

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la
institucionalización, en una adolescente de 14 años
del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Hilda Carolina García Díaz

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la
institucionalización, en una adolescente de 14 años
del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Hilda Carolina García Díaz

Lcda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

Lcda. Lizeth Mendoza Cóbar (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

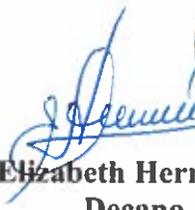
ASUNTO: *Hilda Carolina García Díaz*

Estudiante de la *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* de esta Facultad solicita autorización para realizar su *Práctica Profesional Dirigida* para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: julio 2017

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *Práctica Profesional Dirigida* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Hilda Carolina García Díaz* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio dos mil diecisiete.

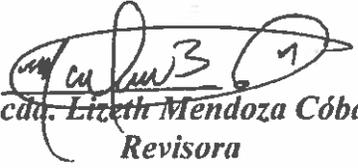
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la institucionalización, en una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala”. Presentada por el (la) estudiante: Hilda Carolina García Díaz, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Mirna Paola Gaitán Láinez
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala junio 2017.-----

En virtud de que la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la institucionalización, en una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala". Presentada por el (la) estudiante: Hilda Carolina García Díaz, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Lizeth Mendoza Cobar
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio del dos mil diecisiete.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la institucionalización, en una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala", presentado por *Hilda Carolina García Díaz*, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida .



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	3
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	3
1.5 Programas establecidos	4
1.6 Visión	5
1.7 Misión	5
1.8 Justificación de la investigación	6
Capítulo 2	7
Marco Teórico	7
2.1 Trastorno negativista desafiante	7
2.2 Institucionalización	11
2.3 Abandono parental	15
2.4 Consecuencias emocionales de la institucionalización	17
2.5 Consecuencias cognitivas de la institucionalización	19
Capítulo 3	22
Marco Metodológico	22
3.1 Planteamiento del problema	22
3.2 Pregunta de investigación	24
3.3 Objetivos	24
3.3.1 Objetivo general	24
3.3.2 Objetivos específicos	24
3.4 Alcances y límites	24

3.5	Método	25
	Capítulo 4	28
	Presentación de Resultados	28
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	28
4.2.	Análisis de Resultados	37
	Conclusiones	41
	Recomendaciones	42
	Referencias	43
	Anexos	46

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas e instrumentos aplicados	34
--------------	----------------------------------	----

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama	4
Imagen No. 2	Genograma	31

Resumen

En la presente investigación se muestra el estudio de caso que se realizó como parte de la Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana Campus El Naranjo, la cual se llevó a cabo durante los meses de febrero a octubre del presente año, gracias al apoyo de la Asociación Buckner Guatemala, ubicada en Ciudad San Cristóbal, zona 8 de Mixco de la ciudad de Guatemala, quienes brindaron la oportunidad de realizar la misma.

En el capítulo 1: Marco de Referencia se realizó una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, conjuntamente con la ubicación, organización, programas establecidos y justificación.

Dentro del capítulo 2: Marco Teórico se muestra información teórica sobre la institucionalización y sus consecuencias, información sobre el trastorno negativista desafiante en niños y niñas y abandono parental.

El Marco Metodológico, capítulo 3, se plantean los objetivos, pregunta de investigación, los alcances y limitaciones de la asociación. Así mismo la metodología que se utilizó en el caso de estudio, en la cual se ejecutó un estudio cualitativo descriptivo, donde se tomó como sujeto de estudio a uno de los pacientes que refirió la asociación Buckner para proceso terapéutico.

Asimismo la evaluación por medio de pruebas para ejecutar diagnóstico, hipótesis sobre la problemática, resultado e información que se llevó a cabo con la adolescente del caso de estudio en el cual se realizó el psicodiagnóstico correspondiente, por medio de varias entrevistas con la paciente, para realizar el tratamiento psicológico y continuar con el tratamiento adecuado.

Finalizando con el capítulo 4, donde se muestra el resultado del análisis del caso de estudio dando conclusiones y recomendaciones.

Introducción

La institucionalización en hogares de cuidado ha sido utilizada con el fin de proteger a los niños y niñas cuyas familias eran consideradas como peligrosas para su desarrollo. Sin embargo, el beneficio de esta medida también ha generado polémicas ya que se ha comprobado que el estar privados de la libertad y de la vida normal en familia tiene consecuencias psicológicas y cognitivas en las personas a futuro.

Dentro de las consecuencias psicológicas encontramos que pueden surgir trastornos como el negativista desafiante, que se ha asociado al abandono parental o apego inseguro, ya que los niños presentan problemas en el reconocimiento de las normas y reglas sociales. Así mismo, la privación materna provoca hostilidad e incapacidad para entablar relaciones sociales saludables.

El trastorno negativista desafiante surge a raíz de la institucionalización, que priva de la libertad a la persona. Tiene como consecuencias emocionales el daño a la autoestima, sentimientos de inferioridad y confusión afectiva, inhibición, timidez y agresión.

Debido también a la institucionalización aparecen consecuencias cognitivas como: dificultad en la resolución de problemas, problemas académicos, problemas de atención y concentración y baja tolerancia a la frustración.

Por todo lo anterior se realizó un estudio cualitativo de un caso específico de una adolescente de 14 años que desarrolló el trastorno negativista desafiante debido a la institucionalización y al abandono parental que sufrió, lo cual generó conflictos en las áreas emocional y cognitiva, creando actitudes desafiantes, retadoras y hostiles así como ocasionándole inseguridad y baja autoestima.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Buckner Internacional fue fundado en el año de 1879 por el Dr. Robert C. Buckner, basado en el mandato de Jesús, con el propósito de cuidar a ancianos y a huérfanos, se ha encargado de cubrir las necesidades de los desafortunados por más de 131 años.

Cuando la Guerra Civil estaba a punto de empezar fundó un hogar para huérfanos llamado Buckner Orphans Home. Buckner inició su primera recaudación de dinero durante una convención en Dallas Texas, quitándose el sombrero, le puso un dólar y lo puso entre los que estaban reunidos bajo un árbol de roble, juntó \$27.00 los cuales fueron los fondos iniciales para lo que hoy es Buckner Internacional; después de eso Buckner convocó a más gente para fundar otros orfanatos, hospitales, escuelas y proveer apoyo para los ancianos. Las casas de los ancianos estaban alineadas en torno al orfanato para que los misioneros y pastores jubilados fungieran como abuelos para los niños.

Hasta ese momento no había una organización de caridad bautista en Texas, pero su fundador unió bautistas de diferentes afiliaciones en nombre de la caridad, y el esfuerzo no se limitó a los bautistas; también recibió apoyo de los metodistas, judíos, presbiterianos, luteranos y católicos que compartían el deseo de apoyar al necesitado.

Buckner también trabajó para lograr saneamiento entre las razas, fundando la primera preparatoria para negros en el norte de Texas y ayudó a las mujeres que no tenían la oportunidad de estudiar teología, para que pudieran acceder a una escuela de entrenamiento para ellas.

Cuando Buckner falleció en 1919 sus hijos Joe y Hall y su nieto Robert Cooke se hicieron cargo de su ministerio y fueron ellos testigos del continuo crecimiento de la organización y la expansión a otras partes del Estado.

Actualmente Buckner International tiene programas alrededor del mundo; el quinto presidente de la organización es Kenneth L. Hall quien supervisa lo que ahora es una de las organizaciones de cuidado social más grandes en los Estados Unidos.

Buckner provee servicios que incluyen cuidado residencial para niños, cuidado de huérfanos, acogimiento familiar, programas de prevención, servicios para ancianos, oportunidades para realizar viajes misioneros, programa de ayuda humanitaria y Shoes for Orphan Souls que provee zapatos para niños necesitados alrededor del mundo.

Cuando Buckner falleció a los 86 años, fue enterrado en el único territorio que le quedaba en Grove Hill Cemetery en Dallas, ya que todo lo demás lo había donado. En su lápida decía “No para un huérfano, sino para todos los niños huérfanos”. Buckner no sabía lo proféticas que llegarían a ser sus palabras.

Por casi 131 años Buckner ha buscado servir a los desamparados; como Santiago escribió en su epístola “La religión pura y sin mácula delante de Dios el padre es ésta: Visitar a los huérfanos y las viudas en sus tribulaciones y guardarse sin mancha del mundo”.

Buckner como institución inicio a trabajar en Guatemala a finales del año 2002 con grupos de voluntarios norteamericanos que visitaron algunos hogares tanto estatales como privados brindando ayuda humanitaria en construcción y recreación. En el 2006 se iniciaron los programas de transición los cuales brindan educación, vivienda alimentación a jóvenes en riesgo.

1.2 Descripción

Buckner International es una asociación civil sin fines de lucro, orientada a servir a niños, niñas, adolescentes, en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familias en pobreza y pobreza extrema. Debido a esto se han creado hogares para adolescentes con el fin de brindarles dicha protección.

El lugar donde se realizó el estudio de caso fue el Hogar Génesis, perteneciente a esta asociación, y el cual alberga a adolescentes mujeres. Es una casa de habitación grande ubicada en Ciudad San Cristóbal, zona 8 de Mixco. En el momento que se realizó el estudio de caso albergaba a cinco jóvenes adolescentes. El área que se disponía para la psicoterapia era una pequeña habitación con un escritorio y un par de sillas. Era un lugar bastante iluminado y con suficiente ventilación. Además, tenía un jardín amplio con una pérgola, por lo que en ocasiones también se utilizaba esa área en la pérgola para poder trabajar al aire libre.

1.3 Ubicación

Las oficinas centrales de Buckner International están ubicadas en la 8ª. Calle 4-61 zona 10, Guatemala. También cuentan con la oficina ubicada en la Manzana G Lote 15 Sector B-3, Zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal, en la cual están las dependencias correspondientes a coordinadores de programas, equipo multidisciplinario de programas, psicología, trabajadora social, maestra de educación y los encargados de los hogares.

1.4 Organización

La organización consta de un comité ejecutivo, un director y subdirector nacional, el gerente de recursos humanos y financiero, los coordinadores de programas, los equipos multidisciplinarios de programas, departamento de psicología, departamento de trabajo social, la maestra de educación, un médico y los encargados de los hogares.

Organigrama

A continuación se presenta el Organigrama de la Asociación Buckner Guatemala:

Imagen No. 1

Organigrama



Fuente: proporcionada por autoridades de la Asociación Buckner Guatemala, octubre 2015.

1.5 Programas Establecidos

La asociación cuenta con los siguientes programas:

De prevención:

Centro de Defensoría Infantil CDI

Brinda atención social y psicológica a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y/o violencia sexual, procurando la restitución de sus derechos y su restauración integral.

De protección:

Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar

Un espacio afectivo y cálido donde se ofrece protección y asistencia a adolescentes en situación vulnerable o riesgo social, a través de programas de formación de vida diaria y valores, que les permita ser personas productivas y autosuficientes.

Familias Sustitutas

Apoya y fortalece al programa de Familias Sustitutas de la Secretaría de Bienestar Social, en la promoción, divulgación, reclutamiento y evaluación de familias dispuestas a brindar amor, cuidado y protección en forma temporal al niño, niña o adolescente, hasta ser integrado a su familia de origen o a una solución familiar permanente.

Semillas de Esperanza Guatemala

Evita la institucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años a través de soluciones alternativas de cuidado. Impulsa la desinstitucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años del Hogar Seguro de la Secretaría de Bienestar Social, mediante la reunificación familiar, familia ampliada o familia sustituta, en coordinación con las instituciones vinculadas al proceso de protección. Promueve la formación en acogimiento familiar y alternativas de protección a profesionales vinculados al Sistema de Protección.

1.6 Visión

La visión de Buckner International es “ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar y desarrollo integral que promueva los derechos de los niños, niñas, adolescentes y familiares en Guatemala en estado de vulnerabilidad”.

1.7 Misión

Como misión la Asociación Buckner International “reconoce a través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas necesarias a niñas y niños, adolescentes y

familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida. Nuestra misión nos define como una agencia “dedicada a la restauración y el saneamiento de los individuos y las familias”.

1.8 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación fue elaborado como requisito del p^énsum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana para brindar un aporte educativo a futuros profesionales. Tuvo también como objetivo poner en práctica las competencias y capacidades que se adquirieron a través de los cinco años de estudio, es decir la integración del conocimiento teórico y clínico con pacientes.

La práctica de psicoterapia clínica se realizó en el Hogar Génesis de adolescentes mujeres, de la Asociación Buckner Guatemala, con una duración de nueve meses.

Tomando en cuenta la importancia de conocer los efectos que la institucionalización puede tener en las adolescentes internadas y con el fin de profundizar al respecto de uno de los trastornos que puede surgir a raíz de ello, como es el trastorno negativista desafiante, este trabajo trata de mostrar las diferentes causas por las que este trastorno puede surgir, como lo son el apego inseguro, patrones de crianza, abandono parental, y la misma institucionalización.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno Negativista Desafiante

Los trastornos del comportamiento representan un frecuente y grave problema en nuestra sociedad y usualmente provocan desajustes familiares y problemas escolares importantes.

Según el DSM 5, el trastorno negativista desafiante (TND) código 313.81 (F91.3), se define como un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Los síntomas del TND se manifiestan cuando la persona a menudo pierde la calma o está molesta y resentida. También suele discutir con la autoridad o con adultos, sobre todo en el caso de los niños. Además molesta a otros intencionalmente y culpa a los demás de su mal comportamiento. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. Cuantitativamente hablando, se estima que entre un 2-16% de los niños presentan TND (APA, 2000; Jensen et al., 1995; Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer, 2004; Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, 1992).

El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los trastornos más comunes en la infancia, junto al déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta (TC), es una de las causas principales de derivación a los servicios especializados de neuropsiquiatría y psiquiatría infantil. Si bien el TND tiene una relevancia clínica importante, son pocos los conocimientos que se tienen acerca de este trastorno.

En 2009, Cardo, Meisel, García, Palmer, Riutort, Bernad y Servera indican que la mayoría de estudios sugieren que el TND es más común en niños que en niñas, aunque algunos autores señalan que esto puede deberse a ciertos sesgos metodológicos por lo que se propuso validar una escala de TND que tenga en cuenta el nivel de desarrollo del sujeto como edad, sexo y ambiente.

Barkley, Edwards y Robin (1999) sugieren que

Hay cuatro factores que podrían ser la causa de la aparición del TND como: prácticas de crianza, las características del niño o adolescente, las características de los padres y algunas situaciones según los contextos. Estos autores también indican que la personalidad del niño se relaciona con este tipo de problemática. (p.57)

Rodríguez, Del Barrio y Carrasco (2009) subrayan la importancia que tiene la percepción de los hijos sobre los hábitos de crianza de sus padres. La gravedad de la desobediencia o conductas agresivas se ha detectado que tiene que ver con la calidad de relación entre los padres y el niño, por ejemplo la consistencia y la inconsistencia en la educación de los padres está vinculada con la presencia de conductas agresivas. (parr. 6)

Diferenciar los factores etiológicos del TND ha sido difícil pues todas las investigaciones han sido enfocadas en el trastorno disocial. Sin embargo Francisco de la Peña y Lino Palacios (2011) pudieron detectar tres factores que son determinantes para su origen, estos son factores biológicos, psicológicos y sociales.

Respecto a los factores biológicos se menciona que existen patrones familiares de psicopatología que inclusive puede llevar a manifestar otras patologías como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad y trastornos afectivos. También hay factores como el temperamento difícil en niños, que se relaciona con patrones de herencia.

Dentro de los factores psicológicos se ha asociado con el apego inseguro que generan los cuidados parentales deficientes. Además los niños presentan problemas en el reconocimiento de las normas sociales y tienen una idea errónea sobre las conductas de sus pares, lo que genera problemas y poca resolución de los mismos.

Los factores sociales como la violencia, pobreza, falta de estructura social pueden contribuir al diagnóstico del TND. Debe tomarse en cuenta que existe comorbilidad entre el TND, TDAH Y TD por lo que niños y adolescentes tienen múltiples factores de riesgo que comienzan en la infancia y pueden provocar una formación adversa en su personalidad.

Fue el psicólogo Bowlby (1907-1990) que en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna le condujo a formular la Teoría del apego.

Bowlby (1951) había planteado la hipótesis de que la privación materna no sólo provocaba depresión en la niñez, sino también hostilidad e incapacidad para mantener relaciones saludables en la vida adulta. En la formulación de esta teoría los niños ya están “diseñados” biológicamente para estar apegados a sus padres, no sólo para satisfacer sus necesidades sino porque además son seres profundamente sociales.

El mismo autor afirma que el concepto de apego alude a la disposición que tiene un niño o una persona mayor para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento. La conducta de apego, en cambio, se adopta de vez en cuando para obtener esa proximidad, por lo tanto define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio.

La tesis fundamental de la Teoría del Apego se fundamenta en que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. El apego proporciona la seguridad emocional del niño ya que este capta la idea de que es aceptado y protegido incondicionalmente.

Díaz (2011) indica

Que se ha demostrado que los niños con un trastorno negativista desafiante presentan significativamente un apego inseguro tanto a la figura paterna como materna. Sin embargo, el que un porcentaje importante de niños con trastornos de conducta presenten un apego seguro, nos muestra que el apego inseguro es solamente un aspecto en la génesis de los trastornos de conducta. Así pues es importante subrayar que la “inseguridad” en el apego no es sinónimo de psicopatología. (p.2)

Fonagy y cols (1997) sugieren que la seguridad en el apego ayuda a que la persona tenga capacidad auto reflexiva y una comprensión de lo que la otra persona siente o le motiva. Esto protegería al adolescente de los trastornos de la conducta ya que podría intuir sobre los sentimientos del otro y sería entonces empático. (p.12)

La empatía requiere que se preste atención a la otra persona, y esto es algo que se hace inconscientemente. Sin embargo, si se logra desarrollar este sentimiento, se puede volver consciente el prestar atención a lo que otros piensan o sienten, y de esta forma al darse cuenta de ello podrían evitarse situaciones molestas con otras personas. La empatía también implica responder de manera correcta a las emociones de los demás y sobre todo que la persona no esté centrada sobre sí misma únicamente.

Greenberg y cols, (1991):

Estudiaron algunos factores asociados al trastorno negativista desafiante en niños en edad escolar, encontraron cuatro dimensiones que predicen, según su investigación, este trastorno, estos son: el temperamento difícil, estrategias educativas parentales, la adversidad familiar y el apego inseguro. Ninguna de ellas aisladamente son predictores de riesgo. Cuando un niño

presenta al menos dos o más de estos factores de riesgo se incrementaría en 34 veces más la probabilidad de presentar un TND (p.2).

2.2 Institucionalización

La institucionalización en hogares de cuidado ha sido utilizada con el fin de proteger a los niños y niñas cuyas familias eran consideradas como peligrosas para su desarrollo. Sin embargo, el beneficio de esta medida ha sido un tema polémico ya que se ha comprobado que el estar privados de la libertad y de la vida normal en familia provoca que estos niños y niñas tengan consecuencias psicológicas y cognitivas dañinas a futuro.

La institucionalización aunque es una medida de resguardo, debería ser temporal, ya que la familia es el medio natural para el crecimiento, el bienestar y la protección de los niños y niñas; Al estar institucionalizados, se les está privando de algunos de sus derechos fundamentales según el código de la Niñez y la Adolescencia: el derecho a una familia, a la igualdad y libertad, a ser protegidos de la exclusión y discriminación, por ejemplo.

La institucionalización en sí misma es una violación a los derechos humanos de la niñez y adolescencia porque les separa de sus familias, les priva de la libertad y les despersonaliza. La institucionalización según Cáceres (2010) están destinadas a la atención de niños, niñas y adolescentes que no cuentan con cuidado parental o bien que han tenido que ser separados de su familia por malos tratos y/o violación a sus derechos; concluyó que en los hogares guatemaltecos, el maltrato físico, psicológico, verbal y sexual es un problema latente, que no hace diferencia entre clase social o etnia, así mismo manifestó que la institucionalización de niños, niñas y adolescentes se ha constituido ella misma en un problema, por el trato impersonal hacia la población abrigada.

UNICEF estima que ocho millones de niños en todo el mundo viven en instituciones (Pinheiro, P. S., World Report on Violence against Children, Nueva York, UNICEF, 2006).

También en 2013, indicó que la institucionalización causa perjuicios a los niños, niñas y adolescentes que la sufren y debe ser limitada a casos absolutamente excepcionales y por periodos muy breve, ya que además de exponerlos a situaciones que pueden implicar graves violaciones a sus derechos, las instituciones no son el ámbito apropiado para los niños y su permanencia en éstas genera atrasos en el desarrollo. Una regla general, que ha sido señalada, es que por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución, pierde un mes de desarrollo.

Delgado (2012), refiere que estudios recientes mostraron que las largas etapas de institucionalización, especialmente durante los primeros años de vida producen daños permanentes. Otras investigaciones demuestran que los niños que fueron adoptados o se integraron a familias de acogida, tienen un mejor desempeño, no solo físico y cognitivo, sino en logros académicos e integración social como adultos independientes, que aquellos que crecieron en instituciones.

Asimismo, de acuerdo al Informe Mundial sobre la Violencia contra Niños y Niñas (2006), indica que:

La violencia en las instituciones es seis veces más frecuente que en los hogares de acogida y los niños institucionalizados tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de sufrir abuso sexual que aquellos que tienen acceso a alternativas de protección basadas en la familia. En definitiva, la práctica de colocar a niñas y niños en instituciones los deja expuestos al peligro y a sufrir secuelas permanentes, privándoles de muchos de sus derechos y de la protección que necesitan. (p. 8)

El informe de Unicef (2013) indicó

La separación de los niños, niñas y adolescentes de su familia como el establecimiento de medidas de cuidado alternativo deben ser justificadas, tener carácter temporal y ser orientadas

a la recomposición de los vínculos familiares y la reintegración al medio familiar en el marco de la consideración del interés superior del niño. La excepcionalidad de la separación del niño de su familia, tiene consecuencias en lo que refiere a la necesidad de implementar políticas de prevención de la separación, los objetivos de las medidas de protección y específicamente las que implican la permanencia del niño en una institución de protección y cuidado. Los Estados deben procurar preservar ese vínculo interviniendo temporalmente y orientando su accionar a la reincorporación del niño a su familia y su comunidad, tan pronto lo permitan las circunstancias, siempre que eso no sea contrario a su interés superior (parr. 75).

Los procesos de institucionalización también se han relacionado con problemas en el sistema neuroendocrino que regula la conducta emocional (Fries, Shirtcliff y Pollak, 2008, p.159).

La mayoría de los estudios señalan que los niños criados en instituciones tienen más problemas emocionales y conductuales así como mayores niveles de ansiedad y depresión.

Gunnar y Van Dulmen (2007); Kjelsberg y Nygren (2004) y Shechory y Sommerfeld (2007) señalaron que una estancia de más de dos años bajo tratamiento residencial se relacionaba con altos niveles de sintomatología internalizada como depresión y ansiedad. (P. 3)

En esta perspectiva Simsek, Erol, Öztop y Münir (2007) destacaron la elevada prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes criados en instituciones así como mayores puntuaciones en problemas exteriorizados frente a los interiorizados. (P. 2)

La Organización Mundial de la Salud (2010) ha sido muy clara en afirmar que las instituciones de cuidado residencial tienen un impacto negativo en la salud y el desarrollo de los niños y que deben ser sustituidas por otras modalidades de cuidado de alta calidad. (P. 21)

Esto responde a que en muchos casos la falta de atención personalizada en esas instituciones se debe a la ausencia de vínculo emocional entre los niños y las personas a su cargo, además de una carencia de estímulo e interacción, aspectos que provocan retrasos en el desarrollo. Una institucionalización precoz y prolongada tiene efectos perjudiciales sobre la salud y el desarrollo físico y cognitivo del niño, que pueden llegar a ser irreversibles.

Por cada tres meses que un niño viva en una institución pierde un mes de desarrollo, incluso que los niños que han permanecido bajo un cuidado alternativo de tipo familiar tienen un mejor desarrollo físico y cognitivo que los que han vivido en instituciones; así mismo tienen un mejor rendimiento académico y una mejor integración a la sociedad cuando adultos independientes (OMS 2010).

Ochaita y Alarcón (2006) manifiestan que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han iniciado proyectos de apoyo a la niñez guatemalteca asumiendo la responsabilidad de brindar atención, educación, vivienda y alimentación, cubriendo así algunas de sus necesidades básicas. (P. 6)

Son muchas las causas por la que un niño es ingresado a una casa hogar permaneciendo períodos cortos o largos, hecho que se considera como un motivo de crisis cargada de tensión, a medida que permanece institucionalizado sus desequilibrios emocionales son prolongados volviéndose en un conflicto social, y los procesos de recuperación son lentos y muchas veces las instituciones no tienen la paciencia ni recursos financieros calificados para lograr los resultados deseados, por lo que hay una gran población de niños severamente lesionados en la esfera bio-psico-afectiva, que les impide adaptarse a los programas existentes.

En 1984, Berger y Luckman definen la institucionalización como una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores en la que los niños, niñas y adolescentes institucionalizados permanecen en hogares de abrigo y protección, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria (p.21).

Fernández, Hamido y Ortiz (2009) establecen la institucionalización como un acogimiento residencial de los menores en desamparo como una de las medidas más utilizadas, en sus diversas formas, como respuesta a la situación de desamparo en la que se encuentran algunos menores. Esta medida puede llegar a tener una duración prolongada que, en algunos casos, llega a cubrir casi la totalidad de la minoría de edad. Este acogimiento se da en hogares o casas de abrigo y protección.

Bolwby (1998) en sus trabajos sobre institucionalización del niño resalta el carácter anómalo de las condiciones ambientales en las grandes instituciones que se caracterizan por la masificación, lo que lleva a una despersonalización en el trato y a la falta de estímulos verbales y emocionales. El autor llegó a la conclusión que la pérdida de la figura materna puede producir reacciones y procesos psicopatológicos como, por ejemplo, desarrollo de personalidades incapaces de afecto y psicopáticas.

Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, en su Artículo 23 recomienda

En donde siga habiendo grandes centros (instituciones) de acogimiento residencial convendría elaborar alternativas en el contexto de una estrategia global de desinstitucionalización, con fines y objetivos precisos, que permitan su progresiva eliminación. A estos efectos, los Estados deberían establecer estándares para garantizar la calidad y las condiciones propicias para el desarrollo del niño, como la atención individualizada y en pequeños grupos, y deberían evaluar los centros de acogida en relación a dichos estándares (p.7).

2.3 Abandono Parental

La negligencia o abandono parental es un tipo de maltrato infantil que ejercen los padres o responsables y que priva de cuidados, afecto y seguridad a los niños, los cuales son necesarios para su desarrollo. Esto a futuro deja secuelas emocionales y psicológicas en las niñas y niños.

Las causas de abandono o negligencia infantil son muchas, entre ellas económicas, culturales, sociales o psicológicas. Los niños y niñas que se encuentran en esta situación tendrán problemas para establecer relaciones sociales y se verán afectadas su área emocional y cognitiva.

Arruabarrena y de Paúl, 1994 indican:

Desde un punto de vista conceptual, entendemos por abandono físico o negligencia infantil aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente

peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor (p.135).

Dada la importancia de este fenómeno social se han postulado diferentes teorías que tratan de darle una explicación o respuesta, y van desde factores biológicos, emocionales y sociales.

Según Wolock y Horwitz (1984) entre los modelos más destacados que han intentado dar una explicación acerca del abandono físico o negligencia infantil se encuentran: el modelo sociológico, que sugiere que el abandono físico es producto de situaciones de carencia económicas o de situaciones de aislamiento social.

En 1983, Larrance y Twentyman proponen el modelo cognitivo, que se entiende como una situación de poca o nula protección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los menores a su cargo.

Es por ello que se investigó un modelo psiquiátrico, en el que se considera que esta forma de maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología parental. (Factor y Wolfe, 1990).

En 1993, Crittenden, aportó el modelo del procesamiento de la información, que propone la existencia de un estilo particular de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil.

Hillson y Kuiper, 1994 exponen el modelo de afrontamiento del estrés que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias.

El abandono y la negligencia suelen ir acompañados, la segunda es definida como “Un fenómeno invisible, silencioso, insidioso, provocado por una indiferencia generalizada familiar; por esto los casos de negligencia suelen ser en su mayoría más crónicos y de mucho peor pronóstico” (Polansky, De Saix y Sharlin, 1972, p. 261).

Filkelhor (1983), afirma que la familia es insustituible para el adecuado desarrollo infantil, según la mayoría de las teorías psicológicas y sociológicas. El problema surge cuando la familia deja de cumplir sus funciones y se convierte en perjudicial para el niño.

Cuatro tipos de abuso y abandono, pueden delimitarse. El abuso físico, el abuso sexual, la negligencia parental y el maltrato emocional.

En 1984, Musito expresó

“existe un reconocimiento, cada vez mayor, de que el maltrato emocional es el problema central en el abuso y abandono del niño, siendo en numerosas ocasiones de importancia secundaria los daños o lesiones físicas; la negligencia parental, el abuso físico y sexual tienen interés por cuanto que afectan de manera importante la autoestima y el bienestar emocional del niño”. (p.233)

2.4 Consecuencias emocionales de la institucionalización

Usualmente el ingreso de un niño o niña a una institución es debido a una situación de riesgo o amenazante, a partir de ese momento existe una pérdida de afecto o vínculo familiar, lo que volverá más vulnerable emocionalmente, esto implicará que el niño o niña tenga miedo, sienta una pérdida del vínculo afectivo, surjan sentimientos de culpa, depresión, dificultad de adaptación, entre otros. Esto puede ir incrementando a medida que pasa más tiempo institucionalizado.

Nordys (2006), señala que la institucionalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés y enfermedades que termina por somatizarse, ya que el niño no entiende por qué fue separado de sus padres o sólo interpreta el hecho como abandono y no acepta su ingreso a un ambiente extraño.

En efecto la institucionalización puede generar demasiada ansiedad ya que comparten la atención con bastantes personas, hay demasiados cambios en las autoridades (por horarios, descansos, entre otros), surge en ocasiones demasiada presión por parte de los mismos internos, tienen poca o nada de intimidad y además sienten que la familia los abandonó.

Aragón y Quiñonez (2011) refieren que

“todo tipo de maltrato tiene consecuencias negativas en el desarrollo emocional o psicológico: daña la autoestima, genera sentimientos de inferioridad e inadecuación; genera confusión en el mundo afectivo; interfiere en el desarrollo adecuado de la personalidad; dificultades en el aprendizaje; conductas perturbadas de inhibición, timidez, agresión y violencia.”

En 2011, RELAF (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar), describe a los niños institucionalizados como afectados por un sentimiento profundo de soledad; sentimientos de incompreensión; aislamiento de la sociedad en general; desarraigo; incertidumbre frente a su futuro al no saber quién los va a apoyar, proteger, acompañar; sentimientos de rechazo; baja autoestima.

Todos estos sentimientos que se desencadenan a raíz de dicha institucionalización, llegan a generar problemas emocionales y conductuales en las personas que están dentro de la institucionalización, lo cual provoca un deterioro en sus relaciones interpersonales.

Rutter (2000) considera que la evolución del niño no puede desligarse del ambiente donde se desarrolla, es decir, sin analizar los efectos del medio sobre el niño. En este sentido, el ambiente institucional es considerado como un factor que, principalmente, altera el desarrollo psicológico infantil, afectando de manera significativa el comportamiento.

2.5 Consecuencias cognitivas de la institucionalización

En el caso de niños institucionalizados, las capacidades cognitivas se relacionan con las facilidades o estímulos que les brinde la institución para desarrollarse en esa área. Una de las consecuencias de estar dentro de una institución es la carencia social necesaria para generar las habilidades así como el poco interés o la atención individual hacia los niños para motivarlos en su aprendizaje. Aunque no siempre es así, en muchos hogares no están las condiciones adecuadas para que un niño se desarrolle integralmente. Es por ello que presentan un importante retraso en sus capacidades cognitivas, debido principalmente a la falta de estimulación, atención y oportunidades para desarrollar habilidades.

Sánchez (2014) refiere que

Las consecuencias psicológicas y cognitivas que pueden presentarse son trastornos de la conducta, de vinculación, trastornos del sueño, dificultades de aprendizaje, retraso del desarrollo psicomotor (global o de áreas específicas), retrasos del lenguaje y déficits cognoscitivos de otras índoles. La autora también dice que los niños que han sufrido abandono y/o han pasado los primeros años de su vida en una institución o en un ambiente poco estimulante, tienen más posibilidades de tener problemas de aprendizaje (p.11).

Deuchst (1960) acuñó el término de Déficit Cognoscitivo Acumulativo (DCA), el cual se refiere a una tendencia hacia tener un déficit en la inteligencia relativa a logros escolares de niños privados culturalmente y socialmente por institucionalización.

Se produce cuando el cerebro del niño no recibe los estímulos necesarios para desarrollarse adecuadamente y, como resultado, le fallan los cimientos (como las estructuras del lenguaje que nos sirven para elaborar los pensamientos) sobre los que asentar nuevos aprendizajes. En clase, es como si les quisiéramos explicar lo que es una raíz cuadrada cuando no tienen aún la noción de la suma y la multiplicación. Se les exige de acuerdo a la edad cronológica, sin tener en cuenta su desarrollo cognoscitivo, los niños se ven sobrepasados, se desmotivan y dejan de atender.

La teoría que hay detrás del déficit acumulativo es que los niños que son privados de enriquecerse con experiencias cognoscitivas durante sus primeros años, son menos capaces de aprovecharse de la situación ambiental debido a una desarmonía entre su madurez cognoscitiva estructural y las nuevas exigencias, como pueden ser las situaciones escolares más avanzadas.

Las características del déficit cognoscitivo acumulativo son:

- Carencia de habilidades cognoscitivas propias de su edad, que repercute en la conducta.
- Insuficiente motivación intrínseca en las actividades cognoscitivas, que puede parecer como un problema de memoria y de atención. (En muchos casos confundido con hiperactividad).
- Disarmonía crónica entre el estudio de la capacidad de un niño y su situación escolar.

Los niños que viven en un hogar o institución deberían contar con condiciones propias y personales de atención respecto al estudio y aprendizaje dado que ellos no tienen la misma dinámica de un niño que convive en un ambiente familiar y escolar regular o que tiene las actividades cotidianas normales.

Fernández y Fuertes (2000) destacan que entre los 6 y 18 años las áreas con déficit a considerar en el proceso de evaluación son el área cognitiva y lingüística: dificultad en la capacidad para resolver problemas, percepción y pensamiento, retrasos en el lenguaje, vocabulario pobre y escaso, con dificultades fundamentalmente en el componente pragmático, problemas académicos en general, problemas de atención y concentración y baja resistencia a la frustración, etc.

Amorós y Palacios (2004) recalcan que las dificultades lingüísticas en niños institucionalizados que sufrieron situaciones de malos tratos, pueden adoptar formas muy diversas, destacando entre ellas: las graves deficiencias en las capacidades cognitivas y lingüísticas básicas como: atención, imaginación, memoria, destrezas para comprender y producir el lenguaje.

El retraso en la adquisición del lenguaje, la dificultad para el uso del lenguaje interior como medio para dirigir la acción (función autorreguladora) y el uso restringido del mismo, como pobreza de vocabulario, dificultad expresivas y receptoras en la sintaxis de cierta complejidad, como el uso de oraciones subordinadas, son algunas de las deficiencias de la privación psicosocial de estar institucionalizado(a).

Mardomingo (1994) indica que

el retraso cognitivo y del lenguaje son más intensos cuanto mayor es el grado de poca estimulación sensorial y verbal que el niño ha sufrido. El retraso en el lenguaje adquiere relevancia, ya que constituye un mal pronóstico respecto al éxito escolar futuro. El trastorno de la empatía y de la socialización puede ser un problema también para la posterior adaptación social en la adolescencia y la adultez. La apatía y la inadecuada discriminación social pueden ser síntomas precursores de impulsividad, falta de sentimientos adecuados de empatía y culpabilidad, conductas agresivas y dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas en la vida adulta.

El abandono en la vida temprana está relacionado con el desarrollo cerebral el cual afecta al proceso sensorial, resultando de esto problemas cognitivos diversos.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Todos los niños pueden hacer berrinches, rabieta, o ser agresivos eventualmente. Por lo que es necesario saber en qué momento se trata de un trastorno.

El trastorno negativista desafiante (TND) se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Se diferencia del trastorno disocial en que el TND presenta problemas de conducta principalmente hacia figuras autoritarias como la maestra o los cuidadores, mientras que en un trastorno disocial hay un patrón persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes propias de la edad, y son personas que presentan fuertes agresiones, destrucción o violaciones graves de normas.

El trastorno negativista desafiante tiene múltiples causas y puede originarse debido a diferentes factores o combinaciones de estos, como lo pueden ser biológicos, sociales o psicológicos. Sin embargo, hay además circunstancias sociales que favorecen su aparición, uno de ellos es el vínculo temprano inseguro y el abandono paterno.

Este trastorno puede aparecer desde los tres años de edad aunque suele iniciarse a los ocho y normalmente no aparece después de la adolescencia. Su inicio es típicamente gradual y suele mantenerse a lo largo de meses o años. Este trastorno parece molestar más a las personas que le rodean que al propio niño o adolescente que lo presenta y suele interferir con sus relaciones interpersonales, y su rendimiento académico. El TND puede ser comórbido con el déficit de atención e hiperactividad, trastornos de ansiedad y estar presente una alta probabilidad de desarrollar el trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta.

La institucionalización surgió como una medida de resguardo y protección a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en estado de vulnerabilidad. Se da a raíz de la pérdida de recursos familiares adecuados para la protección de estas personas, o debido a que no estarían seguros en sus hogares. La institucionalización sin embargo ha demostrado desencadenar efectos negativos a nivel emocional y cognitivo en los internos.

En el presente caso de estudio se investigó cómo el TND se relaciona con la institucionalización, lo que es de suma importancia como aporte al campo de la investigación psicológica.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro del grupo de pacientes referidos por la Asociación Buckner Guatemala, para brindarles apoyo psicológico, se escogió a la paciente de estudio, M.A., quien era una adolescente de 14 años que durante las primeras sesiones se presentó con signos y síntomas de inquietud, impaciencia, aburrimiento y poca concentración.

A nivel cognitivo, sus pensamientos eran negativos e irritables, con poco deseo de asistir a la terapia cada semana, aduciendo que estaba aburrida, adicionalmente le era difícil tener un orden en sus recuerdos a mediano y largo plazo.

Luego de varias sesiones donde se realizaron todas las evaluaciones pertinentes, se determinó que uno de los factores causales importantes se debía al largo tiempo en que la adolescente llevaba institucionalizada en el Hogar Génesis, lo que provocó la aparición de pataletas y enojos, discusiones con adultos y conductas desafiantes.

Por esta razón se hizo necesario hacer un estudio de la influencia de la institucionalización y la aparición del trastorno negativista desafiante, esperando sea una contribución de forma particular y decisiva al patrimonio científico.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la institucionalización y el trastorno negativista desafiante de una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la institucionalización y el trastorno negativista desafiante de una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer cómo la institucionalización afectó a la paciente de estudio.
- Determinar cómo el abandono parental impactó a la paciente de estudio.
- Identificar las consecuencias emocionales debidas a la institucionalización, en el caso de estudio.
- Describir las consecuencias cognitivas debidas a la institucionalización en la paciente de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica Profesional Dirigida, se encuentran la adquisición de habilidades sociales y manejo de herramientas conductuales, luego de completar el proceso terapéutico con más de 18 sesiones de psicoterapia, con técnicas

cognitivo conductuales en su mayoría, lo que llevó al cambio notorio de conductas, actitudes y manejo de emociones negativas de la paciente de estudio.

Adicionalmente se tuvo la oportunidad de estudiar a fondo el trastorno negativista desafiante y se pudo poner en práctica las técnicas psicológicas más efectivas para este trastorno, por ejemplo técnicas conductuales como los reforzadores positivos, esto produjo un cambio positivo de actitudes y pensamientos en la paciente.

3.4.2 Límites

Entre los límites que se encontraron se puede mencionar la poca colaboración que se encontró de parte de la paciente en las primeras sesiones.

Otro límite que podría mencionarse fue el no haber trabajado tan constantemente como se hubiera deseado, es decir, una vez por semana, ya que la adolescente junto con el grupo de las demás pacientes del hogar tenían siempre una serie de actividades cada día de la semana, por lo que había que estar adecuando el espacio para poder trabajar con ella la terapia.

3.4.3 Temporalidad

El proceso psicológico se llevó a cabo durante siete meses continuos, en los cuales se realizó un proceso terapéutico de 18 sesiones de 45 minutos cada una.

3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la investigación psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso, en el cual la menor fue referida por la Asociación Buckner Guatemala, para que llevara su proceso terapéutico como parte del programa de psicología de la institución, en donde se fueron observando los problemas conductuales y actitudes desafiantes y retadoras, así como los problemas escolares que presentaba debido a la poca concentración y colaboración que mostraba con la maestra a cargo.

Procedimiento: La investigación se basó en el estudio de caso de una adolescente de 14 años, cuyo nombre se identifica con las iniciales G.I. quien fue referida por la Asociación Buckner Guatemala. El proceso terapéutico se llevó a cabo en el Hogar Génesis, donde la paciente residió.

Mediante la observación, entrevistas, historia clínica, batería de pruebas psicológicas aplicadas se realizó el psicodiagnóstico del caso de estudio, en el cual la paciente proyectaba sentimientos de irritabilidad, aburrimiento, desesperanza, y sentimientos de abandono por parte de su familia. También se observaron sentimientos de tristeza y apatía, así como pocos deseos de trabajar en el área escolar.

La paciente al momento del proceso psicológico llevaba institucionalizada nueve años debido al abandono parental, ya que inicialmente la madre la abandonó cuando tenía dos años, dejándola con la abuela. El padre en este tiempo tampoco se hizo presente en la vida de la paciente. Debido a estos problemas familiares, la adolescente empezó a salirse de la casa de la abuela materna por lo que se encontraba en riesgo de callejización, por lo que la abuela decidió enviarla a un hogar a la edad de cinco años, y a partir de ese momento permaneció institucionalizada en diferentes hogares.

Estando la paciente en el Hogar Génesis se identificaron problemas de conducta, tales como negativismo, irritabilidad, aburrimiento constante, poco deseo de colaboración, frustración, entre otros. Se asumió que estos síntomas fueron causados por la institucionalización de la adolescente.

Se realizó una batería de pruebas proyectivas: el test de la figura humana, la familia, persona bajo la lluvia, donde se constató que la adolescente presentaba emociones y pensamientos negativos e infantiles, así como la necesidad de protección y amor.

Tomando en cuenta los resultados anteriores se decidió aplicar a la paciente otro test más específico, el EPQ J, en donde se obtuvieron resultados altos de neurotismo (cambios constantes de humor, estados de ánimo negativos), así como de psicoticismo o dureza.

Luego de llegar al diagnóstico se llevó a cabo el proceso terapéutico con la adolescente mediante terapia cognitivo conductual, en donde se exploraban y describían figuras de autoridad y reglas. Esto para mostrarle a la paciente las conductas que debía mantener para lograr los cambios deseados. En cada sesión se le elogiaban las conductas apropiadas, como el seguir reglas, el poner atención, el colaborar con las actividades, de tal forma que se trabajó con reforzadores positivos. Se trabajó también su autoestima y valía personal, esto debido a que al inicio presentó una autoestima baja, debido al sentimiento de abandono parental durante la infancia.

Se trabajó también la inteligencia emocional para enseñarle a armonizar emoción y pensamiento, a comprender los sentimientos de los demás respecto a sus conductas negativas, a tolerar frustraciones, y a adoptar actitudes más armoniosas y empáticas respecto a las personas a su alrededor. También se trabajó terapia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad, mediante técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento.

Se efectuaron las recomendaciones correspondientes tanto a los cuidadores del hogar como a la maestra. Se les brindó psicoeducación respecto al trastorno negativista desafiante, y se les explicó tareas sencillas que debían realizar en el hogar y en el aula para lograr una mejor adaptación a su entorno social.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre: G.I.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 15 de enero de 2002

Edad: 14 años

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: 4°. Primaria

Institución: DIGEEX

Religión: Evangélica

Dirección: Chiquimula

Referido por: Asociación Buckner Guatemala

Nombre del padre: Se desconoce

Ocupación o profesión: Se desconoce

Lugar de trabajo: Se desconoce

Nombre de la madre: I.M.

Ocupación o profesión: Se desconoce

Lugar de trabajo: Se desconoce

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 2 de marzo de 2016

II. Motivo de consulta

La Asociación Buckner refirió a la paciente para su proceso terapéutico debido a problemas de conducta retardadora y desafiante.

La paciente refirió como motivo de consulta: “Quisiera no ser tan peleonera, me enojo mucho con todo y todos. También quisiera perdonar a mi mama y papa, porque no sé cómo ellos pueden estar sin mi...yo no puedo estar sin ellos” (sic).

III. Historia del problema actual

La adolescente se encontraba en el Hogar Génesis perteneciente a la Asociación Buckner Guatemala, desde noviembre de 2015 debido a que fue trasladada del Hogar Seguro para Hogar Génesis de esta asociación. Estuvo en hogares diversos desde la edad de los nueve años. Su madre la abandonó cuando tenía dos años, se fue a vivir con la abuela. Durante el tiempo que estuvo con la abuela, aunque era pequeña, siempre se salía de su casa.

Además, surgieron varios problemas ya que el padre de G.I. llegaba a buscar a la paciente, se la llevaba a su casa, pero en múltiples ocasiones la paciente refirió que su padre intentaba abusar de ella, aunque nunca lo logró. Lo que hacía era intentar jalarle la blusa, la falda o el pantalón, y la adolescente siempre salía corriendo. Entonces volvía a casa de la abuela materna, de nuevo se estaba varios días, pero cuando estaba con la abuela era habitual que se saliera mucho a la calle, y la abuela tenía que ir a buscarla y regresarla a casa. Este ir y venir de su casa con su padre y a la casa con la abuela, sucedió en varias ocasiones, hasta que la abuela, al no poder controlar esta situación, decidió que lo más conveniente era enviarla a un hogar en Esquipulas cuando G.I., tenía ocho años.

Estando en este hogar, llegó la madre de G.I. a sacarla a la fuerza y se la llevó con ella. Cuando le avisaron a la abuela de esta situación, se fueron en busca de G.I. y la progenitora, las encontraron en un momento en donde la madre de G.I. estaba intentando vender a su hija en la frontera de El

Salvador. Entonces intervino la PNC, la tomaron y se la llevaron. A raíz de esto el juzgado de Zacapa decidió que había que enviar a G.I. a un hogar en Zacapa, donde estuvo cuatro años. Luego de este hogar fue trasladada al hogar Seguro y de allí la enviaron a Buckner.

Cuando estuvo en ese hogar presentó problemas escolares, también problemas de conducta en cuanto a atención y seguimiento de instrucciones, era una chica que se alteraba fácilmente cuando no lograba conseguir la atención hacia ella, se frustraba con facilidad cuando no se hacían las cosas a su manera. Desde que ingresó al hogar se buscó un recurso para que G.I. pudiera regresar a su hogar, pero aunque la paciente tenía varias tías y una abuela, ninguna quiso hacerse responsable de ella. Fue por eso que no fue posible su reintegración familiar. En cuanto a la madre no se supo nada de ella, y respecto al padre como tuvo intentos de abuso sexual hacia G.I. debía mantenerse alejado de la paciente.

I.V. Historia Clínica

G.I. no proporcionó información de su historia prenatal, se buscó en sus expedientes pero tampoco se encontró.

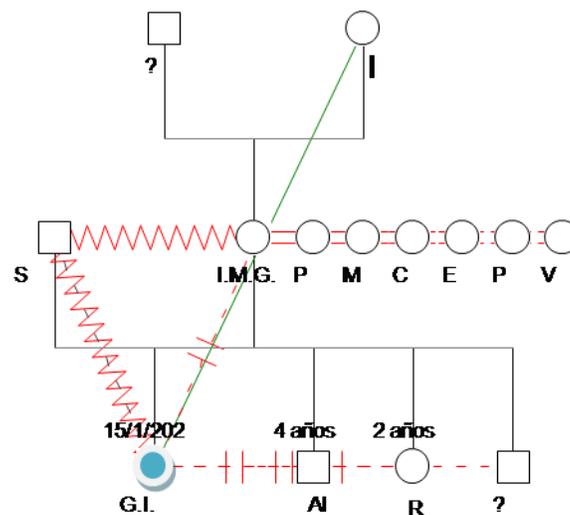
La adolescente comenzó a estudiar a la edad de seis años. Era una persona que le gustaba aprender y que tenía amigos de su misma edad. Sin embargo aunque estudiaba, no terminó los ciclos escolares por lo que cuando estaba en el hogar cursaba 4°. Primaria. En sus relaciones escolares con la maestra y compañeros tuvo problemas ya que era una persona que no prestaba atención, se aburría e inquietaba fácilmente, molestaba al grupo con el que estudiaba y la persona a cargo de su educación le resultaba difícil controlarla. G.I. era una persona con poca atención y concentración, hiperactiva cuando se le explicaba algún tema, lo entendía pero al poco tiempo ya lo había olvidado.

En cuanto a su desenvolvimiento social, la adolescente era una persona bastante inquieta, tuvo amigos dentro de los hogares pero nunca confió en ellos. Siempre le gustaba llamar la atención de los grupos donde estaba, difícilmente podía mantener una conversación por largo tiempo ya que se aburría y desesperaba.

Entró en la adolescencia estando institucionalizada, y en esa etapa su actitud fue retadora, desafiante, se molestaba con facilidad, se frustraba y le costaba seguir instrucciones o lo hacía de mala gana. Tenía un carácter bastante irritable, era difícil que lograra interesarse en algo, siempre se encontraba aburrida y desesperada de estar encerrada en el hogar.

V. Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: elaboración propia, junio 2016.

Estructura familiar

La familia de G.I. estaba constituida por la abuela materna y seis tías por parte de madre.

Tenía dos hermanos y una hermana de parte de madre a quienes no conocía, y debían tener cuatro y dos años y un tercer hermano varón de parte de padre de quien no sabía su edad.

Antecedentes familiares

G.I. refirió que antes de vivir en hogares, vivía con su padre y madre únicamente. Cuando ella tenía dos años de edad, la madre los abandonó. G.I. se fue a vivir con la abuela materna pero aún tenía contacto con el padre. Refirió que el siempre que pudo intentó abusar sexualmente de ella, a veces entre juegos, le jalaba la blusa, o cualquier parte de su ropa. Ante esta situación la paciente lo que hacía era enojarse y correr para que él no le hiciera nada. G.I. no lo contó nunca a su abuela ni familia. Indicó que recordaba que su padre siempre fue abusivo con ella, que la trataba mal y que no la quería.

Cuando vivió con la abuela, G.I. siempre vio la manera de mantenerse en la calle, ya que decía que se aburría mucho de estar encerrada. Esto le provocó problemas porque la abuela siempre la anduvo buscando por las calles para que regresara a la casa. Fue por esa razón que la abuela decidió enviarla a un hogar. Cuando estuvo allí (en el primer hogar), la madre volvió a aparecer para llevársela a la fuerza. Al llevársela, le avisaron del hogar a la abuela, y ella se fue en busca de su nieta. Encontró a la hija y nieta en la frontera de El Salvador, en donde la madre intentó vender a la paciente. La abuela pidió que la PNC interviniera para que le quitaran a G.I. de la madre. Se llevaron a G.I. a otro lugar, para resguardarla y el juez ordenó que ella ingresara de nuevo a un hogar en Zacapa.

Fue a partir de ese momento que G.I. ya no volvió con su familia, sino que permaneció en hogares, hasta llegar a Buckner. Cuando estuvo en Buckner aunque había recursos para que la paciente pudiera ser reintegrada con su familia, ninguno de los miembros de la familia quiso o aceptó hacerse cargo de ella, y por esa razón permaneció en el hogar.

VI. Examen del estado mental

La paciente se presentó con un nivel de conciencia alerta tanto en la primera sesión como en todas las demás. Su aspecto general era pulcro, de vestimenta sencilla y juvenil. Su estatura era de aproximadamente 1.50 mt. Hacía contacto visual cuando se le hacían preguntas directas, y su postura en todas las sesiones fue un poco inclinada hacia adelante. Su actitud en la primera sesión era nerviosa, retraída y tímida. En las siguientes sesiones esa actitud fue cambiando, mostrándose

muy inquieta, siempre diciendo que estaba aburrida, se desesperaba con facilidad. Respondía a todas las preguntas cuando estas eran directas.

La expresión corporal de la paciente era congruente con su estado de ánimo ya que se mantenía agitada y alterada. Su tono de voz era medio, la fluidez de su lenguaje era rápido e intranquilo, por momentos no coordinaba sus pensamientos. En las últimas sesiones indicó estar desesperada de estar encerrada, lo cual la mantenía enojada y alterada emocionalmente.

La atención de la paciente durante las sesiones no fue la adecuada, era bastante difícil lograr que se enfocara en un tema, su concentración era escasa. Estuvo ubicada en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje era rápido e incongruente muchas veces. Su memoria remota presentaba problemas ya que confundía o distorsionaba fechas y eventos. La memoria reciente e inmediata eran adecuadas. Su pensamiento no siempre fue congruente, tenía una baja capacidad de introyección en todas las sesiones. Su mayor preocupación era el encierro en el que se sentía lo que alteraba su forma de actuar en el hogar, y en sus clases, demostraba apatía, aburrimiento y enojo en general. Por momentos la adolescente se enojaba cuando se tocaban ciertos temas, demostrando desesperanza.

VII. Resultados de las pruebas

Durante las pruebas G.I. se mostró sin ganas de realizarlas, aduciendo que eran muy aburridos. Sin embargo las hizo siguiendo las instrucciones que se le dieron.

Cuadro No. 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
Inventario Depresión de Beck	17.03.2016
Test de la Familia (Louis Corman)	14.04.2016
Test del árbol (Karl Koch)	14.04.2016
Test de la persona bajo la lluvia (Arnolds Abrams)	28.04.2016
Test del dibujo de la figura humana (Karen Machover)	28.04.2016
EPQ J	05.05.2016
Escala de ansiedad de Hamilton	13.06.2016
Escala de autoestima de Rosemberg	13.06.2016
Cuestionario de conducta Connors para padres y profesores	20.06.2016

Fuente: elaboración propia, agosto 2016

Resultados Cualitativos

Pruebas proyectivas

(Test de la familia, test del árbol, test de la persona bajo la lluvia, test de la figura humana)

En la dinámica familiar proyectó violencia, realizó un dibujo estereotipado que indicó pérdida de espontaneidad y que vivía apegada a reglas. Mostró desvalorización de su familia real debido a que dibujó personajes ficticios e infantiles. Mostró una fuerte necesidad de aprobación, inmadurez o controles internos deficientes. Inadecuación respecto a su familia y pobre concepto de sí misma.

Se pudo evidenciar necesidad de mostrarse, de ser reconocida, pesimismo, debilidad y una dirección hacia el pasado, conflictos con la madre y necesidad de búsqueda interior. Habían nubes que representaban la amenaza y que podrían ser las figuras parentales debido a su historia. Se sentía con mucha presión y agobiada según lo demostraba la lluvia y no había defensa que le fuera suficiente.

Resultados Cuantitativos

Pruebas psicométricas

EPQ J: sus puntuaciones fueron de Neurotismo 75 (cambios de humor, estados de ánimo negativos) Extraversión 75 (exteriorizan fácilmente la agresividad, pueden ser descontrolados), Psicotismo 95 (actuar de manera descontrolada, poca capacidad de distinguir acontecimientos reales de fantasías, despliegue de agresividad), sinceridad 30, conducta antisocial 95 (propensión a conducta antisocial)

Escala de ansiedad de Hamilton: Dio como resultado 43 pts, siendo el intervalo de 26 a 63, por lo que se situaba en ansiedad grave.

Escala de autoestima de Rosemberg, obtuvo un resultado de 23 puntos, lo que la situaba en problemas significativos de autoestima baja.

Cuestionario de conducta Conners para padres y maestros: Según la Escala de Conners, mostró problemas y alteraciones de conducta, ansiedad, inquietud, hiperactividad, problemas de aprendizaje, impulsividad y desatención.

VIII. Impresión diagnóstica

De acuerdo a la observación, entrevistas, historia clínica, examen mental y pruebas aplicadas, se pudo constatar que las peleas y enojo se debían en primera instancia al abandono por parte de la madre. Adicionalmente, aunque no vivía con el padre, eventualmente él intentó abusar sexualmente de ella, por lo que la única persona hasta entonces que quiso hacerse cargo de ella fue la abuela, quien en su momento también la abandonó.

Por esta razón se tuvo una impresión diagnóstica de trastorno de apego reactivo ya que en la primera infancia hubo un patrón de apego notablemente alterado o inadecuado para el desarrollo, en el que la paciente tuvo un apego muy poco desarrollado. Una de las características del trastorno de apego reactivo incluyó retraso en la cognición.

Respecto a las conductas desafiantes y retadoras que G.I. tuvo. en cuanto a que ella quería hacer las cosas a su manera, se frustraba rápidamente cuando algo no era como ella quería, se aburría fácilmente, siempre estaba inquieta y con poca concentración, la impresión Dx es trastorno negativista desafiante por el patrón frecuente de enfado/irritabilidad/ y discusiones desafiantes. Ya que este trastorno era más prevalente cuando el cuidado de los niños ha estado alterado por una sucesión de diferentes cuidadores o en estados de privación como lo es la institucionalización y en trato de familia inconstante o negligente. Podía a raíz de este trastorno haber también un déficit de atención e hiperactividad, lo cual fue otra impresión Dx.

IX. Evaluación según DSM–V

313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante

313.89 (F94.1) Trastorno de Apego reactivo (desinhibido)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

X. Recomendaciones Terapéuticas para el caso

Se recomienda lo siguiente:

Brindarle a la adolescente un ambiente donde haya estabilidad emocional y psicológica, que pueda continuar sus estudios de manera progresiva, ya que es un aspecto para ella sumamente importante. A la vez procurarle una educación personalizada para nivelarla académicamente y evitar que siga frustrándose en sus estudios.

Se debe trabajar la terapia cognitivo conductual para las diferentes conductas inadecuadas, así como el control y manejo del enojo.

Dar psicoeducación a la maestra o tutora de la paciente así como a los cuidadores respecto al trastorno negativista desafiante y sus síntomas para que tengan conocimiento de la manera de trabajar con ella en el colegio y el hogar y así motivar cambios en sus conductas y cogniciones.

Plan Terapéutico

El plan terapéutico aplicado se basó en el modelo Cognitivo-Conductual en su mayoría, con el objetivo de ofrecer a la paciente entrenamientos para manejar la agresividad, hostilidad, así como problemas conductuales y de ansiedad. Se le enseñaron técnicas de relajación y respiración, identificación de detonantes en diferentes situaciones y maneras de afrontarlas.

Se trabajó también la autoestima para cambiar la imagen que tenía la paciente de sí misma, y desarrollar un sentimiento de identidad propia, utilizando sus fortalezas para desarrollar una actitud de aceptación y valoración de sí misma.

También se trabajó la búsqueda del perdón hacia sus progenitores, con el fin de liberar de estrés y ansiedad a la paciente y buscar su bienestar personal con la ayuda de técnicas gestálticas.

4.2 Análisis de resultados del estudio de caso

Trastorno negativista desafiante y su relación con la institucionalización

De acuerdo a Bowlby (1945) los niños que habían sido privados de sus madres, particularmente aquellos niños institucionalizados, sufrían en su desarrollo emocional, intelectual, verbal, social e incluso físico.

En los hallazgos de la investigación en el caso de estudio se comprobó que la institucionalización tuvo relación directa en el desarrollo del trastorno negativista desafiante (TND), ya que los resultados mostraron problemas de apego, desatención, hiperactividad y problemas emocionales y cognitivos derivados de la privación y la falta de vida familiar normal.

Impacto de la institucionalización

Cáceres (2010) refiere que

La institucionalización está destinada a la atención de niños, niñas y adolescentes que no cuentan con cuidado parental o bien que han tenido que ser separados de su familia por malos tratos y/o violación a sus derechos; concluyó que en los hogares guatemaltecos, el maltrato físico, psicológico, verbal y sexual es un problema latente, que no hace diferencia entre clase social o etnia, así mismo manifestó que la institucionalización de niños, niñas y adolescentes se ha constituido ella misma en un problema, por el trato impersonal hacia la población abrigada. (p. 3)

La investigación del caso de estudio mostró que aunque ésta es una medida de resguardo a la paciente se le privó de algunos derechos fundamentales según el código de la Niñez y la Adolescencia: el derecho a una familia, a la igualdad y libertad, a ser protegidos de la exclusión y discriminación.

La institucionalización generó en la paciente estados de ansiedad y depresión, así como problemas emocionales, cognitivos y conductuales. Además existió una ausencia de vínculo emocional y carencias de estímulos que provocaron retrasos en el desarrollo cognitivo de la paciente.

Repercusiones del abandono parental

Arruabarrena y de Paúl (1994) indican que

desde un punto de vista conceptual, entendemos por abandono físico o negligencia infantil aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor (p.135).

La paciente del caso de estudio fue afectada emocionalmente debido a la negligencia y abandono de sus padres en la primera infancia. Este abandono fue un maltrato emocional para la paciente y afectó la autoestima y el sentimiento de seguridad de la adolescente como se comprobó en el presente trabajo de investigación.

Consecuencias emocionales de la institucionalización

Nordys (2006), señala que la institucionalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés y enfermedades que termina por somatizarse, ya que el niño no entiende por qué fue separado de sus padres o interpreta el hecho como abandono y no acepta su ingreso a un ambiente extraño. (parr. 4)

La paciente se vio afectada emocionalmente al permanecer institucionalizada y tuvo consecuencias negativas en sus áreas emocionales dañando autoestima, provocando inadecuación, generando conductas agresivas y violentas verbalmente. También generó en la paciente un sentimiento de incertidumbre al sentirse sola y abandonada por su familia.

Consecuencias cognitivas de la institucionalización

Sánchez (2014) refiere que

Las consecuencias psicológicas y cognitivas que pueden presentarse son trastornos de la conducta, de vinculación, trastornos del sueño, dificultades de aprendizaje, retraso del desarrollo psicomotor (global o de áreas específicas), retrasos del lenguaje y déficits cognoscitivos de otras índoles. La autora también dice que los niños que han sufrido abandono y/o han pasado los primeros años de su vida en una institución o en un ambiente poco estimulante, tienen más posibilidades de tener problemas de aprendizaje (p.11).

En la investigación del caso de estudio se demostró que si hubieron consecuencias cognitivas en la adolescente, ya que presentó problemas de aprendizaje y de memoria a nivel escolar. También se desencadenaron conductas agresivas a nivel interpersonal, irritabilidad, actitudes negativas y

desafiantes así como impulsividad y desatención en la mayoría de áreas. Sus relaciones interpersonales fueron una problemática en la paciente.

Conclusiones

El trastorno negativista desafiante, caracterizado por conductas retadoras, hostiles y agresivas, fue generado debido a la institucionalización de la paciente, ya que se le privó de la libertad y vínculos familiares.

La institucionalización en la adolescente provocó sentimientos de abandono, pérdida de libertad, ausencia de lazos emocionales con una familia y por ende una baja autoestima.

El abandono o negligencia parental afectó a la paciente en sus áreas emocional, cognitiva y física, ya que se le privó de cuidados y protección básica las cuales son importantes para su bienestar integral como persona.

La paciente se vio afectada emocionalmente al estar institucionalizada por tanto tiempo, lo que generó sentimientos de abandono, soledad, conductas agresivas y hostiles, aburrimiento y un grado de desesperanza.

A nivel cognitivo podemos concluir que la institucionalización afectó de manera importante a la paciente detonando problemas de aprendizaje, poca empatía, y dificultades para establecer relaciones sociales adecuadas debido a la hostilidad y agresividad desarrollada.

Recomendaciones

Se recomienda que se brinde psicoeducación en los hogares, tanto a cuidadores como maestros respecto a lo que es el trastorno negativista desafiante y la relación que la institucionalización tiene con dicho trastorno, ya que por falta de esta información se confunde el trastorno con simples rabietas o enojos, empoderando el cuadro clínico.

Se recomienda que la institucionalización sea por un período corto de tiempo y solo a modo de resguardo temporal para no vulnerar los derechos de los niños y adolescentes, como lo son una familia y la libertad misma.

Es necesario impartir educación a toda la sociedad sobre la responsabilidad que conlleva un hijo o hija para evitar a futuro la negligencia o abandono parental. Además es importante la salud mental a nivel nacional para evitar estas situaciones de abandono parental.

Se recomienda a las instituciones velar por que haya un verdadero compromiso de parte de los directivos, cuidadores y maestros respecto a las áreas emocionales de quienes están institucionalizados, y trabajar constantemente en proveer de ambientes cálidos y afectivos a los pacientes.

Por último, se recomienda dar un correcto seguimiento de problemas cognitivos como pueden ser la agresividad, hostilidad y dificultad de aprendizaje a las personas que están en instituciones, para evitar que las repercusiones sean irreversibles.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª. edición). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Cardo, E., Meisel, V., García-De la Banda, G., Palmer, C., Riutort, L., Bernard, M. y Servera, M. (2009). *Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el Evaluator*, (Vol. 48). Recuperado 24.09.16 de <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?id=2008713>
- De la Peña-Olvera y F., Palacios-Cruz, L. (2011) *Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento*, (Vol. 5). Recuperado 4.10.16 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005
- Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C. y Bon Gasca, C. (2012) *Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales*, (Vol. 10), p. 158-171. Recuperado 5.10.16 de <http://reined.webs.uvigo.es/ojs/index.php/reined/article/viewFile/394/213>
- Díaz, J. (2015). *Teoría del apego y trastornos de conducta*. Recuperado 9.10.16 de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Teoria%20del%20apego%20y%20conducta%20antisocial.pdf>
- Dörr, A. y Banz, C. (2010). *Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales V/s niños abandonados en instituciones*. Recuperado 5.10.16 de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Internados_web.pdf
- Ferro, R., Vives, C. y Ascano, L. (2010). *Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante*, (Vol. 15), p. 205-214. Recuperado 24.09.16 de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2010-15-3-2050/Documento.pdf>

García, E. (2008). *Análisis de la competencia lingüística y de la adaptación personal, social, escolar y familiar en niños institucionalizados en centros de acogida*. Recuperado 7.10.16 de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/400/TDUEX_9788477238522.pdf?sequence=1

López A. y Palummo, J. (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en instituciones de Latinoamérica y el Caribe*. Recuperado 9.10.16 de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Internados_web.pdf

Luna, M. (2011). *Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH*. Recuperado 6.10.16 de <https://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>

Mendiola, R. (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis (Fonagy, P. 2001)*. Recuperado 7.10.16 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539>

Moreno, Juan. (2002). *Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil*, (Vol. 18 No. 1), p. 135-150. Recuperado 7.10.16 de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28661/27741>

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*, (Vol. 6. No. 11), p. 2-15. Recuperado 9.10.16 de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf

Ruiz, C. y Gallardo, J. (2002). *Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados*. Recuperado 6.10.16 de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28481/27571>

Sánchez, Alejandra. (2011). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina*. Recuperado 8.10.16 de <http://adopcionpuntodeencuentro.com/web/wp-content/uploads/EFFECTOS-DE-LA-INSTITUCIONALIZACION.pdf>

Siegel, D. y Hartzell, M (2005). *La teoría del apego: el proceso de vinculación*. Recuperado 4.10.16 de <http://craneosacral.org/INFANCIA/apego.htm>

}

Anexos

Estudio de caso: Trastorno negativista desafiante y su relación con la institucionalización, en una adolescente de 14 años del Hogar Génesis, de la Asociación Buckner Guatemala.

Problemática 1	Variable de estudio (tema a investigar) 2	Sub-temas de la variable de estudio 3	Preguntas de investigación 4	Objetivo general 5	Objetivos específicos 6
Institucionalización por falta de apoyo parental.		Institucionalización	¿Cómo influyeron los patrones de crianza inadecuados en el desarrollo del trastorno de fobia social en una niña de doce años del Centro Educativo San Judas Tadeo?	Determinar la influencia de los patrones de crianza inadecuados en el desarrollo del trastorno de fobia social en una niña de doce años del Centro Educativo San Judas Tadeo	Establecer cómo el patrón de crianza permisivo-negligente por parte de la madre influyó en el caso de estudio.
Abandono por parte de los padres		Abandono parental			Análisis cómo el patrón de crianza autoritario por parte del padre afectó a la paciente de estudio.
Estado de ánimo irritable, constante aburrimiento, sentimientos de abandono.		Consecuencias emocionales de la institucionalización			Determinar cómo el patrón de crianza permisivo del cuidador primario intervino en el caso de estudio.
Dificultad en establecer orden en los pensamientos y recuerdos, falta de concentración.		Consecuencias cognitivas de la institucionalización			Identificar cómo los patrones de crianza inadecuados impactaron la autoestima de la niña del caso de estudio.
		Carencia de habilidades sociales			Considerar cómo los patrones de crianza inadecuados afectaron la carencia de habilidades sociales en la paciente del caso de estudio.