17.9% mujeres. De las conductas que identifican al trastorno disocial, la más frecuente fue la discusión con los adultos (89.7%), seguida por el desafío grave y frecuente a los requerimientos y órdenes de los adultos (80.8%). La duración del tratamiento, a partir del diagnóstico, fue de 7 a 12 meses.

Abstract

BACKGROUND

Dissocial dysfunction is a repetitive and persistent behavior pattern that conducts to the rest of the people basic rights and suitable basic social rules infringement.

OBJECTIVE

To know dissocial dysfunction percent and its treatment length from dissocial dysfunction diagnosis.

PATIENTS

A random sample of 129 fellows was studied, and it was applied a questionnaire to them parents.

METHODS

The questionnaire was used to identify fellows that according to them parents present dissocial dysfunction. Fellows were classified with and without dissocial dysfunction according to DSM-IV definition and its ten approaches.

RESULTS

Study in 129 patients between 4 and 11 years old (94 male [64.8%] y 35 female [35.2%]). From total, 78 patients (53.79%) had dissocial dysfunction: 35.8% male and 17.9% female. Most frequent behavior, from which characterize this pathology, was adult arguing (89.7%), followed by severe and frequent dare to adult orders and requests (80.8%). Treatment length, from diagnosis, was between 7 to 12 months.

* Investigación sociomédica.

** Coordinación de terapia.

Instituto Nacional de Rehabilitación

Correspondencia: Psic. Elizabeth Zambrano Sánchez. Laboratorio de investigación sociomédica. Instituto Nacional de Rehabilitación. Calzada México-Xochimilco núm. 289, colonia Arenal de Guadalupe, CP 14389, México, DF. Tel. 5999-1000, ext. 19311.

E-mail: ezambrano@inr.gob.mx

CONCLUSIONES

El trastorno disocial es un padecimiento que afecta en forma determinante el aprendizaje de los niños. Las familias de niños con este padecimiento necesitan ayuda para comprender los alcances de esta afección y aprender a convivir en armonía con ellos. Los niños con este trastorno deben recibir servicios congruentes con sus necesidades individuales.

Palabras clave:

trastorno disocial, trastornos del aprendizaje, problemas de conducta, conductas reforzadas.

Introducción

Muchas dificultades de los niños con retardo en el aprendizaje podrían explicarse no sólo por su condición natural, sino por la educación que les inculca el entorno familiar, que refuerza cotidianamente determinadas conductas.

De acuerdo con Bacwin Harry (1979), las principales causas de los problemas para el aprendizaje escolar son: factores intelectuales, retardo mental, trastornos cognitivos de lenguaje, problemas emocionales, problemas de conducta, defectos físicos, visuales o auditivos, enfermedades crónicas y actividades de tipo ocupacional fuera del hogar.

Los problemas infantiles de aprendizaje pueden ser de dos tipos:

Compulsión o sobreatención: mantienen su interés en una sola cosa durante mucho tiempo, y no atienden otros estímulos importantes para el desarrollo de una tarea.

Distractibilidad impulsiva o baja atención: centran su interés por poco tiempo en una cosa y luego pasan rápidamente su atención a otra.

Los problemas de aprendizaje infantil pueden determinar el desarrollo de futuros desórdenes de conducta, personalidad antisocial o depresión.¹

Numerosos autores (Schaffer, 1977 y 1993; Bruner, 1977; Bronfenbrenner, 1987; Wertsch, 1979 y 1988; Kaye, 1986; Rogoff, 1990; Coll y colaboradores, 1992) señalan la naturaleza social del desarrollo humano. Opinan que una alteración de conducta que afecta considerablemente el aprendizaje en la población escolar es el trastorno disocial, mismo que, por sus características pronósticas, contribuye a la comprensión de posteriores trastornos de la personalidad.²

El catálogo DSM-IV define al trastorno disocial como “el patrón de conducta repetitivo y persistente que implica la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente”. La duración

CONCLUSIONS

These elements allow identifying the dissocial dysfunction as a suffering that affects in decisive form children's learning. Families with dysfunctional children need help to understand the condition and to learn how to work successfully with them. These children should receive services based on individual necessities.

Key words:

dissocial dysfunction, learning dysfunction, behavioral disorder, reinforced behavior.

debe ser al menos de seis meses, durante los cuales el infante manifiesta algunos de los siguientes síntomas:

- a) Rabieta excepcionalmente frecuentes y graves para su edad y desarrollo.
- b) Frecuentes discusiones con los adultos.
- c) Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
- d) A menudo hacer cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
- e) Con frecuencia, culpar a otros de sus faltas o de su mala conducta.
- f) Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
- g) A menudo está enfadado o resentido.
- h) Muestra carácter rencoroso y vengativo.
- i) Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
- j) Inicia con frecuencia peleas físicas.³

La investigación parte del supuesto de que los sujetos diagnosticados con trastorno disocial permanecen mayor tiempo en terapia.

Para tal efecto, los propósitos de la investigación fueron:

- Diagnosticar a los sujetos con trastorno disocial.
- Conocer el tiempo que han permanecido en terapia en relación con el diagnóstico de trastorno disocial.

Antecedentes

Un estudio realizado en el año 2000 en la Universidad Los Libertadores, de Bogotá, Colombia, denominado “Programa de intervención en niños con trastorno disocial de la personalidad”, realizado por Espinosa A. y Laverde D.,⁴ desarrolló y evaluó un programa de prevención secundaria dirigido a niños y niñas con indicadores de trastorno disocial y a sus padres y maestros. La muestra constó de 18 niños, 11 maestros y 9 familias, seleccionados de un sondeo previo. Se hallaron altos

índices de agresión, delincuencia y crueldad, que disminuyeron tras la intervención de los especialistas.

La comparación entre la primera y segunda evaluaciones de la lista mostró reducción de demostraciones agresivas, como: fanfarronear, amenazar o intimidar, iniciar peleas físicas o ejercer crueldad física; además, disminuyeron los actos delincuenciales como fraude, robo o violaciones graves a las normas.

Es claro que el trastorno disocial en gran medida es favorecido por el desajuste del medio social, familiar y escolar. Esto lleva a concluir que cualquier intervención con propósitos como los de esta investigación habrá de involucrar a padres, madres, maestros y niños.

Pineda Salazar y Puerta Loera estructuraron un cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años.⁵ Su propósito fue estandarizar y establecer la validez estructural de las dimensiones de un cuestionario de autoinforme para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta en adolescentes.

Se seleccionaron mediante sorteo 190 sujetos entre 12 y 16 años de edad, de sexo masculino, y se les aplicó un cuestionario cuantitativo de autoinforme, basado en los criterios del catálogo DSM-IV para síntomas de trastorno disocial de la conducta.

Las puntuaciones obtenidas permitieron determinar la existencia y distribución de los síntomas de trastorno disocial en la población de adolescentes normales. El coeficiente alfa obtenido fue 0.86 para 14 ítems. Se encontraron tres factores estables para 11 ítems que explicaron la variabilidad de 53.9% en el cuestionario: el primero fue violación a las normas y explicó 32.9% de la variabilidad, el segundo fue violencia y explicó 10.9%, el tercer factor fue crueldad y explicó 10.1% de la estructura (*goodness-of-fit* $\chi^2 = 34.6$; gl 25; $p = 0.09$). Una conclusión fue que el cuestionario cuantitativo de autoinforme para el trastorno disocial tiene consistencia interna y estructura multidimensional sólida que permiten su uso en estudios clínicos y epidemiológicos con adolescentes.

Asimismo, Pineda Salazar y Puerta Loera realizaron una investigación denominada “Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes, usando un cuestionario de diagnóstico epidemiológico”,⁶ para el cual se seleccionaron al azar 190 adolescentes, escolarizados, entre 12 y 16 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos de Medellín, Colombia. Se les aplicó un cuestionario cuantitativo de autoinforme basado en los síntomas del criterio A del DSM-IV para trastorno disocial de conducta.

Los síntomas de trastorno disocial más frecuentes fueron: permanecer fuera de casa por la noche (10.5%), ser cruel con los animales (8.4%), ser cruel con las personas (7.4%), entrar violentamente en la casa o el automóvil de otros (7.3%) y usar armas para herir a otros (6.9%). La prevalencia de probable trastorno disocial fue de 13.7%, la de CAA fue de 56.8% y la

de trastorno disocial, de 8.4%. No se encontraron diferencias significativas entre estratos socioeconómicos. La conclusión de este ejercicio es que el trastorno disocial se manifiesta en 8.4% de los adolescentes estudiados, independientemente de su estrato socioeconómico.

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio denominado “Prevalencia del retardo mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta”⁷ que tuvo el propósito de estimar la prevalencia del retardo mental en adolescentes infractores colombianos con trastorno disocial, utilizando la escala de inteligencia de Wechsler.

Se seleccionaron al azar 106 adolescentes pertenecientes a instituciones de rehabilitación para el menor infractor, de 12 a 16 años de edad, en Medellín, Colombia.

Se concluyó que 43 participantes (40.6%) tenían CIT < 70 y, por lo tanto, podrían incluirse en la categoría de retardo mental leve; 34 infractores (32.1%) tenían CIT entre 70 y 84, por lo que se clasificaron como de funcionamiento intelectual límite; sólo 29 jóvenes (27.4%) tuvieron CIT superior a 85. La conclusión fue que 72.7% de estos adolescentes infractores institucionalizados y con trastorno disocial tenían funcionamiento intelectual deficiente, lo que podría limitar el éxito de su programa de reeducación.

Material y método

Estudio exploratorio, prospectivo y transversal.⁸ Se estudió una muestra aleatoria de 129 sujetos que asistían a terapia en el Instituto de la Comunicación Humana; se aplicó un cuestionario preliminar a sus padres.

El cuestionario se realizó sobre la base de 10 conductas que identifican el trastorno disocial de acuerdo con el DSM-IV.

- 1) Rabieta excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
- 2) Frecuentes discusiones con los adultos.
- 3) Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
- 4) A menudo, hacer cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
- 5) Con frecuencia, culpar a otros de sus faltas o de su mala conducta.
- 6) Ser quisquilloso y molestarse fácilmente con los demás.
- 7) A menudo, estar enfadado o resentido.
- 8) Tener carácter rencoroso y vengativo.
- 9) Mentir con frecuencia y romper promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
- 10) Iniciar con frecuencia peleas físicas.

Se preguntó a los padres si los jóvenes mostraban estas conductas y con qué frecuencia. Se clasificó a la población

en dos grupos: con y sin trastorno disocial. Hubo dos sujetos que, en opinión de sus padres, mostraron más de seis de las anteriores conductas durante al menos seis meses. Se identificaron las conductas más frecuentes y se catalogaron en nueve tipos: retardo lectográfico afásico, retardo de lenguaje afásico-anártrico, retardo lectográfico gnósico-práxico, retardo lectográfico, retardo de lenguaje afásico, retardo de lenguaje, retardo de lenguaje anártrico, retardo lectográfico afásico gnósico-práxico y retardo lectográfico anártrico-afásico.⁹

También se agrupó a la población con respecto al tiempo en terapia, en siete intervalos: 1-6 meses, 7-12 meses, 13-19 meses, 20-26 meses, 27-33 meses, 34-40 meses y 41-47 meses.

Del expediente clínico se obtuvieron datos relativos a edad, sexo, diagnóstico clínico y tiempo en terapia.

Resultados

Se estudió una muestra aleatoria de 129 sujetos, 94 del sexo masculino (64.8%) y 35 mujeres (35.2%). El rango de edad estuvo entre 4 y 11 años para ambos sexos. La mayoría de la población se concentró en la edad de ocho años para ambos sexos, con 37 sujetos (25.5%), seguidos por los de nueve años, con 24 sujetos (16.5%); con 7.4 ± 1.96 (media + DE).

En cuanto a las 10 conductas que identifican el trastorno disocial, se encontró lo siguiente:

1) Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño (41.3% hombres y 58.6% mujeres).

2) Frecuentes discusiones con los adultos (62% hombres y 37.9 mujeres).

3) Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos (56% hombres y 44% mujeres).

4) A menudo, hacer cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada (33% hombres, 66% mujeres).

5) Con frecuencia, culpar a otros de sus faltas o de su mala conducta (33% hombres, 66% mujeres).

6) Ser quisquilloso y molestarse fácilmente con los demás (51% hombres y 49% mujeres).

7) A menudo, estar enfadado o resentido (40% hombres, 60% mujeres).

8) Tener carácter rencoroso y vengativo (21% hombres, 78% mujeres).

9) Mentir con frecuencia y romper promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones. Conducta de 50% en ambos sexos.

10) Iniciar con frecuencia peleas físicas (12% hombres, 58% mujeres).

Para el sexo masculino, las conductas realizadas por mayor porcentaje fueron la 2 (discutir), 3 (desafiar), 6 (ser quisqui-

lloso), 9 (mentir) y 1 (hacer rabietas). Para el sexo femenino fueron la 8 (mostrar rencor), 4 (molestar) 5 (culpar), 1 (hacer rabietas), 10 (iniciar peleas) y 7 (enfadarse).

Las 10 conductas se observaron en un periodo de seis meses.

En cuanto a la edad, 7 de 10 de las anteriores conductas fueron manifestadas por ambos sexos en edades de 7 y 8 años.

En cuanto al diagnóstico por sexo, se identificaron nueve variantes con los siguientes porcentajes: retardo lectográfico afásico 13.1%, retardo de lenguaje afásico-anártrico 6.8%, retardo lectográfico gnósico-práxico 21.3%, retardo lectográfico 11.7%, retardo de lenguaje afásico 4.1%, retardo de lenguaje 7.5%, retardo de lenguaje anártrico 15.1%, retardo lectográfico afásico gnósico-práxico 15.8%, retardo lectográfico anártrico-afásico 4.1%.

En los hombres, se concentró mayor población con retardo lectográfico gnósico-práxico, con 14%; en mujeres, el retardo de lenguaje anártrico reunió 10%.

Del total, 78 sujetos (53.79%) tuvieron trastorno disocial. De aquí, 35.86% fueron hombres y 17.93%, mujeres.

Con respecto a las conductas que identifican al trastorno disocial, las que tuvieron mayor frecuencia fueron: discutir con los adultos, 89.7%; desafiar grave y frecuentemente los requerimientos y órdenes de los adultos, 80.8%; ser quisquilloso y molestarse fácilmente con los demás, 73.3%; estar enfadado o resentido a menudo, 62.8%; hacer con frecuencia rabietas excepcionalmente graves para la edad y el desarrollo del niño, 61.5%.

Acerca del tiempo que la población había estado en terapia y la variable "con y sin trastorno", la mayoría (22.05%) se concentró en el periodo de 7 a 12 meses, seguida por 15.17% correspondiente al intervalo 1-6 meses.

Respecto al diagnóstico y la variable "con trastorno", el mayor porcentaje (17.24%) fue de población diagnóstica con retardo lectográfico gnósico-práxico, seguida por 16.55% con diagnóstico de retardo lectográfico afásico gnósico-práxico.

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio permiten comprender la importancia del trastorno disocial como un padecimiento que afecta en forma determinante el aprendizaje en los niños, así como las implicaciones familiares, escolares y sociales. Estudios realizados en Colombia muestran una relación entre (antecedentes de) violencia y la alta prevalencia de trastorno disocial y trastorno antisocial de la personalidad, lo que refleja claramente la continuidad entre la violencia infantil y la del adulto, en muchos casos con origen social previsible y por tanto sujeto a normas de prevención.¹⁰

Un programa de intervención en niños con trastorno disocial encontró que luego de aplicarlo disminuyeron

los indicadores de trastorno disocial en niños cuyos padres y madres aceptaron un compromiso en el proceso de cambio; además, hubo progreso en las relaciones intrafamiliares.¹¹

Durante el desarrollo del programa se hallaron casos de hiperactividad con y sin problemas de atención, así como mucha agresividad por parte de los infantes (principal queja de los profesores). Se concluye que las familias de niños con trastorno disocial necesitan ayuda para comprender la condición del menor y aprender a trabajar efectivamente con ellos; puedan recibir ayuda de psiquiatras, psicólogos u otros profesionales en salud mental. Estos niños deben recibir servicios congruentes con sus necesidades individuales. Es importante coordinar todos los servicios entre hogar, escuela y comunidad terapéutica, manteniendo abiertas las vías de comunicación.

Referencias

1. Montero M. Psicología. Caracas: Kapelusz Venezolana, 1984.
2. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós, 1987.
3. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson.
4. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós, 1987.
5. Campell D, Stanley J. Diseño experimental y cuasiexperimental en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1978.
6. Lippincott DV. La enseñanza y el aprendizaje en la escuela primaria. México: Santillana, 1982;p:231.
7. Puerta Lopera IC, Martínez J, Pineda DA. Prevalencia del retardo mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. Rev Neurol 2002;35:1014-18.
8. Bárcenas G. Instrumentos de investigación. México: Editores Mexicanos Unidos, 1981.
9. Azcoaga J. Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós, 1987.
10. Espinosa A. Programa de intervención en niños con trastorno disocial de la personalidad. Bogotá: Universidad Los Libertadores, 2001.
11. Espinosa A. Programa de intervención en niños con trastorno disocial de la personalidad. Bogotá: Universidad Los Libertadores, 2001;p:2.