

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Estudio de caso: Patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Belsy Yanira Hernández Camey

Guatemala, mayo 2019

Estudio de caso: Patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Belsy Yanira Hernández Camey

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic(Asesor)

M.A. Mónica García Gaitán (Revisor)

Guatemala, mayo 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

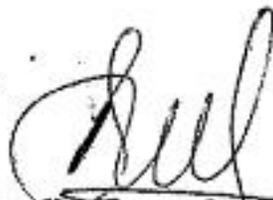
Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala veintisiete de noviembre del dos mil dieciocho.

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual, atendido en el Centro de Asistencia Social CAS" Presentada por la estudiante: Belsy Yanira Hernández Camey, 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. Claudia Eugenia Calderón Sic
Psicóloga Clínica
Colegiada 7192

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de caso: Patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)”**. Presentada por el (la) estudiante: **Belsy Yanira Hernández Camey** 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.

M. A. Mónica García Gaitán

M.A Mónica García Gaitán
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de mayo del 2019. -----

En virtud de que el informe final de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: **"Estudio de caso: Patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual, atendido en el Centro de Asistencia Social CAS"** Presentado por el (la) estudiante: **Belsy Yanira Hernández Camey** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

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	iii
Capítulo 1 Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	2
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	3
1.9 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2 Marco Teórico	5
2.1 Patrón de crianza	5
2.1.1 Tipos de patrón de crianza	5
2.1.2 Patrón de crianza permisivo	7
2.1.3 Características de los padres permisivos	8
2.1.4 Consecuencias a mediano y largo plazo	9
2.2 Niñez	10
2.2.1 Principales cambios	11
2.3 Discapacidad intelectual	13
2.3.1 Niveles de Discapacidad Intelectual	14
2.3.2 Causas	15
2.3.3 Criterios clínicos	16
2.3.4 Diagnóstico diferencial	17
2.3.5 Comorbilidad	17

2.3.6	Consecuencias en la familia	18
2.3.7	Abordaje psicoterapéutico	19
Capítulo 3 Marco Metodológico		22
3.1	Planteamiento del problema	22
3.2	Pregunta de investigación	22
3.3	Objetivo General	22
3.4	Objetivos Específicos	22
3.5	Alcances y límites	23
3.6	Metodología	23
Capítulo 4 Presentación de Resultados		29
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	29
4.1.1	Datos Generales	29
4.1.2	Motivo de Consulta	29
4.1.3	Historia del Problema Actual	30
4.1.4	Historia Clínica	30
4.1.5	Historia Familiar	32
4.1.6	Examen del estado mental	33
4.1.7	Resultado de las Pruebas	33
4.1.8	Otros estudios diagnósticos	37
4.1.9	Impresión Diagnóstica	37
4.1.10	Diagnóstico según DSM-5	38
4.1.11	Conclusión de la intervención	39
4.1.12	Recomendaciones	39
4.1.13	Plan de Tratamiento	40
4.2	Análisis de Resultados	48
Conclusiones		53
Recomendaciones		55

Referencias	57
Anexo	60

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama	2
Imagen No. 2	Genograma	32
Imagen No.3	Tabla de variables	61

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Pruebas aplicadas	34
Tabla No. 2	Resultados de las pruebas	34
Tabla No. 3	Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L	35
Tabla No. 4	Test de Goodenough	36
Tabla No. 5	Test de Frases Incompletas para niños de Sacks	36
Tabla No. 6	Test de CONNERS	37
Tabla No. 7	Plan terapéutico	41
Tabla No. 8	Desglose de objetivos	44

Resumen

La presente investigación explica el estudio de caso realizado 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 Álamos zona 6 San Miguel Petapa, se realizó como parte del proceso de practica la cual se llevó acabo en el Centro de Asistencia Social (CAS) el cual se encuentra ubicado en zona 9 ciudad capital, dicha práctica se realizó del mes de enero a noviembre del año 2018.

En el capítulo 1, Marco de Referencia, se explica con amplitud todo lo relacionado con el centro de prácticas iniciando con antecedentes donde se describe cómo surge el Centro de Asistencia Social (CAS), luego la descripción del lugar en el que abarca el trabajo que se realiza, seguidamente se brinda la dirección, la organización que informa sobre el personal de trabajo, programas establecidos y justificación de esta investigación.

En el capítulo 2, se incluye el Marco Teórico parte en la que se desarrolla el contenido de los temas principales como la discapacidad intelectual y patrones de crianza que fue utilizado durante el proceso de práctica, tomando en cuenta las características, causas, consecuencias, principales cambios, niveles de discapacidad, criterios clínicos avalados por la Asociación Americana de Psiquiatría y por último el abordaje terapéutico donde se describen las diferentes maneras en las que se pueden abordar la discapacidad intelectual.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, se expone el planteamiento del problema determinando las dificultades que ocasiona el patrón de crianza permisivo en un niño con discapacidad intelectual, además se describe la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites que se encontraron durante el proceso de práctica, por último, se incluye la metodología donde se detallan los pasos que se realizaron.

Capítulo 4, este incluye, un sujeto de estudio, siendo uno de los pacientes que llevó proceso terapéutico en el centro de practica antes mencionado, presentación de resultado en el que se detalla el informe psicológico del paciente con un enfoque cualitativo descriptivo donde se incluyen gráficas con los resultados de las pruebas aplicadas, presentando un psicodiagnóstico, plan terapéutico que se trabajó en el proceso y las sesiones de seguimiento que se realizaron.

Introducción

Los patrones de crianza son la manera en que los progenitores llevan a cabo la educación y crianza de sus hijos, dentro de ellos se puede mencionar el patrón de crianza permisivo, el cual está catalogado como inapropiado ya que se caracteriza por la indulgencia, demasiada tolerancia, poca exigencia y falta o inapropiada disciplina, lo que genera falta de control sobre los hijos, dando como resultado inmadurez, pocas habilidades sociales, falta de responsabilidad e independencia generando altas probabilidades de desarrollar trastornos relacionados en la conducta social adaptada.

La discapacidad intelectual es una patología que se caracteriza por falta de comportamiento adaptativo en todas las esferas donde se desempeña el sujeto ya que la persona aprende y se desarrolla con más lentitud que sus pares, esto debido a limitaciones del funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo como el razonamiento, resolución de problemas, juicio y pensamiento abstracto entre otros.

El desarrollo del estudio de caso se inició con el planteamiento de la pregunta de investigación referente a ¿Qué impacto provocó el patrón de crianza permisivo en la funcionalidad de un niño con discapacidad intelectual? El trabajo de Práctica Profesional Dirigida se llevó a cabo con un niño de 10 años quien al evaluarlo presentaba signos y síntomas de discapacidad intelectual. El paciente fue referido por un familiar al Centro de Asistencia Social CAS, lugar donde se le brindó apoyo psicológico; en el proceso terapéutico se utilizaron distintas pruebas de evaluación estableciendo el diagnóstico para implementar el plan terapéutico apropiado según las necesidades individuales del usuario.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Centro de Asistencia Social CAS surge en el año 2015 como una proyección social además de una responsabilidad social universitaria, en la que la Universidad Panamericana se refleja en su entorno social con el objetivo de dar un impacto estructural, a través de un servicio de ayuda social responsable. La Universidad Panamericana se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto a través de un servicio social responsable que busca generar salud mental integral, como respuesta a las necesidades emocionales y psicológicas de la sociedad, desde su fundación se ha atendido a cientos de personas incluyendo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores; hoy en día se atienden 300 personas a la semana.

1.2 Descripción

CAS surge como un centro de atención psicológica para que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas puedan brindar apoyo emocional y asistencia biopsicosocial a niños, adolescentes y adultos, de esta manera contribuye con personas de escasos recursos económicos, para mejorar su vida de manera integral. Además, verifica que los estudiantes practicantes incrementen los valores académicos, tales como: supervisión directa y personalizada para el proceso que se divide en diferentes etapas prácticas que la carrera solicita, con la finalidad de dar seguimiento preciso, adecuado y pertinente a los casos que atienden los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social. Así mismo es parte del proceso académico desarrollar los valores y principios de ética y moral para contribuir a la sociedad de manera eficaz.

El inmueble cuenta con ocho clínicas adecuadas para atender a los usuarios, cada clínica cuenta con sillas, escritorios, instrumentos de oficina, luz, ventilación, y ambiente agradable. Además, posee una cocineta con cafetera, servicios sanitarios y agua potable al servicio de los usuarios y

terapeutas practicantes.

1.3 Ubicación

CAS se encuentra ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel. Ciudad Capital.

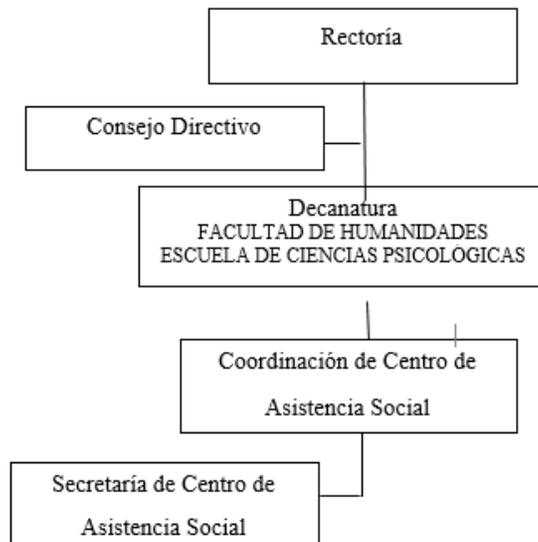
1.4 Organización

Dentro del personal que labora en el Centro de Asistencia Social se encuentran dos licenciadas que ejercen como coordinadora y como asistente de coordinación, además trabajan dos secretarías, un guardia de seguridad y una persona encargada de la limpieza, además del grupo de practicante que, rota durante todo el año, sin embargo, estos no aparecen en el organigrama de la institución ya que no son permanentes.

1.5 Organigrama

Imagen No. 1

Organigrama



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS

1.6 Visión

La visión del Centro de Asistencia Social es la 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

Como misión se pretende 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 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social brinda diferentes servicios dentro de los cuales está: el apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, ofrece además escuela para padres como un proceso integrador para las familias y se brindan capacitaciones semanales a los terapeutas practicantes que consiste en supervisión de informes, exposición de casos, lluvias de ideas que ayudan a llegar a un acuerdo en común.

1.9 Justificación de la investigación

La finalidad de la elaboración de una sistematización como requerimiento universitario es brindar al profesional de salud mental herramientas y habilidades terapéuticas que llevadas a la práctica consolidan las competencias para la atención psicológica profesional en nuestra sociedad guatemalteca. El campo de la psicología clínica es trascendental para el abordaje de las diferentes problemáticas o patologías que se presentan en los individuos, para mejorar la calidad de vida y

la salud mental. Es por ello que surge la necesidad de desarrollar un documento académico basado en el caso de estudio sobre patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con Discapacidad Intelectual.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Patrón de crianza

Craig (1994) define los patrones de crianza o estilos de crianza como el aprendizaje que se adquiere de generación en generación por los padres, de ellos se aprenden valores, normas de conducta, reglas, límites, aspectos positivos y nutritivos, así como también aspectos negativos.

Por su lado, Fornos (2001) indica que los patrones de crianza son todas aquellas interacciones que ejercen los progenitores con sus hijos, estos lazos marcan las primeras relaciones de los niños con sus padres, es importante la sincronía entre las necesidades del hijo y los padres, por eso los patrones de crianza son significativos. Siendo por tanto la acción de criar a un hijo, que ayuda a desarrollarse, es un proceso en el tiempo y espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto.

Debido a la gran importancia que tienen los patrones de crianza es necesario que los padres se informen sobre cada uno para poder ejercer el que mejor le convenga, de esta manera ayudará a disminuir las consecuencias de una mala crianza que puede influir en el desarrollo de los niños y afecte el pensamiento, emociones y conducta generando problemas en el futuro que necesiten apoyo de un profesional clínico.

2.1.1 Tipos de patrón de crianza

Guembe y Goñi (2013) refieren que existen diferentes formas para educar a un niño, para ello requiere una manera diferente para cada hijo pues cada uno es diferente y los métodos que se aplican por igual a ambos hijos se asume que a uno de ellos está criando mal.

De estos estilos educativos se enfatizan en cuatro modelos, teniendo en cuenta dos variables importantes: la autoridad y la protección. Cada uno tiene dos funciones, cuidar por el desarrollo integral del educando que se refiere a la protección y orientar en ese desarrollo se refiere a la autoridad. Los diferentes tipos de padres a veces varían en la protección y autoridad pues se exceden o no tienen límites o por defecto los exageran o los desprecian. Por ello surgen cuatro estilos educativos errados que conforman algunos padres.

- Padres protectores: de manera equivocada convierten la protección en una verdadera obsesión, en donde sofocan a los hijos con un exceso de celos, tratando de educarlos comenten el error de privar al niño para que desarrolle sus habilidades creando una dependencia por no cortar el cordón umbilical, tratan de tenerlos en una capsula para que no les pase nada y de esta manera solo hacen que los hijos sean ineficaces. Cuando sus hijos reprueban una clase van con los maestros para reclamarles que no saben tratar a sus hijos en vez de motivarlos para que estudien más.
- Padres desertores: incumplen por defecto y no ejercen como padres. No presencian el crecimiento de sus hijos, no se interesan en la educación ni en sus obligaciones. Son padres “missing” desaparecidos simplemente no existen, pueda ser por diferentes maneras quizá porque tienen miedo a educar, convierten a sus hijos en huérfanos de padres vivos. Cuando sus hijos están suspendidos probablemente los padres ni si quiera tienen conocimiento, tampoco saben que cursos llevan ni en qué grado están.
- Padres autoritarios: son dictadores que provocan temor y tirantez. En este estilo educativo los padres consiguen que los hijos obedezcan sus instrucciones, pero no instruyen. No los guían porque ellos son la guía, además controlan con rigidez la conducta de sus hijos. Este estilo pasa el exceso que castigan a sus hijos cuando los suspenden, y no por haberlo suspendido sino por haber cumplido con sus expectativas. Crían hijos que tienen problemas de comunicación, son de mal genio, distantes y desconfiados.
- Padres permisivos: en este modelo los padres no se atreven a orientar a sus hijos, no ponen reglas, ni límites, no orientan, ni señalan el camino. Son padres “light” son blandos, sin principios, no exigen nada por temor a que los hijos se contraríen. En este estilo los padres buscan acercarse emocionalmente a los hijos, pero la realidad es que

ocurre lo contrario, debido a la inseguridad que generan los padres que no ponen límites ni normas.

Papalia, Wendkosy Feldman (2010)afirman quela crianza autoritaria que ejercen los padres es de control sobre los hijos, se basan en un conjunto de normas de conducta, pero si no las cumplen los castigan, los hijos solo obedecen. Se muestran fríos y apartados. En cambio, la crianza autoritativa se base en la composición de respeto por la individualidad del niño con el esfuerzo por incluir valores sociales. Este estilo de educación muestra respeto por las decisiones, los beneficios, acuerdos y personalidad de los hijos, y los progenitores muestran seguridad en su experiencia para guiarlos. Además, son amorosos, muestran un equilibrio al imponer castigos no son insensatos, demandan buena conducta y son estables con las reglas. Los beneficios de este estilo es la aceptación, comunicación, promueven la disciplina inductiva, los hijos sienten que son valorados, muestran autocontrol, seguridad y asertividad.

Además, agregaron un cuarto estilo de crianza negligente o no involucrado, para describir a los padres que no se preocupaban en la educación de los hijos, dedican muy poco tiempo a estar con ellos y dejan la responsabilidad a otras personas como los abuelos o profesores. Este estilo es relacionado con problemas de conducta en la niñez y adolescencia debido a la falta de normas claras porque no se involucran en la educación.

2.1.2 Patrón de crianza permisivo

Papalia, Wendkos y Feldman (2010)sostienen que los progenitores ejercen poco control sobre los hijos, no les demandan y dejan ellos mismos se supervisen. Son padres cálidos, que no controlan. Consultan las decisiones que van a tomar, no aplican normas y cuando lo hacen dan explicaciones de porque lo hacen, además los castigan solo en unas ocasiones.

Morris y Maisto (2005) describen dos estilos de padres permisivos:

- Padres permisivos - indiferentes: en este estilo los padres son reconocidos por la falta de límites, negligencia y normas dentro del hogar, tienen poco control sobre la conducta de los infantes, son inatentos y brindan poco afecto.
- Padres permisivos - indulgentes: en este caso los padres les dan importancia, cuidado y soporte, pero no ponen límites apropiados a la conducta.

Craig (1994) se refiere a los padres permisivos con características combinadas de poco control o que demandan gran amabilidad. Por su parte Shapiro (1997) sostiene que los padres permisivos tratan de mostrar aceptación y que los hijos sientan el mayor apoyo posible, pero en realidad son muy pasivos y no fijan límites o no pueden reaccionar cuando los hijos hacen rabietas o son desobedientes. Los progenitores creen que se les debería permitir a los hijos vivir de acuerdo a sus deseos naturales.

2.1.3 Características de los padres permisivos

Bello (2011) hace énfasis en que los padres que ejercen el patrón permisivo se caracterizan por el poco compromiso hacia los hijos, pues los progenitores no fijan muchas normas de comportamiento por dos posibles razones, la primera por flojera y la segunda por no creer en ellas, en este caso los hijos les faltan el respeto a los padres y viceversa por querer tener el respeto y orden de jerarquía. Los hijos esperan que los papás digan a todo que sí, aunque al inicio hayan impuesto un no definitivo, pero a través de la manipulación llegan a obtener lo que quieren.

Morris y Maisto (2005) refieren que las características generales del patrón de crianza permisivo se basan en la falta de control en los hijos, no establecen reglas fijas y si existen algunas no las cumplen con uniformidad, no tienen límites ni aspectos claros del comportamiento de los hijos, por lo general son cariñosos y aceptan a los hijos sin importar la conducta, ni las consecuencias del mismo, además son negligentes.

Para ellos la educación se basa en la falta de límites y normas, son muy afectuosos emocionalmente y convierten ese afecto en la única relación de padres e hijos, son muy tolerantes ante las conductas de los hijos, les dan total libertad para tomar decisiones.

2.1.4 Consecuencias a mediano y largo plazo

Guembe y Goñi (2013) señalan que las consecuencias que presenta este estilo educativo es el sufrimiento emocional de los hijos, esto genera que se desarrollen diferentes trastornos de conducta, como agresividad, hiperactividad, rebeldía, rabietas, mentiras, insultos, desorden, esto también depende del temperamento y las situaciones de cada uno. Los progenitores permisivos crean hijos caprichosos, tiranos y crean poca tolerancia a la frustración. En este caso los hijos que pierden un curso en el colegio o escuela hacen responsables a los progenitores del mal punteo de sus cursos y exigen ser tratados como víctimas evidenciando poca funcionalidad con esta forma de resolver los problemas.

Por su lado Estévez, Jiménez y Musitu (2007) sustentan que los problemas que genera la permisividad en los hijos es la dificultad para acatar normas y reglas sociales, mala gestión de las emociones, tienen conflictos escolares, no pueden enfrentarse ante las situaciones estresantes, además existe el riesgo de consumir drogas en la adolescencia y que sean agresivos.

Mientras que Bello (2011) señala algunas de las consecuencias como la poca tolerancia a la frustración pues se enojan rápidamente y pierden el control de sus impulsos generando problemas de autocontrol y disciplina, además manifiestan resistencia al hacerse responsables de sus compromisos, usualmente son negligentes.

Por otro lado, Clarizio y McCoy (1981) sostienen que el fracaso escolar es otra de las consecuencias de estilo de crianza y se caracteriza por no tener impulsos de avance, poca tolerancia a la frustración, no aceptan límites, falta de orientación en las tareas.

Los padres permisivos pueden generar problemas de conducta en sus hijos pudiendo llegar a convertirse en severos o patológicos como es el trastorno negativista desafiante o trastorno de personalidad antisocial, para esto la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) manifiesta que la conducta incluye afecciones en los que se presentan problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Existen tres trastornos del comportamiento que se pueden desarrollar por un mal estilo de crianza.

- El trastorno negativista desafiante es un patrón usual y constante de enfado, irritabilidad, actitudes desafiantes o vengativas y discusiones. Es hostil con las figuras de autoridad. Los niños con TND tienen peleas constantes, pierden los estribos, arrebatan los objetos, culpan a los demás, muestran enojo y resentimiento, en la escuela tienen problemas continuos, además ponen a prueba los límites y paciencia de los adultos.
- Trastorno de conducta que es un patrón del comportamiento usual y constante en el que no se respetan los derechos esenciales de los demás, ni las normas o reglas sociales. Muestran un comportamiento agresivo, son violentos, mienten habitualmente, pelean, roban, acosan en la escuela, consumen drogas y alcohol.
- El trastorno de personalidad antisocial que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. Se caracteriza por el engaño y la manipulación.

2.2 Niñez

Faas(2017)define la niñez como un fenómeno individual, en donde el sujeto inicia un proceso de cambios hormonales, corporales y características psicológicas, que comprende desde el nacimiento hasta los 12 años y evoluciona posteriormente del humano, a nivel motor, cognitivo, social y afectivo. También concibe la infancia como una construcción social y simbólica, en el que se atribuye características de diferentes ambientes, tales como históricas, políticas, económicas y culturales.

Tomado desde la última perspectiva Beloff (1993) citado por Faas (2017) señala que el término niño, niñez, infancia, se forman de cimentaciones socio históricas, tomando en cuenta la

organización social y la economía de cada lugar, los patrones de crianza, el desarrollo de los derechos humanos y los avances de la ciencia.

2.2.1 Principales cambios

Papalia, Wendkos y Feldman (2010) sostienen que, en la etapa del desarrollo físico el ritmo del crecimiento se vuelve más lento, los niños entre 6 y 11 años crecen entre cinco y siete centímetros, además duplican su peso. Los niños de 10 años pesan aproximadamente cinco kilos. Además, necesitan consumir aproximadamente 2400 calorías cada día. Tomando en cuenta que los nutricionistas recomiendan consumir una dieta variada entre frutas, verduras, granos así mismo carbohidratos que se encuentran en las papas, pastas, pan y cereales. El sueño disminuye cerca de 10 horas al día entre los 10 y 13 años de edad.

Por su lado Morris y Maisto (2005) definen el desarrollo motor como las habilidades adquiridas que involucran la capacidad para gatear, caminar, moverse. Las edades en que los niños obtienen dichas habilidades se denominan normas del desarrollo y estas varían dependiendo de diversos factores, algunos se desarrollan más rápido que el promedio. Conforme van creciendo van mejorando la coordinación y realizan tareas más complejas como atarse los zapatos, ponerse los guantes, manipulan botones, esto requiere de la combinación de la práctica y de la maduración física del cuerpo y el encéfalo.

Sostiene que en la etapa de desarrollo cognitiva el teórico Piaget creía que este era una forma de adaptarse al ambiente, por ello desarrollo una teoría sobre las cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo: la primera etapa llamada sensoriomotora que abarca de desde el nacimiento hasta los dos años, en la que empiezan a aplicar habilidades con las que nacen tales como succionar, distinguir objetos que hacen ruido, empiezan a ordenar sus experiencias ajustándolas a las categorías primarias como succionable o no succionable. El otro resultado importante es la permanencia del objeto, es cuando se dan cuenta que los objetos no dejan de existir, aunque estén fuera de su vista, incluso pueden al año y medio a dos años tener representaciones mentales

imaginando el movimiento de un objeto que no ven moverse. También desarrollan la capacidad de autorreconocimiento, son capaces de reconocerse frente al espejo. Las características principales de esta etapa son la permanencia de objetos y las representaciones mentales.

La segunda etapa llamada preoperacional abarca de los dos años hasta los siete, en la que el pensamiento sigue enlazado en las experiencias físicas y perceptuales, utilizan el juego de fantasía mejorando las representaciones mentales por medio del desarrollo del lenguaje, los niños de esta edad son egocéntricos teniendo la incapacidad para ver las cosas desde otro punto de vista, además son fácilmente engañados por las apariencias. Las características principales son el pensamiento de representaciones, el juego de fantasía, los gestos simbólicos y el egocentrismo.

La etapa de operaciones concretas va desde los siete a los once años en la que el pensamiento se vuelve más flexible, tienen la capacidad de ver desde otro punto de vista, pueden captar los principios de conservación, tienen la habilidad para comprender esquemas complejos de clasificación, aunque el pensamiento está limitado a cuestiones concretas. La característica principal es la conservación y la clasificación compleja.

Feldman (1995) sostiene que el desarrollo del comportamiento social de un niño cimienta las relaciones sociales que perduraran toda la vida. El apego es una conexión emocional positiva entre el niño y un cuidador que le genere seguridad y comodidad, este se forma por medio de la capacidad de respuestas de las personas encargadas de cuidar al bebé. Un apego seguro forma a individuos sociales, capaces, juguetones y emocionalmente más competentes que sus compañeros con un apego inseguro.

Sustenta que las relaciones con otros niños se desarrollan desde edad muy temprana y van creando interés por otros niños, pero las habilidades que requieren para jugar se van desarrollando gradualmente. Al inicio los niños juegan solos a esto se le llama juego solitario luego entre el año y medio y los dos interactúan en el juego paralelo en el que se ponen al lado del otro sin interactuar y realizan cosas similares, luego a los tres años y medio realizan el juego cooperativo en el que implican la imaginación de manera grupal se ponen de acuerdo para jugar a

la casita, posteriormente cuando inician a estudiar forman parte de un grupo de pares, en los que aprenden a cooperar y a negociar los roles sociales, desarrollan el significado de la amistad.

2.3 Discapacidad intelectual

Según la Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual AAMR (1992) la define como el funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media, originado durante el período de desarrollo, asociado a un déficit en la conducta adaptativa. Es decir que se debe medir la inteligencia por medio de test apropiados a la edad, aplicados individualmente, además debe ser diagnosticada antes de los 18 años en niños con déficit de conducta adaptativa que es la capacidad de un individuo para desempeñar las funciones de independencia personal y responsabilidad social, de acuerdo a su edad.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define los trastornos del neurodesarrollo como afecciones en el inicio del período del desarrollo y se caracterizan por la carencia del desarrollo que produce insuficiencias de las actividades personales, sociales, académicas u ocupacionales.

El trastorno del desarrollo intelectual o discapacidad intelectual se caracteriza por una deficiencia de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia que producen falta de adaptación de manera que el individuo no alcanza los niveles de independencia personal y de la responsabilidad social en diferentes aspectos de la vida, incluyendo la comunicación, la participación en la sociedad, el funcionamiento escolar.

Mientras que Behrman, Kliegman y Jenson (2009) definen la discapacidad intelectual como una diversidad de trastornos que son similares por las carencias de adaptación y de la función intelectual con una edad inicial antes de la madurez.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (1992) define la discapacidad intelectual (retraso mental) como un trastorno incompleto o detenido del desarrollo mental, caracterizado por

el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que contribuyen a nivel global de la inteligencia como las funciones cognitivas, lenguaje, motricidad y socialización.

2.3.1 Niveles de Discapacidad Intelectual

Luque y Luque (2016) sostienen que la discapacidad intelectual se divide en cuatro niveles que abarcan el coeficiente intelectual de diferentes rangos dentro de ellos los siguientes, leve de 50 a 70, moderado de 35 a 55, grave de 20 a 40 y profundo que es inferior a 20 o 25. Para ello es necesario que se realicen evaluaciones por medio de test de inteligencia. En algunos casos se puede diagnosticar discapacidad intelectual en personas con coeficientes entre 70 o 75, pero para ello es necesario que evidencien un comportamiento adaptativo deficiente y en los casos que evidencian un coeficiente intelectual de 70 que no muestre dificultad en el comportamiento adaptativo no se diagnosticará en este apartado, pues en el caso de discapacidad intelectual no se basa solo en el coeficiente bajo si no en la conducta adaptativa.

Por su lado la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define cuatro especificadores para la discapacidad intelectual que son, leve, moderado, grave y profundo, explicando que estos niveles se determinan por diferentes dominios los cuales son conceptual, social y práctico. A continuación, se describen los niveles intelectuales clasificados por la APA:

Discapacidad intelectual leve, refiere que en niños de edad preescolar no puede haber diferencias conceptuales manifiestas. En el dominio conceptual los niños escolares y adultos muestran dificultades de aprendizaje tales como la lectura, escritura, aritmética, tiempo y dinero, además necesita ayuda en uno o dos campos para desempeñar con las demandas para la edad. En el dominio social el desarrollo es similar, es inmaduro es las relaciones sociales, muestran dificultad en la regulación de las emociones y del comportamiento, en el dominio práctico, el individuo puede funcionar de manera adecuada para el cuidado personal acorde a la edad.

Discapacidad intelectual moderada, en el dominio conceptual las habilidades pueden estar retrasadas notablemente, en el área académica como en la lectura, escritura, las matemáticas, la

comprensión del tiempo y dinero se desarrollan lentamente y necesitan ayuda en todas las habilidades escolares, la vida social y laboral. En el dominio social presenta notables diferencias en cuanto al comportamiento social y comunicativo, el juicio social y la capacidad de tomar decisiones son limitados. En el dominio práctico el individuo puede cuidar de sí mismo, pero requieren de un largo período de tiempo para que aprendan a ser autónomos.

Discapacidad intelectual grave, en el dominio conceptual las habilidades están reducidas, tiene poca comprensión del lenguaje escrito, de los números o cantidades, tiempo o dinero. En el dominio social el lenguaje es limitado en cuanto a vocabulario y gramática. En el dominio práctico, el individuo necesita ayuda en todas las actividades de la vida cotidiana tales como comer, vestirse, bañarse, necesita supervisión constantemente.

Discapacidad intelectual profunda, en el dominio conceptual la existencia motoras y sensitivas pueden impedir el uso funcional de objetos. En el dominio social, tienen una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. En el dominio práctico, el individuo depende para todos los aspectos de otras personas incluyendo el cuidado físico, salud y seguridad.

2.3.2 Causas

Behrman, Kliegman y Jenson (2009) sostienen que la etiología de la discapacidad intelectual (DI) leve se debe a factores ambientales, en cambio el DI grave se debe a factores biológicos. En el caso de los factores ambientales pueden derivarse de la mala alimentación, la desnutrición, la pobreza y las causas genéticas más frecuentes en el mismo diagnóstico se debe a síndromes genéticos con múltiples anomalías congénitas menores, de privación fetal, lesiones perinatales, exposición intrauterina a drogas y anomalías de cromosomas sexuales.

Halgin y Whitbourne (2004) define las causas del retraso mental así llamado anteriormente, hereditarias y ambientales, en la primera se puede dar al momento de nacer el bebé, también por

una mal formación de los cromosomas tal es el caso del síndrome de Down que se genera por la presencia de un cromosoma extra; en las causas ambientales se mencionan las drogas, sustancias químicas tóxicas, también por la desnutrición y enfermedades que la madre adquiere durante el embarazo. En la etiología perinatal pueden encontrarse acontecimientos relacionados al parto como anoxia, golpes en la cabeza del recién nacido, mala utilización de fórceps y en la etiología posnatal se pueden dar después del nacimiento como poca alimentación, desnutrición, trastornos convulsivos, intoxicaciones y trastornos desmielinizantes.

2.3.3 Criterios clínicos

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) describe de la siguiente manera los criterios clínicos de la discapacidad intelectual:

317 (F70) Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) leve (33)

Criterios diagnósticos.

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones de funcionamiento intelectual como también comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- A. Deficiencia de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias de comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.
(p. 33)

2.3.4 Diagnóstico diferencial

Yáñez (2016) menciona que la discapacidad intelectual no debe confundirse con otros trastornos neurocognitivos que poseen como peculiaridad el déficit del funcionamiento cognitivo. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con los trastornos de la comunicación y de aprendizaje pues estos no señalan dificultades de la conducta intelectual y adaptativa, en dado caso que cumplan con los criterios para ambos diagnósticos se deben mencionar ambos.

No obstante, Black y Andreasen (2015) señalan que el trastorno de desarrollo intelectual leve puede ser complejo, debido a la frecuente concurrencia de otros trastornos de la niñez, el diagnóstico diferencial incluye TDAH, trastorno del aprendizaje, trastorno del espectro autista, trastorno del estado de ánimo de la niñez, pero todas esas afecciones pueden concurrir con el trastorno del desarrollo intelectual. Los trastornos convulsivos también son muy comunes en estos niños. Los niños en quienes se sospecha discapacidad intelectual deben evaluarse de forma exhaustiva con exploración física y de estudio minucioso, electroencefalografía (EEG) y RMN, así como pruebas cognitivas.

2.3.5 Comorbilidad

Organización Mundial de la Salud (1992) refiere que la discapacidad intelectual puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático, pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales, además suelen ser víctimas de explotación o abusos físicos o sexuales.

Por su parte, Yáñez (2016) señala que la discapacidad intelectual puede abarcar distintas comorbilidades y deben ser reconocidas para el diagnóstico. Algunas de las más frecuentes son los trastornos por déficit de atención TDAH, depresivos, de ansiedad, del espectro autista, de movimientos estereotipados, entre otros. En especial se debe tomar en cuenta el TDAH cuando

la inatención y la hiperactividad son excesivos para la edad mental. Hay mayor probabilidad de incrementar este trastorno en niños con discapacidad intelectual.

2.3.6 Consecuencias en la familia

Orjales y Polaino (2003) dentro de las consecuencias se incluye el impacto en la familia, la presencia en la misma de un hijo con DI suele traer como consecuencia cambios en la vida diaria de la familia, como aumento de gastos, exigencias financieras, cambio en horarios, actividades etc.

Afectando la funcionalidad de los integrantes, Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucky y Cieza (2009) indican que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) explica como funcionalidad al estado o la condición de salud y de su interacción con factores contextuales de una manera apropiada, rompiéndose la funcionalidad en la familia, experimentando los hermanos vergüenza, celos, aislamiento, ira y resentimiento, ocasionando estrés en los padres que incluso puede afectar su relación matrimonial, ya que la situación del hijo desencadena un exceso de presión ya que intentan compensar así las propias ilusiones que se quebraron con el nacimiento del niño con discapacidad, experimentando sentimientos de culpa e inutilidad.

Por su lado, Marín et al (2001) indican que se pueden clasificar dos tipos de consecuencias las primeras las objetivas las cuales son las consecuencias de la responsabilidad de tratar con los síntomas y el comportamiento de los enfermos en el ambiente socio familiar, y la carga subjetivos se refiere a las consecuencias psicológicas para los familiares.

2.3.7 Abordaje psicoterapéutico.

Behrman, Kliegman y Jenson (2009) refieren que la discapacidad intelectual no es tratable, pero con una detección temprana se pueden mejorar problemas asociados. En el DI se relacionan

problemas de comportamiento desafiante y es probable que los hogares se alejen, que los pacientes tengan menos esperanzas de tener trabajo e integración social. Es importante considerar si es inadecuado para la edad mental de niño, más que si es propio de la edad cronológica.

La medicación no es funcional para tratar los síntomas nucleares de la discapacidad intelectual, aun no se ha encontrado ningún medicamento que mejore el funcionamiento intelectual. Sin embargo, la medicación puede mejorar los trastornos conductuales y psiquiátricos asociados. Dentro del plan de tratamiento se debe incluir:

Cuidados y tratamiento de apoyo: los niños con discapacidad intelectual necesitan tener asistencia médica de un pediatra, para que apoye con psicoeducación y facilite la información a los padres, en este caso el profesional debe incluir la prevención, el diagnóstico precoz, la detección de deficiencias asociadas, el tratamiento interdisciplinar, la provisión de asistencia primaria, el apoyo al niño y la familia. Se deben abarcar diversos aspectos en los niños con discapacidad intelectual tales como, la salud, educación, actividades recreativas y sociales, apoyo psicológico al niño y familiares.

Tratamiento interdisciplinar: para diagnosticar la discapacidad intelectual y coordinar el tratamiento el pediatra debe consultar con varios profesionales de otras disciplinas tales como psicología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, audiología, nutrición, enfermería, asistencia social, y otras especialidades médicas como neurología, genética, psicología, psiquiatría y especialidades quirúrgicas. Además, es importante la comunicación con el área educativa.

Reevaluación periódica: constantemente se debe evaluar al paciente y modificar los objetivos de la planificación para ajustar a las prioridades, debido a que las habilidades y necesidades familiares cambian conforme pasa el tiempo, además el niño va creciendo. Esta evaluación se debe realizar aproximadamente cada seis a doce meses en la primera infancia, también puede realizarse en cualquier momento que el niño no cumpla las expectativas o cambia de contexto a otro.

Servicios educativos: esta es la más significativa en la discapacidad intelectual, debido a la inclusión que tiene en la escuela y a la adaptación a las necesidades educativas especiales, en este caso debe orientar a los puntos débiles y fuertes del niño. El grado de desarrollo, la necesidad de apoyo y los objetivos de independencia son la base para realizar el plan de apoyo familiar Individualizado para niños escolares.

Actividades recreativas y de ocio: se debe fomentar la inclusión en deportes para controlar el peso, desarrollar la coordinación física, mantener el equilibrio cardiovascular y mejorar la imagen corporal, dentro de las actividades sociales es importante los bailes y las excursiones.

Asesoramiento a las familias: en muchos hogares los niños con discapacidad intelectual son aceptados, pero en la mayoría puede haber el riesgo de sufrir depresión parental, en este caso los niños sufren maltrato o descuido de los padres.

Alvarado, Herrera, León, Sosa y Parra (2017) sostienen que el tratamiento debe abarcar diversas intervenciones como médicas, psicologías, educativas y sociales. Intervenciones médicas: abarca el tratamiento de las condiciones médicas asociadas y no asociadas, que pueden necesitar estudios adicionales como de la audición, visión entre otros. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el tratamiento de las condiciones médicas específicas, así como las farmacologías en los problemas psiquiátricos.

Además, se necesita de intervención psicosocial, en esta área abarca la aceptación de la enfermedad, las dificultades de la discapacidad intelectual de manera de aprendizaje y adaptativa. Además, el objetivo terapéutico está orientado a la autosuficiencia en la comunicación, las habilidades de la vida diaria, y socialización. De manera que le permita lograr la inclusión en la comunidad con una mejor calidad de vida, mejorando el lenguaje de expresión, comprensión, escritura, las habilidades interpersonales, juego, tiempo libre, habilidades personales, domésticas y comunitarias.

También se necesita de la intervención social y educativa que incluye la comprensión del impacto que tiene la discapacidad intelectual en el ámbito familiar y comunitario en la que se desarrolla el niño. El objetivo principal es la inserción escolar.

Dentro del abordaje psicológico se encuentran diferentes modelos, pero el tratamiento conductual, se ha demostrado que es efectivo para abordar la discapacidad intelectual, debido a la diversidad de técnicas que se basan en el condicionamiento clásico y operante, pues van dirigidos a los estímulos antecedentes y a las respuestas consecuentes. La intervención se realiza por medio de entrevistas, la observación, la aplicación de escalas y el análisis funcional del paciente, posteriormente se desarrolla un plan terapéutico para modificar las áreas inadaptadas de la conducta para las cuales se pueden utilizar técnicas de reforzamiento positivo o negativo, recompensas, moldear e impulsar las conductas positivas y eliminar las negativas, tener un control de los estímulos, el reforzamiento, la interpretación de papeles.

También es aplicable para la terapia cognitiva conductual que se basa en las teorías sociales y cognitivas, está enfocado en los problemas y trata de identificar, modificar las distorsiones cognitivas, evitar las situaciones angustiantes y practicar una conducta reductora del sufrimiento.

La psicoterapia familiar también es importante porque abarca la causa de los problemas que generan los patrones de interacción familiar que contribuyen a mantener el problema. Dentro del proceso de psicoterapia se derivan dos métodos, el estructural que se basa en desarrollar habilidades que mejoran el funcionamiento familiar, los límites y establece un equilibrio entre la intimidad e independencia, y conductual que se enfoca en las consecuencias conductuales que produce la vida diaria, refuerza los patrones positivos mediante la comunicación y la resolución de problemas.

Siendo importante el diagnóstico precoz e intervención temprana, las adaptaciones curriculares de acceso, y los procesos de transición de vida de una manera apropiada.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La crianza en los niños determina la conducta y tiene relación significativa con la salud mental, el patrón de crianza permisivo específicamente genera problemas de conducta debido a su dinámica de falta de límites, a su vez la discapacidad intelectual es un trastorno del desarrollo que si no enlaza con un apropiado patrón de crianza puede generar mayores dificultades al sujeto que ya padece una discapacidad intelectual. Convirtiéndose en una problemática de interés para el profesional de la psicología, convirtiéndose así en un tema de interés para la investigación.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué impacto provocó el patrón de crianza permisivo en la funcionalidad de un niño con discapacidad intelectual?

3.3 Objetivo general

Establecer el impacto que provoco el patrón de crianza permisivo en la funcionalidad de la discapacidad intelectual del niño.

3.4 Objetivos específicos

- Identificar la discapacidad intelectual en el paciente
- Medir el nivel de discapacidad intelectual
- Comprobar la funcionalidad del paciente en la etapa inicial del proceso terapéutico
- Indicar el patrón de crianza puesto en práctica por los padres
- Corregir el estilo de crianza permisivo de los padres

- Mejorar la relación de padres e hijos

3.5 Alcances y límites

Dentro de los alcances que se obtuvieron en la práctica profesional fue mejorar la funcionalidad del paciente en diversas áreas, corregir el estilo de crianza de los padres, además del compromiso, la puntualidad, la responsabilidad y la colaboración de la familia. También se cumplió con cada sesión del plan terapéutico, llegando a tener dos sesiones de seguimiento.

En las limitaciones se encontraron el espacio reducido de los cubículos, la gama de pruebas psicométricas para discapacidad intelectual es reducida, limitando el abordaje terapéutico con este tipo de pacientes, las clínicas no eran aptas para niños, además los insumos de oficina como ventiladores y reloj se encontraban dañados.

3.6 Metodología

La presente investigación es de carácter cualitativa, la cual Katayama (2014) refiere que la investigación cualitativa consiste en aprender en forma científica una gama de fenómenos sociales, que no pueden ser medidos o contados.

El proceso de psicoterapia se dividió en tres fases, en la primera se atendió al paciente de 10 años de edad en el Centro de Asistencia Social, con problemas de conducta, desadaptación y mala relación con los padres, en la primera sesión se abordó el motivo de consulta con los padres, examen mental, seguido del consentimiento informado y el encuadre diagnóstico, en la segunda sesión se abordó la primera parte de la entrevista recolectando datos sobre el desarrollo del infante, en la tercera sesión se retomó la segunda parte de la entrevista y se concluyó con el genograma, de esta manera se finalizó la recolección de datos del paciente.

La segunda fase del proceso fue la evaluación, la cual se realizó de la cuarta a la décima sesión, en la cuarta sesión se tuvo el primer acercamiento con el paciente, examen mental, además se abordó el motivo de consulta. En la quinta sesión se aplicó el test de dibujo libre y se implementó el juego libre como herramienta diagnóstica, la sexta sesión se aplicó el test proyectivo de la familia y árbol, además se continuó con el juego libre.

En la séptima sesión se continuó con el test de la familia y figura humana, en la octava sesión se aplicó el test psicométrico Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L. En la novena sesión se continuó evaluando al paciente por medio del juego libre y se le aplicó a los padres el test de CONNERS también se envió una carta solicitando a la escuela que enviaran un informe de conducta y llenará el cuestionario de CONNERS para maestros, por último en la décima sesión se aplicó el test de Goodenough y test de Frases Incompletas (Sacks).

La última fase del proceso consta de plan terapéutico que a su vez se dividió en devolución de resultados, presentación del plan terapéutico e implementación del mismo. En la sesión número once se trabajó el árbol de logros con el paciente identificando las fortalezas, metas y valores. En la siguiente sesión se realizó la devolución de resultados a los padres, brindándole los hallazgos encontrados durante el proceso. En la sesión número trece se hizo la presentación del plan terapéutico a los progenitores.

Posteriormente desde la sesión catorce hasta la sesión número veinticinco se trabajaron las doce sesiones que se habían programado del plan terapéutico. En la sesión veintiséis se realizó la conclusión del plan terapéutico con los progenitores y el paciente. Con un lapso de 15 días se realizó la primera sesión de seguimiento trabajando escuela de padres para reforzar los estilos de crianza y en la sesión veintisiete se realizó la última sesión de seguimiento con el paciente, de esa manera se llegó a un total de veintisiete sesiones continuas obteniendo puntualidad y compromiso en cada cita.

En el proceso de evaluación se aplicaron distintas pruebas proyectivas y psicométricas, obteniendo indicadores relevantes en cada prueba que ayudaron a la evaluación del paciente. Las pruebas administradas en esta fase de evaluación se describen a continuación:

La primera prueba proyectiva aplicada fue el Test del dibujo libre, el test evidencia que el paciente de 10 años de edad realizó un dibujo aproximado a la realidad, suele ser muy asertivo y afirmativo, mantiene firme control de su conducta. Está en búsqueda de seguridad, es muy impulsivo y agresivo, con tendencia al retraimiento, muestra preferencias por el pasado, carece de adaptación al presente, es inhibido, dependiente, manifiesta una conducta más emotiva y auto dirigido, está centrado en él mismo, posee energía, fortaleza, entusiasmo y resistencia.

Barros y Bossa (2001) sostienen que el test del dibujo libre fue introducido por Trinca en 1972, el cual evalúa el plano gráfico, expresivo y el nivel de contenido simbólico, con la finalidad de obtener nueva información o como una entrevista diagnóstica o una forma de comunicación entre el paciente y terapeuta.

La segunda prueba proyectiva administrada recibe el nombre de Test de la Familia, muestra que el paciente puede corresponder a las metas en relación al futuro. Sin embargo, tiene pulsiones poderosas, es violento, apático, con deseos de aprobación, inseguro, inestable, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, inmadurez como resultado de retraso evolutivo. Es dinámico con la vida, sensible, imaginativo, espontáneo, logra hacer conexión con lo que lo rodea. Además, es agresivo, expansivo ante las presiones del ambiente, inmaduro, egocéntrico, muestra evasión y resistencia. Admira a la madre, pero desvaloriza al padre y existe una distancia emocional entre él y el papá. Tiene preocupaciones por el rendimiento académico intelectual con medidas compensatorias, hay un posible abuso verbal, es retraído, con necesidades orales, agresión.

Cabezas (2007) sostiene que el test de la familia fue creado por Louis Corman en 1967, con el objetivo de explorar como el niño se integra, se relaciona y las dificultades que muestra con el

sistema familiar. Es una prueba proyectiva gráfica de personalidad que se puede aplicar a niños de los cinco años hasta adultos

La tercera prueba utilizada fue el test del Árbol, evidencia que se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual). Sin embargo, es impaciente, se siente desarraigado, tiene dificultad en el contacto (corteza ruda). Es sociable, muestra dulzura, contacto fuerte. Se desarrolla más al lado izquierdo lo que significa recogimiento, meditación y resolución.

Aiken (2003) sostiene que el test del árbol fue emitido por Karl Koch, con el objetivo de analizar los sentimientos profundos e inconscientes que el sujeto tiene de sí mismo, reflejar la situación momentánea del sujeto. Está dirigido a niños y adultos y se considera que no tiene tiempo límite.

La cuarta prueba aplicada fue el Test de la Figura Humana, refleja que es un niño estable y sereno. Sin embargo, tiene sentimientos de grandiosidad, actitud de ataque, con tendencia a deprimirse, negativista, tiene un fuerte apego o dependencia hacia la madre, evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva, busca altas aspiraciones intelectuales, es hostil, desordenado, arrogante, dudoso, posee una fuerte concentración oral a nivel primitivo, con dependencia oral y necesidades agresivas dirigidas al exterior. Es extrovertido.

Vives (2005) afirma que el test de la figura humana de Karen Machover fue elaborado en 1949 a partir de las investigaciones del test de Goodenough, es un test proyectivo con el objetivo de evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. Se puede aplicar a partir de los siete años, con un máximo de 30 minutos.

La quinta prueba recibe el nombre Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L, consiste en medir el coeficiente intelectual y edad mental, que se divide en diferentes promedios, según los resultados obtenidos posee una inteligencia por debajo de la media y la edad mental

que evidencia es de ocho años con 10 meses que se diferencia por un año con seis meses menor a la edad cronológica.

Kelly (1982) sostiene que el Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L, serie no verbal fue creado por Rudolph Pintner, diseñado para evaluar las funciones mentales independientes del conocimiento de vocablos, los resultados pueden expresarse en términos de edad mental y de coeficiente intelectual. Es aplicable de 7 a 16 años con un tiempo de 55 minutos aproximadamente.

Como sexta prueba administrada se encuentra el Test de Goodenough, la cual consiste en medir el coeficiente intelectual y edad mental, según los resultados obtenidos posee una inteligencia por debajo de la media, obteniendo una edad mental de ocho años con nueve meses, consiguiendo una diferencia de la edad cronológica de un año con diez meses.

Vives (2005) afirma que el test de Goodenough fue creado por Florence Goodenough en 1926, con el objetivo de plasmar la capacidad y edad mental del niño. La valoración del test se obtiene comprobando la presencia o ausencia de ciertos juicios al que se le otorga un punto a cada inciso correcto. Su aplicación es de niños de 4 a 10 años y no tiene tiempo límite para realizarlo.

El Test de Frases incompletas para niños (Sacks) fue la séptima prueba utilizada para detectar las áreas mayores de conflicto siendo: el manejo de emociones, los temores, las culpas, la familia y las relaciones interpersonales, es un niño impulsivo que no controla sus emociones, es sensible, con deseos de ser integrado con sus amigos, tiene dificultad para expresar sus sentimientos, emociones y conductas.

Urbina (1992) sostiene que el test de frases incompletas fue elaborado por Joseph M. Sacks y Sidney Levy, la prueba de niños es aplicable de 8 a 12 años, su tiempo es de 20 a 30 minutos, el objetivo es evaluar la personalidad en relación al área familiar, personal, interpersonal.

Finalmente se aplicó el Cuestionario de Conducta de CONNERS dirigido para padres y maestros, obteniendo un punteo de 11 puntos en el rango de padres y un punteo de 21 en el rango de maestros. Conviene enfatizar que el resultado obtenido en la aplicación a los padres no es confiable pues muestran resistencia al aceptar las conductas de su hijo, sin embargo, en los resultados obtenidos por la maestra de grado evidencia hiperactividad.

Mardomingo (1994) afirma que la Escala de Conducta fue diseñado por Keith Connors en 1969, con el objetivo de evaluar la conducta hiperactiva en niños, tomando de referencia a padres y profesores de grado, el tiempo de administración es de 15 o 20 minutos.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

4.1.1 Datos generales

Nombre: S.H

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 10 de diciembre de 2007

Edad: 10 años

Escolaridad: cuarto primaria

Religión: cristiana evangélica

Dirección: Pueblo Nuevo Viña

Información exclusiva en caso de menores de edad:

Nombre del padre: M.H.

Profesión u oficio: Empresa privada

Nombre de la madre: C.L.

Profesión u oficio: Empresa privada

Referido por: tercera persona

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 17 de febrero del 2018

4.1.2 Motivo de consulta

Los padres del paciente refieren “mi hijo es muy impaciente” SIC.

El paciente de 10 años refiere “no sé porque mis papás me trajeron, no me dijeron nada”. SIC

4.1.3 Historia del problema actual

El paciente llega a la clínica manifestando los siguientes síntomas, es impaciente, se le dificulta esperar por cierto tiempo, dificultad para comprender, a veces cosas sencillas, seguir instrucciones, tiene dificultad en el área de memoria, pensamiento y lógica. Además, evidencia mala relación con los padres debido a la permisividad en el estilo de crianza, es un niño manipulador, convence a la madre a través del llanto, también muestra dependencia en el área académica, pues le ayudan por las tardes a realizar las tareas, eso hace que el paciente no trabaje solo en clases, además es muy impulsivo.

Todas las manifestaciones antes descritas se han evidenciado desde los 5 años, edad en que los padres lo adoptaron. S. ha presentado dificultad en sus relaciones inter personales, es rechazado por sus iguales, por lo que prefiere relacionarse con niños más pequeños que él, muestra dificultad en el área académica, además su prima lo ayuda con las tareas lo que hace que sea más dependiente. Las ganancias que el paciente obtiene a través del comportamiento es la atención de los padres, obtiene lo que desea, lo compensan con cosas materiales y las pérdidas que obtiene es la dependencia, poca tolerancia a la frustración, escaso control de los impulsos y no aprende a ser autosuficiente.

4.1.4 Historia clínica

Personales no patológicos

- Historia prenatal: Se desconocen los datos.
- Nacimiento: La madre biológica del paciente aparentemente de forma voluntaria lo entregó para iniciar un proceso de adopción, debido a que no contaba con las condiciones económicas ni apoyo de familiares para responsabilizarse de su crianza. El caso inició debido a supuestas anomalías en el proceso notarial que fue denunciado. El niño fue trasladado al Hogar Nido del Águila. Sin embargo, esto fue positivo para el niño ya

quellego a un hogar que lo adoptó y proporcionó lo necesario para su desarrollo personal y emocional.

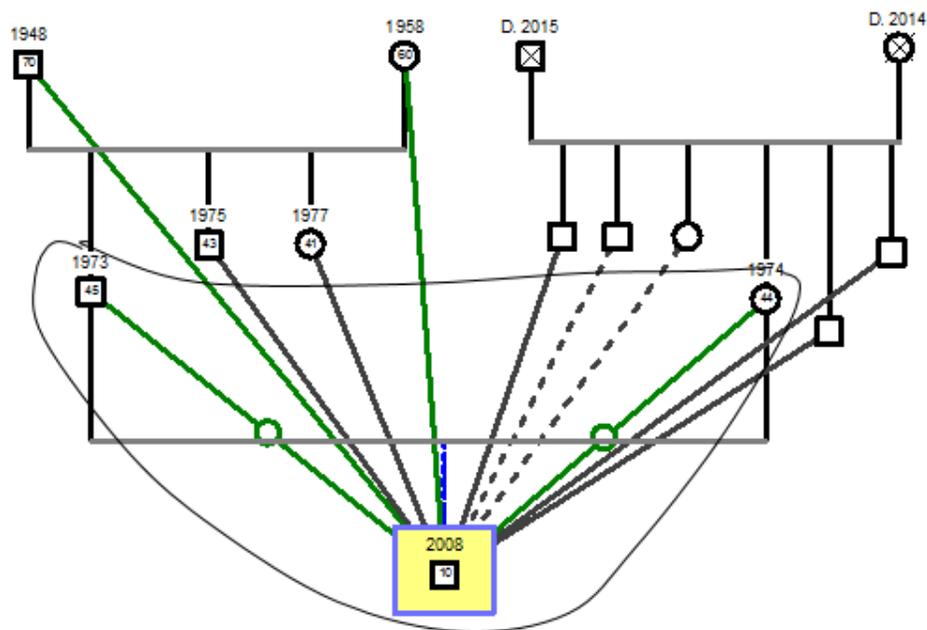
- Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres: Se desconocen
- Evolución de lenguaje: Se desconocen
- Desarrollo escolar: El paciente a los 5 años inició párvulos en la Escuela, luego asistió a otra Escuela por un año, luego regreso a la Escuela inicial donde está actualmente. No tuvo dificultad para adaptarse, no lloró en los primeros días de clases, es muy descuidado con sus cosas personales, entrega tareas porque tiene quien le ayude, no ha perdido ningún grado, no hace deportes por miedo a que se le quiebren sus anteojos, es colaborador. Lo han castigado en la escuela por defender a otras niñas o por malos entendidos y lo han dejado sin recreo.
- Desarrollo social: Es un niño sociable que le gusta participar e involucrase con otros niños, en la escuela lo rechazan y no quieren jugar con él, por ello decide jugar con sus primos de menor edad, pero según los padres los manipula para que jueguen lo que él quiere, les da dulces, los invita y de ese modo ellos terminan accediendo al paciente. Se lleva bien con sus profesores, es un niño agresivo que responde a golpes o empujones cuando lo molestan, según el informe de la maestra.

Personales patológicos

- Historia médica: Neumonía recurrente, se sospechaba asma bronquial o fibrosis quística pulmonar, pero la descartaron en base a los estudios médicos que le realizaron.
- Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: se desconoce

4.1.5 Historia familiar

Imagen No. 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, (2018)

El paciente actualmente vive con los padres quienes refieren que se llevan muy bien. El mayor conflicto se genera con la mamá pues no cumple con los límites y le da todo al paciente porque la manipula a través del llanto, el padre tiene más control sobre la conducta de su hijo pues dialoga con él y cuando es necesario lo castiga prohibiéndole que vea televisión.

El padre trabaja, sale temprano y regresa de noche así que pasa menos tiempo con el paciente que la madre, pues ella despacha una tienda de consumos básicos y está pendiente de su hijo, por las tardes llega una prima de 15 años para ayudarlo en sus tareas, pero según refiere la maestra de grado ha creado una dependencia hacia ella porque en la escuela le cuesta hacer las cosas por sí mismo sin la ayuda de alguien.

La madre C.L. tiene 44 años es ama de casa, el padre M.H. tiene 45 años y trabaja en una empresa de cosméticos, en su matrimonio no pudieron tener hijos porque la esposa no pudo quedar embarazada, así que decidieron adoptar un niño e iniciaron el proceso legalmente. Su estado de salud física es saludable, son de bajos recursos.

El paciente fue adoptado a los 4 años 9 meses, él estaba muy contento de tener una familia estable, para presentarlo formalmente a la familia realizaron una fiesta de bienvenida presentándolo como su hijo. El paciente está consiente que es adoptado y no tiene ningún inconveniente para presentarse a los demás como un miembro de la familia, tiene buena relación con sus primos, pero en especial con E. un niño de 3 años, a él lo trata como su hermano, lo lleva a dormir a su casa y juegan juntos, pero en ocasiones cuando se da cuenta que los padres también lo aceptan pelea con él, es evidente que lo hace por celos.

Se desconoce cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales.

4.1.6 Examen del estado mental

El aspecto general del paciente es apropiado para su edad y ocasión, se observa limpio, con apariencia adecuada, cuando se inició la sesión se mostró curioso y ansioso por los juguetes, al pasar el tiempo fue cooperador, con articulación adecuada, en algunas preguntas mintió, estaba orientado en tiempo y espacio, su actividad motora fue apropiada y en algunas ocasiones se observó agitación leve, pero era por la posición al estar jugando, su humor era adecuado, manifestó crítica hacia la madre. Se considera feliz.

4.1.7 Resultados de las pruebas

Con el fin de abordar eficazmente la condición y problemáticas del paciente se aplicaron diversas pruebas que se utilizaron como apoyo en el plan terapéutico, siendo estas las siguientes

Tabla No. 1
Pruebas Aplicadas

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Técnica Dibujo libre	24/03/2018
Test de la familia	07/04/2018 y 14/04/2018
Test del árbol	07/04/2018
Test la figura humana	14/04/2018
Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L	21/04/2018
Test de Frases incompletas para niños (Sacks)	05/05/2018
Test de Goodenough	05/05/2018
Cuestionario de conducta de CONNERS	12/05/2018

Fuente: elaboración propia, (2018)

Tabla No. 2
Resultado de Pruebas aplicadas

Prueba aplicada	Descripción
Técnica Dibujo libre	El test evidencia que el paciente de 10 años de edad realizó un dibujo aproximado a la realidad, suele ser muy asertivo y afirmativo, mantiene firme control de su conducta, está en búsqueda de seguridad, es muy impulsivo y agresivo, con tendencia al retraimiento, muestra preferencias por el pasado, carece de adaptación al presente, es inhibido, es dependiente, manifiesta una conducta más emotiva y auto dirigido, está centrado en él mismo, posee energía, entusiasmo y resistencia.
Test de la familia	Muestra que el paciente puede corresponder a las metas en relación al futuro. Sin embargo, tiene pulsiones poderosas, es violento, apático, con deseos de aprobación, inseguro, inestable, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, inmadurez como resultado de retraso evolutivo. Es dinámico con la vida, sensible, imaginativo, espontáneo, logra hacer conexión con lo que lo rodea. Además, es agresivo, expansivo ante las presiones del ambiente, inmaduro, egocéntrico, muestra evasión y resistencia. Admira a la madre, pero desvaloriza al padre y existe una distancia emocional entre él y el papá. Tiene preocupaciones por el rendimiento académico intelectual con medidas compensatorias, hay un posible abuso verbal, es retraído, con necesidades orales, agresión.

Test del árbol	Evidencia que se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual). Sin embargo, es impaciente, se siente desarraigado, tiene dificultad en el contacto (corteza ruda). Es sociable, muestra dulzura, contacto fuerte. Se desarrolla más al lado izquierdo lo que significa recogimiento, meditación y resolución.
Test la figura humana	Refleja que es un niño estable y sereno. Sin embargo, tiene sentimientos de grandiosidad, actitud de ataque, con tendencia a deprimirse, negativista, tiene un fuerte apego o dependencia hacia la madre, evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva. Busca altas aspiraciones intelectuales, es hostil, desordenado, arrogante, dudoso, posee una fuerte concentración oral a nivel primitivo, con dependencia oral y necesidades agresivas dirigidas al exterior.

Fuente: elaboración propia, (2018)

Tabla No. 3

Resultado del Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L

Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L	
Edad cronológica	10 años con 4 meses
Edad mental	8 años con 1 mes
Coficiente intelectual	87

Fuente: elaboración propia, (2018)

Se le realizó la prueba de Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L, la cual consiste en medir el coeficiente intelectual y edad mental, que se divide en diferentes promedios, según los resultados obtenidos posee una inteligencia por debajo de la media y la edad mental que evidencia es de ocho años con 10 meses que se diferencia por un año con seis meses menor a la edad cronológica.

Tabla No. 4
Resultados del Test Goodenough

Test Goodenough	
Edad cronológica	10 años con 5 meses
Edad mental	8 años con 9 meses
Coefficiente intelectual	84

Fuente: elaboración propia, (2018)

Se le realizó la prueba de Goodenough, la cual consiste en medir el coeficiente intelectual y edad mental, según los resultados obtenidos posee una inteligencia por debajo de la media, obteniendo una edad mental de ocho años con nueve meses, consiguiendo una diferencia de la edad cronológica de un año con diez meses.

Tabla No. 5
Test de Frases incompletas para niños de Sacks

Indicador	Puntaje
Padre y figura de autoridad	0
Madre	1
Familia actual	2
Relaciones interpersonales	2
Actitud frente a la sexualidad	1
Manejo de emociones	8
Autoconcepto	4
A. Temores	
B. Culpas	4
C. Capacidades y habilidades	1
Vida actual	1
Futuro y metas	1

Fuente: elaboración propia, (2018)

Las áreas mayores de conflicto es el manejo de emociones, los temores, las culpas, la familia y las relaciones interpersonales, es un niño impulsivo que no controla sus emociones, es sensible, con deseos de ser integrado con sus amigos, tiene dificultad para expresar sus sentimientos, emociones y conductas.

Tabla No. 6
Cuestionario de conducta de CONNERS

Aplicación	Punteo
CONNERS para padres	11 puntos
CONNERS para maestros	21 puntos

Fuente: elaboración propia, (2018)

El resultado obtenido en la aplicación a los padres no es de confiar, pues muestran resistencia al aceptar las conductas de su hijo, pero en los resultados obtenidos por la maestra de grado evidencia hiperactividad.

4.1.8 Otros estudios diagnósticos

- Entrevistas con padres de familia
- Informe de conducta de la maestra
- Aplicación de cuestionario de conducta de CONNERS a maestra de grado

4.1.9 Impresión diagnóstica

Al evaluar al paciente mediante pruebas proyectivas, psicométricas, la implementación de la observación y escucha activa durante las sesiones, ha evidenciado que está en búsqueda de seguridad, es muy impulsivo y agresivo, carece de adaptación al presente, es inhibido, dependiente, apático, con deseos de aprobación, inmadurez como resultado de retraso evolutivo.

Es egocéntrico, tiene actitud de ataque, con tendencia a deprimirse, desordenado, arrogante, tiene conflictos con el manejo de emociones, sentimientos y conductas. En la dinámica familiar existe una distancia emocional entre él y el papá, también tiene un fuerte apego o dependencia hacia la madre.

Manifiesta deficiencias de las funciones intelectuales como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, se le dificulta seguir instrucciones, muestra poco entusiasmo al realizar tareas, es muy inquieto. Además, presenta un coeficiente intelectual por debajo de la media y una edad mental de un año con seis meses menor a la edad cronológica por lo que se considera que presenta una discapacidad intelectual leve comórbido con problemas entre padres e hijos.

4.1.10 Diagnóstico según DSM - 5

317 (F70) Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) leve (33)

Comórbido: V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos (715)

En esta categoría el término padre se utiliza para referirse a cualquier cuidador principal del niño, ya sea un progenitor biológico, un padre adoptivo o de acogida, o cualquier otro familiar (como un abuelo) que desempeñe un papel parental para el niño. Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres-hijos o cuando la calidad de la relación padres-hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico. Habitualmente un problema de la relación padres-hijos va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Son ejemplos de problemas conductuales el inadecuado control, supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin la resolución de los problemas. Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo. Los

problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación. Los clínicos han de tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y su contexto cultural.

4.1.11 Conclusiones de la intervención

Para obtener un diagnóstico apropiado se necesita tener diversas habilidades terapéuticas, además contar con herramientas adecuadas para evaluar al paciente tomando en cuenta la edad, también es importante tener un informe de conducta de los maestros de grado para evaluar al paciente en diferentes ámbitos, así como en la entrevista clínica se recolectan datos relevantes desde el embarazo hasta la interacción con sus iguales.

Durante el proceso de psicoterapia se evaluó al paciente de 10 años por medio de la observación, escucha activa y con diferentes pruebas proyectivas y psicométricas llegando a la conclusión que evidencia una discapacidad intelectual leve comórbida con problemas de relación entre padres e hijos.

Los patrones de crianza pueden perjudicar la conducta del paciente, pues se caracterizan por ser caprichosos, con poca tolerancia a la frustración, agresivos, rebeldes, además tienen poco dominio de sus emociones y son más dependientes lo cual hace que el proceso terapéutico no avance y se detenga al no corregir el estilo de crianza inadecuado.

4.1.12 Recomendaciones

Las tareas deben dividirse en períodos cortos de tiempo, con descansos y refuerzos constantes de lo conseguido. Realizar gimnasia cerebral y ejercicio físico

Brindarle al paciente un modo de vida ordenado, organizando sus horarios y estableciendo períodos para el esparcimiento y el ejercicio físico. En momentos de crisis, no dejar llevar una

situación de enfado a su extremo, ni a la manipulación. Calmar la situación y más tarde, cuando haya pasado, reflexionar.

Dedicarle tiempo a compartir con el paciente alguna actividad que le guste. Si son mayores, a hablar de cómo se siente, qué piensa, qué le preocupa, qué quiere. Es su tiempo, exclusivo para él, a jugar o leer, o contar cuentos.

4.1.13 Plan terapéutico

Tomando en cuenta los hallazgos encontrados en base a la entrevista, resultados de pruebas psicométricas, evaluación a padres se determinó el plan terapéutico apropiado para el paciente, considerando la terapia cognitiva conductual asertiva para el caso en mencionado.

Teoría Cognitivo-Conductual, es una fusión de las terapias conductista y las terapias cognitivas, al igual que las terapias conductistas considera que la conducta es aprendida, solo que estas son mediadas por factores cognitivos, es decir, no es una simple asociación estímulo-respuesta, el individuo no reacciona mecánicamente, sino que previo a la emisión de la respuesta, existe un pensamiento que se presenta como producto, muchas veces de las creencias que el individuo va internalizando a lo largo de su vida.

Por su lado, el enfoque cognitivo conductual es el más utilizado y validado empíricamente. Las dificultades psicológicas se constituyen como tales cuando una persona valora su comportamiento o el de otras personas como problemático. Aunque comúnmente se piense que un problema psicológico está “en el interior” de una persona, los problemas psicológicos lo son en la medida en que la persona desempeña comportamientos inadecuados y/o ineficaces con su entorno.

El enfoque cognitivo-conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de

condicionamiento clásico u operante, el lenguaje. Todas las personas desarrollan durante toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales.

El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses, aproximadamente 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla No. 7
Plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Discapacidad intelectual (leve)	Brindar herramientas a los padres en la educación positiva, fomentando la inteligencia emocional y gimnasia cerebral para realizar cambios en la vida diaria.	Psicoeducación (sesión 1). Psicoeducación acerca de la Gimnasia cerebral y ejercicios (sesión 2). Ejercicios de estimulación (sesión 3 y 4).	Dichas técnicas se presentarán en 4 sesiones.	Sesión 1: una caja de cartón, 1 espejo, hojas de papel, lapiceros, computadora. Sesión 2: agua pura, computadora, CD con ejercicios programados, hojas de papel y moldes de origami Sesión 3: figuras de tangram y molde, hojas de papel, lapiceros, agua pura, computadora, figura hormigas de papel Sesión 4: lana, aguja capotera, cartón, tabiches, botones,

				tela, tijera, pompones, pinza, tubos de papel, caja de plástico, hules.
				Sesión 4: calcomanías de estrellas, hojas de papel blancas, 3 rompecabezas, reloj, ruedas de color rojo, amarillo y verde, dibujos de caritas con diferentes emociones, caja de cartón, 3 libros de lectura, 2 jugos y premio sorpresa
	Estimular la concentración, el pensamiento, la solución de problemas y el seguimiento de instrucciones por medio del juego.	Rally de actividades estimulantes (Juego dirigido 1 en sesión 5). Rally de actividades estimulantes (Juego dirigido 2 en sesión 6). Técnica de relajación y control de impulsos (sesión 7). Cine foro película “intensamente” (sesión 8).	Dichas técnicas se presentarán en 4 sesiones.	Sesión 5: plastilina, moldes de plastilina, 25 vasos de duroport, botonetas de colores, 4 vejigas. Sesión 6: globos de colores, cuento de la tortuga, música relajante, computadora, vela aromática. Sesión 7: computadora, palomitas de maíz,

				fresco natural
Problemas entre padres e hijos	Mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor crianza y comunicación para el desarrollo del niño.	<p>Video: “el patito feo” (sesión 9).</p> <p>Picnic familiar (sesión 10).</p> <p>Libro de recuerdos (sesión 11).</p> <p>Escultura familiar y Buzón de sentimientos (sesión 12)</p>	Dichas técnicas se presentarán en 4 sesiones.	<p>Sesión 9: computadora, carta escrita por los padres.</p> <p>Sesión 10: pan de francés, jamón, queso craft, mayonesa, salsa dulce, lechuga, tomate, cebolla, café, servilletas, gorros de chefs</p> <p>Sesión 11: fotografías, poemas, cartas, hojas de papel, tijeras, goma, marcadores de colores</p> <p>Sesión 12: caja para buzón, hojas de papel, lapiceros, plastilina</p>

Fuente: elaboración propia, (2018)

Tabla No. 8
Desglose de objetivos

Objetivo: Brindar herramientas a los padres en la educación positiva, fomentando la inteligencia emocional y gimnasia cerebral para realizar cambios en la vida diaria																																																									
No. Sesiones	Técnicas																																																								
1	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de padres <p>En esta sesión trabajaré con los padres de familia, se les brindará información acerca de la inteligencia emocional y sobre los problemas clínicos del paciente, establecimiento de límites y economía de fichas.</p>																																																								
2	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y gimnasia cerebral <p>En esta sesión van a trabajar padres e hijo, les informaré sobre la gimnasia cerebral y sus beneficios, juntos realizaremos los ejercicios, también realizaremos figuras de origami.</p>																																																								
3	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de estimulación <p>En esta sesión vamos a realizar ejercicios con tangram, luego jugaremos basta, por último, bailaremos la canción “yo sacudía”</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Nombre o Apellido</th> <th>País o Ciudad</th> <th>Animal</th> <th>Color</th> <th>Fruta o Vegetal</th> <th>Cosa</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre o Apellido	País o Ciudad	Animal	Color	Fruta o Vegetal	Cosa	Total																																																	
Nombre o Apellido	País o Ciudad	Animal	Color	Fruta o Vegetal	Cosa	Total																																																			
4	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de estimulación <p>Al inicio de la sesión veremos el video “un consejo de Ronald Mac Donald”, luego trabajaremos motricidad fina por medio de materiales especiales.</p>																																																								



Tarea para casa: se le brindará al paciente material del documento pienso de cuarto para que trabaje en casa.

Objetivo: Estimular la concentración, el pensamiento, la solución de problemas y el seguimiento de instrucciones por medio del juego.

No. Sesiones	Técnicas
5	<ul style="list-style-type: none"> • Rally de actividades estimulantes (Juego dirigido) <p>Para esta sesión trabajaré con el paciente una serie de juegos que lo ayudarán a estimular su aprendizaje.</p> <p>El en primer punto se le brindará 3 rompecabezas que debe formar en tiempo de 5 minutos, al pasar el nivel se le presentará un video donde debe brindar una solución al problema presentado, si logra acertar recibirá una estrella, luego en el siguiente nivel estará el semáforo donde se le explicará sobre las emociones y el nivel de ira, el paciente debe identificar que emociones van en cada color del semáforo. En el siguiente nivel tendrá que elegir 3 papeles donde irán anotadas situaciones incorrectas (p. ej., empujar a un compañero porque lo insulto, quebrar el lápiz porque está enojado, llorar en vez de decir lo que siento).</p> <p>El paciente debe brindar la solución correcta a cada situación, por cada acierto que tenga se le dará una estrella. Por último, se le brindarán 3 opciones de lecturas que debe leer en voz alta y responder a las preguntas que se le harán. En cada actividad acertada el paciente obtiene una estrella y al final del juego se contarán todas las que obtuvo y recibirá un premio.</p>

6	<ul style="list-style-type: none"> • Rally de actividades estimulantes (Juego dirigido 2) <p>En esta sesión trabajaré manualidades por medio de plastilina, donde el paciente debe realizar las figuras que se le presentarán, tratando de hacerlas en un tiempo límite, sin cometer errores.</p> <p>Se le darán diferentes vasos vacíos y una bolsa de botonetas de colores, el paciente deberá separar las botonetas por colores introduciéndolas en los vasos esto lo debe hacer en un minuto si no lo logra estará pierde, luego se le darán 25 vasos de duroport para que el paciente haga una pirámide, el siguiente reto trata de poner los 25 vasos sobre el escritorio y el paciente debe inflar una vejiga y con el aire de la misma debe votar los vasos en un minuto. Cuando termine todos los retos el paciente debe ver cuantos retos gana y debe expresar como se sintió en cada reto.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> • Controlando mis impulsos <p>Por medio de esta técnica voy a trabajar la reflexión sobre las conductas negativas, voy a inflar globos y a escribirle a cada uno emociones negativas (p. ej., ira, agresión, venganza, impulsividad) luego el paciente debe elegir uno por uno y explicar en qué ocasionar ha tenido esas emociones y que exprese la forma correcta de eliminar esas conductas, cuando él conteste de manera adecuada irá explotando los globos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación <p>Para esta técnica le leeré el cuento de la tortuga e iré explicando el proceso que pasa, juntos aprenderemos como relajar los músculos en situaciones que sienta emociones negativas como la ira, el enfado y la cólera (pág. 18).</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> • Cine foro <p>En esta sesión se le mostrará al paciente la película “intensamente” para hacer una reflexión acerca de las emociones y que las relacioné en su vida.</p>

Objetivo: Mejorar la relación paterno-filial mediante una adecuada crianza y comunicación para el desarrollo del niño.

No. Sesiones	Técnicas
9	<ul style="list-style-type: none"> • Video: “el patito feo” <p>En esta sesión se proyectará el video “el patito feo” para que el paciente reflexioné sobre el amor de sus padres y lo valioso que es él, luego tendré una carta de cada padre que con anticipación les pediré, se la daré al paciente para que las lea y exprese sus sentimientos.</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> • Picnic familiar <p>En esta sesión voy a fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijo por medio de la preparación de una torta con jamón y queso, con el fin de involucrar a cada integrante de la familia.</p> <p>Tarea para casa: se le brindará al paciente material del documento pienso de cuarto para que trabaje en casa.</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> • El libro de los recuerdos <p>Para esta sesión voy a solicitar al paciente que lleve fotografías, poemas para los padres, le brindaré un libro para que vaya colocando las fotos y que escriba que es lo que le hizo sentir en su momento, después de recopilar varios recuerdos el paciente deberá escribir una carta a sus padres que debe adjuntar y al llegar a casa tendrá de tarea compartir el libro de recuerdos con sus padres.</p> <p>Tarea para casa: se le brindará al paciente material del documento pienso de cuarto para que trabaje en casa. Tarea para casa: se le brindará al paciente material del documento pienso de cuarto para que trabaje en casa.</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> • Escultura Familiar

	<p>Se trata de poner a la familia a trabajar con plastilina para que cree figuras que representen cada miembro de su familia – mamá, papá, hijo, y cualquier otro familiar cercano o que tenga influencia sobre el paciente. El objetivo no es realizar figuras realistas de cada familiar, sino reflejar, de manera abstracta, la personalidad de esa persona y su rol en la familia. Cuando todas las figuras están completas, las ordenan y forma una escena dependiendo de la relación e interacción entre ellos en la vida real.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El buzón de sentimientos <p>Para esta sesión se involucrará a los padres de familia, la actividad consiste en poner un buzón de sentimientos dónde expresemos cómo nos ha hecho sentir una situación. Esta actividad la deben realizar en casa en cada situación que los haga sentir mal, depositan su nota en el buzón y el fin de semana deben leer todos los mensajes, y así el paciente podrá entender cómo les hizo sentir esa situación en concreto. Por ejemplo: 'Yo me sentí mal cuando no me dejaron jugar con mis amigos'.</p> <p>Tarea para casa: se le brindará al paciente material del documento pienso de cuarto para que trabaje en casa.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia, (2018)

4.2 Análisis de Resultados

La Discapacidad intelectual es definida por la Organización Mundial de la Salud (1992) como un trastorno incompleto o detenido del desarrollo mental, caracterizado por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que contribuyen a nivel global de la inteligencia como las funciones cognoscitivas, lenguaje, motricidad y socialización.

Durante la etapa de evaluación, el paciente manifestaba dificultades en diferentes áreas, tales como el autocuidado, la dependencia, las actividades sociales, además de mostrar problemas

intelectuales debido a la falta de habilidades mentales y por ello los padres le asignaron a una tutora para que le ayudara a realizar las tareas.

Los síntomas de discapacidad intelectual según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) se caracteriza por una deficiencia de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia que producen falta de adaptación de manera que el individuo no alcanza los niveles de independencia personal y de la responsabilidad social en diferentes aspectos de la vida, incluyendo la comunicación, la participación en la sociedad, el funcionamiento escolar.

El paciente de 10 años llegó a la clínica manifestando los siguientes síntomas: en el dominio conceptual deficiencia en el razonamiento, solución de problemas, pensamiento abstracto, aprendizaje académico. En el dominio social poca participación en los grupos de sus iguales, inmadurez, dificultad en la comprensión de la comunicación y seguimiento de instrucciones, poca regulación emocional, manipulación por los demás. En el dominio práctico dificultad en la autonomía y cuidado personal tales como bañarse solo, vestirse, atarse los zapatos.

El Nivel de discapacidad según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) son cuatro especificadores siendo estos: leve, moderado, grave y profundo. La discapacidad intelectual leve, refiere que en niños de edad preescolar no puede haber diferencias conceptuales manifiestas. En el dominio conceptual los niños escolares y adultos muestran dificultades de aprendizaje tales como la lectura, escritura, aritmética, tiempo y dinero, además necesita ayuda en uno o dos campos para desempeñar con las demandas para la edad. En el dominio social el desarrollo es similar, es inmaduro es las relaciones sociales, muestran dificultad en la regulación de las emociones y del comportamiento, en el dominio práctico, el individuo puede funcionar de manera adecuada para el cuidado personal acorde a la edad.

Discapacidad intelectual moderada, en el dominio conceptual las habilidades pueden estar retrasadas notablemente, en el área académica como en la lectura, escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y dinero se desarrollan lentamente y necesitan ayuda en todas las

habilidades escolares, la vida social y laboral. En el dominio social presenta notables diferencias en cuanto al comportamiento social y comunicativo, el juicio social y la capacidad de tomar decisiones son limitados. En el dominio práctico el individuo puede cuidar de sí mismo, pero requieren de un largo período de tiempo para que aprendan a ser autónomos.

Discapacidad intelectual grave, en el dominio conceptual las habilidades están reducidas, tiene poca comprensión del lenguaje escrito, de los números o cantidades, tiempo o dinero. En el dominio social el lenguaje es limitado en cuanto a vocabulario y gramática. En el dominio práctico, el individuo necesita ayuda en todas las actividades de la vida cotidiana tales como comer, vestirse, bañarse, necesita supervisión constantemente.

Discapacidad intelectual profunda, en el dominio conceptual la existencia motoras y sensitivas pueden impedir el uso funcional de objetos. En el dominio social, tienen una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. En el dominio práctico, el individuo depende para todos los aspectos de otras personas incluyendo el cuidado físico, salud y seguridad.

Durante la segunda fase del proceso psicológico se llevó acabo la evaluación utilizando diferentes test psicométricos y proyectivos adecuados a la problemática y edad del paciente, por medio del Test Pintner de Habilidad General Intermedio Forma L, el cual consiste en medir el coeficiente intelectual y edad mental, que se divide en diferentes promedios, según los resultados obtenidos posee una inteligencia por debajo de la media y la edad mental que evidencia es de ocho años con 10 meses que se diferencia por un año con seis meses menor a la edad cronológica, además se confirmó el diagnostico con la aplicación del Test de Goodenough obteniendo resultado similares. Después del análisis de pruebas, escucha activa y observación se llegó a la conclusión que el paciente evidencia una discapacidad intelectual leve.

Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucky y Cieza (2009) indica que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) explica como funcionalidad al estado o la condición de salud y de su interacción con factores contextuales de una manera apropiada.

Cuando el paciente llegó a la clínica manifestaba mala relación con los padres, era manipulador, rebelde, desordenado, agresivo, no tenía control de sus emociones, no era autónomo, pues la madre le ayudaba a bañarse cambiarse, ordenar su habitación y siempre le recordaba lo que debía hacer, mostraba poca tolerancia a la frustración, era muy caprichoso, evidenciaba dependencia hacía la madre y a la tutora de estudios, se le dificultaba realizar solo las tareas escolares, no sabía administrar el dinero, en ocasiones el lenguaje era inadecuado, sus compañeros lo rechazaban cuando quería interactuar con ellos, además cuando algo no le salía bien culpaba a la madre y le reprochaba que ella no era su verdadera mamá. Evidenciando con todo lo anterior poca funcionalidad en las áreas mencionadas.

Según Craig (1994) define los patrones de crianza o estilos de crianza como el aprendizaje que se adquiere de generación en generación por los padres, de ellos se aprenden valores, normas de conducta, reglas, límites, aspectos positivos y nutritivos, así como también aspectos negativos.

Guembe y Goñi (2013) sostiene que los Padres permisivos: en este modelo los padres no se atreven a orientar a sus hijos, no ponen reglas, ni límites, no orientan, ni señalan el camino. Son padres “light” son blandos, sin principios, no exigen nada por temor a que los hijos se contraríen. Papalia, Wendkos y Feldman (2010) sostienen que los progenitores ejercen poco control sobre los hijos, no les demandan y dejan ellos mismos se supervisen. Son padres cálidos, que no controlan. Consultan las decisiones que van a tomar, no aplican normas y cuando lo hacen dan explicaciones de porque lo hacen, además los castigan solo en unas ocasiones.

Durante la entrevista e interacción con los padres del paciente fueron evidenciando la falta de límites y reglas que tenían en el hogar, además no ejercían mucho control de la conducta del paciente, tampoco aplicaban castigos como debían de ser, siempre terminaban cediendo especialmente la madre ante el llanto y la manipulación, evidenciando así un patrón de crianza inapropiada pudiéndose clasificar como permisivo.

Fornos (2001) indica que los patrones de crianza son todas aquellas interacciones que ejercen los progenitores con sus hijos, estos lazos marcan las primeras relaciones de los niños con sus padres,

es importante la sincronía entre las necesidades del hijo y los padres, por eso los patrones de crianza son significativos. Siendo por tanto la acción de criar a un hijo, que ayuda a desarrollarse, es un proceso en el tiempo y espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto.

Guembe y Goñi (2013) señalan que las consecuencias que presenta este estilo educativo es el sufrimiento emocional de los hijos, esto genera que se desarrollen diferentes trastornos de conducta, como agresividad, hiperactividad, rebeldía, rabietas, mentiras, insultos, desorden, esto también depende del temperamento y las situaciones de cada uno.

Después de la entrevista, observación y escucha activa se estableció que la relación entre padres e hijos era inadecuada debido a la falta de límites lo cual generaba en el paciente que fuera agresivo, rebelde, hiciera rabietas y manipulara a los padres en especial a la madre a través del llanto. Posteriormente de la intervención de la psicoeducación se realizaron técnicas para fortalecer la relación entre padres e hijos, lo cual ayudo a la familia a tener comunicación asertiva, a controlar las rabietas del niño, también se establecieron normas y límites claros y realistas, además por medio de un modificador de conducta se logró que el paciente fuera autónomo y responsable.

Conclusiones

Por medio de la aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas se identificó que el paciente de 10 años posee discapacidad intelectual leve, sin embargo, a través técnicas de estimulación, gimnasia cerebral y psicoeducación los síntomas mejoraron.

En base a los resultados cuantitativos y cualitativos de las pruebas psicométricas y proyectivas se llegó a la conclusión que el nivel de discapacidad intelectual que evidencia el paciente es leve manifestando dificultad de aprendizaje en la escritura, aritmética, solución de problemas y dinero, en el dominio social es inmaduro es las relaciones interpersonales, muestran dificultad en la regulación de las emociones y del comportamiento, en el dominio práctico, el pacientemostraba dependencia hacia la madre y tutora de estudios, no se bañaba ni se cambiaba solo.

La funcionalidad del niño al inicio del proceso psicológico era deficiente debido a la dependencia que presentaba hacia la madre y a la tutora que le ayudaba a realizar las tareas escolares, lo cual creaba que el paciente fuera poco funcional en la escuela al momento de trabajar solo, además en el hogar no practicaba la autonomía ya que el patrón de crianza era inapropiado. Por lo tanto, mejorar la funcionalidad fue uno de los objetivos terapéuticos logrados.

Por medio de la entrevista y análisis de pruebas psicométricas se identificó el patrón de crianza permisivo y se implementó como parte del plan terapéutico la corrección del mismo, proporcionando así psicoeducación a los padres con lo que identificaronel patrón de crianza puesto en práctica, en el cual predominaba la permisividad en ambos progenitores.

Después de tener claro los diversos estilos de crianza los padres adoptaron un nuevo patrón tomando en cuenta que la permisividad solo crea que el paciente conductas inapropiadas como ser manipulador, rebelde, que no cumpla con las normas y límites. Evidenciándose al final del proceso cambios significativos en el núcleo familiar.

La intervención psicoterapéutica que se realizó para fortalecer la relación entre padres e hijos favoreció la comunicación asertiva, la aplicación de límites y normas, además se generó apego seguro con ambos padres, por medio de técnicas de abordaje como la escuela de padres, juegos lúdicos y de recreación para la familia.

Recomendaciones

A los padres se sugiere el reforzamiento constante que se aprendió durante el proceso psicológico, por medio de la aplicación de ejercicios de gimnasia cerebral, juegos de estimulación, concentración y solución de problemas, lectura, también reforzar la autonomía, para que no reincidieran los síntomas de la discapacidad intelectual.

Se propone continuar con el proceso psicológico para monitorear el avance del paciente, así mismo realizar pruebas psicométricas una vez al año para comprobar el nivel de discapacidad intelectual, de este modo se realizará un análisis con los resultados obtenidos, para que se le pueda brindar la atención necesaria y aplicar técnicas apropiadas al nivel de discapacidad intelectual.

Es necesario que los padres y maestros sigan promoviendo la autonomía en el paciente, por medio de tareas acorde a su edad que le permita ser funcional en diversas áreas, además incluirlo en tareas de la casa, así mismo que la madre del niño siga manteniendo un patrón adecuado para la crianza lo cual logrará una inclusión en el ámbito escolar, social y práctico.

A los padres del paciente se les recomienda involucrarse en escuelas de padres o programas de educación familiar para optar por una mejor calidad de educación y que al mismo tiempo les permita actualizarse para estar preparados para la siguiente etapa de su hijo, lo cual permitirá una adecuada formación, que le permitirá desarrollarse de una mejor manera.

Se sugiere a los padres mantener las reglas y normas adecuadas a la convivencia familiar, también llegar a un mutuo acuerdo para tomar decisiones que sean correspondientes a su hijo, pues esto beneficiará a toda la familia y evitará que el niño los manipule y vuelvan a retomar el patrón de crianza permisivo.

Es preciso que los padres realicen actividades familiares para seguir fomentando la unión, la comunicación asertiva, comprensión y disciplina familiar, por medio de juegos lúdicos donde todos sean partícipes, además de tener actividades de ocio para fortalecer los vínculos entre padres e hijos.

Referencias

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación. (11ª. ed.)*. México: Pearson Educación.
- Alvarado, M., Herrera, R., León, R., Sosa, M., y Parra, M. (2017). *Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría. (5ª. ed.)*. México: Editorial el Manual Moderno S.A, de C.V.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (5) (5ª. Ed.)* Arlington, V.A.
- Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual AAMR (1992).
- Barros, V., y Bossa, N. (2001). *Evaluación psicopedagógica de 7 a 11 años*. Madrid: Narcea, S.A.
- Black, D., y Andreasen, N. (2015). *Texto Introductorio de Psiquiatría.(1ª. ed.)*. México: Editorial El Manual Moderno S.A de C.V
- Behrman, R., Kliegman, R., y Jenson, H. (2009). *Nelson, Tratado de Pediatría. (17. Ed.)*. Madrid España: Elsevier.
- Bello, G. (2011). *Padres con sentido común*. Estados Unidos: Palibrio
- Cabezas, C. (2007). *Análisis y características del dibujo infantil*. España: Íttakus
- Clarizio, H., y McCoy, G. (1981). *Trastorno de la conducta en el niño*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

- Craig, G. (1994). *Desarrollo psicológico. (6ª. ed.)*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Estévez, E., Jiménez, T., y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: NauLlibres
- Faas, A. (2017). *Psicología del desarrollo de la niñez. (1ª. ed.)*. Argentina: Editorial Brujas.
- Feldman, R. (1995). *Psicología. (2ª. ed.)*. México: Mc Graw Hill.
- Fernández, J., Fernández, M., Geoffrey, R., Stucki, G., y Cieza, A. (2009). *Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)*. Española de la Salud Pública, 83, 6, 2
- Fornos, A. (2001). *Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niño y Adolescente*. Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), 31
- Guembe, P., y Goñi, C. (2013). *Educación sin castigar, qué hacer cuando mi hijo se porta mal. (2ª. Ed.)*. España: Desclée De Brouwer.
- Halgin, R., y Whitbourne, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. (5ª. ed.)*. México: Mc Graw Hill.
- Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa*. Lima, Perú: Fondo Editorial.
- Kelly, W. (1982). *Psicología de la educación. (7ª. ed.)*. Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Luque, D., y Luque, M. (2016). *Discapacidad Intelectual: consideraciones para su intervención psicoeducativa. (1ª. ed.)*. España: Wanceulen Editorial Deportiva. S.L.

- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Marín, J., Ortiz, L., Carulla, L., Martínez, A., Marzal, A., González, L. et al (2001). *Deficiencia mental y familia*. Madrid: Fundación Promi, Universidad Pontificia Comillas.
- Morris, C., y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. (12ª. ed.). México: Pearson Educación.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento CIE (10)*. Madrid: Técnicas Gráficas Forma, S.A.
- Orjales, I., y Polaino, A. (2003). *Impacto y consecuencias psicopatológicas del retraso mental en la familia*. Complutense de Educación, 4 (2) 70-79
- Papalia, D., Wendkos, S., y Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano*. (10. ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Shapiro, L. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. México: Vergara Editor, S.A.
- Urbina, J. (1992). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vives, M. (2005). *Test Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. España: Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Yáñez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Anexos

Anexo No. 1
Tabla de variables

Nombre completo: Belsy Yanira Hernández Camey

Título: “Estudio de caso: patrón de crianza permisivo y su consecuencia en niño de 10 años con discapacidad intelectual, atendido en Centro de Asistencia Social”

Problemática	Variable de estudio (tema a investigar)	Indicadora de la variable (subtemas de la variable de estudio)	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
<p>1. Síntomas de discapacidad intelectual</p> <p>Deficiencia de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.</p> <p>Deficiencias de comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la independiente en múltiples esfuerzos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.</p>	Patrón de crianza permisivo y discapacidad intelectual	1. Síntomas de discapacidad intelectual	¿Qué impacto provocó el patrón de crianza permisivo en la funcionalidad de un niño con discapacidad intelectual?	Establecer el impacto que provocó el patrón de crianza permisivo en la funcionalidad de la discapacidad intelectual del niño.	1. Identificar la Discapacidad intelectual en el paciente
2. Los resultados de las pruebas psicométricas reflejan una discapacidad intelectual leve en el paciente.		2. Nivel de discapacidad			2. Medir el nivel de discapacidad intelectual
3. La funcionalidad del paciente era deficiente debido a la dependencia que presentaba hacia su mamá y prima que le ayudaba a realizar sus tareas, además su razonamiento, solución de problemas y juicio eran escasos.		3. Funcionalidad			3. Comprobar la funcionalidad del paciente en la etapa inicial del proceso terapéutico
4. El patrón de crianza de los padres se resaltaba por la permisividad, pues accedían a las peticiones del niño, los manipulaba por medio del llanto, no tenían normas ni límites y no cumplían con los castigos asignados.		4. Patrón de crianza			4. Indicar el patrón de crianza puesto en práctica por los padres
5. Por medio de la psicoeducación los padres evidenciaron cambios en el patrón de crianza evidenciando comunicación asertiva, establecieron límites realistas y lograron mantener la disciplina. Iniciando y manteniendo la autonomía del paciente.		5. Patrón de Crianza permisivo			5. Corregir el patrón de crianza permisivo de los padres
6. Por medio de la psicoeducación y las técnicas de integración familiar se ayudó a fortalecer el vínculo entre padres e hijos.		6. Relación filial padre e hijo			6. Mejorar la relación de padres e hijos