DI-SOCIAL CONDUCT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF SANTIAGO DE TOLÚ – COLOMBIA

CONDUCTA DISOCIAL[1] EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE SANTIAGO DE TOLÚ - COLOMBIA[2]

Yira Meléndez Monroy [3]
Nubleth Cabrera [4]
Jahilier Baldovino [5]
Pedro Luis Díaz Campo [6]

RESUMEN
El estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de la Conducta disocial en los niños y adolescentes del barrio "El Símbolo" del municipio de Santiago de Tolú. Este se inscribe en el modelo de investigación cuantitativa de tipo no experimental; nivel descriptivo, de corte transversal. La muestra fueron 45 niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad, a quienes se les aplicó el test de "evaluación del trastorno disocial de la conducta". Los resultados demuestran que el 40% de la población presentó trastorno disocial de la conducta (agresión contra otra persona, daño a propiedad ajena y violación a las normas).
Palabras clave: Conducta disocial, niños y adolescentes.

ABSTRACT
The study aims to determine the prevalence of Dissocial Behavior in children and adolescents of the neighborhood "The Symbol" of the municipality of Santiago de Tolú. This is part of the non-experimental quantitative research model; Descriptive level, cross-sectional. The sample consisted of 45 children and adolescents aged 9 to 15, who were tested for "behavioral disorder." The results show that 40% of the population had a behavioral disorder (aggression against another person, damage to property, and violation of rules).
Keywords: Dissocial behavior, children and adolescents.

DOI:http://doi.org/10.5281/zenodo.5535207

Recibido: 05 / 06 / 2017
Aceptado: 05 / 09 / 2017

[1] Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR (2000): "Es un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad."
[2] Artículo producto del trabajo de pregrado titulado: Conducta disocial y patrones de crianza en niños y adolescentes del Barrio "El símbolo" de Santiago de Tolú, Sucre. 2015
[3] Corporación Universitaria del Caribe, CECAR. Colombia. Departamento de Sucre, Ciudad de Sincelejo. Celular +57 3017649496. Correo electrónico: yira.melendez@cecar.edu.co. Magister en Trastornos cognoscitivos y del aprendizaje. Especialista en Trastornos cognoscitivos y del aprendizaje. Psicóloga. Coordinadora del Programa académico de Psicología. Docente-Investigadora. Grupo Dimensiones Humanas Facultad de Humanidades y Educación.
[4] Psicóloga. Colombia. Departamento de Sucre, Ciudad de Sincelejo. Correo electrónico: nubleth.cabrera@cecar.edu.co
[5] Psicóloga. Colombia. Departamento de Sucre, Ciudad de Sincelejo. Correo electrónico: Jahilier.Baldovino@cecar.edu.co
[6] Psicólogo. Colombia. Departamento de Sucre, Ciudad de Sincelejo. Correo electrónico: pedro.diaz@cecar.edu.co

INTRODUCCION

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR (2000), define la conducta disocial como un patrón de conducta agresiva, que se manifiesta en la violación de los derechos de otras personas y en la infracción de las normas establecidas en una sociedad.

Parrado (2007), plantea que este trastorno comienza a temprana edad y en la mayoría de los casos alcanza un pico a los cuatro años, pero pasada esta edad declina. Así mismo, otros autores como Campbell, Shaw y Gilliom (2000), señalan que hasta la edad de ingreso escolar los síntomas se hacen evidentes y puede ser causado por diferentes factores como la edad, el contexto y el género.

Este trastorno se ha convertido en una problemática social que incrementa cada vez más en la población y lo más preocupante es que se manifiesta a temprana edad y perdura el resto de la vida; sino no es tratado profesionalmente. Además, otro factor que se suma a esta problemática es que en la infancia y adolescencia se presenta un alto índice de este trastornos, los cuales manifiestan conductas agresivas, destructivas y trasgresoras de las normas sociales; pero no pueden ser judicializados por ser menores de edad y en algunas ciudades no hay los entes u organizaciones para darles el acompañamiento que necesitan.

Resultados de investigaciones recientes coinciden en que el 67% de los niños con trastorno de la conducta a los dos años de edad, seguían manifestando desordenes de la conducta a los cinco y seis años; y casi un tercio de los niños de cinco años todavía eran agresivos a la edad de 14 años (Richman, Stevenson & Graham, 1982; Shaw Gilliom & Giovannelli, 2000)

Del mismo modo Moffitt (1993), mostró que el 86% de los niños que presentaron conducta desordenada a los siete años de edad, todavía presentaban estos comportamientos a los 15 años, lo cual hace suponer que cuando los problemas de conducta están presentes en niños en el período preescolar, hasta el 50% de ellos tienden a mantener estos comportamientos en la adolescencia (Campbell et al., 2000).

Estudios realizados en Colombia (Puerta 2004; Anacona 2010), revelan la relación entre el trastorno disocial con la historia de violencia del sujeto y sustentan que este trastorno se prolonga de la infancia a la adolescencia y más tarde a la adultez.

En contraste con estas estadísticas, a nivel mundial la prevalencia del trastorno disocial se presenta del 1% al 10%, indicando que es más habitual en hombres que en mujeres (4 -1); se considera que en los varones la prevalencia es del 9 al 16 %, y en las mujeres del 2 y 9% (Martin, 2014).

Por su parte, el observatorio nacional de salud mental de Colombia (ONSM, 2010), revela que el 6% de los niños de 9 a 17 años de edad están diagnosticados con

trastornos de la conducta. Así mismo, plantea que este trastorno tiene mayor prevalencia en el género masculino que en el femenino (4%- 2% respectivamente).

El observatorio, en relación con los trastornos mentales, informa que entre los años 2003 y 2010 se dio un aumento de éstos; pues reporta 2.494 con conducta disocial (agresión a un compañero, maltrato de propiedad ajena).

Atendiendo lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de Conducta disocial en los niños y adolescentes en el barrio "El Símbolo" del municipio de Santiago de Tolú. Se tomó una muestra intencional de 45 jóvenes de esta comunidad, atendiendo que en el municipio de Santiago de Tolú de Sucre, las denuncias referentes a actos vandálicos cometidos por menores de edad, se están generando a diario, y debido a las edades de los agresores (menos de 18 años) se hace difícil proceder con la judicialización. La comunidad en general experimenta miedo, temor de salir, de hablar con el otro o de llamarles la atención a los jóvenes que se identifican infringiendo la ley.

También en múltiples casos la población asegura que los "atracadores" y "pandilleros" son conocidos por todos en el municipio, son reportados a las autoridades, pero por la edad de los implicados la policía no lleva a cabo ningún procedimiento, y a esto se le suma que en Sucre no hay un centro de atención al menor infractor que permita hacer la intervención necesaria a estos jóvenes. (El Universal de Cartagena, 2013; El meridiano de sucre, 2016).

Los individuos que hicieron parte de esta investigación viven en el barrio la Libertad; el cual hace parte del corregimiento de Santiago de Tolú, estos son sujetos expuestos diariamente a comportamientos agresivos, no solo en escenarios fuera del núcleo familiar sino también dentro de este, lo cual alimenta sus conductas delictivas y belicosas.

Aceptan como normal transgredir las normas y ser impulsivos a la hora de actuar, ya que no poseen otro tipo de referencia ni mucho menos figuras de autoridad, que trasformen esos comportamientos presentes a unos más acordes tanto a la edad como a los parámetros y reglas sociales, atendiendo el bienestar de los mismos individuos y de los demás.

Desde este discurso, los jóvenes que cometen crímenes y adquieren armas también pueden haber sido objeto de otros factores de riesgo tales como la pobreza, la crianza inconsistente y reducidas posibilidades educativas y de vida (Farrington, 2005; Duffy & Nesdale, 2009).

Tras lo expresado anteriormente, es relevante realizar este estudio, para diagnosticar las conductas que presentan estos jóvenes; las cuales encajan con los síntomas del trastorno disocial, el cual genera un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral o académica del individuo; al manifestarse en todos

los contextos donde se desempeña, como la familia, el trabajo, la comunidad o la escuela.

La situación identificada en la comunidad es un problema de seguridad pública, que requiere de manera urgente inversión social en dicho sector, que garantice una alternativa para aquellos jóvenes que desean dejar de delinquir.

Por tanto, la identificación de esta problemática permitirá a las entidades públicas y privadas del estado, implementar programas y estrategias orientadas a la disminución de estas acciones delictivas y por el contario incrementar los comportamientos prosociales. Así mismo, esta investigación aporta a la comunidad y familias involucradas para que reconozcan el impacto de las conductas de los jóvenes y orienten en ellos acciones proactivas.

TRASTORNOS DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)

Tabla 1. Características del trastorno disocial de la conducta

Conducta Disocial	Características
Trastorno de conducta, diferenciado por manifestaciones extremas de agresividad, violencia, maltrato hacia la otra persona e infracción de las normas de una sociedad. La conducta disocial es un cuadro clínico diagnosticado en la etapa infantil y de la adolescencia.	- Agresión que origina daño físico o amenaza a otras personas o animales. - Destrucción y pérdidas a la propiedad. - Fraudes o robos. - Violaciones graves de normas.

Fuente: elaboración propia

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 1993), lo explica desde tres criterios:

Criterio A; patrón repetitivo y persistente de comportamiento violento, con las siguientes características:

- Agresión a personas y animales
- Destrucción de la propiedad
- Fraudulencia o robo
- Violaciones graves de normas

Criterio B; genera deterioro en la actividad social, académica y laboral,

Criterio C; a partir de los18 años o más, no es un trastorno antisocial de la personalidad.

Según Sacristán (1998), el trastorno disocial de la conducta se caracteriza por presentar conductas agresivas y retadoras, violación de las normas de manera extrema sobrepasando los límites de la edad, el carácter y de la sociedad. Siendo así, que estas conductas pueden pasar de un plano normal o aceptado a un límite psicopatológico, dependiendo de la intensidad y la frecuencia de los síntomas, como también el ámbito sociocultural en el que se desarrollen.

Atendiendo lo anterior Del Pozo (2008), explica que los trastornos de la conducta son un cuadro clínico y que constituyen uno de los más diagnosticados en la psiquiatría infanto-juvenil.El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, 2000), lo define como un patrón que se repite y persiste en el comportamiento del paciente al violar los derechos de los otros individuos y las normas de la sociedad.

A partir de esta definición es posible deducir que se trata de una condición caracterizada por persistente ofensa y violación de los derechos de los demás, que usualmente tiene sus primeras manifestaciones en la infancia o en la adolescencia temprana y continúa en algunos casos, incluso a la edad adulta.

Los individuos con TDC crecen desarrollando falta de respeto hacia la ley y por lo general también manifiestan conductas impulsivas en la infancia, estas personas suelen tener trastorno de oposición desafiante hacia los padres y maestros, que se convierte en trastorno de la conducta (la delincuencia) en la adolescencia.

Esta delincuencia toma la forma de búsqueda de emociones, violencia física, imprudente hacia personas o animales, violación de la ley y la mayoría de los delincuentes adolescentes crecen fuera de este comportamiento al entrar en la edad adulta,

Sin embargo, los que aumentan su conducta delictiva al entrar en la edad adulta, su diagnóstico cambia a un trastorno de conducta diosocial a uno de personalidad antisocial, como se identificó en el inicio del artículo (Orozco Gutiérrez, Atehortua, Bedoya, Lara, Mejía, Molina & Restrepo, 2013).

De igual manera, Quiroga, Paradiso, Cryan, Auguste y Zaga (2004), sostienen que este trastorno tiene una etiología variada, entre las principales causas señalan:

> “el rechazo y abandono de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas incoherentes con disciplina dura, abusos físicos o sexuales, carencia de supervisión, primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa, asociación a un grupo de compañeros delincuentes y ciertos tipos de psicopatología familiar”. (pág. 4,5).

Por tanto, en cada caso estudiado evidencia una problemática personal, social y familiar particular que pueden ser detonante de las conductas agresivas o trastornos

de conductas en los jóvenes. Como sustentan Monroy, Rubio, Rojas & Carmona (2016), la familia influye en el desarrollo de los jóvenes, por ejemplo; los jóvenes que pertenecen a familias mono parentales, en el caso de los padres que no terminaron sus estudios, que trabajan todo el día y brindan poco acompañamiento en las actividades académicas a sus hijos; este contexto familiar se convierte en un modelo a seguir para los jóvenes, quienes se reflejan en estos patrones y toman la decisión a partir de ellos.

A pesar de las múltiples teorías etiológicas (biológicas, ambientalistas, psicológicas, etc.) se aboga en la actualidad por un modelo integral biopsicosocial como responsable del cuadro, Burt (1925, citado por Del Pozo, 2008) hablaba de la "teoría de las causas múltiples", donde señalaba los factores biológicos y constitucionales (sexo, genética, factores pre y peri, cerebrales, bioquímicos, dieta y el plomo) y los factores psicológicos y ambientales (sociedad, cultura y factores psicológicos).

METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

El trabajo se inscribe dentro del modelo de investigación cuantitativa de tipo no experimental; el nivel es descriptivo, de corte transversal, pues sólo se efectuó una aplicación de las pruebas a todos los sujetos en un momento único. (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo compuesta por 150 niños y adolescentes, de 9 a15 años de edad, residentes del barrio "El Símbolo" en el municipio de Santiago de Tolú de Sucre. La muestra por conveniencia resultante fue de 45 individuos, 12 jóvenes (femeninas) de edades entre 14 a 15años y 33 jóvenes (Masculinos) de edades entre 10 y 15 años. Se utilizó este tipo de muestreo teniendo como punto de partida el grupo de estudiantes que estaban realizando sus prácticas profesionales en esta comunidad y también atendiendo la facilidad para aplicar el instrumento a los jóvenes que hicieron parte del estudio.

INSTRUMENTO

Para recoger la información se aplicó la "encuesta de Evaluación del Trastorno Disocial de la conducta" (Pineda, Puerta, Arango, Calad, & Villa, 2000); la cual está elaborada con14 síntomas del criterio A del DSM-IV con el propósito de evaluar el TDC.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido después de la elaboración del proyecto, consistió en convocar a los niños y adolescentes y a sus padres de familia. A estos se les presentaron los objetivos y procedimiento de la investigación, aclarando que esta era un ejercicio académico voluntario y confidencial; el cual solo pretende identificar

la presencia de la conducta disocial, más no etiquetar a los jóvenes que desearan participar en la investigación.

Posterior a ello, se les hace entrega del consentimiento informado para su firma y se procede a aplicar el instrumento, para más tarde hacer el análisis de las respuestas y organización los resultados obtenidos.

Los datos recogidos se introdujeron manualmente en una hoja electrónica Excel 15.0 para posteriormente crear las gráficas que facilitaran la comprensión de los mismos para elaborar el informe final.

MANEJO ETICO

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos y Códigos de Conducta contemplados en la American Psychiatric Association (APA, 2000); donde prevalece la dignidad y respeto de las personas. Adicionalmente, se consideró la ley 1090 del 2006; donde resalta el cuidado y bienestar del usuario.

RESULTADOS

Los resultados arrojan que el 44.4 % de los sujetos evaluados puntúan un trastorno disocial de conducta y de este porcentaje el 40% corresponden al sexo femenino y el 60% restante corresponde al masculino, lo cual concuerda con estudios previos (De la Rubia & Morales, 2011; Muñoz, de Los Fayos, & Chirivella, 2014).

Este trastorno, se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de conducta que incluye la violación de los derechos de los demás y de las normas sociales establecidas; siendo así, que se manifiesta a través de conductas agresivas que transgreden a las demás personas, animales, objetos, cosas y las normas de la sociedad. La agresividad es un factor diferencial en cada individuo (debido a que depende de factores personales, sociales y emocionales), que al manifestarse antes de los 10 años de edad es predictor de trastornos de conductas en la adolescencia o adultez. (Peña-Olivera & Palacios-Cruz, 2011).

A continuación en la tabla 2, se exponen los resultados de la evaluación del Trastorno Disocial de la Conducta en referencia a las respuestas de los individuos evaluados.

Tabla 2. Resultados de la evaluación del trastorno disocial de la conducta

Preguntas	Nunca %	Algunas veces %	Frecuentemente %	Siempre %
Intimida o amenaza a otras personas	42,2	53,3	4,4	0
Provoca de manera intencional incendios	84,4	13,3	2,2	0

Preguntas	Nunca %	Algunas veces %	Frecuentemente %	Siempre %
Entra violentamente en la casa o vehículos ajenos	71,1	20,0	8,09	0
Se queda fuera de la casa en la noche sin permiso	42,2	35,6	13,3	8,9
Inicia peleas y arremete físicamente a otros	66,7	17,8	8,9	6,7
Destruye a propósito cosas que pertenecen a otras personas	48,9	40,0	2,2	8,9
Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos	62,2	26,7	8,9	2,2
Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas	62,2	15,6	15,6	6,7
Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros (bates, cuchillos.)	77,8	11,1	11,1	0
Es cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir	71,1	22,2	4,4	2,2
Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo	75,6	15,6	4,4	4,4
Ha robado o atracado con armas o amenazado a otros	80,0	13,3	4,4	2,2
Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales	95,6	2,2	2,2	0
Es cruel con los animales y le gusta hacerlos sufrir	53,3	26,7	8,9	11,1

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2, se observa que el 42,2% de los sujetos evaluados refieren nunca haber intimidado a otras personas; mientras que el 53,3% alguna vez y el 4,4% frecuentemente lo hacen.

El 13,3% afirma que algunas veces ha ocasionado intencionalmente un incendio, el 2,2% lo hace frecuentemente y el 84,4 % nunca ha provocado uno. También, el 71,1% estableció nunca haber entrado violentamente en las casas o vehículos ajenos, mientras que el 20,0% lo ha hecho algunas veces y el 8,9% lo hace frecuentemente.

El 42,2% de estos sujetos nunca se quedan fuera de su casa sin permiso de sus padres mientras el 35,5% algunas veces, el 13,3% y 8,9% lo hacen con frecuencia y siempre. El 17,8 % de los individuos refiere que algunas veces han iniciado peleas o arremeten físicamente a otros, mientras el 8,9% lo hace o ha hecho frecuentemente, el 6,7% de estos siempre se involucran en dichas peleas y manifestaciones agresivas y el 66,7% afirma nunca haberlo hecho.

Se evidencia que el 48,95% de los evaluados menciona nunca haber destruido cosas de otra personas, mientras el 40,0% lo ha realizado varias veces, el 2,2% frecuentemente y el 8,9% lo hace siempre. El 62,2% de los individuos evaluados cuentan nunca haber engañado a otras personas para quitarles dinero y obtener objetos ajenos, mientras que el 26,7% algunas veces lo ha hecho, el 8,9% y el 2,2% lo hace frecuentemente y siempre.

Así mismo, el 15,6% marcó que algunas veces se ha fugado o escapado fuera de su casa por 24 horas, mientras que el 15,6% frecuentemente, el 6,7% siempre lo hace, y el 62,2 % nunca lo ha hecho. El 77,8% nunca ha utilizado objetos para hacer daño a otros, mientras que el 11,1% algunas veces y el 11,1% lo hace frecuentemente.

Igualmente, el 71,1% nunca ha sido cruel con otras personas y les gusta hacerlas sufrir, mientras que el 22,2 % algunas veces, el 4,4% lo hace con frecuencia y el 2,2 % lo hace siempre. El 15,6% algunas veces ha robado, el 4,4% frecuentemente, y el 4,4% lo hace siempre; mientras que el 75,6% nunca lo ha hecho.

El 13, 3% de los individuos evaluados comunica que han atracado con arma y han amenazado a otras personas, el 4,4% lo hace con frecuencia y el 2,2% siempre lo ha hecho, mientras que el 80% nunca lo ha hecho. Se observa que el 95,6% afirman nunca haber forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales, mientras que el 2.2% refieren haberlo hecho algunas veces y el mismo porcentaje frecuentemente. El 24% de los evaluados puntualizan nunca haber sido cruel con los animales ni gustarle hacerlos sufrir, mientras que el 26,7% algunas veces, el 4% frecuentemente y el 5% siempre.

Atendiendo los 4 síntomas que marcan el trastorno TDC, se puede notar que los resultados con mayor incidencia son:

- Comportamientos agresivos que implican inicios de pleitos con terceros, intimida o amenaza a otras personas se identifican el 53.3%; los cuales en su mayoría tienen por lugar establecimientos públicos en los que se comercian bebidas alcohólicas, estos mismos refieren practicar el porte de armas (11%) en específico "armas corto punzantes de pequeño tamaño y fácil de esconder", estos resultados son coherentes con los encontrados en otras investigaciones (Sánchez, Tapia, Torres, Perales, Ollervides, Cárdenas & Guerreo, 2007). Los sujetos también indican cierta tendencia a realizar actos crueles contra personas (22%) y en especial contra animales (26%) propios o ajenos que en ocasiones conllevan a la muerte de los mismos.

- Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad ajena, obtuvieron mayor puntaje entrar violentamente en la casa o vehículos ajenos 20.0%, quedarse fuera de la casa en la noche sin permiso 35.6%, destruir a propósito cosas que pertenecen a otras personas 40%, Engañar a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos 26,7%, ser cruel con los animales y hacerlos sufrir 26.7%, cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir 22.2% estos resultados confirman los encontrados en otras investigaciones (Solar, Salas, Parada, Bórquez, Rioseco & Soto, 2012), los que demuestran la relación directa con el nivel de desarrollo de comportamientos empáticos que han tenido los individuos hacia sus iguales u otros seres vivos.

Esta afirmación es correcta si se tiene en cuenta que investigaciones realizadas con jóvenes con TDC y sin TDC hallan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, estos hallazgos indican la necesidad de estructurar la teoría de la mente con características particulares en el trastorno disocial de conducta (Gómez, Arango, Molina& Barceló, 2010).

- Violaciones a la norma, los individuos afirman violar normas familiares (15%) de las cuales el 47,8% corresponde a fugas temporales del hogar y que constituye una de las principales causas de conflictos intrafamiliares.

Ante estos hallazgos, la intervención de este trastorno es necesaria desde los primeros años de edad; ya que este inicia a temprana edad con síntomas como la mentira, hurto, holgazanería, vandalismo, fugas del hogar, crueldad física y ausentismo escolar. Pero más tarde, en la edad adulta los síntomas son más graves y afectan el campo laboral, social, familiar y económico (Behar, Riquelme & Oksenberg, 2003).

CONCLUSIONES

Las personas con rasgos o características del trastorno disocial de la conducta tienden a tener manifestaciones de impulsividad, alta emocionalidad negativa, baja conciencia, comportamiento irresponsable y explotador, imprudencia y engaño, así como relaciones interpersonales inestables, el desprecio por las consecuencias de

la conducta de los mismo, la incapacidad de aprender de la experiencia, el egocentrismo y un desprecio por los sentimientos de los demás.

Los resultados de este estudio permiten reconocer la relevancia de la conducta disocial como un trastorno que afecta la vida escolar, familiar y social de la persona que lo padece.

Así mismo, se observa la relación existente entre este trastorno con los antecedentes de violencia del sujeto, como también la continuidad del trastorno desde la infancia a la adolescencia y la adultez.

Por lo tanto, es necesario reconocerlo como un elemento de salud pública que requiere del desarrollo de políticas estatales y acciones encaminados a la disminución de las conductas disruptivas en los niños, niñas y jóvenes, disminuir los efectos de dicho trastorno en la adolescencia y la vida adulta, para generar más conductas pro sociales y reducir las problemáticas sociales asociadas.

La presencia del trastorno disocial de la conducta se asocia con la dinámica familiar, al considerar la familia como un núcleo de socialización y construcción de valores, normas y principios en los seres humanos, siendo así, que al presentar deficiencias en la disciplina, comunicación, apoyo parental y satisfacción en la crianza, puede ser causante de antivalores y conductas disruptivas en los jóvenes.

En virtud de lo anterior, se plantea que la dinámica familiar debe permitir el intercambio subjetivo entre los miembros, favoreciendo la responsabilidad, participación y toma de decisión en cada de ellos; por tanto al faltar factores como la comunicación, la disciplina, el apoyo y existir solo la autonomía y distribución de roles no es suficiente para modular las conductas de sus miembros y se puede influir en la manifestación de conductas disóciales en los jóvenes

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., revised text).Washington, DC: APA.

Anacona, C. A. R. (2010). *Trastorno disocial: Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. México, Manual Moderno.

Behar, R., Riquelme, R., & Oksenberg, A. (2003). Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental*, 331-48.

Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, *12*(03), 467-488.

Del Pozo, A., (2008). Trastornos de la conducta y de la personalidad. Madrid, España. 1-13

De la Rubia, J. M., & Morales, H. O. (2011). Un Modelo Predictivo de Conducta Disocial por Análisis de Senderos A Predictor Model of Dissocial Behavior by Path Analysis. *Anuario de psicología jurídica*, *21*, 27-40.

DSM IV-TR. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Text revision. *Washington, DC: American Psychiatric Association*, *75*.

DSM-IV. (1993). American Psychiatric Association. Task Force on *DSM-IV draft criteria*. American Psychiatric Pub Incorporated.

Duffy, A. L., & Nesdale, D. (2009). Peer groups, social identity, and children's bullying behavior. *Social Development*, *18*(1), 121-139.

El Universal de Cartagena. (2013). Alcalde de Tolú pidió auxilio por delincuencia en consejo de seguridad. Disponible en: http://www.eluniversal.com.co/regional/sucre/alcalde-de-tolu-pidio-auxilio-por-delincuencia-en-consejo-de-seguridad-135013.

El Meridiano de Sucre. (2016). Hablan de seguridad den Tolú. Recuperado de http://elmeridiano.co/hablan-de-seguridad-en-tolu/28809

Farrington, D. P. (2005). The importance of child and adolescent psychopathy. *Journal of abnormal child psychology*, *33*(4), 489-497.

Gómez Botero, M., Arango Tobón, E., Molina Gonzalez, D., & Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. *Psicología desde el Caribe*, 103-118.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. *La Habana: Editorial Félix Varela*, *2*.

Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones". Bogotá, Colombia.

Martin, S. (2014). Trastorno disocial, Psicología clínica y de la salud. España.

Muñoz, A. P., de Los Fayos, E. J. G., & Chirivella, E. C. (2014). Estudio de conductas prosociales y antisociales. Comparación entre niños y adolescentes que practican y no practican deporte. *Informació psicològica*, (99), 64-78.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, *100*(4), 674.

Monroy, Y. M., Rubio, N. S., Rojas, C. C., & Carmona, A. T. R. (2016). Factores no académicos relacionados con la deserción escolar en jóvenes de instituciones educativas colombianas. *Búsqueda*, (17), 214-225.

Observatorio nacional de salud mental de Colombia ONSM (2010). Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-present%C3%B3-Observatorio-Nacional-de-Salud-Mental-.aspx

Orozco Gutierrez, A., Atehortua, M., Bedoya, M. A., Lara, C., Mejia, S., Molina, C., & Restrepo, A. (2013). *Caracteristicas psicologicas de 16 expedientes de adolescentes condenados por homicidio doloso* (Doctoral dissertation). Universidad CES, Medellín

Parrado, F., Sais, M., (2007). Trastornos de conducta. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastorno_Conducta_0_07-09_M5.pdf

Peña-Olvera, F. D. L., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, *34*(5), 421-427.

Pineda, D. A., Puerta, I. C., Arango, C. P., Calad, O. M., & Villa, M. T. (2000). Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. Revista de Neurología, 30(12), 1145-1150

Puerta, I. C. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista de neurología*, *38*(3), 271-277.

Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L., & Zaga, D. (2004). Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. In *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). Pre-school to school: A behavioural study. *Behavioural Development: A Series of Monographs*.

Sacristán, J. R. (Ed.). (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente.* Universidad de Sevilla. (Vol. 31).

Sánchez, E. Z., Tapia, J. A. M., Torres, A. Z., Perales, M. R., Ollervides, F. G., Cárdenas, M. P., & Guerreo, J. A. H. (2007). Estudio exploratorio del trastorno disocial en la población infantil que asiste a terapia en el Instituto de la Comunicación Humana. In *Anales de Otorrinolaringología* (Vol. 52, No. 3, pp. 83-87).

Solar, F. C., Salas, C. P. P., Parada, B. V., Bórquez, S. S., Rioseco, P., & Soto, O. A. (2012). Inteligencia y conductas delictuales en adolescentes chilenos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *10*(1), 441-452.

Shaw, D. S., Gilliom, M., & Giovannelli, J. (2000). Trastorno de la conducta agresiva. Manual de la salud mental infantil. Nueva York, NY, Estados Unidos: Guilford Press, xvii, 588 pp.