

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



**Estudio de caso: Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del
trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido
en el Centro de Asistencia Social (CAS)**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Cesia Alexandra García Solórzano

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del
trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido
en el Centro de Asistencia Social (CAS)**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Cesia Alexandra García Solórzano

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)
Licda. María Fernanda Ramírez Hernández (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Autoridades de la Facultad de Ciencias Sociales

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vicedecano MSc. Ana Lucrecia Muñoz de la Cruz

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: *Cesia Alexandra García Solórzano*
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: noviembre 2016

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: *Cesia Alexandra García Solórzano* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.


M.A. Elizabeth Herrera de la Cruz
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: Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS), Presentada por el (la) estudiante: Cesia Alexandra García Solórzano, 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 mayo 2017.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)". Presentada por el (la) estudiante: Cesia Alexandra García Solórzano, previo a optar al grado Académico de Licenciatura 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 María Fernanda Ramírez
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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: Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por Cesia Alexandra García Solórzano, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidas 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 León
Decano
Facultad de Humanidades

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

Agradecimientos

En primer deseo lugar deseo agradecer a Dios, por darme la oportunidad de aprender cada día, por concederme fortaleza y sabiduría para salir adelante. A mis padres que, con amor, esfuerzo y dedicación me han apoyado y me animaron en momentos de dificultad. A mis hermanos, por apoyarme incondicionalmente en cada una de mis decisiones. Gracias por haberme enseñado el valioso significado de la persistencia, el compromiso, el respeto y la responsabilidad. Y a ti..., que cada día me instas a ser más fuerte. Que con comprensión, paciencia y amor me ayudas a dar lo mejor de mí y a confiar en mis capacidades.

De la misma manera, deseo agradecer a la Licda. Mirna Paola Gaitán, quien se comprometió desde el primer momento con la dirección de este estudio de caso. Su sabiduría, pasión por este campo e infatigable habilidad de mirar siempre en la dirección correcta ha sido de gran motivación para mi vida y de incalculable valor. Gracias por su constante y siempre disponible ayuda, así como por sus directrices en el planteamiento y ejecución de este trabajo, unidas a sus enseñanzas, transmitidas día a día, sobre todo aquellas, fruto de su experiencia, que no se encuentran en los libros.

Así mismo, un agradecimiento especial a la Licda. María Fernanda Ramírez, ya que sus consejos, orientaciones y sugerencias me han servido de guía. Ha sido un honor para mí que una persona con su altura humana y académica haya participado en la elaboración y revisión de esta Sistematización.

Además, debo incluir en este agradecimiento a todas las personas que, de un modo u otro, me han ayudado con su paciencia, apoyo y amistad.

Por lo que fue, por lo que es y por lo que vendrá, gracias Dios.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas Establecidos	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	4
1.8 Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Trastorno negativista desafiante (TND)	5
2.2 Disfunción familiar	9
2.3 Desvinculación emocional de los padres	11
2.4 Falta de establecimiento de límites y normas	12
2.5 Carencia de habilidades sociales	15
Capítulo 3	17
Marco Metodológico	17
3.1 Planteamiento del problema	17
3.2 Pregunta de investigación	18
3.3 Objetivos	19
3.3.1 Objetivo General	19
3.3.2 Objetivos específicos	19
3.4 Alcances y límites	19

3.5	Método	20
	Capítulo 4	23
	Presentación de Resultados	23
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	23
4.2	Análisis de Resultados	35
	Conclusiones	39
	Recomendaciones	40
	Referencias	41
	Anexos	44

Lista de imágenes

Imagen 1 Organigrama del Centro de Asistencia Social	3
Imagen 2 Genograma	27

Lista de cuadros

Cuadro 1 Pruebas e instrumentos aplicados	29
---	----

Resumen

La presente investigación se realizó en base a un caso de estudio atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS), como parte del requerimiento del pensum académico correspondiente al quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, de la Facultad de Humanidades, Escuela de ciencias Psicológicas, de la Universidad Panamericana, durante el periodo de febrero-noviembre del 2016. En relación al Centro de Asistencia Social, es oportuno mencionar que este centro brinda a la población guatemalteca asistencia social y apoyo psicológico, a menor costo, beneficiando y promoviendo así atención integral y salud mental a nuestra comunidad.

Este trabajo investigativo, descriptivo, cualitativo y analítico, tiene como objetivo identificar la influencia de la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante.

Por tanto, en el primer capítulo, Marco de Referencia, contiene una descripción minuciosa sobre los antecedentes del Centro donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida, su ubicación y organización, así como la justificación de la investigación realizada.

En el segundo capítulo, Marco Teórico, se enmarcan los fundamentos teóricos que sustentan la investigación, en torno a la influencia que tiene la disfunción familiar, en el desarrollo del trastorno negativista desafiante.

Por su parte, en el tercer capítulo, Marco Metodológico, se plantean los objetivos, alcances y limitaciones, así como la metodología utilizada en la investigación del caso de estudio.

Y por último, en el cuarto capítulo, Presentación de Resultados, se expone el abordaje psicoterapéutico, evaluación y diagnóstico que se llevó a cabo con el sujeto de estudio. Además de realizar el análisis de los resultados de la investigación y la comprobación de la hipótesis realizada respecto a la problemática planteada.

Introducción

La disfunción familiar es un problema a nivel mundial, debido a los graves cambios sociales por lo que se está atravesando, convirtiéndose en una problemática muy común dada la aparición de síntomas y patrones de comportamiento como resultado de las experiencias dentro de la familia, no se trata de una disposición pasajera sino de una dificultad que modifica a sus miembros profundamente.

La disfunción familiar es considerada como un factor de estrés importante, debido a la ausencia de uno de los padres, la desvinculación afectiva de uno de ellos o la inadecuada distribución de roles y funciones familiares, puede conllevar a que los conflictos existentes afecten a los niños y presenten la sintomatología del trastorno negativista desafiante, es decir la existencia de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido contra las figuras de autoridad, que por lo general tiende a manifestarse en forma gradual desde el ambiente familiar a otros contextos.

El período de aparición de este trastorno es más frecuente en etapas escolares, provocando molestia a las personas que rodean al niño; consecutivamente tienen dificultades de relación con los compañeros, amigos, maestros y familiares cercanos; creándose una carga muy pesada para el niño y su familia. Estos problemas tienden a ser crónicos ya que, los niños que viven en un ambiente de disfuncionalidad no siempre obtienen las necesidades básicas de afecto, comunicación, socialización y cuidado.

En vista de la alta incidencia de este trastorno del comportamiento y de sus secuelas a nivel individual, así como familiar y social, se consideró conveniente realizar esta investigación y estudio de caso, enfatizando como la disfunción familiar influye en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, describiendo así la sintomatología presente, evidenciando los factores que lo suscitaron y analizando los resultados de tal forma que se pudiera concluir la vinculación de ambas variables.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social (CAS), surgió como una proyección social, y como una responsabilidad universitaria, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable y de alto nivel.

Esta proyección Social fue propuesta para la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuentan con recursos económicos para obtener el servicio y mejorar su salud de forma integral.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atienden por parte de los estudiantes de la carrera de Psicología. Reforzando así la práctica de principios y valores fundamentales de ética y moral en los profesionales de la Psicología, contribuyendo con esto a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social (CAS) es una entidad perteneciente y regida por la Universidad Panamericana. Compuesta por ocho cubículos completamente equipados y ubicados para brindar al paciente atención de alta calidad, además de contar con un lobby, dos sanitarios, una

sala de reuniones, un cuarto para juegos, y una cocina. Todo dispuesto y en óptimas condiciones para la comodidad tanto del paciente como de los practicantes.

En cuanto al servicio que presta dicha entidad se encuentra el apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos. Atendiendo en horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social (CAS), está ubicado en la 7^a avenida 3-17 zona 9, Edificio Buonafina 3er. Nivel en la ciudad de Guatemala.

1.4 Organización

El Centro de asistencia Social (CAS) funciona a través del apoyo y dirección de la Universidad Panamericana, esta entidad tiene por objetivo impulsar el apoyo psicosocial y brindar ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos principalmente de escasos recursos para que estos puedan desarrollarse de forma adecuada en su entorno social.

Esta organización cuenta con la supervisión de Rectoría y el consejo Directivo de la Universidad Panamericana. Es dirigida por Decanatura de la Facultad de Humanidades quienes están representados por la Coordinación del Centro, encargada de administrar todos los insumos necesarios que el Centro requiere, para el desarrollo de cada sesión y que de esta forma los pacientes como los practicantes se vean beneficiados con la calidad del servicio, además de supervisar el manejo de cada proceso psicoterapéutico por parte de los estudiantes practicantes. Así mismo, la Coordinación del Centro es apoyada por secretaría quienes tienen a su cargo la planificación y control de cada sesión terapéutica.

Imagen 1
Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS)



Fuente: Proporcionado por Centro de asistencia Social (CAS), octubre, 2016.

1.5 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social (CAS), por el momento no cuenta con programas con fines particulares, adicionales a la atención psicológica.

1.6 Visión

El Centro de Asistencia Social (CAS), tiene como visión: “Ser una proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala.

Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética”.

1.7 Misión

La misión del Centro de Asistencia Social es: “Brindar asistencia Social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida”.

1.8 Justificación de la investigación

La presente investigación fue realizada como parte del pensum universitario de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana. Cuyo objetivo principal de elaboración fue brindar un aporte formativo a futuros profesionales del área. De igual manera, se propuso poner en práctica las capacidades y competencias adquiridas, integrando el conocimiento teórico y la experiencia práctica con pacientes en un periodo cuya duración fue de nueve meses continuos, iniciando en el mes de febrero a noviembre del presente año.

Con referencia a lo anterior, es importante determinar que la investigación del caso de estudio tiene como finalidad comprobar la influencia de la función familiar sobre la manifestación de conductas disruptivas, negativistas y desafiantes en un niño de ocho años de edad, atendido en el Centro de asistencia social (CAS), así como identificar de qué forma intervienen la desvinculación emocional de los padres, la falta de establecimientos de límites, normas y la carencia de habilidades sociales en el surgimiento del Trastorno Negativista Desafiante.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno Negativista Desafiante (TND)

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, anteriormente llamados del comportamiento, representan un frecuente y grave problema en nuestra sociedad actual y suelen provocar desajustes familiares y problemas escolares de importante relevancia. Entre estos trastornos se encuentra el Trastorno Negativista Desafiante.

De acuerdo con APA, (2000); Jensen, (1995); Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer, (2004); Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, (1992) cuantitativamente hablando, se estima que entre un 2-16% de los niños de Guatemala, presentan este trastorno.

Vásquez y Feria (2010) afirman que “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” (p. 22).

Todos los niños en ciertas ocasiones se pueden mostrar desafiantes o desobedientes con sus padres, sus profesores o con otros adultos, principalmente cuando se encuentran indispuestos. Estas conductas se observan de manera frecuente en los niños entre los dos y tres años de edad como parte normal de su desarrollo, ya que en esta etapa comienzan a formar su propia identidad, establecer su autonomía, así como a imponerse a las normas y controles. Otro período en el que se puede observar este comportamiento es la adolescencia, donde es posible observar episodios de oposición, rebeldía, peleas y protestas ante padres y profesores, o agentes de autoridad en general, que surgirán como estrategia para forjar su propia identidad.

Sin embargo, los niños o adolescentes con este diagnóstico, se caracterizan por ser opositores, desafiantes y provocadores ante cualquier persona que represente una autoridad. Tienden a molestarse con facilidad y manifestar comportamientos impulsivos, agresivos y hostiles hacia los

demás. A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin ayuda de los demás de forma desadaptada, exacerbada y fuera de la normalidad.

Según el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-5 (APA, 2013), este comportamiento, generalmente se presenta por un tiempo mayor a seis meses siendo más intenso en comparación con el comportamiento de individuos de su misma edad. Interfiriendo claramente en sus relaciones interpersonales, en su vida familiar y su rendimiento escolar; obteniendo como consecuencias secundarias baja autoestima, escasa o nula tolerancia a la frustración y presencia de síntomas depresivos.

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los ocho años de edad y en general no más tarde de la adolescencia. Los síntomas negativistas característicos por lo general surgen en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes.

López (2012) comparte que “en cuanto al contexto escolar suelen aparecer comportamientos irrespetuosos contra sus compañeros, profesores y el resto de la comunidad escolar, su falta de interés y de comportamiento complicado generan malas notas; en el contexto social aparecerían dificultades en las relaciones con los iguales, además de incumplimiento de las normas sociales, con una conducta rebelde y agresiva” (p. 22).

Plaza (2014) en su publicación, la influencia de la familia en el Trastorno negativista desafiante, menciona que las teorías sobre las causas de la agresión son múltiples, las cuales van desde: considerar la presencia de factores biológicos en el origen de estas conductas. Por su parte las teorías psicodinámicas, consideran que existen factores innatos en el individuo que lo llevan a presentar una conducta agresiva. Es una búsqueda de placer, es un instinto primario (destrucción o muerte).

Otra perspectiva planteada por el mismo autor, refiere que no puede dejarse de lado las teorías del aprendizaje, las cuales plantean que la agresión, es un patrón de respuestas adquiridas en función de determinados estímulos ambientales (familiares), según una variedad de procedimientos; algunos de ellos como: la agresión adquirida por condicionamiento clásico por el uso de los premios y castigos como moldeadores de la conducta. La agresión adquirida por aprendizaje social a través de la observación. La agresión como origen cultural, que surge como una reacción ante la frustración de las necesidades biológicas o ante la incapacidad de satisfacerlas. Y la agresión como resultado de prácticas de socialización en el seno familiar, que los niños emiten, provenientes de hogares donde la agresión es exhibida libremente, o donde existe una disciplina inconsistente o un uso errático del castigo.

En cuanto al diagnóstico del TND está basado fundamentalmente en la evaluación clínica, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos que indica el manual DSM-5, actualmente. Así mismo, es vital la información que nos proporcione el sistema de multi-informantes, este sistema consiste en la entrevista con los padres del niño con TND, sobre la evolución de las diferentes etapas del desarrollo del niño y su comportamiento.

Además, debe realizarse un examen directo con el menor y una revisión de la información que provenga del profesor de la escuela. También es importante contar con la historia clínica completa con antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo, y conocer cuando consultar con otro especialista y cuando referirlo a otro nivel de atención.

De acuerdo al DSM-5 (2013)

Cuando el trastorno negativista desafiante es persistente durante el desarrollo, los individuos que lo padecen presentan conflictos frecuentes con padres, profesores, supervisores, compañeros y parejas. Este tipo de problemas a menudo padecen un deterioro significativo de la adaptación emocional, social, académico y laboral del individuo (p. 464).

El pronóstico del TND depende de muchas variables, entre las que se incluye la gravedad del trastorno, la estabilidad a lo largo del tiempo, la presencia de otros trastornos como el Trastorno de conducta (TC), Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos del Aprendizaje, Trastornos del estado del Ánimo y Trastornos de Abusos de Sustancias, así como el grado de integración familiar.

“La presencia de conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo, y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, comparado con el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado” (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997, p. 32).

Por tanto, los comportamientos negativistas, opositoristas y desafiantes son el resultado de varios factores asociados que contribuyen a su desarrollo y diagnóstico, en los que puede intervenir principalmente la propia biología del niño y el entorno familiar, donde la falta de un método adecuado en el manejo del niño o del adolescente por parte de los padres o una educación sobreprotectora conlleva a niños y adolescentes que no respetan las normas ni la propia autoridad de los padres.

La disfunción familiar es una dificultad a nivel mundial, debido a los graves cambios sociales por lo que se está atravesando. Como lo menciona Plaza (2014), la disfunción familiar se ha convertido en una problemática muy común debido a la aparición de síntomas y pautas de comportamiento como resultado de las experiencias dentro de la familia, la misma que no se trata de una disposición pasajera sino más bien de una dificultad que modifica profundamente la estructura y dinámica familiar.

Es así, como la mayor parte de los problemas de conducta manifestados por los niños con este diagnóstico pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, que suelen ir acompañados de otros problemas que dificultan las posibilidades de adaptación de su desarrollo.

2.2 Disfunción familiar

Según Minuchin, (2000) en su obra Familia y terapia familiar, define a la familia “como una estructura que constituye un sistema abierto, además señala que la familia funciona como una totalidad, en donde la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros miembros” (p. 18).

Por tanto, la familia es la unidad básica, donde las personas se forman desde los primeros años de vida hasta la edad adulta, en donde se debería formar personas productivas para la sociedad a la que pertenece.

Es por ello que la disfunción familiar se ha convertido en una problemática muy común debido a la aparición de síntomas y pautas de comportamiento como resultado de las experiencias dentro la dinámica familiar, las cuales no son pasajeras sino más bien se establecen, al punto de modificar profundamente la estructura familiar.

Por tanto, la disfunción familiar es considerada como un factor importante, en donde los conflictos existentes afectan a los niños y los predisponen a presentar la sintomatología del trastorno negativista desafiante.

Por su parte Gubbins (2002), plantea que “la familia es considerada el núcleo base de la sociedad, es en ella donde se recibe la educación para la vida, es la primera escuela social donde se entregan los cimientos para la formación socioafectiva y de relaciones interpersonales” (p. 45).

De tal forma que si la familia es funcional se caracteriza por que las relaciones e interacciones entre los miembros que la integran son estables y ordenadas, lo que hace que su eficiencia sea aceptable y armónica.

En la familia funcional los miembros cumplen sus responsabilidades, de dar y recibir amor, existiendo respeto y comunicación adecuada entre todos los integrantes, los cuales se apoyan unos a otros y enfrentan los conflictos con madurez.

Por otra parte hay situaciones que desarmonizan y crean disfunción en la familia, de acuerdo con Quintero (2008), el término disfuncional es utilizado para referirse a aquellos núcleos sociales donde el desarrollo de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a las relaciones conflictivas existentes, por lo que se evidencian notables problemas de falta de comunicación.

Vásquez (2008) comenta “una familia disfuncional con el tiempo genera problemas disfuncionales, los integrantes van a trabajar, estudiar y relacionarse como pueden con los demás. Los efectos negativos no solo se observan en los hijos, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones” (p. 12).

Por su parte Ríos (1994), explica que dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de sus miembros, frecuentemente sus miembros son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras, que no pueden o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros. Sus integrantes no saben discutir abierta y naturalmente los problemas que aquejan al grupo familiar por lo que se recurre al mecanismo de negar u ocultar los problemas graves. Además se desarrolla una sobreprotección excesiva que impide que los menores puedan aprender de sus propios errores.

Cuando un niño se desarrolla dentro de una familia disfuncional manifiesta abandono emocional y privación. Al suceder esto, el niño responde con vergüenza e ira inicial, ya que no hay nadie que lo comprenda y sienta su dolor. En estas familias los niños sobreviven haciendo uso de las defensas del ego y su energía emocional queda anulada o sin resolver.

Las familias disfuncionales niegan que exista un problema en su seno, y responden de manera agresiva a todo intento de ayuda. La mentira es empleada como forma de ocultamiento de la realidad, fachada para mantener una apariencia funcional. La desesperanza y la frustración,

contribuyen a desarrollar una incapacidad para afrontar los problemas. No se comparten actividades colectivas positivas, tan sólo las crisis. La relación se basa en autoritarismo y miedo, con ausencia del cariño y tolerancia.

Martínez, Estévez y Jiménez (2002), con la finalidad de medir la influencia de la función familiar sobre la manifestación de conductas disruptivas en adolescentes escolares entre 11 y 16 años, encontraron que los factores que se asocian a la presencia de alta disrupción son: la agresión verbal entre los padres, la agresión física y verbal hacia el hijo, la conducta ofensiva del hijo ante situaciones de conflicto familiar, la actitud ofensiva de los padres, irritabilidad del hijo, ausencia de los padres en situaciones de conflicto y agresión física. El estudio concluye, que existe una alta correlación entre estrategias deficientes utilizadas por los padres para la resolución de conflictos y la existencia de problemas de conductas en los hijos.

2.3 Desvinculación emocional de los padres

Cuando los padres carecen de estrategias para orientar y corregir a los hijos se pueden suscitar conductas que merman el vínculo paterno-filial sin embargo, esta carencia es susceptible de ser modificada con una Psicoeducación formativa en los padres, quizá la dificultad más grande se encuentra en la falta de expresión de afecto y reciprocidad hacia los hijos.

La carencia afectiva de los padres es una realidad aún más presente en la actualidad. La cercanía inspira seguridad, por ello la paternidad y la maternidad deberían ser una relación personal intransferible. Al carecer de la presencia activa y afectiva estable de sus progenitores, los hijos se sentirán solos, abandonados y desprotegidos, aun existiendo terceras personas a su cargo que le brinden afectividad y seguridad.

Es idóneo que los padres asuman un rol protagónico formándose para formar, educándose para educar, este desafío puede ser efectivamente enfrentado con la voluntad de cada uno de ellos y con el respaldo de los educadores, quienes figuran como un eslabón fundamental para la realización de las tareas que los padres no pueden o no desean asumir.

La familia es una institución donde se enseña los valores y pautas de conducta, estos deben ser presentados esencialmente por las figuras paternas, los cuales ilustra en las normas, costumbres y valores que sirvan como modelo de vida para los hijos. Por ello, los padres necesitan funcionar como modelos idóneos a seguir a través de lo que dicen y lo que hacen.

Como mencionan Artola y Piezzi (2000), “la importancia de los valores radica en la responsabilidad y el deber parental, haciendo que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica” (p. 162).

El investigador de la conducta infantil, Navarro (2007), ha demostrado que una relación sólida y saludable con la madre o cuidador primario, se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otras personas, mientras que un débil apego parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida. Así, pues, la relación de apego entre madre-hijo ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsiguientes que el niño desarrollará en su vida. La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre o cuidador primario, pues esta primera relación influye significativamente en el “molde” biológico y emocional, del que dependerán todas sus relaciones futuras.

2.4 Falta de establecimiento de límites y normas

Es innegable que la familia tiene una implicación directa en el establecimiento de normas a medida que el infante se va desarrollando y formando.

En una familia con un sistema de disciplina estricto y autoritario, el niño tiene los límites muy bien establecidos y conoce perfectamente las consecuencias de desobedecer o incumplir las normas. Los padres que suelen utilizar este tipo de sistema disciplinario para corregir a sus hijos tienen dominio exclusivo sobre la vida de estos, ya que son considerados como incapaces de tomar decisiones, además de que sus sentimientos son por lo general ignorados.

En sus investigaciones Hernández y González (2012) han puesto en evidencia una serie de alteraciones psíquicas en niños y adolescentes producto de un inadecuado manejo familiar. En su artículo menciona:

Cuando en las unidades familiares, las normas no están claras, y no hay una figura de autoridad nítida a modo de cabeza de familia, los menores con Trastorno Negativista Desafiante, desarrollan más su problema. Es por lo tanto fundamental que los hijos entiendan, de manera firme, los límites que se imponen para la convivencia en el hogar. Para ello es imprescindible que los demás integrantes del núcleo familiar, respeten significativamente dichas normas, convirtiéndose así, en buenos ejemplos de convivencia. De igual forma, cuando un menor incumple las reglas impuestas y se decide aplicar una sanción o castigo, es importante no retirar el castigo, manteniéndose firme en la decisión. El niño rebelde, si aprecia síntomas de debilidad de sus progenitores, vera que estos pierden credibilidad a sus ojos y entonces, abusara continuamente de dicha fragilidad, menoscabando la autoridad (párr. 6).

Por tanto, es fundamental que el menor no se acostumbre a manipular la situación, los niños, detectan rápidamente cuando un adulto es voluble, y cuando esta inseguro o a punto de perder los estribos. La clave está en mostrarse tajante al tomar la decisión, y en no perder nunca el control, eludiendo las emociones generadas por la actitud del menor.

Por otra parte, el sentimiento de castigo injusto en el menor, puede ocasionar de igual manera, una desidia en el cumplimiento de las normas, ya que llegan a pensar que lo que desea hacer, estará mal, y ello fomentará la rebeldía ante cualquier límite que se le imponga

“Sin embargo esto no quiere decir que se tenga que llegar a la polaridad, ya que la permisividad les da la plena libertad de hacer cualquier cosa, y de esta manera tampoco se está logrando una disciplina efectiva” (Barocio, 2004, p. 78).

Por su parte el autor Jhon K. Rosemond, en su libro ¡Porque lo mando yo! comenta, “los niños obedientes suelen tener padres que señalan claramente los límites y normas. Desde esta perspectiva, los niños tienen la libertad para explorar, explotar su curiosidad y creatividad y reforzar claramente su autonomía e independencia. Cuando se sabe hasta donde se puede llegar o que sanción se tendrá, se obtiene seguridad en el que hacer, no importando que sea. Aprender cuales son los límites propios y ajenos refuerzan la independencia de cada menor.

Cuando los padres definen con claridad los límites o normas o bien lo que Miunichin (1974) llama “modalidades de convivencia”, los hijos aprenderán a funcionar responsablemente a lo largo de la vida. La débil autoridad por parte de los padres, puede dejar al niño a expensas de sus propias pulsiones.

Por lo que podemos decir que las habilidades parentales deficientes, como no prestar atención a las señales significativas del niño, no colocar límites al comportamiento inapropiado y no vigilar de forma constante el nivel de actividad, pueden funcionar también como antecedentes que provoquen y mantengan el desafío.

Los niños con este trastorno y sus padres realizan numerosos intercambios personales que son reforzados “negativamente”, es decir cuando los niños actúan de manera desafiante, negativa y agresiva hacia sus padres, y los padres actúan de forma excesivamente autoritaria o por el contrario negligente, se producen consecuencias que mantienen la conducta hostil y retardadora.

Por otro lado, Lyford-Pyke (2006), afirma que dentro de las causas de la presencia de conductas disruptivas se encontrarían la dinámica familiar, la ausencia de límites claros, la inconsistencia en la implementación de normas y las desautorizaciones que se producen entre las figuras de autoridad.

2.5 Carencia de habilidades sociales

La falta o carencia de habilidades sociales significa tener dificultades para relacionarse y comunicarse con otras personas, y no tener un autocontrol emocional.

Esta ausencia tiene como consecuencia que el niño presente dificultades para tener buenas relaciones con personas de su entorno. Se debe diferenciar entre aquellos niños que no tienen estas habilidades, de aquellos que si las tienen, pero no las usan adecuadamente en cada situación.

Alto, Galián y Huéscar, (2007) afirman: Un amplio conjunto de investigaciones avala de forma consistente el papel de los padres como los principales agentes de socialización para los hijos así como la influencia del contexto familiar en el desarrollo de una gran variedad de capacidades infantiles necesarias para el adecuado funcionamiento personal a corto, medio y largo plazo.

Todas ellas coinciden en que una crianza adecuada facilita el desarrollo de relaciones interpersonales fuertes y seguras. Atenuando las consecuencias negativas que pueden ser los conflictos familiares o los problemas escolares. En el lado opuesto, una crianza negligente o excesivamente estricta y sobreprotectora aumenta el riesgo de diferentes problemas en el desarrollo socioemocional del menor.

En el plano emocional y social, suelen tener una significativa dificultad para autorregular el temperamento, reaccionando de modo impulsivo y en ocasiones agresivo ante mínimas variaciones ambientales, a su vez poseen una escasa capacidad de empatía.

Vásquez, Peña, Fera y Palacios (2010), afirman:

Cuando alguien no tiene una maduración emocional correspondiente a su edad física, y es incapaz de apreciar la importancia de las normas de comportamiento establecidas, aparecen exagerados ataques de ira e impaciencia, relacionados con la carencia del desarrollo de la frustración afectando claramente la forma de relacionarse.

La manifestación de rebeldía puede ser activa, mostrando una hostilidad en forma de enfado, o puede reflejarse de forma pasiva, con el incumplimiento sistemático de los mandatos adultos, la ausencia deliberada de atención a los razonamientos de los mayores para esconder la nula intención de acatamiento de la sugerencia de padres o tutores (p. 13).

La investigación sugiere que con la edad no mejora la falta de competencia social de muchos niños. Las habilidades sociales proporcionan a los niños un medio a través del cual pueden dar y recibir recompensas sociales positivas, las cuales, a su vez, conducen a un incremento de la implicación social, generando más interacciones positivas. Por su parte, la relación con los compañeros, la aceptación y popularidad parecen jugar un importante papel en la socialización infantil.

Markle (1979), expone que en muchos niños agresivos el proceso de socialización parece estar gravemente dificultado. Su adaptación conductual es, frecuentemente, inmadura y no parece que hayan aprendido las habilidades sociales claves para iniciar o mantener relaciones sociales positivas con los demás. Con frecuencia, los compañeros rechazan, evitan y/o castigan a los niños agresivos y, de este modo, los excluyen de las experiencias de aprendizaje positivo con los demás. Todo ello se traduce en un rendimiento escolar significativamente menor en este colectivo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La familia es uno de los pilares fundamentales de la sociedad, por tanto, el estilo de vida hostil y desorganizado de un hogar disfuncional, afecta el comportamiento de niños y adolescentes con quienes forman parte de su entorno como sus iguales, padres y figuras de autoridad.

El denominado trastorno negativista desafiante se está convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, las instituciones escolares y la sociedad en general. Este comportamiento inadaptado aparece cuando los niños o adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata a sus requerimientos, donde la frecuencia y la intensidad de sus emociones están claramente por encima de lo que podría considerarse normal para su edad o grupo de referencia.

La mayor parte de los problemas de conducta manifestados por los niños pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, pero si éste permanece en el tiempo, los niños que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos que, además suele ir acompañada de otros problemas que pueden dificultar las posibilidades de adaptación de su desarrollo.

Por tanto, los comportamientos negativistas, opositoristas y desafiantes son el resultado de varios factores asociados que contribuyen al desarrollo y diagnóstico, en los que puede intervenir principalmente la propia biología del niño y su entorno familiar, donde la falta de un método adecuado en el manejo del niño o del adolescente por parte de los padres o una educación sobreprotectora en la que no interviene la educación de la capacidad de frustración, lo que conlleva a niños y adolescentes que no respetan las normas ni la propia autoridad de los padres.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro del grupo de personas atendidas en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana a las cuales se les brindó apoyo psicológico y proceso psicoterapéutico, se seleccionó al paciente de estudio, quien es un niño de ocho años de edad, referido por la institución educativa a la cual asistía manifestando problemas conductuales, tales como inquietud excesiva , contestaciones inadecuadas, comportamientos inapropiados hacia autoridades, agresiones físicas y verbales hacia sus iguales, caso omiso a instrucciones, rabieta, amenazas, vocabulario inadecuado y conductas sexuales inapropiadas de consideración, tales como, señas o comportamientos no verbales con atribución sexual, las cuales copiaba de un programa de televisión.

Luego de las evaluaciones pertinentes, se determinó que la disfunción familiar, es uno de los factores causales importantes, manifestada por la distribución inadecuada de las funciones y roles familiares, el desapego emocional y ausencia de la función parental, así como la sobreprotección excesiva y permisividad por parte de los abuelos, además de la incapacidad para establecer y mantener relaciones sociales por el inadecuado manejo de emociones.

Razón por la cual fue necesario hacer un estudio acerca de la disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del trastorno negativista desafiante. Con el cual se pretende contribuir a los avances de la comunidad científica.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influyó la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante, en un niño de ocho años atendido en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Identificar la influencia de la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante, en un niño de ocho años del Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer cómo la disfunción familiar influyó en el caso de estudio.
- Analizar cómo la desvinculación emocional por parte de los padres, afectó al paciente de estudio.
- Determinar cómo la falta de establecimiento de límites y normas, intervinieron en el mantenimiento del trastorno en el caso de estudio.
- Considerar cómo la disfunción familiar afectó la carencia de habilidades sociales, en el paciente del caso 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 el establecimiento de límites y normas efectivas, así mismo la adquisición de un adecuado manejo de emociones y de habilidades sociales por parte del sujeto de estudio a través técnicas cognitivo-conductuales, principalmente, lo que conllevó al cambio notorio y paulatino de actitudes, conductas y desenvolvimiento social. Así mismo, es importante mencionar la participación y aumento de interés por parte de la madre hacia el proceso terapéutico de su hijo.

Además, se tuvo la oportunidad de poner en práctica diferentes técnicas psicológicas y comprobar su efecto positivo en el cambio de pensamientos y conductas, ratificando con ello la eficacia y objetividad de su aplicación.

3.4.2 Límites

Entre los limitantes del proceso, se pueden mencionar la falta de involucramiento de la abuela materna en el tratamiento, quien insistió continuamente en mantener patrones de crianza excesivamente sobreprotectores con el menor.

Por otro lado se debe mencionar, la inconstante asistencia del paciente de estudio debido a que las sesiones se realizaban en horario y día escolar, por lo que debía ausentarse por encontrarse en exámenes o actividades escolares. Lo que retrasaba el proceso de investigación.

3.4.3 Temporalidad

El proceso psicológico se realizó en 24 sesiones de cincuenta minutos cada una, incluyendo una sesión con la madre, una con los abuelos maternos y otra en conjunto como parte del proceso de psicoeducación familiar, lo que representó un trabajo de siete meses continuos.

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, el menor fue referido por el Centro Educativo al cual asistía debido a continuos y persistentes problemas de conducta, acudiendo a las primeras citas en compañía de los abuelos maternos, presentando signos y

síntomas característicos que le producían deterioro significativo en su desempeño escolar, familiar e interpersonal.

El paciente se identificó con las siglas M.C. quien fue referido por el Centro Educativo, y atendido en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana donde se llevó a cabo el proceso terapéutico, debido a la carencia de habilidades interpersonales y problemas conductuales que presento durante los primeros meses del año escolar.

Mediante la observación, entrevistas con el paciente, abuelos y madre, la información recabada de la historia clínica y la amplia batería de pruebas psicológicas aplicadas, se realizó el diagnóstico del caso de estudio, en el cual se pudo determinar que el sujeto de estudio proviene de una familia disfuncional, debido a que el padre y la madre se encontraban desde antes del nacimiento separados, quedando el menor bajo el cuidado de los abuelos maternos.

El nivel intelectual de C.M fue adecuado y esperable según la edad cronológica y escolaridad. Sin embargo, el rendimiento académico se vio afectado debido al inadecuado comportamiento del paciente, el cual se caracterizó por una marcada irritabilidad cuando no se hacía lo que él deseaba, pérdida de calma, impulsividad e hiperactividad, falta de respeto hacia sus iguales y figuras de autoridad, agresiones físicas y verbales hacia otros. Lo que evidentemente repercutió en las relaciones interpersonales ya que fue continuamente rechazado y aislado de las actividades escolares o sociales a las que asistía por la conducta inapropiada que manifestaba.

Adicional a esto, se pudo evidenciar mediante la entrevista y observación que ambos abuelos le sobreprotegían de forma excesiva, al grado de no permitir que el paciente tuviera relación o comunicación con el padre. De la misma forma, interferían drásticamente en las decisiones del niño y en la realización de actividades cotidianas como lo era bañarse, vestirse, comer, dormir solo y relacionarse con sus iguales. Así mismo se pudo evidenciar la permisividad en los comportamientos inadecuados que presentaba el sujeto de estudio, justificándolos y evadiendo las advertencias por parte de autoridades escolares.

Posteriormente se realizó una batería de pruebas proyectivas y psicométricas como el test de la figura humana, la familia, escalas de Conners, escala de agresividad e impulsividad y cuestionarios para la valoración de hiperactividad y problemas conductuales con los cuales se constató que M.C presentaba altos índices de negatividad, impulsividad, agresión y hostilidad así como una alta necesidad de aprobación, inseguridad y fantasía compensatoria de grandeza.

Además, se pudo identificar un notable distanciamiento afectivo y ausencia de comunicación entre los miembros de la familia, si como un marcada sobrevaloración a la figura masculina por sobre la femenina.

Respecto al proceso terapéutico se llevó a cabo la utilización de técnicas, herramientas y ejercicios terapéuticos centrados principalmente en el enfoque cognitivo-conductual, tales como reforzadores positivos y negativos, modelamiento, entrenamiento de contingencias, retirada de la atención, manejo y control de emociones y economía de fichas. Adicionalmente se brindó psicoeducación con las principales figuras de autoridad, así como entrenamiento y reforzamiento en establecimiento de límites y normas eficaces. Cumpliendo así con los objetivos y metas propuestas en el proceso psicoterapéutico.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre:	M.C.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	24 de abril 2008
Edad:	8 años
Escolaridad:	2do. Grado primaria
Religión:	Cristiano Evangélico
Dirección:	zona 10 Mixco
Referido por:	Centro Educativo
Nombre del padre:	E.L. (no hay referencia)
Edad:	35 años
Abuelo materno- tutor:	M.B.
Edad:	48 años
Ocupación o profesión:	Motorista
Lugar de trabajo:	Desempleado
Nombre de la madre:	M.A. (referencia incompleta)
Edad:	29 años
Abuela materna- tutor:	S.N.
Ocupación o profesión:	Comerciante particular

II. Motivo de consulta

Paciente fue referido a consulta psicológica por la dirección del Colegio al cual asistía el paciente. Esta institución hizo referencia que M.C presentaba problemas de conducta, inquietud excesiva, contestaciones inadecuadas y comportamientos inapropiados hacia maestros, agresiones físicas y verbales hacia compañeros, caso omiso a instrucciones, rabietas, amenazas, vocabulario inadecuado y conductas sexuales inapropiadas.

Por su parte, los abuelos comentaron al respecto “M.C es un niño bueno, pero en el colegio nos dicen que responde mucho a sus maestros, tiene una actitud rebelde en clases y cuando lo regañan no hace caso. Nos sugirieron que asista a terapia psicológica para que lo evalúen pues según ellos él tiene un comportamiento extraño y necesita ayuda, incluso nos dijeron que debíamos realizarle un examen neurológico.”

El paciente en la primera sesión refirió “me dijeron que tú me ayudarías a resolver mis problemas y qué harías que me sienta mejor” (sic).

III. Historia del problema actual

Los abuelos refirieron que M.C. era un niño tranquilo, noble y atento. Sin embargo, habían tenido que cambiarle de colegio constantemente debido a que en algunas ocasiones los colegios no brindaban la calidad escolar que ellos esperaban y en otras ocasiones porque M.C. parecía no sentirse cómodo y no tener amigos con quien compartir.

Comentaron, que el comportamiento era adecuado en casa, obedecía órdenes y realizaba sus tareas sin que se le indicara que debía hacerlo, lo único que les desagradaba era que veía mucha televisión y se queda como abstraído. En cuanto a su rendimiento académico indicaron que era adecuado incluso en comparación con sus iguales, en el comportamiento solía ser tranquilo, pero no le agradaba especialmente la maestra guía ya que “gritaba mucho” y eso le molestaba, lo ponía de mal humor y constantemente le pedía a ella que bajara la voz, diciéndole que él no poseía

problemas auditivos o simplemente le pedía que se callara. Por lo que consideraban esta referencia el motivo por el cual el colegio los refirió.

Por su parte, la madre del paciente en entrevista refirió que los problemas de conducta que presentaba M.C. eran debidos a que los padres (abuelos del paciente) le consentían excesivamente. Ya que la abuela (S.N) le cambiaba, lo bañaba, le cepillaba los dientes, dormía con él y hasta le daba de comer en la boca.

Así mismo, comentó que ella no deseaba hacerse responsable de M.C. ya que no lo soportaba, refirió "es un niño complicado, me desespera, no me hace caso y cuando le pego porque hace algo mal, me devuelve el golpe y se va a quejar con mis papás. A veces lo molesto con que Chuky se lo va a llevar, y el muy tonto se hace hasta pipi y tiembla... es muy gracioso".

IV. Historia Clínica

1. Personales no patológicos

Madre (M.A.) refirió que M.C. fue un niño deseado y planificado. Ella y la pareja vivían juntos cuando se enteró de su embarazo el cual se desarrolló con normalidad, sin embargo, a los cinco meses de gestación, ella y la pareja (padre de M.C.) decidieron separarse debido a que M.A. deseaba iniciar una nueva relación con la actual pareja S.M.

No refirió ninguna complicación en el momento del parto, indicó que M.C. recibió lactancia hasta el primer año de edad, no hubo presencia de gateo y caminó al año y tres meses. Empezó a hablar al año y medio, la madre comentó "hablaba ya como un niño de 2 años, la gente se asombraba de su fluidez, incluso ahora el habla de forma que no pareciera un niño".

En cuanto a las relaciones interpersonales indicó que el paciente no había tenido un amplio círculo de amistades debido a que no le gustaba que hicieran mucho ruido, así como seguir instrucciones, esperar su turno y obedecer las reglas por lo que solía pegarles, y ellos ya no se volvían a juntar con él.

Inició su etapa escolar a los cinco años y su rendimiento escolar había sido siempre óptimo. Sin embargo, le habían cambiado de centro educativo en reiteradas ocasiones, debido a que los abuelos consideraron que algunas instituciones educativas no poseían un nivel adecuado debido a las reiteradas llamadas de atención por el mal comportamiento de M.C.

En cuanto a la relación que mantenía con la familia indica que era muy apegado a la abuela (madre de M.A.), ya que ellos (los padres) se habían hecho cargo de él desde que tenía año y medio, atribuyó que la abuela le había consentido demasiado y le daba todo lo que pedía sin limitantes. Además, estableció que ella no mantenía buena relación con él, la relación era distante y conflictiva.

2. Personales patológicos

a) Antecedentes Médicos:

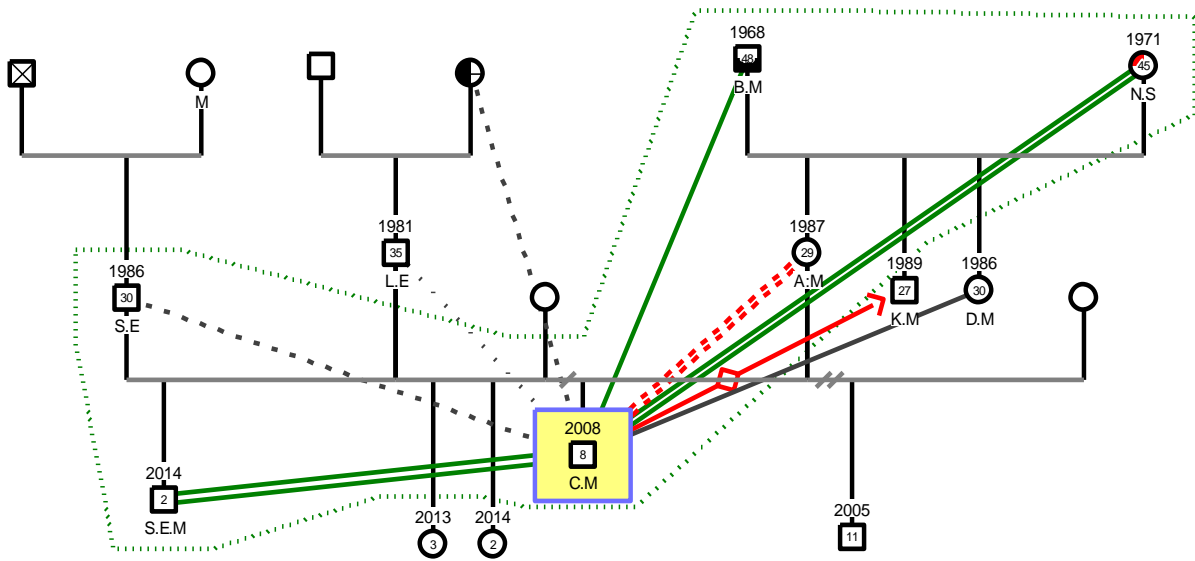
En cuanto a los antecedentes patológicos, los abuelos refirieron que el paciente fue diagnosticado con asma desde los dos años de edad, así como múltiples reacciones alérgicas a distintos medicamentos, polen y polvo.

b) Antecedentes de desórdenes mentales:

Madre del paciente (M.A.) refiere que la abuela paterna de M.C. fue diagnosticada con esquizofrenia y mantenía problemas de abuso de sustancias y alcohol. Adicional a esto, es relevante mencionar que el abuelo materno del paciente, quien es el tutor (M.B.) también poseía problemas relacionados al consumo de alcohol.

V. Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, agosto 2016.

1. Estructura familiar

La familia de M.C estaba compuesta por el padre E.L. de 35 años de edad (no se tiene datos específicos debido a la negativa de la madre del paciente para dar a conocer información importante, únicamente mencionó que era integrante de una familia renombrada, adinerada y de gran influencia en el país); la madre M.A. de 29 años de edad, ama de casa; M.B. abuelo materno, actual tutor del paciente de 48 años de edad, motorista de profesión, actualmente

desempleado; la abuela materna S.N. de 45 años de edad, actual tutora de M.C., comerciante de profesión; S.M. de 30 años de edad, actual pareja de la madre y E.M. medio hermano del paciente de dos años de edad.

2. Antecedentes familiares

La madre del paciente refirió que mantenía nula comunicación con el padre de M.C. comentó que cuando conoció a E.L tenía un hijo producto de una relación anterior, quien actualmente tiene 11 años de edad. Menciono además que la relación de pareja se vio afectada debido a que la madre de éste era esquizofrénica y constantemente se escapaba del sanatorio de salud mental donde estaba recluida, por lo que E.L debía buscarla por días o semanas y luego al encontrarla le llevaba a casa junto a ella. Situación que le desagradaba y molestaba profundamente, además comentó que al tener cuatro meses de gestación conoció a su actual pareja por lo que decidió dejar a E.L.

El paciente por su parte refirió mantener una relación armoniosa con el abuelo M.B, aunque en múltiples ocasiones lo vio ebrio, así mismo refirió que mantener una relación muy estrecha con la abuela S.N. debido a que lo protegía, lo mimaba y lo consentía constantemente. De la misma forma comentó que admiraba al tío M.K. debido a que "tiene mucho dinero" (sic) y mantenía una relación cercana pero no estrecha con la tía M.B.

Con respecto a la relación que mantenía con la madre refirió que esta era conflictiva y distante, ya que nunca le había visto como una madre y le guardaba odio debido a que lo dejó desde muy pequeño. La relación que mantenía con S.E (actual pareja de la madre) era adecuada pero distante, "no se mete conmigo, solo hace como que no existo " (sic), de igual forma refirió que la relación con el hermano S.M. era armoniosa y estrecha, más que con los hermanos de parte de padre con quienes no tuvo relación alguna.

VI. Examen del estado mental

Paciente de complexión física endomórfica, de estatura aproximada de 1.15 cm.; de tez morena; cabello ondulado color castaño claro. La vestimenta convencional acorde a su edad cronológica, temporalidad y género, sin embargo, usualmente solía llevar dos prendas de vestir, una sobre la otra. En cuanto a la higiene y aseo era deficiente, ya que refirió que no le agrada bañarse y cuando la madre lo hacía, solía lastimarlo ya que lo frotaba demasiado fuerte lo lastimaba. La expresión facial fija y relajada. El aspecto es tranquilo, aunque al estar solo mostraba intranquilidad.

La conciencia lúcida y alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. La actitud era atenta, cooperadora, amable, complaciente y positiva en sesión. El discurso coherente, fluido y continuo en cuanto a la relación de los hechos y la realidad, el tono de voz bajo pero audible, el juicio normal, así como su memoria a corto, medio y largo plazo. Su estado de ánimo en la entrevista inicial fue optimista, pero en el transcurso de las sesiones mostró sentimientos de tristeza deducida por su expresión facial, irritabilidad, ansiedad y enojo (disforia).

En cuanto al área de inteligencia poseía un alto rendimiento académico, los conocimientos matemáticos eran acordes al nivel intelectual de la edad. La conducta era adecuada en relación a las normas sociales en consulta, sin embargo, mostró inquietud e impulsividad al no hacer lo que él deseaba. Además poseía deficiente capacidad de insight, lo cual era esperado para la edad cronológica del paciente.

VII. Pruebas aplicadas

Debido a la sintomatología presente en el caso de M.C y como parte de la fase de evaluación en el proceso psicoterapéutico, fueron aplicadas las siguientes pruebas psicológicas:

Cuadro 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
Test de Bender	25 de julio del 2016
Test de Goodenough	25 de julio del 2016
Test de la figura humana de Karen Machover	18 de julio del 2016
Test de la familia de Corman	18 de julio del 2016
Escalas de Connors para padres y maestros	20 de julio del 2016
Escala de TDAH y TC de Ferrey y Narbona	25 de julio del 2016
Escala de valoración de agresividad para infantes	20 de julio del 2016

Fuente: Elaboración propia, agosto, 2016.

Test de Bender

En la aplicación de esta prueba, siguiendo el protocolo de corrección correspondiente, se pudo determinar que el paciente obtuvo una edad correspondiente a la capacidad viso-motora de siete años, lo cual indicó la ausencia de discapacidad mental u otros desordenes cerebrales orgánicos. Adicional a esto se determinó la presencia de 2 indicadores de alteración neurológica de 12 expuestos, por lo que no aportó sospecha de alteración o daño neurológico en el paciente. Sin embargo, se pudo evidenciar la presencia de indicadores emocionales relacionados a patrones impulsivos.

Test de Goodenough

Siguiendo el protocolo correspondiente, se pudo determinar que M.C. de ocho años y cuatro meses de edad cronológica, obtuvo una edad mental de nueve años y nueve meses. En cuanto al resultado del grado de coeficiente intelectual (CI) el paciente obtuvo un CI de 117, lo que

corresponde a inteligencia superior en comparación al promedio y con sus iguales.

Test de la figura humana

En la aplicación de esta prueba, siguiendo el protocolo de corrección correspondiente, se pudo evidenciar que el paciente tiende la fantasía compensatoria de grandeza al considerarse más adinerado que las personas con las que se relacionaba, además se pudo evidenciar una marcada actitud de ataque ante el medio, índices de negatividad, agresión y hostilidad. En los resultados obtenidos se enfatizó un alto nivel de inmadurez o infantilismo caracterizado por una conducta guiada por lo instintivo y no por lo intelectual. Así mismo se pudo determinar la presencia de índices de ansiedad, dependencia y tendencia a la regresión.

Test de la familia

En la aplicación de esta prueba, se determinó que M.C. se caracteriza por una marcada determinación, sensible, con tendencia a la imaginación, inseguro y con una alta necesidad de aprobación, características impulsivas, agresivas, inmadurez, dependencia y sentimientos de inferioridad. Además, se pudo determinar la sobrevalorización que les asigna a los miembros de su mismo género, a excepción de la figura paterna la cual fue omitida debido a la evidente ausencia física y emocional. Así mismo, reflejó distanciamiento emocional entre los miembros del núcleo familiar.

Escala de Connors

Los puntajes obtenidos y posterior análisis de las escalas administradas a los padres (versión corta y adaptada) permitieron determinar que M.C. poseía altos índices de hiperactividad, problemas de relación con compañeros debido a que era continuamente aislado y rechazado; y problemas de conducta caracterizados por ser desafiantes y agresivos tanto con figuras de autoridad como con sus iguales.

Por su parte y en relación con los puntajes obtenidos y posterior análisis de las escalas administradas a los maestros (versión corta y adaptada) permitieron determinar que el paciente poseía altos índices de hiperactividad en el aula, problemas de conducta desafiante con las autoridades académicas y conductas agresivas con compañeros; así mismo, se pudo evidenciar problemas de relación con sus iguales debido a que era excluido, rechazado y aislado.

Por tanto, fue importante señalar la estrecha y evidente relación de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a ambos grupos. Por lo que, fue oportuno referir que el paciente manifestó problemas conductuales y problemas relacionados a la impulsividad e hiperactividad en ambos ambientes.

Escala de TDAH y TC

De acuerdo al puntaje obtenido y posterior análisis de la Escala administrada a los padres, se pudo determinar que el paciente poseía con mayor prevalencia sintomatología relacionada a problemas de conducta, seguido de una marcada hiperactividad en su comportamiento en el hogar.

Por su parte, el puntaje obtenido de la escala administrada a los maestros y posterior interpretación los mismos, evidenció sintomatología conductual agresiva, hiperactividad y con menos prevalencia de conductas relacionados al déficit de atención.

Por lo que, es fundamental integrar y relacionar los resultados para así poder determinar y evidenciar la presencia de problemas relacionados a la conducta e hiperactividad manifestada en el paciente.

Escala de valoración de agresividad para infantes

De acuerdo al puntaje obtenido y posterior análisis de la Escala administrada, se pudo determinar que el paciente poseía alta agresividad. Siendo el resultado en puntaje bruto obtenido igual a 25 puntos, que corresponde a un infante con agresividad severa, donde su forma de actuar ante los

problemas y su ira es desproporcionada.

VIII. Impresión Diagnóstica

M.C un niño de ocho años de edad, originario de Ciudad de Guatemala, de una familia disfuncional, debido a que el padre y la madre se encontraban desde antes de su nacimiento separados. Actualmente ambos han iniciado nuevas familias, sin embargo, ninguno de los dos ha velado por el bienestar integral de M.C.

Por lo que, a los dos años de edad, el paciente quedo bajo el cuidado de los abuelos maternos, quienes asumieron la responsabilidad de brindarle las necesidades primarias, educación, salud y velaron por el bienestar emocional y psicológico.

La infancia temprana se desarrolló en compañía de ambos abuelos, los cuales manifestaron que esta se dio sin complicaciones. En cuanto al rendimiento escolar y nivel intelectual que manifiesto era alto de acuerdo a la edad cronológica y escolaridad.

Sin embargo, su desarrollo se vio afectado manifestando inadecuado comportamiento, el cual se caracterizó por una marcada irritabilidad cuando no se hacía lo que él deseaba, perdía la calma, mostraba impulsividad e hiperactividad, faltaba el respeto a sus iguales y figuras de autoridad, y agredía física y verbalmente a otros. Lo que evidentemente repercutió en las relaciones interpersonales ya que era continuamente rechazado y aislado de las actividades escolares o sociales por la conducta inapropiada que manifestaba.

Adicional a esto, se pudo evidenciar mediante la entrevista y observación que ambos abuelos le sobreprotegían de forma excesiva, al grado de no permitir que el paciente tuviera relación o comunicación con el padre. Así mismo, interferían drásticamente en la autonomía del paciente y en la realización de actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, dormir solo y relacionarse con sus iguales. De la misma manera, fueron permisivos con los comportamientos inadaptados que presentaba el paciente, justificándolos y evadiendo las advertencias por parte de autoridades escolares.

Por tanto, de acuerdo a la entrevista clínica, pruebas proyectivas y psicométricas, los resultados conllevan a considerar un Trastorno negativista desafiante debido al cumplimiento de la mayoría de los criterios diagnósticos específicos, considerados en el DSM-5 en comorbilidad con Otro trastorno de déficit de atención/hiperactividad específico, con síntomas de inatención e hiperactividad insuficientes.

Descartando un Trastorno de déficit de atención/hiperactividad de presentación predominante con falta de atención por incumplimiento de la mayoría de criterios diagnósticos, así como de presentación predominante hiperactivo-impulsivo y de presentación combinada por igual razón.

IX. Diagnóstico y evaluación según DSM-5

313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante moderado.

314.01 (F90.8) Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad específico, con síntomas de inatención e hiperactividad insuficientes.

X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

- Se recomendó dar continuidad con el proceso psicoterapéutico, para abordar aspectos importantes que necesitaban ser reforzados como el inadecuado manejo de emociones (impulsividad e ira), el deficiente establecimiento y mantenimiento de límites y normas; así como las deficientes habilidades sociales que poseía.
- De la misma manera, se recomendó que madre y abuelos fueran parte activa del proceso terapéutico y de la crianza de M.C, entendiendo de forma integral y objetiva la patología existente, reforzando los comportamientos adaptativos en el hogar.
- Por último, se recomendó a la Institución educativa dar continuidad al apoyo psicológico-psicopedagógico. Promoviendo conductas adaptativas, por medio del establecimiento de límites y normas claras, así como de responsabilidades que fomentaran la autonomía. Y el manejo y control de emociones, reforzando fortalezas permitiendo la inclusión y reinserción educativa.

4.2 Análisis de Resultados del Estudio de Caso

Trastorno Negativista Desafiante como consecuencia de la disfunción familiar

Plaza (2014), menciona que la disfunción familiar se ha convertido en una problemática muy común debido a la aparición de síntomas y pautas de comportamiento como resultado de las experiencias dentro de la familia, la misma que no se trata de una disposición pasajera sino más bien de una dificultad que modifican profundamente la estructura y dinámica familiar.

Por su parte Vásquez y Feria (2010), indican que 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.

De acuerdo a la investigación realizada del estudio de caso, el trastorno negativista desafiante surge como consecuencia de la disfunción familiar existente, siendo su influencia importante para el desarrollo y manteamiento de la patología en el niño.

La cual se ha caracterizado por un claro patrón de conducta desafiante e irritable hacia las principales figuras de autoridad como lo son maestros y padres, así como un marcado comportamiento hostil y agresivo hacia sus iguales.

Es importante determinar que el trastorno negativista desafiante, surge como consecuencia de la disfunción familiar debido a la ausencia de un conjunto de factores que refuerzan patrones de conducta adaptativos y saludables en el niño.

Influencia de la disfunción familiar en el caso de estudio

De acuerdo con Vásquez (2008) una familia disfuncional con el tiempo genera problemas disfuncionales, los integrantes van a trabajar, estudiar y relacionarse como pueden con los demás. Los efectos negativos no solo se observan en los hijos, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.

Los hallazgos encontrados, prueban y validan la influencia de la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en el estudio de caso. Puesto que fue evidente la inadecuada distribución de funciones y roles por parte de la familia del niño. En donde la ausencia física y desatención emocional de los padres, permitieron que los abuelos maternos asumieran un rol paterno y responsabilidades que no les correspondían. Generando en el infante confusión y carencia de habilidades que generen tolerancia a la frustración y manejo de emociones adecuadas.

Repercusión de la desvinculación emocional de los padres

Como mencionan Artola y Piezzi (2000), la importancia de los valores radica en la responsabilidad y el deber parental, haciendo que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica.

Uno de los principales factores que se lograron determinar en el caso de estudio, fue la clara desvinculación emocional por parte de los padres del paciente. En donde la desatención y el desapego emocional por parte de la madre hacia el niño fueron evidentes, generando en él baja autoestima, resentimiento y escasa tolerancia al cumplimiento de normas sociales y morales esperadas. De la misma forma se logró constatar la constante negativa, por parte de la madre, de que el paciente estableciera comunicación y relación con el padre.

Adicional a esto se pudo evidenciar en el estudio de caso la desvinculación y ausencia de apego materno, el cual ha influido significativamente no solo en el comportamiento manifestado si no en el desarrollo. Ya que la figura materna ejerce una importante relevancia en el desarrollo físico, psíquico y social del hijo, en donde la ausencia de este vínculo ha traído consigo enormes efectos negativos, pues se le ha privado del principal recurso emocional al menor.

Impacto de la falta de establecimiento de límites y normas

En sus investigaciones Hernández y González (2012) han puesto en evidencia una serie de alteraciones psíquicas en niños y adolescentes producto de un inadecuado manejo familiar. En donde explican que, cuando en las unidades familiares, las normas no están claras, y no hay una figura de autoridad clara a modo de cabeza de familia, los menores con Trastorno Negativista Desafiante, expresan aún más el problema. Es por lo tanto fundamental que los hijos entiendan, de manera firme, los límites que se imponen para la convivencia en el hogar. Para ello es imprescindible que los demás integrantes del núcleo familiar, respeten significativamente dichas normas, convirtiéndose así, en buenos ejemplos de convivencia.

En el caso de estudio, se pudo comprobar la carencia del establecimiento de límites y normas claras, ya que la madre en las escasas oportunidades donde convivía con el paciente ejercía total autoritarismo e inadecuados castigos para mermar el inadecuado comportamiento del niño, aumentando sentimientos de resentimiento e ira en él.

En contra parte, se pudo evidenciar patrones de sobreprotección excesiva y permisividad por parte de los abuelos maternos, lo que reforzaba continuamente los comportamientos desadaptativos al no poseer normas y límites claros. Interviniendo así, en el mantenimiento del trastorno en el paciente.

Consecuencia de la carencia de habilidades sociales

Markle (1979), expone que en muchos niños agresivos el proceso de socialización parece estar gravemente dificultado. Su adaptación conductual es, frecuentemente, inmadura y no parece que hayan aprendido las habilidades sociales clave necesarias para iniciar o mantener relaciones sociales positivas con los demás. Con frecuencia, los compañeros rechazan, evitan y/o castigan a los niños agresivos y, de este modo, los excluyen de las experiencias de aprendizaje positivo con los demás.

Siguiendo lo anterior, la carencia de habilidades sociales y la experiencia de aprendizaje positivo fue una de las principales repercusiones que experimentó el paciente, ya que debido a inadecuado comportamiento que presentaba era continuamente excluido, rechazado por sus iguales, tanto en el ambiente social como en el escolar. Llegando a ser completamente aislado e incomprendido por sus autoridades escolares y los compañeros. Generando el un aumento de resentimiento y comportamientos negativos y desafiantes al sentirse rechazado e incomprendido por lo demás.

Sin embargo, en el transcurso del proceso psicoterapéutico se logró disminuir los comportamientos negativos y desafiantes, a través de técnicas que reforzaban comportamientos adaptativos, como el manejo y control de emociones eficiente, establecimiento claro y objetivo de límites y normas e implementación de habilidades sociales adecuadas que le permitieran convivir con sus iguales y sus autoridades de forma eficiente y adecuada.

Conclusiones

La disfunción familiar influyó claramente en el desarrollo y mantenimiento del trastorno negativista desafiante en el estudio de caso, ya que la carencia de funciones parentales y la distribución inadecuada de roles generaron inestabilidad en su desarrollo socioafectivo.

Las situaciones que continuamente desarmonizaron y crearon disfunción en la familia del paciente trascendieron de manera decisiva en el comportamiento y las estrategias de adaptación, afectando la forma en que desempeñaba y relacionaba en las diferentes esferas sociales.

Por su parte, la desvinculación emocional de los padres repercutió en el establecimiento del trastorno del paciente, al no poseer imágenes parentales claras si no distorsionadas, que afectaron la estabilidad y la vinculación necesaria en la infancia temprana.

Así mismo, se determinó que la falta de establecimiento de límites y normas, intervinieron en el mantenimiento del trastorno negativista desafiante en el caso de estudio, generando inadecuado manejo de emociones, manifestación de comportamientos inadaptados, caracterizados por ser negativos, irritables y desafiantes, e inadecuadas habilidades de socialización.

De la misma forma, fue posible determinar como la carencia de habilidades sociales afectó al paciente de estudio tanto en el área familia, escolar y social. Ya que era continuamente rechazado, aislado de actividades escolares y reprendido por su inadecuado comportamiento.

Recomendaciones

Es fundamental que dentro del ámbito familiar se distribuyan las funciones parentales y se deleguen las responsabilidades de crianza y roles familiares adecuados. Para con ello aminorar la probabilidad del establecimiento de trastorno negativista desafiante y reforzar la estabilidad en el desarrollo socioafectivo de los niños.

Es importante que en sociedad, se promueva la familia funcional, en donde cada uno de los miembros de esta, cumplan con sus responsabilidades, ejerciendo respeto y teniendo la capacidad de reconocer y satisfacer las necesidades básicas emocionales de todos sus integrantes.

De la misma forma, se exhorta a los padres de familia fortalecer el vínculo afectivo, ya que ellos son la principal fuente de apoyo y apego en la infancia de los hijos, a través de la convivencia saludable. Así mismo que puedan ejercer las funciones parentales que les corresponden de forma eficiente y oportuna.

Por su parte, se recomienda delegar la responsabilidad de crianza a los padres. Para que sean estos, quienes establezcan límites y normas claras a cumplir en los diferentes ambientes en los que se desarrollan los niños. Así mismo se exhorta a no promover patrones de crianza permisivos y sobreprotectores pues impide a los niños desarrollar habilidades de afrontamiento y manejo emocional adecuado.

Por último, es recomendable promover habilidades sociales adecuadas, para que los niños puedan tener la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas. A través del manejo adecuado de emociones, asertividad y empatía.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Asociación (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. (4ª Ed.). España: Asociación Americana de Psiquiatría.

American Psychiatric Asociación (2013). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. (5ª Ed.). España: Asociación Americana de Psiquiatría.

Alto, A., Galian, F. y Huéscar, M. (2007). *Influencia de la familia en el desarrollo de pautas inadecuadas de conducta*. (1ª Ed.). Venezuela: Editorial Caribe.

Artola, T. y Piezzi, R. (2000). *La familia en la sociedad pluralista*. (2ª Ed.). Argentina: Editoriales Espacio.

Borocio, M. (2004). *Disciplina con amor*. (2ª Ed.). México: Pax México.

Estévez, H. y Jiménez, C. (2002). *Función y Disfunción Familiar*. (10ª Ed.). España: Editorial Doyma.

Markle, H. (1979). *Niños con problemas de socialización*. (10ª Ed.). Chile: Editorial Martínez Roca.

Minuchin, J. (2000). *Familias y Terapia Familiar*. (6ta Ed.). España: Editorial Gedisa.

Ríos, J. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. (2ª Ed.). España: Instituto de Ciencias del Hombre (ICH).

Rosemond, J. (2015). *¿Porque lo mando yo!.* (5ª Ed.). Argentina: Editorial Sol.

Vásquez, G. y Feria, C. (2010). *Guía Clínica para el trastorno negativista desafiante*, (Ed. 2010). México: Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Internet

Barkley, D., Murphy, K. y Bauermeister, J. (1997). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico (*Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*), (Vol. II), 1-14. Recuperado 17.10.16 de <http://www.revistapcna.com>. doi: 14-14_0.

Gubbins, D. (2002). *Hogares disfuncionales y su incidencia en el comportamiento de los niños* (Tesis de la Universidad Estatal de Milagro). Recuperado 18.10.16 de <http://www.unimi.com.edu.ecua>

Hernández, M. y González, R. (2012). *Guía: Trastornos de la conducta intervención en la escuela y el hogar*. (Guía Clínica). Recuperado 08.10.16 de <http://www.redalyc.com>

López, A. (2012). *Prácticas de crianza y problemas conductuales en escolares*. (Tesis Doctoral de la Universidad de Granada). Recuperado 17.10.16 de <http://www.udegranada.com.ed.es>

Lyford-Pyke. (2006). Intervención en conductas disruptivas (*Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*), (Vol. IV), 23-39. Recuperado 02.11.16 de <http://www.revistapcna.com>. doi: 14_10.

Navarro, F. (2007). *La vinculación como haz de las relaciones y el establecimiento de pertenencia*. (Prensa Médica Latinoamericana), (Vol. II), 119-133. Recuperado de <http://www.pmedicalatino.com>. poi: 1688-4094.

Plaza, J. (2014). *La influencia de la familia en el Trastorno negativista desafiante*. (Tesis de la Universidad de Loja). Recuperado 14.10.16 de <http://www.unideloja.com.edu.ecua>

Quintero, R. (2008). *Manual de Psicología clínica infantil y adolescente: Trastornos generales*. (Tesis Doctoral). Recuperado 14.10.16 de <http://www.redalyc.com>

Vásquez, G., Peña, A., Fera, C. y Palacios, S. (2015). *Guía clínica para el trastorno negativista desafiante* (Guía Clínica). Recuperado 08.10.16 de <http://www.redalyc.com>

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Nombre completo: **Cesia Alexandra García Solórzano.**

Título de la sistematización: **Estudio de caso sobre la disfunción familiar y su influencia en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS).**

Carrera: **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.**

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
Distribución inadecuada de las funciones y roles familiares.	Trastorno negativista desafiante	Disfunción familiar	¿Cómo influyó la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante, en un niño de ocho años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)?	Identificar la influencia de la disfunción familiar en el desarrollo del trastorno negativista desafiante, en un niño de ocho años del Centro de Asistencia Social (CAS).	Establecer cómo la disfunción familiar influyó en el caso de estudio.
Desapego emocional y ausencia de la función parental.		Desvinculación emocional de los padres.			Análisis de cómo la desvinculación emocional por parte de los padres, afectó al paciente de estudio.
Sobreprotección excesiva y permisividad por parte de los abuelos.		Falta de establecimiento de límites y normas.			Determinar cómo la falta de establecimiento de límites y normas, intervinieron en el mantenimiento del trastorno en el caso de estudio.
Incapacidad para establecer y mantener relaciones sociales por el mal manejo de emociones.		Carencia de habilidades sociales.			Considerar cómo la disfunción familiar afectó la carencia de habilidades sociales, en el paciente del caso de estudio.