

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS EN HOLGUÍN.**

**“MARIANA GRAJALES COELLO”**



**TÍTULO: Estrategia de intervención en adolescentes con trastornos disociales, Frank País García, septiembre 2017-abril 2018**

**AUTOR: Dr Ever Javier Brown Vidiaux**

**Residente de 2do año en Medicina General Integral.**

**TUTORA: Dra. Liudmila Sanregré Rodríguez.**

**Especialista en primer grado en Medicina General Integral**

**Especialista en primer grado en Psiquiatría Infantil.**

**Profesora asistente**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**HOLGUÍN-2018**

## *PENSAMIENTO*

*‘ ‘En prever está todo el arte de salvar’ ‘.*

*José Martí.*



## **Resumen**

Se realizó un estudio de investigación acción participativa con metodología de tipo cuali-cuantitativa en adolescentes que presentaron trastornos de conducta en el período de septiembre 2017-abril del 2018, procedentes del municipio Frank País, con el objetivo de mejorar la adaptación social de los adolescentes con trastornos disociales, el universo de estudio estuvo constituido por 51 adolescentes con esta conducta, constituyeron la muestra 13 que cumplieron los criterios de inclusión. En el estudio se evaluaron las variables: sexo, edad, escolaridad, principales síntomas y diagnóstico psiquiátrico. Se diseñó, validó y aplicó la estrategia de intervención para adolescentes, sus familias y profesores. Al analizar la edad de los adolescentes objeto de estudio se observó que predominó el grupo etáreo de 14 a 15 años, seguido por el grupo de 12 a 13 años. La mayoría de los adolescentes con trastorno disocial pertenecían al sexo masculino y cursaban el 9no grado, los síntomas más frecuentes encontrados: ansiedad, impulsividad y baja tolerancia a las frustraciones, el trastorno por déficit de atención fue la comorbilidad más frecuente. La implementación psicoterapéutica, logró modificar pensamientos, actitudes, comportamientos lo que proporcionó fortalecer mecanismos para afrontar los problemas de los adolescentes y una mejor adaptación social. Los resultados se mostraron en tablas para su mejor comprensión. Se emitieron conclusiones y recomendaciones.

# *ÍNDICE*

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	8
OBJETIVOS.....	14
MÉTODO.....	15
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

Los llamados trastornos disociales, antes trastornos de conducta, están adquiriendo en el mundo occidental un carácter de epidemia, convirtiéndose en un problema serio entre la infancia y la adolescencia. Mientras escribían estas líneas todavía pesaba sobre el ambiente el caso de los niños de Gran Bretaña, que a sus diez años, secuestraron y mataron a un pequeño de dos años y medio. No todos los casos llegan a estos extremos pero los niños y jóvenes con trastornos disociales tienen como característica esencial un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros, o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto (1).

Es evidente que dentro de este concepto se incluye una amplia gama de comportamientos como agresiones físicas, crueldad con animales, mentiras, robos, desobediencias, fugas del hogar, provocaciones de fuegos, abusos de drogas, amenazas, asaltos, vandalismo, violaciones sexuales y homicidios, todos tienen en común un cierto carácter antisocial y una dimensión agresiva. Se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple maldad infantil o la rebeldía adolescente (2).

Este trastorno se caracteriza porque perturba y preocupa más a las personas que rodean al niño o al adolescente que a él mismo, respondiendo mal tanto a los premios como a los castigos, manteniéndose de forma reiterada en el hogar, la escuela, la comunidad y puede presentarse como entidad psiquiátrica aislada o bien formar parte de otros trastornos mentales, como los psicóticos, cuadros delirantes, trastornos del estado de ánimo y lesiones cerebrales.

Un acto aislado no es suficiente para realizar el diagnóstico, por lo que se considera importante tener en cuenta los criterios estrictos establecidos por la Organización Mundial de la Salud y “no etiquetar” de forma indiscriminada

incrementando la lista que favorecen el mal pronóstico y el carácter peyorativo para el niño y el adolescente.

En psiquiatría del niño y del adolescente la historia del trastorno de conducta se entrelaza con la historia del trastorno hiperactivo. Bourneville, en el siglo XIX, destaca las conductas destructivas como una de las características de los “niños inestables” y Still en el año 1902, describe un cuadro clínico que atribuye a “defectos en el control moral” y que se acompaña de alteraciones de conducta.

En el año 1914 Heuyer publica su tratado “Niños anormales y delincuentes juveniles” y relaciona las conductas agresivas e inadaptadas con circunstancias ambientales o sociales (3). En 1973 Ana Freud manifestó un interés especial por estos problemas, destacando desde la experiencia clínica, la falta de correspondencia entre las causas, los síntomas y el tratamiento eficaz.

La autora atribuye las conductas agresivas a diversos factores etiológicos: deficiente control de los impulsos en niños con daño cerebral, circunstancias ambientales adversas como privación emocional, maltrato en la infancia y ausencia de modelos de identificación adecuados en el medio familiar.

A partir de los años 80, la denominación “Trastorno de Conducta” es adoptada por la Asociación Panamericana de Psiquiatría para los niños, evitando el uso de la expresión «personalidad antisocial», que se utiliza en los adultos. Se intenta de este modo no poner al niño una etiqueta que implica mal pronóstico y escasas posibilidades terapéuticas. Ya en 1992 la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud opta por el término de trastornos disociales.

Es muy difícil que aparezcan estos comportamientos sin que estén asociados factores neuro-biológicos, neuro-anatómicos, neuro-químicos, hormonales y genéticos, algunos autores plantean una reactividad innata menor del sistema nervioso autónomo a los estímulos aversivos, estudios neuro-químicos indican que los niveles bajos de serotonina cerebral pueden tener relación con las conductas

agresivas y causas neuro-anatómicas como lesiones de la corteza cerebral pueden provocar impulsividad e irritabilidad.

Es evidente que solo estos factores no provocan la aparición del trastorno, pues la interacción familiar violenta y el maltrato físico durante la infancia forman parte de la historia personal de estos pacientes, la mayoría hijos de familias desestructuradas, con discordias frecuentes entre sus miembros, con quiebra en la parentalidad, con graves fallas en la socialización y en la comunicación intrasistémica, deprivación emocional desde edades tempranas, siendo víctimas de abuso físico y sexual, expuestos a bajo nivel socioeconómico, a la miseria y marginalidad, con carencias de supervisión, rechazo social y con frecuencia sin una figura positiva a la que puedan imitar (4).

Asociado a todos estos factores y con gran influencia, están los cambios sociales, con una amplia tendencia en los últimos 40 años en el surgimiento de prácticas sociales que exacerban, rodean y agobian las relaciones parentales tempranas, que son responsables del origen de conductas erráticas. Existe además un incremento de costumbres ambiguas y discordantes derivadas de la modernización, industrialización, la movilidad, urbanización, inmigración, nueva tecnología e inseguridad en el futuro que erosionan los valores tradicionales de la sociedad.

Al analizar todos los problemas relacionados con el menor disocial, además de sus características clínicas propias de su diagnóstico, aparecen con alta frecuencia enfermedades asociadas que entorpecen su evolución y hacen posible la aparición de complicaciones, que lo pueden conducir a su autodestrucción. Estudios realizados en el año 2016 en Estados Unidos sobre trastornos mentales y violencia, refieren que en los trastornos disociales aparece una alta comorbilidad, estiman que un 53 % sufren de un trastorno del estado de ánimo y 47 % de trastorno por ansiedad (5).

En estudios comunitarios, realizados en diferentes partes del mundo la prevalencia de los trastornos disociales alcanza desde 1% hasta un 10% y se estima que en los varones es entre un 9% y un 16% y en las féminas entre un 2% y un 9%, con

la existencia de características diferenciadas en el tipo de conducta, estableciendo diferenciaciones de género con un aumento importante en las últimas décadas.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos el 40% de los arrestos por atentados contra la propiedad y el 20% de los arrestos por crímenes violentos, se dieron en sujetos de edad inferior a los 18 años (FBI 1991). En España según datos facilitados por el Ministerio del Interior en el año 1992, el 7% de los delitos contra la libertad sexual fueron perpetrados por menores de 16 años (6).

Cuba no está exenta de esta problemática y en las últimas décadas ha tenido un incremento de niños y jóvenes con estos trastornos, por lo que el Estado se ha ocupado de diseñar escuelas especiales para este grupo de personas con necesidades educativas, instituciones dotadas de las más modernas tecnologías educativas para el desarrollo exitoso del proceso docente, destinando esfuerzos a fortalecer habilidades y procesos que interfieren en la adaptación ambiental de estos pacientes.

En la provincia Holguín se cuenta con una institución en la cual ingresan niños y adolescentes provenientes de los diferentes municipios, cursando desde 1ro a 9no grado, escuela que cada día perfecciona su trabajo con carácter renovador y gran sensibilidad humana y enriquece las labores educativas de forma integradora.

En la evidencia de la eficacia de la promoción de salud se expresó que los centros de enseñanza desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y los valores sociales de los estudiantes, la tarea cardinal de estos consiste en crear habilidades educativas y conocimientos esenciales en los jóvenes, que los equiepe para que vivan sus vidas de forma creativa en un mundo cambiante y les proporcione una base de competencia que puedan desplegar de forma válida.

De esta manera el educador, como promotor de salud, es un modelo donde trabajan los Ministerios de Salud Pública y Educación, en una poderosa alianza estratégica para la formación de un proceso de impulso y fortalecimiento al trabajo de la salud escolar, cuya génesis es la iniciativa de "Comunidades Saludables" estimuladas por la organización panamericana de salud.



Profesionales de la esfera de la salud mental se sumaron al llamamiento de la Organización Mundial de la Salud que pretende activar y potencializar la promoción de salud escolar a nivel local, nacional, regional e internacional, con el fin de mejorar los estilos de vida de los jóvenes a través de la escuela para que puedan desarrollar sus potenciales apoyados por los familiares, profesores y la comunidad educativa escolar (7, 8).

La tarea preventiva y la curativa del menor con trastorno disocial no tiene límites precisos, debido a que el tratamiento curativo es a la vez preventivo del delito futuro y la forma más completa de enfrentar el tratamiento es, sin lugar a dudas de naturaleza institucional.

El resultado y tratamiento de los trastornos disociales en el niño y adolescente ha carecido de interés en los ámbitos científicos debido a la creencia, muy extendida, de que son prácticamente irreductibles, pero siguiendo a Rutter y colaboradores (2016), existen diversos testimonios que han llevado a aceptar que la conducta disocial es modificable (9).

En la búsqueda de cómo tratar a los adolescentes con trastorno disocial aparecen numerosos estudios sobre la terapia multisistémica o tratamiento multimodal, la cual se basa en intervenciones cognitivas-conductuales y parte de la concepción de que los seres humanos tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos y sensaciones (afectividad), sobre una base somática (biológico) y conductual en contextos interpersonales (familia, escuela) (10).

Esta terapia esta dirigida a mejorar la autoimagen negativa que tienen estos menores, su autoestima, la depresión y ansiedad que los conlleva a la autodestrucción, se les ayuda a la resolución de problemas y al autocontrol frente a la impulsividad, al entrenamiento frente a la escasa responsabilidad y a la falta de conciencia de los sentimientos de los otros, se modelan problemas relacionales entrenándolos en alternativas de solución para los mismos, se facilita la identificación de sentimientos enseñándoles a regular su expresión, se trabaja en reducir la conducta antisocial logrando que se adapten mejor a la sociedad, pero además se trata de disminuir la morbilidad que ensombrece el pronóstico de este cuadro (11).

Conjuntamente se realiza la intervención con la familia, para mejorar todas las actitudes psicopatógenas parentales y se orienta a los profesores profundizando en los conocimientos sobre esta problemática y que puedan manejar mejor a sus alumnos.

Como parte del equipo multidisciplinario de salud mental y miembros sobre proyectos sobre la adolescencia, se evita la invasión de barreras psicológicas como el escepticismo, se siente la necesidad de buscar estrategias de ayuda hacia estos pacientes, que no solo incluyera tratamientos farmacológicos, partiendo del carácter heterogéneo tanto de la etiología como de las manifestaciones clínicas y teniendo en cuenta la frecuencia de las afecciones asociadas al trastorno y sus complicaciones, el municipio Frank País ha tenido un incremento en la incidencia y prevalencia de este comportamiento. Esto motivó a diseñar y aplicar una estrategia psicoterapéutica a pacientes, padres y profesores con el objetivo de disminuir la morbilidad y establecer en mayor o menor grado modificaciones de comportamientos inadecuados, para lograr una mejor adaptación social de estos pacientes.

### **PROBLEMA CIENTIFICO**

¿Cómo mejorar la adaptación social de los adolescentes con trastorno disocial?

### **OBJETO DE ESTUDIO**

Salud mental Infante - Juvenil

### **CAMPO DE INVESTIGACION**

Los trastornos disociales en la edad infante-juvenil

### **APORTE CIENTIFICO**

El tema de investigación se propone conseguir una mayor adaptación social (escuela, familia, sociedad) de los adolescentes con trastorno disocial, con la implementación y aplicación de una estrategia psicoterapéutica dirigida a ellos,

sus familiares y profesores. Tendrá repercusión económica en cuanto logrará prevenir delitos futuros en contra de la sociedad.

### **NOVEDAD CIENTÍFICA.**

Partiendo del conocimiento sobre la multicausalidad del trastorno disocial en adolescentes, los estudios llevan al análisis de que a través de un tratamiento integral, dirigido a los factores que influyen en la aparición de este diagnóstico psiquiátrico, podría mejorar o sanar el trastorno y al mismo tiempo se estaría previniendo futuras complicaciones del mismo, como es el trastorno antisocial de la personalidad o también llamado delincuente.

## MARCO TEÓRICO

El estado de salud de las poblaciones, los factores que lo condicionan y la atención a la salud integral del adolescente son conceptos que van más allá de su condición biosicosocial y de género, enmarcada en el ciclo vital y familiar, con satisfacción de las necesidades de salud, desarrollo y bienestar social.

En el plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS: 1998-2001) profesionales de la salud mental valoran la salud integral de los adolescentes como un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas, ni en la agenda del sector salud, esto quiere decir que la atención a los adolescentes es muy pobre e inexistente (13).

La perspectiva de la salud mental ha evolucionado y ya no se entiende como un concepto unidimensional, absoluto, ni de normalidad estadística, pero tampoco como utopía o ideal. La salud mental combina experiencias cognitivas, afectivas y de relaciones. Cada vez más se reconoce la importancia de los componentes externos, social, económica, ambiente físico y red social de apoyo, que conducen a un concepto más amplio de salud mental. Pero además se admite que ésta no consiste solo en vivir plácidamente, sino que también entraña tolerancia al dolor y al sufrimiento (14).

Posiblemente el avance más importante relacionado con los problemas de la salud del adolescente ha sido el reconocimiento de que la conducta juega un papel principal en la salud, pues los comportamientos riesgosos son factores importantes en la aparición de enfermedades, sobre todo en esta etapa de la vida donde existe autodescubrimiento de clarificación de la identidad y lógicamente de construcción y maduración.

Mientras ellos y ellas aprenden a manejar o conducir sus diferentes posiciones es muy posible que se enfrenten a choques, confrontaciones y cambios comportamentales, desadaptados al medio, con aparición del trastorno disocial

como un diagnóstico dentro de los problemas que con frecuencia surgen en esta fase de la vida (15,16).

El trastorno de conducta tiene sus antecedentes históricos en la “locura moral” de Prichard en 1835, Kraepelin en 1915 sugirió que las conductas antisociales podrían ser expresión de una forma frustrada de psicosis, Schneider en 1955 trata sobre las personalidades psicopáticas y años mas tarde en 1967 Deniker y Sempe subrayan la inestabilidad en el carácter y en la conducta así como las dificultades para la integración social de estos individuos (17).

La conducta humana esta determinada por múltiples factores: biológicos (expresión genética, maduración), psicológicos (psicodinamia, aprendizaje, cognitivos) y sociales (contextuales, ecológicos); existen diversos modelos explicativos acerca de su desarrollo, su interacción con los constructos del desarrollo moral con los factores de riesgo y protectores, la resiliencia, pero a pesar de ello, todavía no son muy claras las conclusiones sobre la relación que existe en la forma cómo la sociedad norma las conductas y como el individuo construye su personalidad, su carácter e incluso sus afecciones.

Estudiosos del trastorno disocial señalan lo importante que es tener en cuenta la multifactorialidad que produce el trastorno para poder realizar un adecuado tratamiento (18). Diversos investigadores subrayan factores genéticos, donde los estudios en gemelos tienen especial interés y se describe cierto grado de concordancia en gemelos monocigóticos y disigóticos para conductas fuera de la norma, los autores observan que cuando un gemelo monocigótico presenta conducta desviada, el otro gemelo tiene dos posibilidades de recibir este mismo diagnóstico (19).

En la génesis del trastorno disocial se han valorado factores neuro anatómicos como lesiones órbito frontales, lesiones del lóbulo frontal y temporal, así como alteraciones estructurales y funcionales en las amígdalas, se han estudiado causas hormonales, como bajas concentraciones de cortisol en sangre y altas concentraciones de testosteronas en liquido cefalorraquídeo y disminución de los neuro transmisores de serotonina y noradrenalina, que impiden al niño llevar a

cabo actuaciones de planificación o evitación de riesgos, así como aprender de sus experiencias negativas.

Unido a todos estos factores están los factores familiares, de gran relevancia para la formación de un ser humano, partiendo que es esta la unidad social primaria universal, que ocupa una posición central para la comprensión de la salud en general y de la salud mental en particular, en el cual se adquieren todos los hábitos de conducta social que pueden persistir durante toda la vida y que en el caso de estos niños y adolescentes, no cuentan con una familia funcional, pues provienen de medios disfuncionales, caóticos, desorganizados, con hacinamiento, expuestos a la violencia doméstica y a la de los medios de difusión masiva, al bajo nivel socioeconómico y al rechazo social (20,21).

Desde que existe la humanidad se han producido conflictos entre las generaciones, la maduración del hombre no es una evolución paulatina, lineal, sino en forma de crisis. La crisis madurativa por excelencia ha sido el paso de la adolescencia a la vida adulta, paso muy diferente entre las distintas culturas.

Esta etapa ha creado, de siempre, conflictos entre las generaciones y éstos forman parte de los estereotipos agresivos del comportamiento humano. En la historia han quedado recogidas opiniones sobre esta situación:

- Platón se lamentaba “El hijo no tiene ni respeto, ni consideración frente a sus padres”...

- Aristóteles comentaba “La juventud ama el lujo, se comporta mal, desdeña la autoridad, no tiene respeto ante las personas mayores, charlan en vez de trabajar. Los jóvenes ya no se ponen de pie cuando un adulto entra a la habitación, contradicen a sus padres”.

- Cicerón decía “La juventud romana ofrecía en ocasiones un entusiasmo exorbitante y un cinismo frío, elegancia y brutalidad, viveza y ordinariez, engañando a la generación mayor “.

En estas citas se aprecia que las conductas en los adolescentes que se apartan de las normas imperantes en las diferentes sociedades y diferentes tiempos no son un mal actual, sino que ya existían desde los tiempos de Grecia y Roma. Rojas marcos en su libro “ Las semillas de la violencia” en 1995 afirma:”los

trastornos disociales en adolescentes se ha convertido en una inexplicable pesadilla colectiva“y aunque estas palabras estaban referidas a Estados Unidos de América y en 1995, es evidente que pueden suscribirse al mundo en el momento actual (22).

Los niños y adolescentes que presentan este tipo de trastorno suelen evidenciar una falta de empatía que en muchos casos se relaciona con una falta de conciencia, con respecto a las dimensiones de las consecuencias que sus actos tienen en los demás. Presentan falta de culpa, no sienten remordimientos por sus actos, a los que atribuyen una justificación legítima, actuando bajo la ley de la totalidad, es especialmente relevante el conflicto con la autoestima a que se ve enfrentado el adolescente, debido al aparato social - institucional que entrega señales negativas acerca de él, debido al fracaso escolar.

Por lo general en los pacientes con trastornos disociales existe baja tolerancia a las frustraciones, actúan de manera impulsiva y no suelen asumir internamente responsabilidad de sus actos, cursan con promiscuidad, sensualizando las conversaciones, instigando sexualmente a sus compañeros, pueden presentar ideación suicida que está muy relacionada con el malestar concreto y real que siente el adolescente al ver cómo el mundo de sus relaciones sociales se aleja y lo hacen sentir mal, el rechazo social, el aislamiento, la crisis familiar y el deterioro de la calidad de vida del adolescente son motivos bastante fuertes como para querer la autodestrucción. Sienten que no hay lugar para ellos en el mundo, y precisamente, esa es la señal que constantemente muchos les están transmitiendo (23).

Diversos estudios comunitarios realizados en diferentes países como España, Venezuela y Estados Unidos refieren que la prevalencia del trastorno disocial es de 1 hasta un 10 % de la población joven, presentándose con mas frecuencia en varones. El trastorno se inicia en la adolescencia con mayor frecuencia y se asocia afecciones co mórbidas como la depresión, el trastorno del sueño y el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (24).

Cuba no está exenta de esta problemática y ha existido un incremento de este trastorno en las últimas décadas, por lo que el país ha diseñado escuelas

especiales como un reto para superar debilidades y renovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral y fomentar una vida saludable a estos niños y adolescentes.

Es la escuela, el lugar, donde transcurre la mayor parte de la vida del púber, la cual no se limita a la transmisión de conocimientos sobre las disciplinas que allí se imparten, su misión trasciende a contribuciones mas elevadas como: formar el carácter, la voluntad, desarrollar habilidades, sentimientos, actitudes y valores, que van conformando en el individuo una cultura general de la cual forma parte la cultura en salud (25).

Una educación de calidad debe promover el pleno desarrollo de la personalidad: un hombre que comprenda los peligros a los que se enfrenta en el mundo actual, los desafíos que tiene la humanidad ante sí; un hombre, además, con arraigados conceptos éticos y morales, asociados a lo mejor que el progreso humano y social les ha legado, que domine los recursos de la ciencia y la técnica contemporánea y que esté en capacidad de actuar en consecuencia (26).

Es evidente que estos pacientes tienen necesidades educativas especiales, que implica hacer modificaciones en los recursos materiales, didácticos y personales para superar su dificultad, el concepto de necesidades especiales apunta a descubrir cuáles son las competencias involucradas en los problemas educacionales que presenta el adolescente y luego destinar sus esfuerzos a fortalecer dichas competencias, entendidas estas como habilidades, procesos y resultados asociados a la eficacia en la adaptación ambiental.

En el caso particular del trastorno disocial, las competencias involucradas serían aquellas ligadas a las conductas relacionadas al cumplimiento y aceptación de las normas sociales propias de la edad.

Partiendo de que este trastorno es heterogéneo en su causalidad se valora en el mundo la llamada terapia multisistémica que es una herramienta terapéutica integradora, multimodal, que involucra tratamientos psicosociales y psicoeducativos con una ambientación ecológica, dirigida a los adolescentes, familiares y profesores.



Los principios para definir esta terapia se apoyan en los correlatos de las conductas disociales, así como en la teoría social ecológica de Bronfenbrenner (27), la cual concibe al individuo y a su comunidad como sistemas interconectados con influencias dinámicas y recíprocas, orientándose a la identificación de los problemas de los adolescentes su familia y escuela. Los objetivos están orientados a enriquecer a los padres con recursos y habilidades para contender con la crianza de adolescentes, mejorar la comunicación y las relaciones entre sus miembros, promoviendo conductas responsables, así como también intervenciones con los profesores para aumentar en ellos el conocimiento sobre el manejo de este tipo de trastorno.

Para el doctor Juan Romeu es muy efectiva la terapia, sobre todo, cuando es aplicada en el escenario escolar, pues son centros especialmente dedicados al acogimiento, tratamiento y reinserción de niños y adolescentes con tales alteraciones (28).

Un enfoque cognitivo - conductista cuyo propósito es aumentar la capacidad de resolver los problemas y sus habilidades de comunicación, así como promover técnicas para controlar los impulsos y la ira, mejorar las capacidades de socialización, que se lleva a cabo desde la escuela, donde se ofrecerá un apoyo desde el servicio de psicología y de todo el claustro en general, para lograr finalmente una mejor adaptación social de estos adolescentes, así como disminuir la morbilidad asociada al trastorno que ensombrece su pronóstico.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Mejorar la adaptación social de los adolescentes con trastorno disocial.

### **Específicos**

1. Caracterizar a los adolescentes en cuanto a edad, sexo, grado de escolaridad y área de salud a la que pertenecen.
2. Clasificar el trastorno disocial de acuerdo con la edad de inicio y al nivel de gravedad de los síntomas.
3. Identificar los trastornos de co morbilidad asociados.
4. Diseñar, validar y aplicar estrategia psicoterapéutica a adolescentes, padres y profesores.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio de investigación - acción participativa, con metodología cuanti-cualitativa, con el objetivo de mejorar la adaptación social de los adolescentes con trastornos disociales, para lo cual se diseñó, validó y aplicó una estrategia de intervención psicoterapéutica dirigida a ellos, sus padres y profesores en el municipio Frank País , perteneciente a la policlínica del mismo nombre. El universo estuvo formado por 51 alumnos que están caracterizados por el centro de orientación diagnóstica de primer a noveno grado.

La muestra se redujo a 13 adolescentes que cumplieron los siguientes requisitos:

- Edad entre 10-15 años de edad.
- Grado de escolaridad, sexo, intensidad de las manifestaciones clínicas independientes.
- Consentimiento informado para participar en la estrategia.

Luego de esta clasificación previa quedaron 22 adolescentes que cumplían estos parámetros, pero, teniendo en cuenta los criterios de grupo de psicoterapia que para realizar una adecuada intervención no pueden exceder de 15 los integrantes y deben pertenecer a una misma etapa del desarrollo psicológico, se seleccionaron de forma aleatoria 13 adolescentes que constituyeron la muestra.

Además del trabajo con los adolescentes, se realizó al unísono el trabajo con los padres de los pacientes seleccionados, con previo consentimiento informado (anexo 1) y con profesores guías encargados de dirigir la enseñanza a los educandos

Métodos empleados.

Metodología investigativa: la investigación se sustenta en el pensamiento complejo, a partir del cual se triangulan las distintas fuentes consultadas.

En la investigación se utilizaron los paradigmas cuantitativos y cualitativos, pero se privilegió el segundo.

Los métodos teóricos empleados fueron los siguientes:

Análisis y crítica de fuentes, para valorar todas las fuentes escritas y orales a partir de la utilización de los métodos del pensamiento lógico, análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico - lógico e hipotético - deductivo como procedimientos.

Método hermenéutico, en el estudio interpretativo de la pluralidad de conceptos, categorías, proyecciones textuales y parlamentos esgrimidos en torno al tema de investigación y en la reconstrucción y crítica de fuentes.

Sistémico estructural: fundamentalmente en la estrategia.

Métodos empíricos: enfoque de observación participante que contiene la experiencia y la actividad médico - educativa del autor.

Introducción parcial de los resultados con validación, fundamentalmente, cualitativa.

Criterio de expertos para determinar la factibilidad de la estrategia.

Criterio de la comunidad médica como auxiliar del anterior.

Operacionalización de las variables.

Se caracterizaron los adolescentes según edad, sexo, grado escolar y área de salud dándole cumplimiento al objetivo No. 1.

-Edad: variable cuantitativa continua, se establecieron tres grupos (en años cumplidos):

- 10 a 11 años(hasta 11 meses 29 días)
- 12 a 13 años(hasta 13 meses 29 días)
- 14 a 15 años(hasta 15 meses 29 días)

-Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, se refiere al sexo biológico.

- Masculino
- Femenino

- Grado de escolaridad: variable cuantitativa discreta, se clasificó como.

- 7mo grado
- 8vo grado
- 9no grado

En esta clasificación se tuvo en cuenta el año en curso actual del estudiante, no el año terminado.

Área de salud: variable cualitativa nominal politómica, según procedencia de los pacientes por lugar de residencia.

Esta información se obtuvo a través de una planilla de recogida y vaciamiento de datos (anexo 2), que se llevó a partir de planilla entregada a los estudiantes para reflejar sus datos generales.

En las historias el diagnóstico de trastorno de conducta, estuvo sin especificar el inicio del trastorno, ni la gravedad de los síntomas. Por la importancia que tiene estos datos para ofrecer un mejor tratamiento, se realizó la clasificación del diagnóstico de trastorno disocial (objetivo No. 2) según criterios del Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (29), para lo que se revisaron las historias clínicas, los expedientes acumulativos escolares de cada adolescente, examen psiquiátrico (Anexo 3) así como la caracterización psicopedagógica (Anexo 5) y se clasificaron:

En función de la edad de comienzo:

- Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características del trastorno disocial antes de los diez años de edad.
- Tipo de inicio adolescente: se inicia por lo menos una de las características del trastorno disocial después de los diez años de edad.

Según niveles de gravedad:

- Leve: pocos problemas de conducta. Presentan los requisitos mínimos para ser diagnosticados y los daños que causa son relativamente pequeños (mentiras, fugas escolares, permanencia en la calle por la noche sin permiso).
- Moderado: el comportamiento y su efecto sobre los demás es de leve a severo, hay hurto sin afrontar o dañar físicamente a las víctimas.
- Severo: múltiples problemas de conducta, causan daños de consideración a otros (sexo forzado, crueldad física, uso de armas, robo con fuerza, robo con violencia).

Para identificar la comorbilidad de los pacientes con trastornos disociales (objetivo No. 3) se realizó un examen psiquiátrico detallado a cada uno de los adolescentes (anexo 3), revisión de sus historias clínicas, así como la caracterización realizada por sus profesores (anexo5). En el objetivo 3 se aplicó una estrategia de intervención psicoterapéutica (Anexo7) según valoración por el método de Moriyama (31) dirigida a pacientes y padres basada en los principios de la terapia multisistémica con un enfoque cognitivo - conductual, donde se trato de forma integral a todas las personas que influyen no solo en la aparición de esta conducta, sino además en su pronóstico, complicaciones y repercusión social. (anexo6)

.  
Los adolescentes seleccionados se incorporaron a grupos de psicoterapia abierta, alternándolos con la estrategia realizada a padres, teniendo en cuenta los objetivos trazados para cada intervención.(anexo4)

La intervención aplicada consistió en 12 sesiones grupales de dos horas de duración cada una, con una frecuencia semanal impartida por el autor y tutor en un período de siete meses, sobre aspectos importantes del trastorno de conducta como fueron: problemas fundamentales que afectan a los adolescentes, factores que propician la conducta suicida, impacto social y familiar, comunicación, autoestima, factores protectores y mecanismos sanos para enfrentar los problemas. En las mismas se utilizaron técnicas participativas para lograr un mejor clima socio psicológico, técnicas de presentación, de animación y análisis se describieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada intervención.

.  
Concluida la aplicación de la estrategia de intervención, como método terapéutico multisistémico y para evaluar su eficacia, se realizaron:

- Nueva evaluación psiquiátrica.
- Re-evaluación del contrato terapéutico
- Entrevistas a los padres para conocer el comportamiento de los adolescentes en el hogar.

En cada sesión se utilizaron técnicas cualitativas de presentación y de análisis (32) de acuerdo con los objetivos propuestos y se describieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada intervención.

En caso de los adolescentes en los que se diagnosticó inicialmente, durante el examen psiquiátrico y la aplicación de escala, síntomas de ansiedad Y depresión, (anexos 8y9), se volvió a aplicar la escala auto evaluativa de ansiedad, depresión infanto juvenil y examen psiquiátrico

La información se procesó utilizándose el sistema de procesamiento estadístico profesional. Los resultados se expresaron en porcentajes y se expusieron en tablas para la interpretación de los datos arrojados durante el desarrollo de la investigación.

La búsqueda bibliográfica se realizó en los textos clásicos, las revistas impresas y en formato digital, a través de la red de Infomed, Medline y PubMed sobre artículos de la temática correspondiente, además de materiales existentes en la biblioteca de la policlínica Frank País, del centro de información de la Universidad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”.

#### Aspectos bioéticos

A pesar de la nobleza y el beneficio potencial para las poblaciones que entraña el desarrollo de investigaciones tanto en pacientes como en sujetos sanos, no se deben despreciar los aspectos bioéticos a considerar para su ejecución. Por estas razones, es responsabilidad tanto de los investigadores participantes como de las autoridades que aprueban y financian estos estudios, garantizar que el aspecto técnico, la vertiente ética y moral estén presentes. Se conservó en todo momento la ética hacia los pacientes. La confidencialidad estuvo resguardada desde el inicio de la investigación. Para la realización de este estudio se solicitó por escrito autorización al consejo de dirección municipal de educación en Frank País y del consejo científico del policlínico Frank País. Los datos expresados son la representación fiel de la información obtenida.

Se tuvo en cuenta además el consentimiento informado de los padres o tutores, profesores y a todos los involucrados en la investigación. (Anexo -1)

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar la edad de los adolescentes objeto de estudio (Tabla 1) se observó que predominó el grupo etáreo de 14 a 15 años con un 46.1 %, seguido por el grupo de 12 a 13 años con un 30.8%.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes con trastornos disociales según edad.

Edad (años)	No	%
10 a 11	3	23,1
12 a 13	4	30,8
14 a 15	6	46,1
Total	13	100,0

Fuente: planilla

Investigadores consideran que la aparición del trastorno es más frecuente en estas edades, pues los adolescentes enfrentan tareas en su desarrollo psicológico, que de no vencerlas adecuadamente, pueden enfermar, dentro de esas se encuentran: lograr una adecuada orientación sexual, aceptación en su grupo de para iguales, orientación vocacional, la aceptación de sí mismo y mantener la comunicación con su familia (33).



La adolescencia es una etapa de grandes cambios, los que pueden conllevar a la aparición de conflictos y contradicciones, que de no aparecer una orientación oportuna y certera, se pueden convertir en problemas que afecten la salud mental. Se supone que una adecuada satisfacción de las necesidades permite que el adolescente considere mayores perspectivas futuras y alcance metas, tales como: respeto a sí mismo, sentido de dignidad personal, solidaridad, respeto de normas sociales, entre otras. En cambio, las situaciones inversas pueden provocarle un desequilibrio interior que se reflejaría en su comportamiento en todo el ámbito de sus actividades.

En la adolescencia, la costumbre de recibir ayuda de parte de los mayores actúa en contradicción con la aspiración de la independencia que tanto ansían, pero si a la vez no se sienten atendidos buscan relaciones en la calle, que casi nunca son positivas. La tendencia que tiene el adolescente a rebelarse y a nuclearse en grupos de contemporáneos, hace que sea proclive a cometer hechos que se consideran delictivos o desadaptativos a las normas sociales.

Varios estudios revelan que si se desea alcanzar un futuro saludable, se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual el apoyo de los adultos y las acciones colectivas de promoción de la salud y prevención son imprescindibles, para otorgarle a este grupo una participación social positiva, activa y protagónica, es decir, abrirles el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos (34).

Tabla 2. Distribución de los adolescentes con trastornos disociales según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	4	30,8
Masculino	9	69,2
Total	13	100,0

Fuente: planilla

En la Tabla 2 se apreció que la mayoría de los adolescentes con trastorno disocial pertenecían al sexo masculino con un 69.2%.

Estos resultados coincidieron con los estudios realizados por José Luis Dios de Vegas en la comunidad de Madrid (35), donde se estima que en los varones la prevalencia es entre un 9% y 16% y en las niñas es de un 2% y un 9% (con relación a la población general de adolescentes).

Otros estudios señalan que a nivel de la población general la prevalencia de los trastornos disociales alcanza desde un 1% hasta un 10%. Es bastante más frecuente en varones que en hembras, la proporción sería aproximadamente de 4:1, siendo importante considerar la existencia de características diferenciadas en el tipo de conductas que muestran niñas y niños, para establecer diferenciaciones de género en el fenotipo de estos comportamientos (36).

En los varones suele presentarse comportamientos con un mayor grado de agresividad que en las hembras, incurriendo frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Pareciera ser que los contenidos de las conductas disociales son modulados socialmente, en tanto que la socialización de los roles de género cuentan con diferencias en la orientación de las actividades según sexo.

Se ha identificado en este sentido que los niños son orientados a tareas más activas que las niñas, las que por el contrario son orientadas a actividades de carácter más pasivas. Esta tendencia ha disminuido en la medida en que se han debilitado las diferencias entre los roles de géneros en la sociedad, y hoy en día es cada vez más evidente la incursión de niñas en acciones más activas y en sus conductas un mayor correlato de agresividad (37).

En las adolescentes, en general, el nivel de agresión es más sutil, desarrollando otras conductas como el rechazo social, las mentiras, ausentismo escolar, consumo de tóxicos y prostitución. Los niños están más expuestos a ser víctimas o victimarios en acciones de violencia explícitas, por lo tanto es también mucho más notorio en el sistema institucional, a diferencia de las niñas, que por sus

conductas más disimuladas se hace más difícil detectar su presencia. Ésta puede ser una variable importante a la hora de reflexionar en torno a la prevalencia de este trastorno (38).

La autora supone que también estos resultados tienen que ver con las diferencias sustanciales en la educación de hombres y mujeres, que conllevan a que estas últimas tengan mejores habilidades para las relaciones interpersonales con mayor cercanía emocional.

En la Tabla 3 constató que existió predominio de los adolescentes que se encontraban cursando el 9no grado, con un 46.2%.

Los adolescentes de noveno grado tienen edades entre 14 y 15 años, etapa donde están en la búsqueda de su identidad, para lo cual la oposición a las normas sociales constituye una prueba de los límites del individuo en la construcción y reafirmación de la personalidad. También es sabido el estigma que pesa sobre estas edades como etapa conflictiva (39).

En la etapa de la adolescencia pueden presentarse serios conflictos en especial cuando durante la niñez están presentes situaciones como el exceso de afecto, sobreprotección, exceso de ansiedad, rechazo, exceso de autoridad, perfeccionismo, exceso de responsabilidad, exceso de crítica, incompatibilidad de los padres e inconsistencia, carencia de afecto y ausencia de patrones adecuados para imitar entre otros.

Algunas investigaciones sobre el tema refieren que la adolescencia es fundamentalmente un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en la economía entera del organismo. Se produce un desarrollo intelectual donde el pensamiento adquiere la posibilidad de basarse en lo abstracto y tener un carácter hipotético deductivo y el desarrollo emocional conlleva a la dependencia de sí mismo, o auto dependencia y de este modo surgen nuevos deseos, intereses y ambiciones. También es considerada por muchos como la etapa más crítica, donde los cambios biológicos, psicológicos y sociales se aceleran notablemente, tanto para el joven, como para la familia y la sociedad, los que frecuentemente se muestran incapaces de entenderlos y manejarlos (40).

Tabla 3. Distribución de los adolescentes con trastornos disociales según grado de escolaridad.

Escolaridad	No	%
7mo	3	23,1
8vo	4	30,7
9no	6	46,2
Total	13	100,0

Fuente: Expediente acumulativo docente

Al analizar la Tabla 4 se apreció que existe un incremento de adolescentes con trastornos disocial en la comunidad del aeropuerto, perteneciente al área de salud del policlínico Frank País, con ingreso de menor número de estudiantes con trastornos disociales en el resto de las comunidades del municipio.

Se ha producido un incremento de población, durante las últimas décadas, principalmente en los núcleos urbanos y esto ha conllevado al deterioro progresivo de la calidad de vida en las ciudades, ha ocurrido migración de personas del campo a la ciudad. Hoy el vértice que genera la vida moderna es abrumador y demanda muchas exigencias a las familias actuales, que muchas veces son imposibles de cumplir. Coinciden estos resultados con los encontrados por Francisco R. de la Peña, Mc: Salud Pública México 2016 (41).

En bibliografías revidadas aparece que las tasas más altas de delincuencia se dan en las grandes ciudades, donde existe mayor exposición de los jóvenes al hacinamiento, ruidos, difusión de límites familiares, sobre-información con mayores niveles de stress (42). Hay un incremento del cambio social en cuanto a una creciente presencia de costumbres ambiguas y discordantes derivadas de la inseguridad en el futuro, la movilidad, la inmigración, elementos que erosionan los valores tradicionales de la sociedad.

Tabla 4. Procedencia de los adolescentes con trastornos disociales según comunidades a la que pertenecen.

Área de salud.	No	%
Areopuerto	11	84,6
Vidalina	1	7,7
Cebolla	1	7,7
Total	13	100,0

Fuente: Historia Clínica.

En la ciudad existe más acceso a la nueva tecnología, a la modernización, industrialización, a los medios de difusión masiva, estos últimos ejerciendo gran influencia en la vida diaria de la familia y en particular en la salud mental del adolescente, los juegos computarizados que alejan a los niños y adolescentes de los juegos tradicionales, que cumplen funciones insustituibles en el aprendizaje de conducta social adecuada, del control de impulsos y respeto a las reglas.

Se considera además, que debido a que existe un aumento poblacional en la ciudad, el sistema socialista cubano se ha encargado de fortalecer el trabajo de prevención en menores, con detección oportuna de las alteraciones en los mismos, elemento que influye en el incremento de mayor número de profesionales

encargados de la prevención en las ciudades, lo que trae aparejado una mayor detección de casos en las mismas, con respecto a las zonas menos urbanizadas.

Al clasificar los trastornos disociales según comienzo de los síntomas (Tabla 5) se apreció que predominaron los trastornos de inicio, catalogados de adolescente, con un 38.5%.

La adolescencia es una etapa donde existe importantes cambios biopsicosociales y donde se enfrentan tareas y problemas, que la hace más vulnerable a estructurar algún trastorno, sin embargo, el inicio en estas edades del trastorno disocial se caracteriza por tener un mejor pronóstico, lo cual puede deberse a que en muchos casos la oposición o disrupción no implica una cristalización interna de la conducta agresiva, sino más bien una exteriorización de la agresividad presente en el joven (43).

Estos resultados coinciden en estudios recogidos en Venezuela (44) por Rojas Malpica y Adele Mobilli, agosto 2006. Por lo general se observa en el adolescente un mejor nivel de relaciones sociales y esto implica un factor positivo dado que el joven no ha perdido esta facultad, sino más bien la ha movilizado hacia relaciones menos convenientes.

Tabla 5. Clasificación de los adolescentes con trastornos disociales de acuerdo con la edad de inicio de los síntomas.

Edad de inicio	No	%
Infantil	5	38,5
Adolescente	8	61,5
Total	13	100,0

Fuente: Historia clínica y expediente escolar.

Se hace notar que en la investigación no predominó el trastorno de inicio infantil, pues cuando se presenta éste en los niños, cursa con mal pronóstico, con niveles más elevados de agresividad, debido a que el niño tienen menos conciencia de las consecuencias y efectos sociales de su comportamiento.

Se considera que es mucho más probable disminuir e incluso curar a un adolescente con trastorno en su conducta de inicio en esta etapa, pues este lleva menos tiempo con la alteración en su comportamiento que aquel que ya presenta la alteración desde más temprana edad y por consiguiente mayor estructuración de síntomas.

En la Tabla 6 se apreció que existió predominio de los trastornos disociales leves con un 38.5%, aunque no existe notable diferencia con el trastorno moderado (46,2%). Coinciden estos resultados con las investigaciones realizadas por Rondón Sed María del Carmen en su estudio sobre inteligencia emocional en adolescentes en el año 2017 (45).

Bibliografías revisadas refieren que en estos adolescentes predomina falta de empatías, que se relacionan con una carencia de conciencia con respecto a las dimensiones de las consecuencias que sus actos tienen en los demás, falta de culpa, agresividad, poco control de su ira, desobediencia, mentiras y promiscuidad (46).

Pero sin embargo se puede evitar que estos jóvenes deterioren más su conducta y lleguen a estructurar trastornos moderados o graves de sus síntomas conductuales, a través del trabajo preventivo con ellos y la familia, promoviendo cambios en las estrategias de enseñanza educativa, pues son éstas, en la mayoría de los casos, las causantes de la problemática en estos menores.

Tabla 6. Clasificación de los adolescentes con trastornos disociales según el nivel de gravedad de los síntomas.

Nivel de gravedad de los síntomas	No	%
-----------------------------------	----	---

Leve	7	53,8
Moderado	6	46,2
Grave	0	0,0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia clínica y expediente escolar.

Resulta un logro la detección del trastorno sin tanta gravedad de los síntomas, porque es la forma de prevenir complicaciones aún mayores en contra de la sociedad, pero el sistema de salud cubano debe continuar trabajando aún más de manera interdisciplinaria e intersectorial, para detectar oportunamente todas aquellas señales indicadoras de alteraciones conductuales desde edades tempranas, así como conocer e identificar factores de riesgo asociados, para poder prevenir que niños y adolescentes lleguen a estructurar este trastorno.

En la investigación el 100% de los adolescentes presentaron algún tipo de morbilidad (Tabla 7), predominando el T.D.A. con hiperactividad e impulsividad para un 46.2%, seguido de los trastornos depresivos con 30,8% y en menor proporción aparecen los trastornos de somatización y los trastornos del sueño, lo que coincidió con literatura revisada (47,48, 49).

El niño con déficit cognitivo tiende a reaccionar con impulsividad e hiperactividad antes los factores ambientales estresantes, facilitando a su vez el maltrato por parte de los padres (50,51).

El T.D.A. Tiene una gran prevalencia a nivel mundial, ocupa uno de los porcentajes más altos de motivo de consulta de psiquiatría infantil y las características principales del mismo afectan la integración social del niño (52,53).

El déficit cognitivo dificulta la resolución de problemas y las auto instrucciones adecuadas para controlar la acción, por lo que con frecuencia una de las complicaciones de este padecimiento es desarrollar un trastorno disocial (54, 55).

Los trastornos depresivos se presentan muy frecuentemente en el trastorno disocial, pues estos adolescentes tienen muy dañada su imagen, les acompaña



sentimientos de desamparo, sin proyectos de vida, muchos víctimas de una violencia continuada, crónica, con carencia de afectos parentales, rechazados socialmente, desprovistos de factores protectores, en ocasiones con largos periodos de tiempo en instituciones sin establecer relaciones íntimas con nadie, con cambios continuos que no le han permitido encontrar una persona de referencia y estabilidad para su vida, por lo que fácilmente puede aparecer la tristeza con ideación suicida enmascarada con conductas de fanfarronerías y agresividad.

Algunos trabajos refieren sintomatología depresiva en el 50% de los niños con trastorno de conducta y síntomas de ansiedad en el 22%, siendo la ideación suicida expresión de la íntima frustración, desesperanza y sentimientos de ira y de venganza del menor que se siente solo y abandonado (56).

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión, entre niños de 9 a 17 años de edad, de alrededor de 5% en año 2009 (57).

Particularmente importante es mejorar la depresión en la adolescencia, no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta, pues como consecuencia queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Tabla 7. Trastornos de co morbilidad asociados en los adolescentes con trastornos disociales.

Co morbilidad	No	%
TDA- hiperactividad-impulsividad	6	46,2
Trastornos depresivos	4	30,8
Trastornos de somatización	2	15,3

Trastornos del sueño	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia clínica.

En otros casos aparecen las parasomnias y el trastorno de somatización. En la literatura revisada se expresa que este último suele presentarse en menores con conductas impulsivas y disociales y se ha observado en estudios de personas adoptadas que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastornos disociales y trastornos de somatización, aumentando el riesgo de aparición el hecho de tener padres biológicos o adoptivos con estos diagnósticos (58).

A partir de estos resultados y teniendo en cuenta lo importante que sería para un adolescente con trastorno disocial mejorar su comportamiento inadecuado, como es el incumplimiento de normas que lo hacen un inadaptado socialmente, además de mejorar la comorbilidad, que tantas consecuencias le traerían para su presente y futuro, se propuso una estrategia intervención psicoterapéutica, que sirva de apoyo y complemento al tratamiento biológico.

### Estrategia Psicoterapéutica de los adolescentes

#### Sesión 1. Establecer el contrato terapéutico.

##### Objetivos:

- Presentación de adolescentes, padres, maestros y equipo médico.
- Definir objetivos generales de la estrategia de intervención.

Técnicas de presentación: Mi expectativa. (Definir el nombre y qué espero del grupo) (Anexo 7)

Resultado: en esta primera sesión que se realizó en conjunto, solo la minoría de los adolescentes y padres expresaron expectativas de mejorar sus problemas y así lo expresaron a través de gestos y palabras. Se percibió que los padres no se sienten

involucrados en la problemática de sus hijos, se evidenció falta de seguridad y confianza en ellos como educadores, desconocimiento acerca de la problemática que presentan sus adolescentes y carentes de información acerca del tema. Finalmente se logró motivación para la participación posterior en el resto de las intervenciones y se definieron los objetivos generales de la estrategia.

Sesión 2. Establecer comunicación e interacción entre el grupo de adolescentes.

Objetivos:

- Lograr mejorar la comunicación entre paraiguales.
- Mejorar las relaciones interpersonales con adecuada comunicación.

Técnicas de presentación: La telaraña (anexo 7).

Técnica de análisis: Comunicación sin saber de qué se trata (anexo 7).

Resultado: durante la primera parte de la sesión se evidenció en los adolescentes desconocimiento sobre una comunicación adecuada. Luego de profundas reflexiones durante la técnica de análisis, la mayoría de los menores comprendieron la importancia de la comunicación en las relaciones sociales y cómo ésta influye en la solución de sus problemas. Se valoró que la comunicación debe ser clara, sincera, aceptando las individualidades de los demás, los criterios personales, comunicándose sin ofender y gritar, sin imponer, permitiendo que los demás opinen sin ser interrumpidos, esperando el turno que les corresponda para hablar. Durante la intervención se pusieron ejemplos que permitieron realizar reflexiones profundas sobre el tema.

Sesión 3. Autovaloración reforzada.

Objetivos:

- Identificar comportamientos que propicien el incumplimiento de las normas y cómo estas interfieren en su adaptación social.

Técnicas de presentación: Mientras dure un fósforo (anexo 7).

Técnica de análisis: Lluvias de ideas (anexo 7).

Resultado: la mayoría de los adolescentes tuvieron dificultades para identificar sus problemas, solo se concretaron a plantear “nos portamos mal”, pero sin profundizar qué significado tiene esto, en qué áreas o esferas de sus vidas se comportaban así. Tampoco tenían conciencia de cómo estos comportamientos influyen en la adaptación con el medio. Se percibió falta de juicio crítico de su afección. Se reflexionó que es necesario tener conciencia de lo que se debe cambiar para poder modificar conductas y trazarse metas dirigidas a ser mejores seres humanos. Si no lograban definir individualmente “quién soy”, “cómo soy”, “para dónde voy” o “qué quiero para mi vida”, no es posible realizar cambios positivos en la misma. Finalmente y luego de varias reflexiones, se lograron los objetivos propuestos.

Sesión 4. Profundizar en el conocimiento de la conducta individual negativa y en la consecuencia de ésta si no lo modifican.

Objetivos:

- Lograr que los adolescentes tengan mayor conciencia de sus problemas de conducta.

Técnicas de presentación: Presentación cruzada (anexo 7).

Técnica de análisis: Ejercicios de papeles múltiples (anexo 7).

Resultado: la mayoría de los adolescentes sí lograron identificar sus comportamientos inadecuados tales como: el poco control de sus impulsos, la agresividad, desobediencia, las dificultades para relacionarse, el incumplimiento de los deberes escolares, dificultad para acatar órdenes y la baja tolerancia a las frustraciones, sin embargo, casi la totalidad no conocían cuáles consecuencias les traerían estos comportamientos para sus vidas. Se reflexionó intensamente sobre las consecuencias de sus actos, no solo para el presente sino para su futuro y dentro de las repercusiones más frecuentes que se analizaron fueron: fracaso escolar, desvinculación del estudio y del trabajo, la aparición de hábitos dañinos como el alcohol u otras adicciones, desarrollo de afecciones mayores como el

trastorno antisocial con gran rechazo social y grandes implicaciones legales que pudieran terminar en la privación de la libertad.

Sesión 5. Identificar en los adolescentes sus cualidades positivas.

Objetivos:

- Mejorar su autoestima, desarrollar seguridad y autoconfianza.

Técnicas de presentación: La pelota (anexo 7).

Técnica de análisis: Corbata en la espalda (anexo 7).

Resultado: se trabajó con los adolescentes para que los mismos logaran identificar sus cualidades positivas y casi la totalidad de los menores no manifestaron tener virtudes, reflejaron autoestima muy dañada, inadecuada percepción de su imagen, pocos evidenciaron escaso conocimiento de sí mismo, se sienten como los “mas malos”, sin fortalezas, todo esto como consecuencia del reforzamiento de las conductas negativas que han tenido de sus familiares y demás personas que interactúan con ellos. Se hizo evidente durante el desarrollo de la intervención la tristeza, angustia y ansiedad enmascaradas por la agresividad, rebeldía y la fanfarronería

Sesión 6. Modificar la percepción de su imagen.

Objetivos:

- Reforzar conductas positivas para eliminar conductas negativas.
- Mejorar autoestima.

Técnicas de presentación: Canasta revuelta (anexo 7).

Técnicas de análisis: El árbol de la vida (anexo 7).

Resultado: en esta intervención, la técnica de análisis estuvo dirigida a reforzar sus cualidades positivas, sus fortalezas, se trabajó en el desarrollo de una autoestima adecuada, mejorando la confianza en sí mismo y modificando la percepción de su imagen, se les ayudó a encontrar factores protectores individuales para que se sintieran fortalecidos y que les sirviera de apoyo para continuar o elegir un proyecto de vida, se trabajó en la importancia de una

adecuada imagen personal y en la autovaloración, se considera que se lograron los objetivos propuestos, se mostraron alegres, optimistas y con más seguridad en un posible cambio.

#### Sesión 7. Entrenamiento de habilidades de solución de problemas.

##### Objetivos:

- Ayudar a identificar componentes de los problemas, soluciones alternativas y valorar consecuencias.

Técnicas de presentación: La silla vacía (anexo 7).

Técnicas de análisis: El incidente (anexo 7).

Resultado: a través de esta técnica, se trabajó con los menores para que identificaran los componentes de los problemas, buscaran soluciones alternativas y valoraran consecuencias si los resolvían inadecuadamente. La mayoría carecía de habilidades para resolver los conflictos propios de la etapa del desarrollo en la cual se encuentran, escogieron soluciones negativas para resolver la situación propuesta. Muchos escogieron la violencia como método de solución, otros la mentira y la desobediencia. Luego se logró que reflexionaran que solo estaban imitando conductas aprendidas en sus familias, conductas erráticas que solo los conllevarían al fracaso. Finalmente se consiguió que concientizara la importancia de la modificación de estos comportamientos para lograr una mayor aceptación social.

#### Sesión 8. Desarrollar habilidades para el autocontrol de la ira.

##### Objetivos:

- Ayudar a que aprendan fórmulas alternativas sobre los problemas, autocontrolado la ira.

Técnicas de presentación: La cadena de nombre (anexo 7).

Técnica de análisis: Discusión de casos o situación (anexo 7).

Resultado: se comienza la sesión reflexionando sobre la ira como un sentimiento que de no ser controlado adecuadamente pudiera traer consecuencias inesperadas. Estos adolescentes no tienen autocontrol y siempre la impulsividad esta presente. Con la técnica de análisis realizada estuvo de manifiesto esta característica, pero se logró que la mayoría comprendiera que la impulsividad los aleja de las relaciones sociales, con múltiples consecuencias en la pareja, la escuela, la familia y la sociedad. En la discusión del caso empleado se analizaron soluciones sanas al problema, se les ayudó a pensar en métodos, formas y mecanismos de afrontamiento a las dificultades. Se percibió comprensión de la técnica.

#### Sesión 9. Desarrollo de habilidades cognitivas.

##### Objetivos:

- Favorecer los procesos de comprensión y memoria a largo plazo.

Técnicas de presentación: El objeto imaginario (anexo 7).

Técnica de análisis: Lectura eficiente (anexo 7).

Resultado: la mayoría de los adolescentes mostraron dificultades en los proceso de comprensión y en la memoria, siendo la intranquilidad y la distractibilidad, las principales causas de esto, por lo que es importante el desarrollo cognoscitivo de estos menores, pues evidentemente influye para solucionar los problemas que se les presentan, por lo que se debe profundizar aún más en estrategias psicopedagógicas que traten esta alteración.

#### Sesión 10. Evaluación de logros en los adolescentes.

##### Objetivos:

- Valorar el impacto de intervención y cómo perciben la repercusión de la terapéutica aplicada en su comportamiento.

Técnicas de presentación: Nombre y gesto (anexo 7).

Técnica de análisis: Reloj de sentimientos (anexo 7).

Resultado: en la última sesión se aplicó una técnica de análisis para valorar el impacto de las intervenciones en ellos. Todos los adolescentes mostraron satisfacción con las intervenciones realizadas, expresaron aceptación y motivación por todas las actividades ejecutadas. Se apreció que la gran mayoría se sintieron motivados para modificar actitudes, aceptaron que tienen verdaderas dificultades en su adaptación al medio, logrando entender que la única forma de mejorar es concientizando dónde están sus dificultades y cuáles serían las consecuencias si no cambiaban de actitud.

Estrategia de intervención a familiares.

Sesión 1. Establecer contrato terapéutico.

Objetivos:

- Presentación de adolescentes, padres, maestros y equipo médico.
- Definir los objetivos generales de la estrategia de intervención.
- Lograr motivación para la participación en los grupos psicoterapéuticos.
- Conocer qué esperan los familiares y los adolescentes del grupo de psicoterapia.

Técnica de presentación: “Mi expectativa” (anexo 7).

Resultados: la valoración de esta sesión está descrita en la estrategia de los adolescentes, pues se realizó en conjunto.

Sesión 2. Identificación de actitudes psicopatógenas en los padres.

Objetivos:

- Lograr que los padres identifiquen manejos educativos inadecuados y cómo estos interfieren en la adaptación social de sus hijos.



- Promover la necesidad de cambios de métodos educativos inadecuados en los padres, para favorecer el desarrollo sano de sus hijos.

Técnicas de presentación: Mientras dure el fósforo (anexo 7).

Técnica de análisis: Lluvia de ideas (anexo 7).

Resultado: solo algunos padres identificaron manejos educativos patógenos con sus hijos, los más frecuentes reconocidos fueron la violencia física y verbal, serias dificultades en la comunicación con ellos, reforzamiento de conductas negativas en los menores y ausencia física y emocional. Solo en uno de los padres existió la sobreprotección e inconsistencia como método inadecuado. Se hicieron reflexiones profundas sobre las consecuencias negativas de estos manejos inadecuados en sus menores, tales como: tristezas, ansiedades, inseguridad en el futuro, ideas suicidas, deterioro de su imagen personal, rasgos anómalos en su personalidad, sentimientos de hostilidad, dificultades en las relaciones interpersonales, desmotivación escolar, búsqueda de su identidad en ambientes poco favorecedores, desorientación de su existencia, entre otros. Luego de la intervención se percibió en los padres necesidad de orientación para modificar su actuación con sus hijos.

Sesión 3. Favorecer el desarrollo de una autoestima adecuada en los hijos.

Objetivos:

- Que los padres conozcan la importancia de que sus hijos posean una adecuada imagen personal.
- Que los padres aprendan como favorecer la autoestima de sus hijos.

Técnicas de presentación: La Telaraña (anexo 7).

Técnicas de análisis: El árbol de la vida (anexo 7).

Resultados: en la tercera sesión de trabajo con los padres se reflexionó sobre la importancia de cómo ellos pueden favorecer la autoestima de sus hijos, partiendo del principio “la imagen que tengo de mí mismo es la equivalente a la que mis padres tienen de mí”. Casi la totalidad de los padres presentaban una percepción

inadecuada de sus menores, tildándolos casi siempre de “insoportables”. Se logró que hicieran conciencia de que frases como éstas transmiten al menor sentimientos de rechazo y desesperanza, agravando su conducta y dañando la autoestima, pues esta se fomenta y crece en la medida en que ellos como educadores principales sean capaces de estimularle sus cualidades positivas y no el reforzamiento constante de sus conductas erráticas y con cercanía afectiva comunicarles la seguridad de que son posibles los cambios verdaderos. Al final del trabajo de grupo se percibió la necesidad de desarrollar en los padres confianza y seguridad en ellos mismos, para que pudieran transmitírselas a los hijos.

Sesión 4. Orientaciones prácticas para favorecer la comunicación e interacción con los adolescentes.

Objetivos:

- Brindar orientaciones para favorecer la comunicación positiva entre padres y adolescentes.
- Que los padres conozcan la afección de sus hijos, sus características clínicas y la etiología de la misma.

Técnicas de presentación: Presentación cruzada (anexo 7).

Técnicas de análisis: “Psicoterapia didáctica” (anexo 7).

Resultados: la mayoría de los padres desconocían la diversidad de la clínica del trastorno disocial, ajustándose solamente al mal comportamiento, no sabían con claridad la etiología de esta problemática, justificando las causas del problema en factores pocos profundos o culpabilizando en ocasiones a otras personas que verdaderamente no han tenido que ver. Se insistió en que los factores familiares son los más importantes en la gestación de esta entidad y los que objetivamente se pueden modificar. La gran mayoría de los padres mostraron interés lográndose los objetivos propuestos.

Sesión 5. Evaluar la utilidad práctica de la intervención.

Objetivos:

- Conocer si la intervención les proporcionó conocimiento, habilidades y métodos para lograr en los hijos un mejor comportamiento y una mejor adaptación social.

Técnicas de presentación: Nombre y gesto (anexo 7).

Técnicas de análisis: “Reflexión del poema Tus hijos” (anexo 7).

Resultados: en la última intervención con los padres se valoraron los resultados de la psicoterapia. La mayoría realizó reflexiones profundas con conocimientos sobre el tema, expresaron habilidades y métodos aprendidos para mejorar la comunicación con sus hijos y hacer de ellos personas con mayor adaptación social.

En bibliografía revisada (59) aparece que las familias de los menores con trastornos disocial no conocen sobre la afección, carecen de habilidades para transmitirles a sus hijos como enfrentar sus problemas pues en muchas ocasiones tienen dificultades para resolver los suyos propios, portadores a veces de un desorden de personalidad que nunca se atendió.

Estrategia de intervención psicoterapéutica a profesores.

Teniendo en cuenta que en las escuelas , los cuadros directivos, así como todo el personal docente, se superan con nuevas concepciones educativas para el desarrollo exitoso del proceso docente-educativo, y que la accesibilidad en ocasiones se dificultaba solo se realizaron dos intervenciones didácticas que tuvieron como objetivo:

- Profundizar en el conocimiento más actualizado del trastorno disocial.
- Orientaciones sobre manejos educativos que favorecen el proceso de reducción del menor.
- Orientaciones prácticas para desarrollar en los alumnos autoconfianza, autoestima y seguridad.
- Profundizar en el conocimiento de la comunicación entre maestros y alumnos.

Técnicas de análisis: Psicoterapia didáctica (anexo 7). .

La generalidad de los profesores tuvieron una participación activa, profundizaron en el diagnóstico de trastorno disocial, se actualizaron en la clasificación del diagnóstico e incrementaron el conocimiento de cómo desarrollar en los alumnos autoconfianza, autoestima y seguridad. Se lograron objetivos propuestos.

Evaluación de la aplicación de la estrategia en los adolescentes.

Para valorar la eficacia de la estrategia de intervención se re evaluaron psicopedagógicamente a los menores, se les realizó examen psiquiátrico individual, se entrevistaron a los padres para valorar el comportamiento en sus hogares y se aplicó nuevamente la escala auto-evaluativa para la depresión en aquellos que inicialmente presentaron esa afección.

Tabla 8. Evaluación de los adolescentes antes y después de la estrategia de intervención.

Evaluación	Antes de la intervención		Después de la intervención	
Por psicología-psiquiatría				
Con trastornos depresivos	4	30,8	1	7,7
Con trastornos del sueño	1	7.7	0	0,0
Con trastornos somatización	2	15.4	0	0,0
Por evaluación con padres				
Mal comportamiento en casa	13	100,0	4	30,8
Por evaluación con maestros				
Mal comportamiento en escuela	13	100,0	4	30,8

Fuente: entrevistas y examen psiquiátrico n=13

Se apreció que de cuatro menores con trastorno depresivo inicialmente (30,8%) evolucionaron satisfactoriamente tres de ellos luego de la intervención

psicoterapéutica, por lo que solo quedó un adolescente (7,7%) con esta afección, a estos pacientes se les transmitió sentimientos de seguridad y adecuada imagen personal, además se les facilitó la expresión verbal de los conflictos potencializando habilidades socio- emocionales que les sirvieron para la solución de los mismos.

Los menores con trastornos del sueño y de somatización mejoraron su sintomatología.

La mayoría de los adolescentes corrigieron su comportamiento tanto en la casa como en las escuelas y así fue reflejado por sus padres y profesores, que de un 100% que presentaron estas situaciones al inicio de la estrategia de intervención, quedaron un 30,8% respectivamente al final de la misma. Se logró en ellos disminuir la impulsividad y agresividad, así como la baja tolerancia a las frustraciones, síntomas principales que repercutían en la adaptación al medio y en el cumplimiento de normas sociales.

En el grupo de adolescentes intervenidos, cuatro de ellos no modificaron su comportamiento, ni mejoraron sintomatología neurótica, debido mayormente a la disfunción familiar presente en sus hogares y a las pocas motivaciones individuales de cambiar sus conductas, los que se mantuvieron en las diferentes sesiones con fallas en su disciplina y muy poca participación en las actividades.

Se piensa que para obtener logros a largo plazo y mantenidos en el tiempo, deben de existir unido a estas estrategias psicoterapéuticas múltiples intervenciones Psicopedagógicas, comunitarias y sociales donde se encuentren y se trabajen los problemas reales y objetivos de estos adolescentes. Además esta modalidad terapéutica será mas efectiva cuando se realice con mayor sistematicidad, pero para que se cumpla esta propuesta debe permanecer mayor tiempo en la escuela el equipo de salud mental.

Aunque no se encontraron estudios comparativos de intervenciones en grupos a pacientes con trastornos disocial, sí coinciden los resultados con literaturas revisadas, donde refieren que es importante la aplicación de intervenciones multimodales , en los que se incluyera a la familia y la escuela como elementos importantes para la mejoría de estos menores, los que carecen de conciencia de

cómo sus conductas perturbadoras afectan a los demás, no sienten necesidad de cambio, pues en muchas ocasiones no tienen motivaciones ni proyecto de vida, carecen de habilidades emocionales para enfrentar sus problemas, con un deterioro importante de su imagen, llenos de ansiedades , tristezas e inseguridades que no saben cómo canalizarlas, si no es con conductas disociales que empeoran aun más sus vidas (60).

Valoración por expertos.

La valoración del contenido de la estrategia se realizó por criterio de expertos según las categorías de la técnica Moriyama la cual plantea como categorías fundamentales: claridad, coherencia, factibilidad de aplicación y ajuste al tema (31).

Se seleccionaron 9 expertos, tomando en cuenta su experiencia personal, su prestigio profesional y su vinculación con la salud mental en la aplicación de estrategias de intervención en terapia grupal.

La selección de la muestra de expertos se realizó según los siguientes criterios.

- Disposición a colaborar en la investigación.
- Más de 10 años de experiencia en su especialidad con abordaje de la temática en cuestión.
- Expertos de especialidades vinculadas con la atención a la salud mental.

La muestra quedó integrada por 4 especialistas en Psiquiatría, 2 especialistas en pediatría, además dos Licenciados en Psicología. Todos los expertos eran profesores con categoría docente.

En un segundo momento se les suministró a los expertos seleccionados toda la información relacionada con el tema objeto de investigación y en particular la estrategia diseñada por el autor y tutora. Se les pidió que reflejaran sus valoraciones según categorías de la estrategia propuesta:

1. Claridad: consiste en que los contenidos estén reflejados de forma clara y comprensible.
2. Coherente: que los contenidos sigan un curso lógico.
3. Factibilidad de aplicación: tiene que ver con la posibilidad real de aplicarse.

4. Ajuste al tema: valora el grado en que los contenidos se ajusten y correspondan a los objetivos propuestos.

Se les suministró una planilla con una tabla de los aspectos señalados para realizar la evaluación, que a continuación se relaciona:

Usted debe marcar en cada actividad la valoración de cada categoría en una escala de:

\_\_\_ nada (0)      \_\_\_poco (1)      \_\_\_mucho (2)

Contenido	Claridad	Coherencia	Factibilidad de Aplicación	Ajuste a los Objetivos
Objetivo de la estrategia:				
El contenido de la estrategia:				

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- ☐ Ningún contenido fue evaluado en la categoría (0).
- ☐ Los evaluados en categoría predominante (1) serán modificados (factibilidad de aplicación en el contenido de la estrategia)
- ☐ Los evaluados en categoría (2) permanecieron intactos.

Claridad: los 8 expertos (100%) consultados expresaron que el contenido de la estrategia estaba reflejado de forma clara y comprensible.

Coherencia: el 100,0 % reconocieron que no hubo falta de coherencia en cuanto al contenido.

Factibilidad de aplicación: todos los expertos (100%) encontraron las actividades factibles para su aplicación, pero se señaló la necesidad del incremento de la frecuencia de las actividades con el grupo de adolescentes e incremento del tiempo de la estrategia.

Esta propuesta por parte del grupo de expertos se tomará en cuenta cuando se realice el completamiento del grupo de atención médica de salud mental, Ajuste al tema: todos los expertos encontraron que las actividades se ajustan a los objetivos propuestos.

## **CONCLUSIONES**

- El trastorno disocial, frecuente en la edad infanto-juvenil, es susceptible de ser mejorado a través de estrategias de intervención multisistémicas, con atención a los adolescentes, padres y maestros.
- La estrategia aplicada se consideró efectiva ya que se logró modificar pensamientos, actitudes, comportamientos y comorbilidad, lo que proporciona una mayor adaptación social de estos menores.





## **RECOMENDACIONES**

- Presentar este estudio en las reuniones del equipo de prevención de la dirección municipal de educación y así pueda ser aplicada de manera sistemática a otros adolescentes.
- Evaluar la posibilidad de incrementar la frecuencia de atención en las escuelas para trabajar de forma más intensa y prolongada en la estrategia propuesta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benítez ME. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. En: La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2013: p. 50-60.
2. Díaz J. Problemas de conducta en la infancia o la LOGSE en el diván. Rev. Psiquiatría y Psicología [Internet]. 2014 [citado 20 Octubre 2014]; 8(1): [aprox. 9p.]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/buscador/proxy.ats?item\\_type=](http://www.psiquiatria.com/buscador/proxy.ats?item_type=)
3. Fontes Sosa O; Pupo Pupo M. Los trastornos de conducta. Una visión multidisciplinaria. La Habana: Pueblo y Educación; 2016.
4. Arias BG. La dinámica causal de las alteraciones del proceso de formación de la personalidad. Universidad de la Habana: Facultad de Psicología 2016.
5. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Carpeta de prensa 2017. Disponible en: <http://www.org.Int/wte/2017html>
6. Hinshay CP, Anderson CA. Conduct and Oppostional Defiant Disorder. En: El Mash, RA Barkleyr, ED. Child Psicopathology. The Guillord Press, Nueva york; 2018: p.113-149.
7. Gutiérrez Baro E. Muy en serio y algo en broma. Diálogo con los adolescentes. 1. ed. Científico-Técnica: La Habana; 2017.
8. Carbajal C. Educación para la salud en la escuela. La Habana: Pueblo y Educación; 2016.
9. De la Peña Olvera F, Palacios Cruz L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud mental [Internet]. 2017 [citado 1 Abril 2017]; 34(5): [aprox 6p.]. Disponible en: [http://http://www.inprf-cd.org.mx/revista\\_sm/citas.php?id=1438&PHPSESSID=f02330b15c72f81bd6d05cc3a2c4698a](http://http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/citas.php?id=1438&PHPSESSID=f02330b15c72f81bd6d05cc3a2c4698a).

10. Vega Vega R. El niño en alteraciones psicológicas y su tratamiento. La Habana: Pueblo y Educación; 20017.
11. González Méndez R. Terapéutica Psiquiatría integral. La Habana: Félix Varela; 2018.
12. Pupo, M. El proceso de formación en menores con trastornos afectivos conductuales mediante un proyecto educativo investigativo [tesis doctoral]. La Habana, Universidad de La Habana, 2017.
13. Núñez Santana A. EL factor humano en la gestión del conocimiento. [Internet]; 2016 [citado 12 agos2017] .Disponible en: <http://belsime,disic.cu/secciones/gernd-0.3.hlm>.
14. Salud. Departamento de registros médicos y estadísticas de Salud. Valencia, Venezuela; 2014.
15. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Revista Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 1 septiembre 2017]; 7(33): [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138600X2011000300011&lng>
16. Ministerio de Educación: Colectivo de Autores. Algunas consideraciones sobre la Formación de Promotores de Salud en el ámbito Escolar, MINED, La Habana; 2017.
17. Organización Panamericana de la Salud: Manual de Medicina del Adolescente. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington d.c; 2017.
18. Velasco-Martín A, Álvarez F J. Compendio de psiconeurofarmacología Díaz de Santos: Madrid; 2016.
19. MINED. Educación de alumnos con necesidades educativas especiales. Fundamentos y actualidad. La Habana: Pueblo y Educación; 2016.
20. Sánchez Hidalg MR, Millán Lice OY, Torres Martí C, López Rey C. Caracterización de adolescentes con trastornos de conducta [monografía en Internet]; 2016 [citado 8 Julio 2016]. Disponible en: <http://http://www.monografias.com/trabajos28/trastornos-adolescentes/trastornos-adolescentes.shtml>

21. Roca Perera MA. Recursos Valiosos en el Afrontamiento de Crisis Familiares.  
[Internet]. La Habana: Infomed; 2016 Disponible en:  
<http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=9719>. [Consulta: 10 febrero 2018].
22. García Y E, Gerudis González M Z Dorta Gurri Z, Nodda L, Reyes Díaz Z.  
Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. Investigación en  
Salud [Internet]. 2016 [citado 18 Abril 2016]; 8(2): [aprox. 10p.]. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14280212.pdf>
23. Ministerio de Salud Pública: 7ma Reunión metodológica del MINSAP. Carpeta  
metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. República de  
Cuba, MINSAP: p.44-47.
24. Muñoz García I. Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en  
adolescentes. Rev. Psiquiatría fac med barna. 2017; 31(1):21-37.
25. Jiménez T. Familia .apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia [Internet].  
[Consultado: 4/14/2016] Disponible en: <http://www.infocop online se>
26. Carvajal C. Propuestas para ejecutar el Diagnóstico Pedagógico de la Promoción de  
la Salud con enfoque participativo en las Instituciones Educativas. La Habana:  
MINED; 2017.
27. Bronfenbrenner, U. La ecología del desarrollo humano. España: Barcelona; 2017.
28. Green WH. Child and adolescent clinical psychopharmacology. Journal Citation Reports:  
Williams Baltimore; 2017.
29. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de  
los trastornos mentales. Masson: Barcelona; 2017.
30. González Llanusa FM. Instrumento de Evaluación Psicológica. La Habana: Editorial  
Ciencias Médicas; SA.
31. Moriyama IM. Indicator of Social Change. Problems in the Measurement of  
Health Status. New York: Sheldon and W Moore, Russell Sage Foundation; 2017.
32. Luther King M. Técnicas de participación. Equipo de educación popular. La Habana:  
Editorial Camino; 2017.
33. Connie C. Manual para la Educación en Salud del Adolescente. En: Pineda S.  
Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del  
Adolescente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2016.130-135.

34. Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto Juvenil. La Habana Ciencias: Médicas; 2015.
35. Dios de Vega JL. Trastornos Disociales en la adolescencia. Estudio de su incidencia en la comunidad de Madrid. España: Barcelona; 2016.
36. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes. MEDISAN [en línea]. 2016 [citado 10 Febrero 2016]; 13(1): [aprox. 10p.]. Disponible en: [http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm#categ](http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm#categ)
37. Asociación América de Psiquiátrica: Manual Diagnostico y estadístico de las enfermedades mentales.4ta ed. Asociación Americana de Psiquiatría: Wosherintonn; 2016.
38. Velles A, Valle C. La autorregulación para el afrontamiento emocional. Valencia: Promolibro [Internet]. 2016 [Consultado. 4/13/2016].Disponible en: [http://www.cocrear.com.ar/inteligencia\\_emocional/La\\_Autoregulacion\\_Emocional.html](http://www.cocrear.com.ar/inteligencia_emocional/La_Autoregulacion_Emocional.html)
39. Pérez, M.G. Los procesos de enseñanza y aprendizaje. Departamento de Pedagogía aplicada. Facultad de educación y Rehabilitación. Universidad de Humbolt; 2017.
40. Rojas AL, Donas S. Hacia la Real Incorporación de los Adolescentes y Jóvenes como Actores Sociales. En: Pineda S. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana: Editorial de ciencias Médicas; 2016:15-23.
41. De la Peña-Olivera F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. Salud Pública: México; 2013.
42. Recklitis Ch, Noam G. Comportamiento agresivo en el paciente psiquiátrico adolescente. Rev. México [Internet] 2014 [Consultado: 4/4/2016]; 34 (4): 341-361.Disponible en: <http://www.aacap.org/ppublications/apnttsfam/fff33.htm>
43. Schenquerman N. Psicopatología y clínica de los trastornos antisociales y narcisista de la personalidad. Revista Persona. 2009[Consultado: 4/2/2016] 9(1):48-51 Disponible en: <http://www.iaepd.com.ar/>

44. Mobilli Rojas A, Rojas Malpica C. Aproximación al adolescente con trastorno disocial Rev. México [Internet] 2016 [Consultado: 4/2/2016]; 8(2):315-321 Disponible en: <http://www.aacap.org/ppublications/apnttsfam/fff33.htm>.
45. Rondón Sed MC. Inteligencia emocional en adolescentes de la Escuela de Conducta 2016
46. García Morey A. Psicopatología infantil.Su evolución y diagnóstico. La Habana: Pueblo y Educación; 2016.
47. Biederman J, et al. The Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med.2016; 36(2):93-101.
48. Betancourt, T.J y González A.O. Trastornos de la conducta y retardo en el desarrollo psíquico. La Habana: Pueblo y Educación; 2014.
49. Heydl P. TDAH asociado a depresión en niños y adolescentes. Revista Terremotos y sueños. 2016; 1 (3): 6-8.
50. Benjumea P, Mojarro M. Conceptos y datos epidemiológicos en Trastornos Hiperkinéticos. Interpsiquis 2014; 8(2): 2-8.
51. Cardo E, Servera M. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol 2005; (Supl 1): 511-515.
52. Camejo J. [et-al]. Prevalencia el trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol 2015; 40 (12): 716-722.
53. Odesman A. A diagnosis AF TDAH Dont Overlook the probavility of comorbilidad. Contemporary y pediatrics 2018; 20(2): 91.
54. Torruella G. Aprender a vivir y a convivir. La Habana I: Científico-Técnica; 2015.
55. Gutiérrez Baró E. ¿Por qué no aprende un niño? La Habana: Científico-Técnica; 2015.
56. Meyer D, Glantz PhD, James C, Anthony PhD, Patricia A, Berglund MBA, et al. Mental disorders as risk factors for later substance dependence. Psychol Med [en línea]. 2009 [citado 3 Febrero 2016]; 39(8): [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705467/?tool=pmcentre>
57. Myhre AM, Mordre M, Groholt B, Kjelsberg E, Sandstad B. The impact ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: a 30 years follow-up stud.

BMC Psychiatry (Newspaper on – line). 2016 (cited 2011 enero 14); 11(57): (about op,). Available from: <http://http://bases>. Bireme.br/cqi-bin/wxislind.exe/iah/online

58. Garry M, Joseph P. Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Madrid: Pearson; 2017.

59. Martínez Gómez C. Para que la familia funcione bien. La Habana: Científico-Técnica; 2015.

60. Guibert Reyes W. Aprender, enseñar y vivir es la clave. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2016.



## **Anexos**

### **ANEXO No.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

La participación activa como propios protagonistas de la investigación: de sus hijos y ustedes como familias da la oportunidad de promover bienestar no solo a ustedes como objetos y sujetos de la investigación, sino a otros adolescentes y familias que se encuentren en situaciones parecidas y además favorecerá la prevención de conductas de riesgo y de enfrentamiento no adecuados a los problemas de la vida cotidiana sin causar daño alguno y en absoluta confiabilidad.

Está usted de acuerdo a participar junto a su hijo en la investigación con los beneficios sociales que la misma significa.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Padre o tutor.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Adolescente.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del representante

legal.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la o del

adolescente.

## **ANEXO No.2. Planilla de vaciamiento.**

Evaluación de los posibles factores de riesgo del trastorno de conducta en adolescentes. Dado la necesidad de reducir la comorbilidad en estas edades, un grupo de profesionales desea su cooperación en la investigación con el objetivo de favorecer la prevención de esta conducta y contribuir a nuestro propio bienestar.

### I Nivel individual

#### 1 Sexo

Masculino ( )

Femenino ( )

#### 2. Edad

10 – 11( )

12-13( )

14-15( )

#### 3. Nivel escolar

Primaria ( )

Secundaria ( )

Preuniversitario ( )

Técnico medio ( )

Superación Integral ( )

#### 4. Prácticas Religiosas

Católica ( )

Protestante ( )

Testigo de Jehová ( )

Cultos sincréticos ( )

Otros ( )      ¿Cuáles ?

5. Intento Suicida anterior    SI (    )    No (    )

    ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

6 .APP

Enfermedad crónica ( )

APP de invalidez Física ( )

APP de enfermedad Psiquiátrica ( )

Alcohol ( )

Otras drogas ( )

7 APF (enfermedad familiar) de suicidio, intento suicida, alcoholismo, droga dependencia o trastorno psiquiátrico.

Trastorno	Parentesco
Intento Suicida	_____
Suicidio	_____
Alcoholismo	_____
Droga de dependencia	_____
Trastorno psiquiátrico	_____

8. Padecimiento por UD, de enfermedad crónica SI (    )    NO (    )

    ¿Cuáles ? \_\_\_\_\_

9. Antecedentes de trastornos psiquiátricos

SI (    )    No (    )

    ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

10 Antecedentes de haber sido objeto de violencia física si (    )    no (    )

Padre ( )

Madre ( )

Abuelos ( )

Maestros ( )

Vecinos ( )

Tíos ( )

Pareja ( )

Otros ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_

#### 10. Violencia psicológica

Padre ( )

Madre ( )

Abuelos ( )

Maestros ( )

Vecinos ( )

Tíos ( )

Pareja ( )

Otros ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_

#### 11 Violencia sexual

Padre ( )

Madre ( )

Abuelos ( )

Maestros ( )

Vecinos ( )

Tíos ( )

Pareja ( )

Otros ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_

#### II.- Nivel familiar.

##### 10. Características de la familia.

Parentesco	edad	grado escolar	ocupación	salario
------------	------	---------------	-----------	---------

1

2

3

##### 11 Antecedentes patológicos familiares

Intento de suicidio

Padres ( )

Tíos ( )

Abuelos ( )

Tutor ( )

Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

12 Suicidio

Padres ( )

Tíos ( )

Abuelos ( )

Tutor ( )

Otro ( ) ¿Cuál? .....

13 Alcoholismo

Padres ( )

Tíos ( )

Abuelos ( )

Tutor ( )

Amigos ( )

Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

14 Drogodependencia

Padres ( )

Tíos ( )

Abuelos ( )

Tutor ( )

Otro ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

15 Trastorno psiquiátrico

Padres ( )

Tíos ( )

Abuelos ( )

Tutor ( )

Amigos ( )

Otro ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

16 ¿Cómo UD se siente en relación con su familia?

Bien ( )

Regular ( )

Mal ( )

¿Por qué?\_\_\_\_\_

### III.- Nivel Escolar

17.- Dificultad docente SI ( ) NO ( )

Bajo rendimiento ( )

Repite grados ( )

Disminuye rendimiento ( )

Dificultades en las relaciones con sus compañeros ( )

Abandono de los estudios ( )

18 Dificultades con profesores SI ( ) No ( )

¿Cuáles?\_\_\_\_\_

Dificultades con relación con compañeros SI ( ) NO ( )

¿Cuáles ? \_\_\_\_\_

19. Eventos vitales (Conflictos actuales)

Explique.

Familia

De salud

Estudiantes

Laborales

Económicos

Sociales

20. Uso de tiempo Libre

Ver TV ( )

Lectura ( )

Baile ( )

Cine ( )

Deporte ( )

Estudios ( )

Ingestión de alcohol ( )

Fumar ( )

Uso de otras instancia ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Otra forma \_\_\_\_\_

21 ¿Cómo UD se siente en relación al grupo?

Bien ( )

Regular ( )

Mal ( ) ¿ Por qué?

#### IV. Nivel Comunitario

22. Área de salud \_\_\_\_\_

Consultorio \_\_\_\_\_

Barrio \_\_\_\_\_

23. ¿Cómo Ud. Se siente en el barrio donde reside?

BIEN ( )

REGULAR ( )

MAL ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Se siente parte del mismo SI ( ) No ( )

¿Por qué ? \_\_\_\_\_

24. ¿Cómo usted define la casa donde vive?

BIEN ( )

REGULAR ( )

MAL ( )

25. ¿Qué no le gusta del barrio o comunidad donde vive?

26. Método de castigo más usado por los padres

Castigo físico ( )

Castigo psicológico ( )

Otros castigos ( ) ¿cuál ? \_\_\_\_\_

Otros métodos ( ) ¿cuál? \_\_\_\_\_

27. ¿Cómo UD le da solución a sus problemas o conflictos?

Evadiendo ( )

Desplazándolos ( )

Deprimiéndome ( )

No voy a la escuela ( )

Poniéndome bravo ( )

Pidiendo ayuda ( )

Golpeando ( )

Haciendo perretas ( )

Tomando tabletas ( )

Amenazando ( )

Hablando con mis padres ( )

Hablando con mis amigos ( ).

28. Si pudieras pedir tres deseos para se más feliz estos fueran:

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_



### **Anexo No. 3. Examen Psiquiátrico EXAMEN PSIQUIATRICO**

Generalidades:

---

---

#### I Funciones Cognoscitivas

Sensaciones

☐ Hiperestesia ☐ Hipostesia ☐ Anestesia ☐ Parestesia ☐ Cenestopatías

Percepciones

☐ Ilusión ☐ Alucinación ☐ Alucinosis ☐ Pseudo alucinación ☐ Alt.Esq.Corporal

☐ Ilusoria Percep. Del tiempo ☐ Trasformaciones ☐ Metamorfosis

☐ Desrealización

☐ Despersonalización ☐ Afasia Sensorial

#### II. Pensamiento

Origen: ☐ Real ☐ Irreal ☐ Místico

Curso: ☐ Lentificación ☐ Aceleración ☐ Bloqueo ☐ Prolijidad ☐ Perseveración  
☐ Divagación ☐ Incoherencia

Contenido: ☐ Idea sobrevalorada ☐ Idea Obsesiva ☐ Idea Fóbica ☐ Idea Delirante  
(Daño, persecución, místico religiosa, influencia, grandeza, celos,  
Hipocondríaca, autoacusación)

Juicio Crítico: \_\_\_\_\_

Comprensión: \_\_\_\_\_

#### III. Funciones Afectivas

☐ Hipertimia ☐ Hipotimia ☐ Atimia ☐ Euforia ☐ Ansiedad

☐ Indiferencia

\_\_Ambivalencia \_\_Efecto discordante \_\_Disforia.

#### IV. Funciones Conativas

Fascie \_\_\_\_\_

Actitud \_\_\_\_\_

Psicomotricidad: \_\_Hiperabulía \_\_Hipoabulia \_\_Abulia

Acción Explícita

\_\_Hiperquinesia \_\_Hipoquinesia \_\_Acinesia \_\_Agitación\_\_Catalepsia

\_\_Estereotipia \_\_Manierismos \_\_Negativismo \_\_Obediencia Automática

\_\_Flexibilidad Cérea \_\_Compulsión \_\_Parálisis motora \_\_Ecopraxia

Hábitos

Sueño \_\_\_\_\_

Higiene \_\_\_\_\_

Necesidades:

Alimentación \_\_\_\_\_

Sexuales \_\_\_\_\_

Autoconservación \_\_\_\_\_

Lenguaje

Oral \_\_\_\_\_

Escrito \_\_\_\_\_

#### V. Funciones de Integración

Conciencia \_\_\_\_\_

Orientación:

Alopsíquica \_\_\_\_\_

Autopsíquica \_\_\_\_\_

Memoria

Fijación

\_\_\_\_\_

Evocación \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Inteligencia: \_\_\_\_\_

#### VI. Funciones de Relación

Consigo mismo \_\_\_\_\_

Con los demás \_\_\_\_\_

Con las cosas \_\_\_\_\_

#### VII. Patrones de conducta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Personalidad Premórbida

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Resumen Sindrómico

Impresión Diagnóstica:

\_\_\_\_\_

Médico Consultante

#### **Anexo No. 4. Caracterizacion psicopedagógica**

Estudiantes

Hijos de Padres Divorciados

Rasgos de Timidez en la Personalidad

T. Aprendizaje

Rasgos Impulsivos en la Personalidad

Huérfanos

Padres Alcohólicos

Atendidos Inadecuadamente por la Familia

Casos Sociales

Con Familia de Conducta Social Inadecuada

Padres Reclusos

Egresados de Escuelas Especiales

Retraso Escolar

Proclives

Fuente. Caracterización psicopedagógica general de las escuelas.

## **ANEXO No. 5. Contrato terapéutico**

Nombres y apellidos

Se le explica al paciente y familia las características del contrato:

1- Condiciones

2- Local (cerrado, privado, susceptible de favorecer la concentración, preferiblemente siempre el mismo).

3- Horario (días fijos y acordados, horas de sesión, duración de la sesión, total de sesiones).

4- Fecha

5- Clarificación de las expectativas

6- Metas trazadas por el paciente y la familia.

Firmas.

## **Anexo No. 6. Valoración de expertos**

Valoración por expertos.

La valoración del contenido de la estrategia psicoterapéutica se realizó por criterio de expertos según las categorías de la técnica Moriyama la cual plantea como categorías fundamentales: claridad, coherencia, factibilidad de aplicación, ajuste al tema.

☐ Se seleccionaron 8 expertos tomando en cuenta su experiencia personal, su prestigio profesional y su vinculación con las afectaciones psíquicas en el adolescente con intento suicida y en la aplicación de estrategias de intervención en terapia grupal.

La selección de la muestra de expertos se realizó según los siguientes criterios.

☐ Disposición a colaborar en la investigación.

☐ Más de 10 años de experiencia en su especialidad con abordaje de la temática en cuestión.

☐ Expertos de especialidades vinculadas con la atención al trastorno de conducta.

La muestra quedó integrada por 4 especialistas de 1er grado en Psiquiatría, 2 licenciados en Psicología y dos especialistas en pediatría de los cuales cuatro son profesores con categoría docente.

En un segundo momento se les suministró a los expertos seleccionados toda la información relacionada con el tema objeto de investigación y en particular la estrategia diseñada por el autor y tutor. Se les pidió que reflejaran sus valoraciones según categorías de la estrategia propuesta:

1. Claridad: consiste en que los contenidos estén reflejados de forma clara y comprensible.

2. Coherente: que los contenidos sigan un curso lógico.

3. Factibilidad de aplicación: tiene que ver con la posibilidad real de aplicarse.
4. Ajuste al tema: valora el grado en que los contenidos se ajusten y correspondan a los objetivos propuestos.

Usted debe marcar en cada actividad la valoración de cada categoría en una escala de:

\_\_\_ nada (0)          \_\_\_poco (1)          \_\_\_mucho (2)

Contenido	Claridad	Coherencia	Factibilidad de Aplicación	Ajuste a los Objetivos
-----------	----------	------------	----------------------------	---------------------------

Objetivo de la estrategia:

El contenido de la estrategia:

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- ☐ Ningún contenido fue evaluado en la categoría (0).
- ☐ Los evaluados en categoría predominante (1) fueron modificados.
- ☐ Los evaluados en categoría (2) permanecieron intactos.

Claridad: Los 8 (100%) de los expertos consultados expresaron que unas actividades en el contenido de la estrategia no estaba expuesto el criterio de tiempo, por lo que se modificó para una mejor comprensión.

Coherencia: De los 8 expertos, los 98 (100,0 %) reconocieron que no hubo falta de coherencia en cuanto al contenido.

Factibilidad de aplicación: Los 8 expertos (100%) encontraron las actividades factibles para su aplicación, según complejidad planteada.

Ajuste al tema: Los 8 (100%) expertos encontraron que las actividades se ajustan a los objetivos propuestos.

## **ANEXO No. 7.**

Técnicas de presentación y de análisis utilizadas en la estrategia psicoterapéutica en adolescentes y padres.

Técnicas de presentación

La telaraña.

Se colocan de pie, en forma de círculo, y se le entrega una bola de hilo a uno de los participantes. Este debe decir su nombre y otros datos, luego toma la punta del cordel y lanza el ovillo a otro que hace lo mismo y así sucesivamente. El que quedó último con el ovillo debe regresarlo al que se lo envió inicialmente, presentándose.

Mientras dure un fósforo.

Se reparte un fósforo a cada participante y se hace pasar de mano en mano la caja de cerillas con el objetivo de que enciendan por turno su fósforo. En el tiempo en que esté encendida la llama, cada uno se presente y explica algunos datos sobre sí mismo.

Presentación cruzada.

Se le indica al grupo que intercambie información en pareja durante 3 ó 4 minutos. Luego cada miembro de cada pareja presenta al plenario al otro integrante de la misma.

La pelota



Materiales que se utilizan: Pelota o globo. El grupo se dispone en círculo. El coordinador se coloca en el centro con la pelota en sus manos. Se lanza la pelota al aire y al mismo tiempo dice el nombre de alguien del grupo. La persona que ha sido llamada, sale corriendo e intenta agarrar la pelota antes de que caiga al suelo. Se repite hasta que pasen todos, por lo que se sugiere al inicio no repetir nombres.

¡OJO! Antes de jugar cada cual dice su nombre.

Variante: También se puede jugar con un plato o una botella. La persona nombrada tiene que agarrarlo antes de que termine de moverse. El coordinador muestra una pelota imaginaria, la rebota en el piso, muestra su peso, etc.

Menciona el nombre de un compañero y lanza la pelota, este la recibe, nombra a otro y le lanza la pelota. Si no sabe el nombre se puede preguntar.

#### Canasta revuelta

El grupo se dispone en círculo. Cada participante debe aprender los nombres de las personas que tienen sentadas a su izquierda y a su derecha. El coordinador está en el centro de pie y explica el juego. Si el coordinador dice LIMON, LIMON, la persona que él señale en ese momento, tiene que decir el nombre de la que tiene sentada a su DERECHA. Si el coordinador dice NARANJA, NARANJA, la persona que él señale en ese momento, tiene que decir el nombre de la que tiene sentada a su izquierda. Si el coordinador dice MANGO, MANGO, la persona que él señale en ese momento, tiene que decir SU nombre. Si alguien se equivoca pasa al centro y el coordinador ocupa su lugar. Cuando el coordinador grita ¡CANASTA REVUELTA!, todos cambian de puesto y el que queda sin asiento continúa dirigiendo el juego.

#### La silla vacía.

El grupo debe estar sentado en círculo. Se añade una silla vacía. La persona que tiene la silla vacía a su derecha comienza el juego. Se presenta y llama a otra persona del grupo para que ocupe la silla vacía. Ej. : Me llamo Ana y quiero que la silla vacía la ocupe Gerardo. Gerardo ocupa la silla y deja otra silla desocupada.

Continúa el que está a la derecha de la nueva silla desocupada. Se pueden introducir variantes como: Me llamo Julia y quiero que venga Esteban saltando en un solo pie.

La cadena de nombre.

Recomendable para grupos de reciente formación y de tamaño numeroso. Permite fijar los nombres de todos los integrantes del grupo. Un integrante del grupo se pone de pie dice su nombre(o como le gusta que le digan) y toma de la mano a otro compañero y lo lleva al centro del local. Este repite el nombre del primero y dice el suyo; escoge a un tercero. El tercero repite los nombres del primero y del segundo, dice su nombre y escoge a otro, que repetirá los nombres de los anteriores, dirá el suyo, escogerá a otro y así hasta que el último repita todos los nombres y diga el suyo. Cada vez que se cometa un error (por omisión o cambio de nombre) se rectifica diciéndolo correctamente.

Técnica de análisis: Discusión de casos o situación.

Permite llegar a conclusiones o formular alternativas sobre un problema. Se prepara un caso. Se discute del caso en colectivo. Se realiza una síntesis ordenando los problemas. Se busca una solución. Se reflexiona sobre la relación del caso y la realidad.

El objeto imaginario.

El grupo se dispone en círculo, todos de pie. El coordinador explica que tiene en sus manos un objeto imaginario y lo lanza a alguien del grupo diciendo su nombre. Ej. : Francisco, te lanzo este elefante o Angélica, agarra esta gallina. Quien lo recibe tiene que hacer el gesto como si lo que le llagara fuera verdad. Ahora la persona que recibe el gesto, lanza otro objeto imaginario a la persona que quiera, diciendo su nombre. Hay que motivar al grupo a variar los objetos imaginarios y a exagerar los gestos al lanzar y recibirlos. (Puede convertirse en un balón de voleibol, una piedra, una mariposa, un palo...).

Nombre y gesto.

Colocados en círculo, cada participante se presenta con su nombre y algún gesto (moverse, saltar, etc.). Cada uno debe estar pendiente de la persona que tiene a su derecha, porque después de que todos se presenten hay que volver a hacerlo, pero con el nombre y el gesto realizado por la persona que tiene a su derecha.

Variante: Cuando cada uno se presente por la segunda vez, todo el grupo repite el nombre y hace el gesto. Cada participante puede cambiar el gesto a decisión personal combinado creatividad y expresión corporal.

Los refranes por delante y por detrás.

Dicen un refrán lo tienen que recordar después, repiten la primer parte por delante la otra por detrás, ejemplo, árbol que nace torcido por delante jamás su tronco endereza por detrás.

Técnicas de análisis

Corbata en la espalda.

Se utiliza para fortalecer la autoestima y el sentimiento de pertenencia al grupo. Se pega a todos los participantes una hoja de papel en la espalda. Se indica que recorran el local escribiendo en las hojas de otros las cualidades que reconocen en el portador. También se pueden incluir consejos, frases y comentarios sobre esa persona. Es importante que todas las opiniones que se escriban tengan un espíritu positivo, alentador, pues de lo que se trata es de estimular el crecimiento personal y grupal. Transcurrido el tiempo necesario para que todos escriban, se organiza una sesión donde cada uno lea lo escrito por lo demás en su papel y comparta con el resto del grupo lo que considere necesario.

Comunicación sin saber de qué se trata.

Se construirá un dibujo por tres voluntarios, que deben salir del local. El primero hace un dibujo del que se tapa la mitad; luego, basado en la parte que se ve, el segundo debe ser otro y sobre éste, tapando nuevamente la mitad del segundo dibujo. Después de destapar los tres se discute cómo influyó el que no hubiese

comunicación para realizar el dibujo. Y la importancia de conocer qué es lo que se quiere, para hacer un trabajo en conjunto.

Lluvias de ideas.

Permite buscar un conjunto de ideas o conocimientos y llegar a síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. A partir de un tema o problema se recogen, en un papelógrafo o en un pizarrón, todas las ideas que se produzcan por el plenario, en el orden en que aparezcan. No importa su lógica aparente, ni su relación directa con el tema. Cuantas más ideas, mejor. Luego se discute cada una de las ideas o soluciones, eliminándolas o aceptándolas según el consenso grupal. El coordinador debe hacer una síntesis final del resultado del trabajo y cuidar no demeritar las ideas eliminadas, sino resaltar las más acertadas.

Ejercicios de papeles múltiples.

En diferentes lugares del salón se colocan cinco hojas que describan cinco tipos de comportamiento: agresivo, pasivo-callado, centrado en la tarea, emocional y racional. Los participantes deben ponerse debajo de la hoja que describa su comportamiento. El coordinador les pide que se formen en grupos de tres para discutir: ¿qué tiene de útil este comportamiento, qué tiene que no es útil? Después de 10 minutos forman un círculo grande, sentándose junto a los que escogieron la misma hoja. Cada grupo comparte lo positivo y negativo de su comportamiento. El coordinador debe ayudar al grupo a reconocer que necesitamos todos los tipos de comportamiento.

El árbol de la vida.

Ayuda a reflexionar sobre la propia vida. Cada participante dibuja el árbol de su vida:

Las raíces representan la familia, mayores influencias.

El tronco la estructura de nuestra vida actual: trabajo, familia, organizaciones.

Las hojas muestran fuentes de información: periódicos, radio, TV, libros, amigos.

Las frutas nuestros logros: proyectos que hemos organizado, programas, materiales

Producidos.

Los capullos nuestras esperanzas.

Dar 20 minutos para esto. Compartir en grupo de tres a cinco personas, preferiblemente en sesiones nocturnas para no tener límite de tiempo.

Técnicas de presentación: La silla vacía.

El grupo debe estar sentado en círculo. Se añade una silla vacía. La persona que tiene la silla vacía a su derecha comienza el juego. Se presenta y llama a otra persona del grupo para que ocupe la silla vacía. Ej. : Me llamo Ana y quiero que la silla vacía la ocupe Gerardo. Gerardo ocupa la silla y deja otra silla desocupada. Continúa el que está a la derecha de la nueva silla desocupada. Se pueden introducir variantes como: Me llamo Julia y quiero que venga Esteban saltando en un solo pie.

El incidente.

Se utiliza para la búsqueda de soluciones. El grupo analiza a fondo un problema o incidente real o supuesto, y trata de llegar a la mejor solución. El grupo puede solicitar más información sobre el incidente. Cada uno de los miembros escribe su decisión, se discuten en subgrupos y se elige por votación la mejor. Se debaten, finalmente, en plenario las soluciones de los subgrupos.

Discusión de casos o situación.

Permite llegar a conclusiones o formular alternativas sobre un problema. Se prepara un caso. Se discute del caso en colectivo. Se realiza una síntesis ordenando los problemas. Se busca una solución. Se reflexiona sobre la relación del caso y la realidad.

Lectura eficiente.

Permite el desarrollo de habilidades para la comprensión de la lectura. Se divide el plenario en grupos de dos o tres lectores y se les da un periódico (el mismo a todos los grupos), en 5 minutos deben leer la página señalada en silencio y luego se les hacen preguntas sobre el contenido de las noticias que leyeron. Cada

equipo escribe una frase de respuesta que no puede coincidir con los titulares y gana un punto por cada una de las respuestas correctas. Variante: el coordinador puede leer en voz alta el texto y los equipos responder en colectivo.

Reloj de sentimientos.

Se prepara una pancarta de cartón grande donde se dibuja un círculo en forma de reloj y se le colocan dentro cinco caritas redondas con diferentes gestos: aburrido, cansado, triste, feliz y enojado. A partir de ahí el niño o adolescente se colocará inicialmente donde el estima según como se siente al llegar. Se hace interactuar unos con otros, se valoran los sentimientos y el estado de ánimo, se les habla acerca de la confianza, la seguridad, la aceptación, la disciplina y al final de la 7

Técnica de Animación: intercambio entre dos. Se hacen dúos, intercambian sobre sus preferencias.

Técnica de Análisis: ¿Qué tan importante son mis decisiones? Toma de decisiones paso a paso.

Objetivos: Estimular la toma de decisión individual y colectiva, paso a paso.

Identificar modelo para la toma de decisiones responsables

Se pide al grupo realizar una lluvia de ideas sobre la forma que toma decisiones (por impulso, por no decir, dejando que otro tome la decisión, evaluando todas las alternativas y eligiendo una).

Se explican ventajas y desventajas y las posibles consecuencias de cada una, haciendo énfasis que la última es la adecuada, cuando se toma decisiones importantes. Escriba el modelo para la toma de decisiones.

- 1- Mencione los elementos o alternativas involucradas en tu decisión
- 2- Reúna información acerca de su decisión.
- 3- Haz una lista de ventajas y desventajas.
- 4- Toma tu decisión y confecciona una lista con las razones para tu elección.

Posteriormente se realiza entrevista individual, el examen psiquiátrico y un análisis de contrato terapéutico a cada paciente con el objetivo de valorar su evolución. Se realiza cierre.

ANEXO No 8. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños y adolescentes

IDAREN

De Ch. D. Spielberger.

Inventario de Autoevaluación

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo; Dra. María de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra... Martha Martín Carbonell; lic. Francisco Prado Torres.

HOJA DE CALIFICACIÓN DEL IDAREN

☐ Calificación en la Escala A-Rasgo:

Suma total de los Ítems = Puntuación directa

Niveles A-Rasgo:

☐ Bajo: Por debajo de 29 puntos.

- ☐ Medio: Entre 29 y 41 puntos.
- ☐ Alto: Por encima de 41 puntos
  
- ☐ Calificación en la Escala A-Estado:

Subescalas de A-Estado:

Ítems 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20 (+) (X)

Ítems 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18 (-) (Y)

Calificación en A-Estado:

$(X-Y) + 40 = \text{Puntuación directa}$

Niveles de A-Estado:

- ☐ Bajo: Por debajo de 24 puntos.
- ☐ Medio: Entre 24 y 38 puntos.
- ☐ Alto: Por encima de 38 puntos.

Fecha: ----- Examinador: -----

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños y adolescentes

IDAREN

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo; Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra. Martha Martín Carbonell; Lic. Francisco Prado Torres.



Apellidos: ----- Nombres: -----  
-----  
Edad: ---- Sexo: --- (M-F) Centro Escolar: -----  
-----  
Grado: ----- Municipio: ----- Fecha: ----/---  
-/-----

## INSTRUCCIONES

### PRIMERA PARTE

En la primera parte encontraras una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga COMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras AHORA.

		Nada	Algo	Mucho
1.	Me siento calmado	1	2	3
2.	Me encuentro inquieto	1	2	3
3.	Me siento nervioso	1	2	3
4.	Me encuentro descansado	1	2	3
5.	Tengo miedo	1	2	3
6.	Estoy relajado	1	2	3
7.	Estoy preocupado	1	2	3
8.	Me encuentro satisfecho	1	2	3

9.	Me siento feliz	1	2	3
10.	Me siento seguro	1	2	3
11.	Me encuentro bien	1	2	3
12.	Me siento molesto	1	2	3
13.	Me siento agradablemente	1	2	3
14.	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15.	Me encuentro confuso	1	2	3
16.	Me siento animoso	1	2	3
17.	Me siento angustiado	1	2	3
18.	Me encuentro alegre	1	2	3
19.	Me encuentro contrariado	1	2	3
20.	Me siento triste	1	2	3

VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA  
SEGUNDA PARTE

### INSTRUCCIONES SEGUNDA PARTE

En la segunda parte encontraras más frases para decir algo de ti mismo.  
Lee cada frase y señala la respuesta que diga cómo te SIENTES en GENERAL,  
no solo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas  
demasiado en cada frase y contesta señalando las respuestas que diga mejor  
como te encuentras GENERALMENTE.

		Casi Nunca	Algo	A
menudo				
1.	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2.	Siento ganas de llorar	1	2	3
3.	Me siento desgraciado	1	2	3

4.	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5.	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6.	Me preocupo demasiado	1	2	3
7.	Me encuentro molesto	1	2	3
8.	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9.	Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10.	Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
11.	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12.	Aunque no lo digo tengo miedo	1	2	3
13.	Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14.	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15.	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16.	Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17.	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18.	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19.	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20.	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

**ANEXO No. 9.** INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN  
RASGO/ESTADO INFANTIL - IDEREN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
SERVICIO DE PSICOLOGÍA  
INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO/ESTADO  
INFANTIL - IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de  
Grau, Martín)

Apellidos----- Nombres-----

-----

Edad----- Sexo----- Dirección-----

-----

Escolaridad----- Fecha----- Historia Clínica-----

-----

**INSTRUCCIONES**

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con  
frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas

detenidamente y marque con un círculo (O), aquellas que para Usted refleje “COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

#### I PARTE.

EXPRESIONES	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
1. Pienso que mí futuro es desesperanzado y mí estado de ánimo nunca mejorará.	1	2	3	4
2. Yo me siento con confianza en mi mismo.	1	2	3	4
3. Pienso que yo no tengo nada de que arrepentirme.	1	2	3	4
4. Yo me siento seguro.	1	2	3	4
5. Yo me siento muy preocupado.	1	2	3	4
6. En la sexualidad no tengo dificultades.	1	2	3	4
7. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas.	1	2	3	4
8. Me siento insatisfecho.	1	2	3	4
9. He perdido toda la confianza en mí mismo.	1	2	3	4
10. Siento tener necesidad de vivir.	1	2	3	4
11. No me siento en nada culpable.	1	2	3	4
12. Duermo bien.	1	2	3	4
13. Me canso con facilidad.	1	2	3	4
14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos.	1	2	3	4
15. Me canso con más facilidad que anteriormente.	1	2	3	4

16. Ahora no tengo deseos de llorar. 1 2 3 4
17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes. 1 2 3 4
18. Yo quisiera quitarme la vida. 1 2 3 4
19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido. 1 2 3 4
20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean. 1 2 3 4

“AHORA POR FAVOR, PASE LA HOJA Y COMPLETE LA SEGUNDA PARTE”

## CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL IDEREN

### INSTRUCCIONES

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O) en esta segunda parte, aquellas que para Usted refleje “COMO SE SIENTE GENERALMENTE”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

### II PARTE.

- | EXPRESIONES  | No existe | Un poco | Suficiente | Muy fuerte |
|--|-----------|---------|------------|------------|
| 21. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.                 | 1         | 2       | 3          | 4          |
| 22. Sufro cuando no logro el reconocimiento de las personas que me rodean. | 1         | 2       | 3          | 4          |
| 23. Con facilidad me sorprendo ante los fracasos.                          | 1         | 2       | 3          | 4          |
| 24. Pienso que tengo muchos más fracasos que los demás.                    | 1         | 2       | 3          | 4          |
| 25. Yo sufro por no haber logrado hacer realidad mis sueños.               | 1         | 2       | 3          | 4          |
| 26. Me pongo triste, deprimido con facilidad.                              | 1         | 2       | 3          | 4          |

27. Considero haber tenido suerte en la vida. 1 2 3 4
28. Pienso que el futuro todo será bueno para mí. 1 2 3 4
29. Yo tengo confianza en sí mismo. 1 2 3 4
30. Por regla general, yo soy de los que se inclinan a verle las partes malas a las cosas de la vida. 1 2 3 4
31. Los problemas a mí me inquietan más de lo necesario. 1 2 3 4
32. Yo he logrado cumplir con mis objetivos más importantes. 1 2 3 4
33. Me siento aburrido. 1 2 3 4
34. A mí todo me interesa. 1 2 3 4
35. Ante fuertes sensaciones no reacciono. 1 2 3 4
36. Por lo general observo las partes buenas de las cosas. 1 2 3 4
37. Los fracasos me hacen sufrir tanto que no logro sacármelos de mi cabeza. 1 2 3 4
38. No me alcanza la confianza en sí mismo. 1 2 3 4
39. Considero que las demás personas me estimulan lo suficiente. 1 2 3 4
40. La más mínima dificultad me presiona y oprime. 1 2 3 4
41. Soy una persona alegre. 1 2 3 4
42. Pienso que las demás personas no me estimulan lo suficiente. 1 2 3 4

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SERVICIO DE PSICOLOGÍA

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO/ESTADO  
INFANTIL - IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL.

HOJA DE CALIFICACIÓN.

- I PARTE. Escala de Depresión Estado (D-E):  
“A” - Ítems Positivos Directos (+) = 1,3,5, 8, 9, 12,13 14,15,16, 17,  
20.  
“B” - Ítems Negativos Inverso (-) = 2, 4, 6, 11, 18, 19.

Fórmula:  $(A - B) + 35 = \text{Valor D-E}$

Valor Mínimo D-E= 20 puntos.

Valor Máximo D-E= 80 puntos.

Por Niveles: ----- Bajo (20 a 35 pts).

----- Medio (36 a 50 pts).

--- Alto (51 a 80 pts).



- II PARTE. Escala de Depresión Rasgo (D-R):

“A” - Ítems Positivos Directos (+) = 21, 22, 23, 24, 27,  
28, 30, 33, 37, 38, 40, 42.

“B” - Ítems Negativos Inverso (-) = 25, 26, 29, 31, 32, 34,  
35, 36, 39, 41.

Fórmula:  $(A - B) + 50 = \text{Valor D-R}$

Valor Mínimo D-E= 22 puntos.

Valor Máximo D-E= 88 puntos.

Por Niveles: ----- Bajo (22 a 37 ptos).

----- Medio (38 a 54 ptos).

----- Alto (55 a 88 ptos).

Evaluador-----

Fecha-----

