



ARTÍCULO ORIGINAL

Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad

Dissocial disorder in children with attention deficit and hyperactivity

Jackeline Sosa Hernández ¹, Tatiana Hernández Miranda ², Juan Manuel Zaldívar Rodríguez ³, Yosandra Páez Rodríguez ⁴

¹ Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantil. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Pinar del Río. Cuba.

jameli71@infomed.sld.cu

² Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantil. Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Pinar del Río. Cuba. ataliajosue@nauta.cu

³ Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Neurología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. zaldivar@infomed.sld.cu

⁴ Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Instructor. Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Pinar del Río. Cuba. yosandrap@infomed.sld.cu

Recibido: 10 de abril de 2017

Aprobado: 4 de julio de 2017

RESUMEN

Introducción: el trastorno disocial aparece, en niños con trastorno por déficit de atención, provocando deterioro comportamental y graves consecuencias en su desenvolvimiento social.

Objetivo: caracterizar el trastorno disocial, en niños con déficit de atención e hiperactividad en áreas de salud del municipio Pinar del Río en el 2015.

Método: se realizó una investigación, descriptiva y longitudinal. El universo estuvo conformado por los todos los niños

con trastorno por déficit de atención diagnosticados en consultas de Psiquiatría Infantil (U=615) y la muestra por los que tenían trastorno disocial como comorbilidad (n=59). Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas, se determinaron los pacientes que tenían trastorno disocial. Se les valoró en consulta, realizando entrevista a pacientes y familiares, historia social psiquiátrica y examen psiquiátrico. Los pacientes fueron reevaluados en seis meses aplicándoles un cuestionario basado en criterios del Diagnóstico de Salud Mental V.

Resultados: de los niños con trastorno por déficit de atención, un porcentaje bajo tenían trastorno disocial, con predominio del sexo masculino de 14 a 18 años. La mayoría presentó el trastorno limitado al contexto familiar, seguido del trastorno negativista desafiante. Las familias desestructuradas fue el factor predisponente más frecuente. Un elevado número presentó hábitos tóxicos. En la evolución predominó la persistencia del trastorno, seguido del empeoramiento de los síntomas.

Conclusiones: la prevención, diagnóstico, y manejo oportuno del trastorno disocial, evita el deterioro del comportamiento y consecuencias negativas para la adaptación social de niños y adolescentes.

DeCS: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD; NIÑOS; COMORBILIDAD.

ABSTRACT

Introduction: dissociative disorder appears in children with attention deficit disorder, causing behavioral deterioration and serious consequences in their social development.

Objective: to characterize the dissociative disorder in children with attention deficit and hyperactivity in health areas of Pinar del Río municipality in 2015.

Method: a descriptive and longitudinal research was carried out. The target group consisted of all the children with attention deficit disorder diagnosed in Child Psychiatry (U = 615) Offices and the sample included those suffering from dissociative disorder such as comorbidity (n = 59). To obtain the information the medical records were reviewed, determining the patients with disocial disorder. They were evaluated in the office by means of interviews to patients and relatives, psychiatric social history and psychiatric examination. Patients were reassessed in six months by applying a questionnaire based on Mental Health Diagnostic Criteria V.

Results: out of the children with attention deficit disorder, a low percentage presented a disocial disorder, with a predominance of male sex (14 to 18 years). The majority showed the disorder limited to the family context, followed by the challenging negativist disorder. Unstructured families were the most frequent predisposing factor. A high number had toxic habits. The persistence of the disorder prevailed during the evaluation, followed by the worsening of the symptoms.

Conclusions: prevention, diagnosis, and timely management of the dissociative disorder, avoids the deterioration of the behavior and negative consequences for the social adaptation of children and adolescents.

DeCS: ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY; CHILD; COMORBIDITY.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en la infancia.¹ Se caracteriza por un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en las personas con un grado de desarrollo similar. Este trastorno puede presentarse solo o acompañado de otros síntomas que harían pensar que existe alguna complicación o comorbilidad. Una de estas comorbilidades puede ser el trastorno disocial en sus diferentes modalidades diagnósticas.²

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)³ plantea la existencia de un trastorno de la actividad y la atención puro que cumple pautas para el mismo y un trastorno hiperactivo disocial que cumple pautas para el trastorno hiperactivo y para el trastorno disocial, el cual se encuentra dentro de otra categoría diagnóstica dentro de la misma CIE-10. Conociendo esto, entonces no sería necesario utilizar el término comorbilidad, pues una sola subcategoría tendría implícitos ambos trastornos. Sin embargo, dentro de la categoría trastornos disociales existen otras subcategorías como el trastorno disocial limitado al contexto familiar, el trastorno negativista desafiante, entre otras, que no están descritas en el trastorno hiperactivo disocial y que se presentan con frecuencia, por lo que es conveniente utilizar esta categoría para codificar con mayor facilidad todas las modalidades de trastorno disocial que se constaten.

Otras clasificaciones como el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3)⁴ recomienda no hacer uso de la subcategoría trastorno hiperactivo disocial, debiéndose codificar entonces, ambos trastornos por separado, codificando en primer lugar aquel al cual se le confiera mayor importancia.

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)⁵ igualmente plantea el trastorno hiperactivo de la conducta, pero recomienda no hacer uso de esta

subcategoría por considerarse excesivamente inclusiva.

Teniendo en cuenta lo anterior y la literatura internacional actual^{2,6}, incluyendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), Diagnóstico de Salud Mental V⁷, donde se plantea claramente la comorbilidad que puede existir del trastorno disocial con el TDAH, se puede considerar que la presencia de un trastorno disocial (TD) en un niño con TDAH es una comorbilidad, que es frecuente, que es necesario tener muy en cuenta y tratar rápidamente por la seria repercusión que tiene en el funcionamiento personal, social y familiar posterior de ese niño. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la APA en su cuarta edición (DSM-IV)⁸ ya desde el año 2002 describía la existencia de comorbilidad de TD en el TDAH.

La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad.

La alta prevalencia de comorbilidad implica que, si un pediatra o psiquiatra diagnóstica TDAH a un paciente y no explora la presencia de otros trastornos psiquiátricos, posiblemente el niño permanezca con un diagnóstico y un tratamiento incompletos, con la alteración del funcionamiento que eso conlleva.²

El TD se presenta como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad.⁷

Una variante del TD es el trastorno negativista desafiante (TND), presente entre el 40 % y el 60 % de estos pacientes.¹ Este en niños y adolescentes se caracteriza por un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/

irritable, comportamiento discutiador/desafiante, o deseo de venganza.⁹

Se ha evidenciado que los niños que presentan TDAH asociado con otros síntomas o diagnósticos, presentan una evolución más desfavorable, que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad y revisten mayor gravedad clínica, dado que se ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica.²

La prevalencia de problemas conductuales pudiera ser un precursor de la conducta agresiva, de la delincuencia y/o del consumo de sustancias en la adolescencia, por lo que se reconsideran la sintomatología con mayor repercusión negativa en niños con TDAH.^{2,9}

Como consecuencia de los síntomas principales, los niños con TDAH son molestos, agresivos, perturbadores, desafiantes y desobedientes. Así, la falta de habilidad de los padres para entenderlos y establecer pautas educativas adecuadas dará lugar a un incremento de la frecuencia e intensidad de dichas conductas, produciéndose así un círculo vicioso de desobediencia, castigos, mal ambiente familiar y baja autoestima, llegando en algunos casos a convertirse en formas severas de conducta antisocial.¹⁰

Es imprescindible contar con médicos generales, pediatras y psiquiatras infantiles entrenados convenientemente, que a su vez puedan entrenar a padres y maestros en el correcto manejo del TDAH, pues el trabajo con la familia y la escuela de los niños con diagnóstico de TDAH sería la clave para evitar la aparición del TD en estos pacientes.

Identificar los diferentes factores psicopatógenos que puedan existir en el medio familiar y escolar debe ser una prioridad para el médico de la familia, el pediatra y el psiquiatra infantil de la comunidad con el objetivo de hacer prevención específica del trastorno como parte de la labor de prevención en salud mental comunitaria. Por la importancia del tema es que se propuso la presente investigación, con el objetivo de

caracterizar el trastorno disocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las áreas de salud del municipio Pinar del Río, para identificar los factores que intervienen en la aparición del mismo y poder diseñar estrategias para su prevención y tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación, descriptiva y longitudinal en pacientes pediátricos diagnosticados con TDAH y que tenían, como comorbilidad, trastorno disocial, pertenecientes al municipio Pinar del Río, durante el año 2015.

El universo estuvo conformado por todos los niños con diagnóstico de TDAH que acuden a consultas de Psiquiatría Infantil (U=615) y la muestra por los diagnosticados con TD (n=59), teniendo en cuenta las pautas diagnósticas de la CIE-10. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta que tenían que ser pacientes hasta 18 años de edad y que los padres dieran su consentimiento informado

Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas de los niños diagnosticados con TDAH en las consultas de Psiquiatría Infantil del municipio, determinándose los que tenían diagnóstico de trastorno disocial como comorbilidad. A estos se les valoró en consulta, se les realizó entrevista a pacientes y familiares, historia social psiquiátrica y examen psiquiátrico. Todos los pacientes fueron reevaluados a los seis meses para constatar su evolución, donde se les aplicó un cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta. El cuestionario aplicado contempla los mismos parámetros a tener en cuenta para el diagnóstico del trastorno disocial, basado en las pautas diagnósticas de la CIE-10.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante Estadística Descriptiva a través de frecuencias absolutas, relativas y porcentuales.

RESULTADOS

Del total de niños que tenían diagnóstico de TDAH, el 10 % cumplía las pautas para el diagnóstico de trastorno disocial.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo. Municipio Pinar del Río. 2015.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
9-13	13	22,1	2	3,4	15	25,5
14-18	34	57,6	10	16,9	44	74,5
Total	47	79,7	12	20,3	59	100

Predominó el sexo masculino con un 79,7% siendo más frecuente el grupo de 14 a 18 años (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución del tipo de trastorno disocial.

TIPO DE TRASTORNO DISOCIAL	No.	%
Trastorno Disocial limitado al contexto familiar	48	81,4
Trastorno disocial en niños no socializados	1	1,7
Trastorno disocial en niños socializados	2	3,3
Trastorno Oposicionista desafiante	7	11,9
Trastorno disocial depresivo	1	1,7
Total	59	100

El 81,4% de los pacientes presentó el trastorno limitado al contexto familiar y el 11,9 % presentó el trastorno oposicionista desafiante; los mismos se encontraban entre las edades de 9 a 10 años (Tabla 2).

Tabla 3. Distribución de los factores predisponentes.

FACTORES PREDISPONENTES	No. n=59	%
Familia desestructurada	51	86,4
Incompetencias parentales	32	54,2
Carencia de vigilancia	38	64,4

El factor predisponente más frecuente fue la familia desestructurada con el 86,4%. Otros factores como carencia de vigilancia e incompetencias parentales estuvieron presentes en un 64,4 % y 54,2 % respectivamente.

El 45,8% de los pacientes fumaban y 30,5% ya consumían alcohol

Del total de pacientes solo el 8,5% evolucionó favorablemente y el 55,9% mantuvo la persistencia del trastorno, empeorando el 35,6% de los casos.

DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que solo un 10 % de los niños portadores de TDAH presentaban un trastorno disocial, lo cual no coincide plenamente con otras investigaciones^{6, 11}, donde se plantea que alrededor de un 40 % de los niños con TDAH presentan este trastorno. Esto puede entenderse por el trabajo y el seguimiento que se realiza a la familia y al niño, por los sistemas de salud y educación en Cuba, lo cual está dado principalmente por la accesibilidad y

gratuidad de los servicios de salud y educación dentro de los que se incluyen el servicio de Psiquiatría infantil, donde desde edades tempranas se hace el diagnóstico de TDAH, haciéndole un seguimiento en consultas periódicas a estos niños con vista a prevenir el deterioro del comportamiento. La duración del seguimiento va a depender de la evolución del niño, aunque tratándose de un trastorno que es para toda la vida, por lo general este se realiza durante toda la etapa infantil y juvenil del paciente.

El predominio del sexo masculino en el grupo de 14 a 18 años fue similar a lo que han reportado otros autores¹¹, pues se observa que la prevalencia de los trastornos del comportamiento en los niños fluctúa entre el 4,8% y el 7,4% para niños y entre el 2,1% y el 3,2% para niñas^{6,11}. En ambos casos de TND y trastorno disocial, se inicia con conducta agresiva contra otros, llamada "bullying", acoso o "victimización". Una característica que acompaña a estos cuadros es la tendencia creciente a no sentir remordimiento ni sentimientos de culpa por sus conductas y a no aprender de la experiencia, por lo que los problemas con la ley son comunes y frecuentes. En el caso del sexo femenino, la agresión es menos abierta, son pasivas, ignoran las órdenes, se burlan, o hablan de las personas, aunque no se excluye la violencia física.

El TD puede presentarse limitado solamente al contexto familiar, es decir, el comportamiento disruptivo del niño solo se presenta con sus familiares; otros violan las normas fuera del hogar, pero cometen sus faltas en solitario y no socializan adecuadamente con otros coetáneos. Estos son los llamados, no socializados. Existen otros que se reúnen en grupos para cometer sus faltas, son capaces de tener relaciones sociales más o menos adecuadas, llamándose niños socializados. El TND es más frecuente en niños pequeños en edad escolar y principios de la adolescencia.³

En relación a los diferentes tipos de trastorno disocial, se pudo observar que la mayoría de los pacientes presentaban el trastorno limitado al contexto familiar y es que cuando en la familia existe un niño con

diagnóstico de TDAH, muchas veces los padres, al no tener conocimientos y preparación suficiente acerca del trastorno, utilizan medidas educativas inadecuadas como regaños, gritos, castigos desmedidos, crítica constante, que deterioran aún más el comportamiento del niño, creando esto un mal ambiente familiar¹⁰, que lleva a un deterioro más serio del comportamiento apareciendo entonces el trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. También se encontró un elevado número de niños con TND, lo que coincide con otras investigaciones donde se describe la alta prevalencia de este trastorno.

Las familias desestructuradas fue el factor predisponente que más incidió en la aparición del trastorno. Es llamativa la alta tasa de separaciones que se presentan en torno a las familias con niños diagnosticados de TDAH, que alcanza hasta un 25 % (frente a un 17 % en las familias de los niños que no tienen TDAH). Existe además una alta tasa de conflictividad en el seno familiar, de hasta un 34 % en las familias que tienen niños con TDAH.³

En niños y adolescentes con trastorno disocial se reconoce generalmente su pertenencia a familias desestructuradas y con problemas graves entre sus miembros, sobre todo, porque se evidencia la violencia física y psicológica entre ellos, que por consiguiente es vivenciada por los menores ya sea de forma directa o indirecta. Se considera que el problema es educacional y social, estimulado por la permisividad y la carencia de autoridad familiar, escolar y social.¹³

Con respecto a la presencia de hábitos tóxicos en estos pacientes, específicamente el hábito de fumar y el consumo de alcohol, se encontró un elevado número de pacientes adolescentes que fumaban y bebían alcohol, lo que coincide con otros investigadores^{14,15}, que plantean que los pacientes con TDAH presentan una elevada prevalencia de uso de sustancias y, a su vez, los sujetos con abuso o dependencia de sustancias presentan, con mayor frecuencia de lo esperable, un

diagnostico comórbido de TDAH. Múltiples estudios han demostrado que el TDAH es un factor de riesgo importante para desarrollar abuso o dependencia de nicotina, alcohol u otras sustancias. Los niños con TDAH y/o trastorno de conducta se encuentran en mayor riesgo de presentar personalidad antisocial y abuso de sustancias. No obstante, el tratamiento temprano con psicoeducación y psicofármacos, y con intervención de la conducta, puede disminuir los resultados negativos del TDAH, así como la tasa de trastornos de conducta y de personalidad antisocial en la edad adulta. ^{14,15}

Para evaluar la evolución de los pacientes se tuvo en cuenta un periodo de 6 meses. En el grupo evaluado se utilizó como modelo terapéutico la terapia de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas buscando potenciar habilidades socio-emocionales de los pacientes, para resolver problemas reales o simulados buscando siempre nuevas alternativas en esta solución, persistiendo el trastorno en un elevado número de pacientes y empeorando un gran número de estos, pues una vez estructurado el trastorno, es necesario modificar una serie de factores familiares, escolares y del propio paciente y, como se conoce, el trastorno disocial tiene un comportamiento persistente y repetitivo. Es imprescindible que los padres de un niño con TD reciban entrenamiento en técnicas de modificación de conducta cuyo fundamento es fomentar los comportamientos positivos e ignorar los comportamientos negativos cuando sea posible.

En conclusión, es fundamental proponerse el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del trastorno por déficit de atención en nuestros niños, proporcionando a los padres, maestros y médicos de familia, información que les propicie la identificación temprana de sus síntomas distintivos para evitar con el adecuado manejo y orientación la aparición de comorbilidad como complicación en la evolución y desarrollo de la educación moral y afectiva de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pelaz A, Autet A. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista española de pediatría 2015; 71(2): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <https://medes.com/publication/100514>
2. Rubiales, J, Bakker L, Russo D, & González R. Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Rev. CES Psicol. 2016; 9(2): [Aprox. 15p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423548400007>
3. Organización Mundial de la Salud. CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992. 324-332. http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F91.html
4. Tercer Glosario cubano de Psiquiatría. Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Adaptación para Cuba del capítulo V de la 10ma. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Ed. Ciencias Médicas, 2008. Disponible en: <http://www.wpanet.org/uploads/Newsletters/E-Bulletins/Latest/Cuban-Glossary-dyc.pdf>
5. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Sección de diagnóstico y clasificación. Guía Latinoamericana de diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). 2003. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_gladp2004.pdf
6. Ramírez Pérez M. Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2015; 2(1): [Aprox. 9p.].

Disponible

en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918613>

7. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 ed.). WashintonDC: Arlington, VA, American Psychiatric Publishing. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

8. APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION): Disease Statistical Manual DSM IV TR. Washington, DC: 2002.

9. Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. Psicología Educativa. 2016;22: [Aprox. 10p.]. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X16000051

10. Giménez-García L. Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2014;1(1): [Aprox. 10p.]. Disponible en: www.revistapcna.com/sites/default/files/14_09.pdf

11. Rodríguez Hernández P.J, Barrau Alonso V.M. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral. 2012; XVI(10): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/02/760-768%20T.comport.pdf>

12. Rangel Araiza J F. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia. Salud Ment. 2014; 37(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100009

13. Barón Hernández D, Hernández Díaz I. Violencia intrafamiliar en hogares de adolescentes pinareños con diagnóstico de trastorno disocial. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Jun 07]; 17(2): [Aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200016&lng=es

14. Torales J, Riego V, Chávez E, Villalba J, Ruiz-Díaz C, Rodríguez H, Arce A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad dual en niños y adolescentes internados en un centro para el tratamiento de adicciones. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción). 2014;47(2). Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/427>

15. Riego Meyer V, Arce Ramírez A, Chávez ME, Recalde Berni S, Fernández P. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en niños y adolescentes internados en la Unidad de Desintoxicación Programada del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, Paraguay. Revista Paraguaya de Psiquiatría. 2013; 1 (1): [Aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492014000200003



Jackeline Sosa Hernández: Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantil. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Pinar del Río, Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo aquí***