

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



**Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante  
en una niña de 9 años.**

Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Hellen Carolina Quiché Mendoza

Guatemala, octubre 2013

**Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante  
en una niña de 9 años.**

Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Hellen Carolina Quiché Mendoza (Estudiante)

Licenciada Cristina Rodas (Asesora - Tutora)

Guatemala, octubre 2013

## **AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

**Rector**

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

**Vicerrectora Académica y Secretaria General**

M.A. César Augusto Custodio Cobar

**Vicerrector Administrativo**

## **AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

**Decana**



DICTAMEN  
APROBACION PARA ELABORAR  
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Quiché Mendoza, Hellen Carolina  
Estudiante de la Licenciatura en Psicología  
Clínica y Consejería Social de esta  
Facultad, solicita Autorización para  
realizar Práctica Profesional Dirigida para  
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

  
Licda. Elizabeth Herrera

Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años, Práctica realizada en la Iglesia San Raymundo, presentado por la estudiante: Quiché Mendoza Hellen Carolina, quien se identifica con número de carné 0808630 de la carrera 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.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

*"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años, Práctica realizada en la Iglesia San Raymundo, presentado por la estudiante: Quiché Mendoza Hellen Carolina, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquin

Revisor de Estilo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años, Práctica realizada en la Iglesia San Raymundo, presentado por la estudiante: Quiché Mendoza Hellen Carolina, 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, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas

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

# Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivo General	2
1.3 Objetivos Especificos	2
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1 Trastorno Negativista Desafiante	3
2.2 Tratamiento	7
2.3 Factores Psicosociales	9
2.4 Tipos de apego	9
2.5 Pautas de Crianza	12
Capítulo 3	
Referente Metodológico	
3.1 Descripción de la paciente	13
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Informe Clínico	17
4.2 Discusión de caso	25
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Referencias Bibliográficas	28
Anexos	29

## **Resumen**

A continuación se presenta una sistematización de Práctica siendo parte del proceso final de la Licenciatura en psicología Clínica y consejería Social, de la Universidad Panamericana, que tiene como título “Factores psicosociales en el trastorno negativista desafiante en una niña de 9 años”.

Es importante mencionar que Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-TR, El Trastorno Negativista Desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos 6 meses.

En el capítulo 1 Marco de Referencia, en el cual se incluye el planteamiento del problema y los objetivos.

En el capítulo 2 Marco Teórico; el cual describe el trastorno negativista desafiante síntomas y trastornos asociados, síntomas dependientes edad y sexo, prevalencia, patrón familiar, diagnóstico diferencial, criterios diagnósticos y tratamiento.

En el capítulo 3 Referente Metodológico; en el cual se describe a la paciente y el tipo de investigación que se utilizó, el cual fue estudio de caso; centrándose en la paciente, describiendo su ambiente cultural, social y las circunstancias de la vida presente, pasada y las características de la paciente con el objetivo de llegar a conocer la naturaleza, curso, causas y resultados del trastorno.

## **Introducción**

Factores psicosociales del trastorno negativista desafiante en una niña de 9 años es la problemática central; objeto de estudio que se presenta en este informe.

La participación familiar debe permitir al niño un aprendizaje, afectivo, proporcionando un ambiente enriquecido y afectuoso con experiencias suficientes como para asegurar oportunidades de desarrollo.

El niño es un individuo en proceso de desarrollo y crecimiento desde que nace, es activo y su comportamiento está organizado de manera que siente, y se expresa de diferentes formas de acuerdo a su edad y sus características individuales.

Los factores psicológicos son aspectos determinantes para el logro de los procesos de aprendizaje. Estos incluyen factores de adaptación emocional y constitución de la personalidad.

El negativismo es una actitud que se caracteriza por una fuerte resistencia a las exigencias que proceden de otros, hasta el punto de hacer lo contrario. Siendo necesario trabajar con la aceptación de la realidad, el juego, y con la familia.

No existe un tratamiento exclusivo para el trastorno negativista desafiante pero si una serie de programas de la intervención individual con niños pretende enseñarles habilidades cognitivas para que sean capaces de gestionar sus emociones y afrontar situaciones difíciles. Este entrenamiento puede llevarse a cabo individualmente o utilizando pequeños grupos.

# Capítulo 1

## Referente Teórico

### 1.1 Planteamiento del problema

No resulta extraño encontrar conductas desafiantes o de oposición a lo largo de un ciclo evolutivo “normal” de cualquier niño. En la mayoría de los casos, si no existen factores de riesgo añadidos, la propia educación de los padres y demás agentes socializadores (escuela, iglesia y comunidad) suelen reconducir estas manifestaciones hacia conductas normalizadas. Sin embargo, hay un grupo de niños en los que esta conducta es perseverante en el tiempo y presenta una magnitud o forma que no se corresponde con lo esperado por su edad o cultura. Es entonces, cuando podemos estar delante de un trastorno clínico. En definitiva, siguiendo a algunos autores (Barkley, 1.997.Pp 61-62) “La presencia de conducta desafiante, o agresión social, en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos que el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado.”

La causa precisa del trastorno negativista desafiante no se conoce por el momento, pero se aventuran dos teorías primarias para explicar el desarrollo del trastorno negativista desafiante. Una teoría del desarrollo sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad. Los niños y adolescentes que desarrollan el trastorno negativista desafiante pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego primaria y desarrollar habilidades autónomas. Las malas actitudes características del trastorno negativista desafiante se consideran una continuación de las cuestiones normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida. (Barkley, 1.997)

La teoría del aprendizaje sugiere, sin embargo, que las características negativas del trastorno negativista desafiante son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño que de este modo logra la atención, el

tiempo, la preocupación y la interacción deseados con los padres o personas en posición de autoridad. (Barkley 1997)

Las estadísticas indican que el trastorno negativista desafiante afecta a entre un 10 por ciento y un 15 por ciento de los niños y adolescentes de la población general. El trastorno negativista desafiante es más común en los niños que en las niñas.

Por lo cual surge la siguiente Pregunta: ¿Cuales son los factores psicosociales en trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años?

## 1.2 Objetivo general

Determinar los factores psicosociales en el trastorno Negativista Desafiante en una niña de 9 años

## 1.3 Objetivos específicos

Determinar las causas que provocan el trastorno Negativista desafiante en la paciente.

Brindar el tratamiento para el trastorno Negativista desafiante de la paciente.

## Capítulo 2

### Referente Teórico

#### 2.1 Trastorno Negativista Desafiante

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR en adelante). El Trastorno Negativista Desafiante (TND en adelante) es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos 6 meses (Criterio A) y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos cuatro de los siguientes comportamientos: accesos de cólera (Criterio A1), discusiones con adultos (Criterio A2) desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (Criterio A3), llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (Criterio A4), acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (Criterio A5) ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros (Criterio A6), mostrarse iracundo y resentido (Criterio A7) o ser rencoroso o vengativo (Criterio A8).

Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y de nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B) no se establece el diagnóstico si el trastorno de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (Criterio C), o si cumplen criterios de trastorno disocial o del trastorno antisocial de la personalidad (en un sujeto mayor de 18 años).

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las ordenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando ordenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se

manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial). El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

### Síntomas y trastornos asociados

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad del sujeto y de la gravedad del trastorno. Se ha observado que en los varones el trastorno es más prevalente entre quienes, durante los años escolares, tienen temperamentos problemáticos (p. ej., reactividad elevada, dificultad para tranquilizarse) o una gran actividad motora. Durante los años escolares puede haber baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales. Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el niño pongan de manifiesto lo peor de cada uno. El trastorno negativista desafiante es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante. Los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación también tienden a asociarse a este trastorno. (DSM IV-TR)

## Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Puesto que en los niños preescolares y en los adolescentes son muy frecuentes comportamientos negativistas transitorios, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos períodos del desarrollo. El número de síntomas negativistas tiende a incrementarse con la edad. El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes. (DSM IV-TR).

## Prevalencia

Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16 %, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

## Curso

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial. (DSM IV-TR)

## Patrón familiar

El trastorno negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además, algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos

con trastorno negativista, si bien no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado del comportamiento negativista de los niños o su causa. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves. (DSM IV-TR)

### Diagnóstico diferencial

Los comportamientos perturbadores de los sujetos con trastorno negativista desafiante son de una naturaleza menos grave que las de sujetos con trastorno disocial y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades ni un patrón de robos o fraudes. Puesto que todas las características del trastorno negativista desafiante suelen estar presentes en el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno disocial. El trastorno negativista es una característica comúnmente asociada a trastornos del estado de ánimo y a trastornos psicóticos de niños y adolescentes y no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico. Los comportamientos negativistas también pueden distinguirse del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Cuando coexisten ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos. En sujetos con retraso mental sólo se establece un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que la habitualmente observada en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables.

El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse de una incapacidad para seguir normas resultante de una alteración de la comprensión del lenguaje (p. ej., pérdida auditiva, trastorno del lenguaje receptivo-expresivo). El comportamiento negativista es una característica típica de ciertos estadios del desarrollo (p. ej., primera infancia y adolescencia). Sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los comportamientos en cuestión aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, conduciendo a deterioro significativo de la actividad social académica o laboral. La aparición de comportamientos

negativistas en la adolescencia puede deberse al proceso de individualización normal. (DSM IV-TR).

Criterios para el diagnóstico de F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos.
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones.
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
7. A menudo es colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota: considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

## 2.2 Tratamiento

Existen una variedad de enfoques al tratamiento del trastorno negativista desafiante, incluyendo programas de entrenamiento para padres, psicoterapia individual, terapia familiar sistémica, terapia cognitivo conductual y entrenamiento en habilidades sociales.

Pese a que la mayor parte de los estudios publicados, respecto al tratamiento del trastorno que nos ocupa, se han centrado en las técnicas conductuales y/o cognitivo-conductuales, no

disponemos de resultados concluyentes al respecto, si bien, están documentadas mejoras sustanciales respecto a la situación de no tratamiento o placebo.

La dificultad de establecer unas líneas generales de intervención reside en el hecho de que en el origen del problema confluyen, con frecuencia, diferentes factores de riesgo con distinto peso en cada individuo.

Debemos avanzar desde unos principios generales hacia una perspectiva más individualista que nos haga entender las circunstancias especiales, únicas, que generan las respuestas particulares de cada caso.

Los grandes ejes que tenemos que valorar, antes de intervenir, comprenden desde los antecedentes de salud mental de los padres biológicos, los estilos educativos y de relación en el seno de la familia, y la consideración de factores sociales de riesgo pasados y presentes (familias desestructuradas, entornos marginales, abandono o desatención en la infancia). La gravedad y manifestación del trastorno será función directa de la presencia de los diferentes factores de riesgo. Cuantos más elementos se sumen, más difícil será su tratamiento y peor el pronóstico .  
(DSM IV-TR)

Muchas veces, el terapeuta no podrá cambiar algunos de los factores externos que inciden sobre la patología, pero sí puede modificar la forma en que el sujeto los percibe y responde ante ellos, en especial si cuenta con el apoyo de los padres. Desde el enfoque cognitivo-conductual, las estrategias de elección para el tratamiento, incluyen una doble vía:

a) Entrenamiento de padres

b) Intervención con el niño

a) Entrenamiento de padres: Es evidente que los primeros en padecer las consecuencias del trastorno son los propios padres. El malestar que se genera suele ser importante y se consolidan métodos de interacción coercitivos o negativos. No es de extrañar, pues, que parte del tratamiento se dirija a proporcionar recursos a los padres para regular y atenuar toda la sintomatología disruptiva.

El entrenamiento no tan solo comprende la enseñanza de estrategias para controlar las conductas negativas sino también de reforzar las positivas. En definitiva, se trata de aprender a ser más eficientes con el niño desarrollando nuevas habilidades y eliminando los métodos ineficaces. Puede ser necesario también, en algunos casos, proporcionar recursos a los padres para mejorar la vinculación con sus hijos. (Barckey 1.997)

b) Intervención con el niño: La intervención individual con niños pretende enseñarles habilidades cognitivas para que sean capaces de gestionar sus emociones y afrontar situaciones difíciles. Este entrenamiento puede llevarse a cabo individualmente o utilizando pequeños grupos. Los procedimientos utilizados incluyen instrucciones, modelado, representación de papeles, ensayo de la conducta, retroalimentación y refuerzo positivo. También suelen incorporarse estrategias de auto instrucciones verbales y de la solución de problemas. (Barckey 1.997).

## 2.3 Factores Psicosociales

### Apego

El apego se define como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables (Bolwby 1985)

## 2.4 Tipos de Apego

Según Aisworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego:

Apego Seguro: Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre

salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Al mismo tiempo en observaciones naturalistas llevadas a cabo en el hogar de estas familias se encontró que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

**Apego Inseguro-Evitativo:** Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos.

**Apego Inseguro- Ambivalente.** Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la Situación del Extraño. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

## Teoría del Desarrollo según Piaget

Entre los principales aportes de Piaget está haber cambiado el paradigma niño, de un ser que recibe y acumula conocimiento con base a estímulos y refuerzos externos al estilo conductista, a un sujeto activo que construye su conocimiento desde adentro, gracias a la continua exploración del medio que le rodea, a través de los procesos de asimilación y acomodación, que le permiten avanzar hacia esquemas mentales más complejos. Cuando las experiencias de un niño sobre su entorno no encajan en su estructura mental se produce en él una situación de desequilibrio y/o confusión. En un primer plano, se produce una asimilación del estímulo sin que esto constituya un cambio en la estructura mental; pero posteriormente, dentro de un proceso de acomodación, se modifica la estructura para incorporar los nuevos elementos, lográndose así un estado de equilibrio. Por ejemplo: un niño que inicialmente confundía a un pavo con una gallina, pero que posteriormente supo diferenciar ambos animales.

Según Piaget existe un mecanismo por el cual se produce el desarrollo de la inteligencia en el niño, éste posee esquemas mentales que corresponden a su nivel de desarrollo biológico y a su fondo de experiencias adquiridas a través de su interacción con el medio. Uno de los primeros esquemas mentales que desarrolla el bebé de cuatro a ocho meses es el del objeto permanente, esquema que le permite responder, por ejemplo a una pelota, aun cuando ésta no esté a la vista. Piaget concibe a la inteligencia como la capacidad que tiene cada individuo de adaptarse al medio que le rodea, adaptación que requiere del equilibrio entre los mecanismos de acomodación y asimilación.

Según Piaget el desarrollo cognitivo consiste en:

Sensoriomotor del nacimiento a los dos años: el primer contacto con el mundo se realiza a través de los reflejos innatos sensoriomotores. El comportamiento se convierte en voluntario, refinado, integrado y planificado.

Preoperacional de 2 a 7 años: Se amplía la visión del mundo a medida que los conceptos de espacios numero color entre otros. Van desarrollándose. El mundo se recrea en el juego.

Operacional Concreto de 7 a 11 años: se desarrolla la capacidad de ver al mundo desde el punto de vista de los otros. Se desarrolla la capacidad que los procesos pueden invertirse y que los sujetos pueden cambiar de forma conservando la misma cantidad de materia (conservación de la cantidad). Se desarrolla la capacidad de tener en cuenta distintas dimensiones de un problema. Se produce mayor comprensión de las relaciones.

Operacional Formal a partir de los 12 años: aparece el pensamiento lógico verdadero el niño es capaz de abstraer y pensar sobre distintas posibilidades, formar y evaluar hipótesis, deducir e inducir principios.

## 2.5 Pautas de Crianza

Los estilos de crianza se forman en base a dos importantes aspectos. El primero se refiere a la forma y el grado en que los padres responden a las necesidades del niño; el segundo está relacionado con el comportamiento maduro y responsable que los padres esperan de él. Es decir, el estudio también permitió categorizar a los padres como cariñosos o controladores (Simarra 2002).

Los padres que usan la crianza autoritativa, entienden y respetan la individualidad del niño, tiene confianza en sus habilidades y conocimientos para guiarlos como padres, a la vez que respetan las decisiones de sus hijos, sus intereses, opiniones y personalidades. Así, los padres autoritativos establecen lazos emocionales fuertes con sus hijos, lo que a su vez da mayor legitimidad a su estilo de disciplina.

El hecho de mostrar afecto y cariño por los hijos no hace que los padres autoritativos no exijan buenas conductas o que no sean firmes. Por el contrario, estos padres si castigan a sus hijos pero con sanciones limitadas, relacionadas a la falta, solo cuando es necesario y siempre llegando a un consenso previo con sus hijos para que ellos logren entender el porqué del correctivo. Los padres usan la razón y el poder para lograr sus objetivos, convirtiendo a los castigos en algo justo y consistente. (Simarra 2002).

## Capítulo 3

### Referente Metodológico

#### 3.1 Descripción de la Paciente

##### Población

La población de las personas que asisten a la iglesia de San Raymundo son miembros activos que participan a la iglesia la mayoría son de escasos recursos no tienen acceso al proceso terapéutico por dicha situación la iglesia presta sus instalaciones para atender niños, adolescentes y adultos.

##### Sujeto

Luna es una niña de 9 años, es estudiante y es referida por la maestra de escuela dominical porque es muy “agresiva” se le pidió que explicara y respondió que además de golpear y pegar a sus compañeros no respetaba lo que se le decía. La madre la abandona, después que el padre fallece la deja a ella y a su hermana mayor al cuidado de una tía la cual no puede mantener a las dos, regala a Luna a su vecina una señora ya mayor quien vive con su hijo y su nuera.

En la escuela Luna es agresiva con sus compañeros les pega si no hacen las cosas como ella dice, no tiene amigas y a nadie le gusta jugar con ella porque los insulta o golpea. Le contesta a la maestra cuando ella le llama la atención no acata las reglas que hay en el salón de clases les quita dinero y golosinas a sus compañeros y si le dicen que la llevaran a la dirección refiere que no le preocupa que a ella nada le da miedo y menos la directora.

Luna refiere que nadie la entiende ya que su papá se murió la mamá la dejó abandonada la tía escogió quedarse con su hermana y que en la escuela la maestra no la quiere, que sus compañeros son muy chillones y no aguantan nada. Luna vive en un ambiente tranquilo ya que la señora que la cuida le paga estudios y no le pega, refiere que le llama la atención pero que Luna no la escucha y siempre que la regaña ella le contesta es muy agresiva con los nietos de doña Antonia en las oportunidades que tiene las aprovecha para gritarlos y pegarles jalones de pelo.

Luna es la hija más pequeñas de dos hermanas, con su hermana se lleva bien aunque no la ve todos los días. No han tenido noticias de la mamá biológica de Luna ya que la tía refiere que es una mujer de la vida fácil pero Luna desea que algún día regrese su mamá.

## Instrumentos

Para el diagnóstico se utilizaron pruebas proyectivas:

Test de la familia: aporta información sobre la vivencia de las relaciones familiares en la niña. En el dibujo se estudiarán las influencias de los niveles socioculturales de los sujetos, del tamaño de su familia y del puesto relativo entre hermanos.

Test del árbol: Es un test proyectivo de la personalidad profunda a través de sus distintos contenidos se van explorando áreas de la personalidad.

Test de la figura humana: El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del paciente en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

Test de persona bajo la lluvia: La paciente se manifiesta en su acción ella debe hacer el trabajo. De este modo realiza el dibujo con su propio estilo, con su forma de percibir su esquema corporal, deja la huella de su vida interior.

Y algunas láminas de CAT: Un método para el estudio de la personalidad a través de la exploración de la significación dinámica de las diferentes individuales en la percepción de estímulos preestablecidos en los pacientes.

## Examen mental

La paciente tiene una presentación personal higiénica, vestimenta adecuada según su edad. Se comportó colaboradora y amable. Su conducta motora es normal.

Su humor y ánimo se encontraban diferentes según le fuera durante la semana.

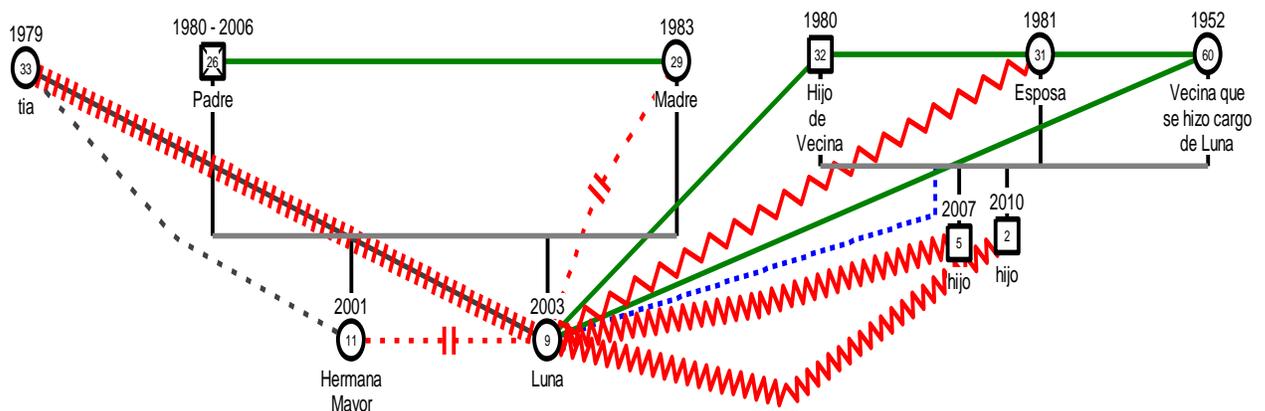
Está bien orientada en tiempo, espacio y persona. Su habla es espontánea, con un volumen alto, ritmo rápido y entonación monótona. Su lenguaje es estereotipado. Debido a su egocentrismo

verbal, no presta atención a instrucciones y se muestra insegura en la ejecución de tareas. Presenta una producción verbal muy alta. Hasta el momento ha manifestado una buena memoria remota, reciente e inmediata.

Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente pero su expresión verbal indica que está molesta por algo. En su conversación habla de ella misma.

El contenido del pensamiento se concentró en que nadie la entiende porque su padre murió y su madre la abandonó. Su afectividad se encontraba desequilibrada. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado.

## Genograma



Hombre □

Mujer ○

Fuente: Elaboración propia

Nota: El padre muere la madre la abandona es separada de su hermana porque una se quedo con la tía y la otra con una conocida doña Antonia una mujer de 60 años que vive con su hijo el cual forma una familia y tienen un hijo. Luna es separada de su hermana mayor aunque con el hijo de la señora Antonia se lleva muy bien le llama papá, la señora Antonia la regaña en pocas ocasiones le llama abuela. Y al hijo de Antonia le llama Papá.

## Estudio de Caso

Se puede definir como “una investigación que mediante los procesos cuantitativo, cualitativo o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría” (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008).

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### 4.1 Informe clínico

##### I Datos Generales

Nombre:	Luna
Edad:	9 años
Nacionalidad:	Guatemalteca
Sexo:	Femenino
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Cristiana Evangélica
Dirección:	lote 3 sector 1 San Raimundo
N/ Refiere:	Maestra de escuela dominical
Miembros de Familia:	6

##### II Motivo de consulta

La maestra de escuela dominical la refiere porque se comporta agresiva con sus compañeros, metió a uno de ellos dentro del bote de basura.

##### III Historia del problema actual

Luna es la hija menor todo inicia cuando el padre fallece en el año dos mil seis la madre se siente muy desesperada ante esa situación y no encuentra la forma de cómo mantener su hogar sin su esposo ya que el era el proveedor del hogar.

La madre decide dar a las dos niñas dos años después que el esposo muere cuando Luna la menor tenía 5 años a una tía la cual se ofreció a cuidarlas ya que le daba tristeza que la madre se la pasara tomando licor descuidando a sus dos hijas la tía solo se hace cargo unos meses porque la madre desaparece sin dejar nada aun cuando dijo que le va enviar dinero para los gastos de sus hijas pero no es así las dejó abandonadas y la señora Sandra no trabaja se sostiene de ventas que hace frente a su casa y no puede mantener a las dos niñas. Al no poderse hacerse cargo se queda ella con la mayor ya que ella que la ayuda en sus ventas y deja a Luna con la señora Antonia una vecina y van a la misma iglesia una señora muy bondadosa la cual vive con su hijo su nuera y sus dos hijos el hijo de la señora Antonia es quien provee para los gastos para Luna.

Al inicio de este año Luna se muestra demasiado agresiva y soluciona todo a través de gritos y golpes se comporta así en el hogar, en la escuela y en la iglesia, ha tenido muchos problemas por ello ya que desafía a los mayores no teniendo temor de regaños o castigos incluso suspensiones por parte de la escuela donde ella estudia, no tiene amigos porque si no hacen lo que ella dice entra en constantes berrinches y resulta pegándole a los compañeros y a los niños de la escuela dominical les da miedo jugar con Luna.

La señora Antonia ha suplicado para que no suspendan a Luna ya que ella refiere que es de gran ayuda la institución donde estudia ya que le dan su refacción y almuerzo y además esta cuidada de ocho de la mañana a cuatro de la tarde.

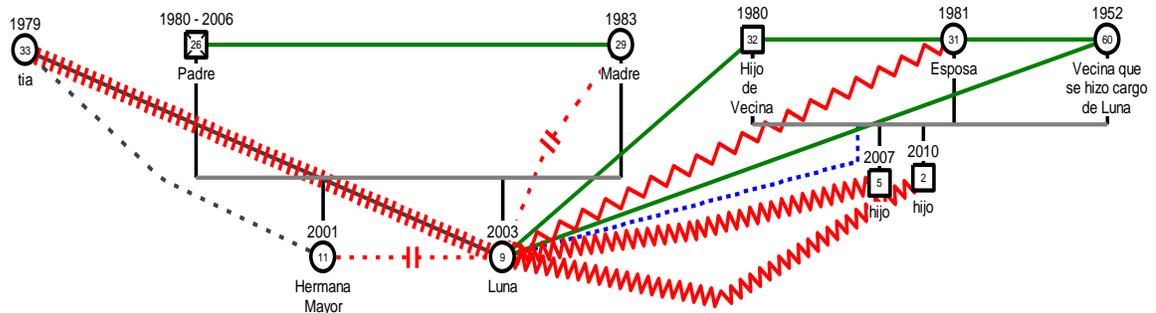
#### IV Antecedentes

Ella es la segunda hija de dos hermanas, el papá murió y la madre biológica las entrega a un familiar refiriendo no tener el dinero ni el deseo para mantenerlas con ella, siente que sin su esposo no es nadie.

Las da a la tía, la cual no se puede hacer cargo de las dos hermanas que a su vez la da a la señora Antonia de 60 años que vive con su hijo el cual mantiene a su familia y aparte da para los gastos de Luna en la forma que el pueda hacerlo ya que su trabajo no le da para tanto.

No tiene muchos amigos ni amigas ya que refiere que son unos chillones que no aguantan nada, los más pequeños le tiene miedo y no les gusta jugar con ella ya que los carga y los mete dentro del bote de basura, les quita sus juguetes y algunas refacciones.

## V. Genograma



Fuente: Elaboración propia

Nota: El padre muere la madre la abandona es separada de su hermana porque una se quedo con la tía y la otra con una conocida, doña Antonia una mujer de 60 años que vive con su hijo el cual forma una familia y tienen un hijo. Luna es separada de su hermana mayor aunque con el hijo de la señora Antonia se lleva muy bien le llama papá la señora Antonia la regaña en pocas ocasiones, le llama abuela. Y al hijo de Antonia le llama Papá.

## VII. Interpretación de Pruebas

### Test de la Familia

- Trazo fuerte: Pulsiones poderosas y violenta.
- Dibujo Grande: Responde de manera agresiva ante las presiones del ambiente.
- Miembro Ausente: Muerte ausencia física/emocional niega una realidad que le produce conflicto.
- Pelo enfatizado: Preocupación por el rendimiento académico.
- Boca grande: Posible abuso verbal.
- Sol: luz sol calor presencia paternal.
- Caminito: separación pleonasma lo que esta a ambos lado del camino

Análisis: Según la prueba la paciente muestra agresividad respondiendo así a la manera que su ambiente lo permite se niega a aceptar la realidad de que la mamá la abandonó asume que también murió y es posible que viva un abuso verbal, por la posición de la hoja es claro que necesita más espacio.

## Test del árbol

- Trazo débil: Debilidad de energía.
- Copa en nudos: Actitud defensiva, ocultamiento, desconfiados y reprimidos.
- Copa Grande: Fantasía vanidad.
- Ramas interrumpidas: Consideración conceder favores a otros.
- Ramas que se engrosan hacia la punta: debilidad violencia.
- Ramas con formas curvas: Inhibición de afectos.
- Suelo Circunscrito: forma de egocentrismo desconfianza separación.
- Suelo al Margen: Infantilidad inmadurez.
- Dibujo Grande: Orgullo vanidad.
- Tronco lado derecho: Dificultad de contacto conflictos en el ambiente.

Análisis: La paciente tiene una actitud defensiva, oculta sus sentimientos se muestra desconfiada hacia cualquier persona y tiene dificultades con el contacto ya que suele ser agresiva.

## Test de la Persona bajo la Lluvia

- Dibujo pequeño: Timidez autodesvaloración, inseguridades sentimientos de inferioridad.
- Línea recta con ondulaciones: Tensión ansiedad.
- Hacia la izquierda : Dirección hacia el pasado, conflictos sin resolver, conflictos con la madre.
- Borrados en el dibujo de forma excesiva: indecisión agresividad descontrol, conflicto.
- Lluvia Torrencial: Mucha presión, situación muy estresante.
- Gotas como lágrimas: Angustia.
- Nubes: Presión, amenaza.
- Objetos a la izquierda de la persona: Indica hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver.
- Objetos sobre la persona: Presiones, restricciones, necesidad de protección.
- Rayos: Presión que sacude al sujeto.

- Paraguas cubriendo adecuadamente a la persona: Capacidad de prever.
- Ojos en V: Agresión.
- Una línea convexa única: Amargura.
- Cuello angosto: Depresión.

Análisis: La paciente ha sufrido por la falta de la madre ya que al padre no le conoció se ve como defensa para ella el de contestar y desafiar la autoridad de los adultos aunque en ella hay rasgos de depresión, amargura y agresividad.

#### Test de la figura humana

- Dibujo en la parte superior: Inseguridad.
- Boca enfatizada: manifiesta ser agresiva verbalmente y tendencia a irritarse fácilmente.
- Ojos pequeños: Problemas de introversión.
- Cuello angosto: Depresión.
- Brazos cortos: falta de ambición con sentimientos de inferioridad con énfasis muscular tiende a ser una persona muy agresiva.
- Pelo sombreado: Indica agresividad.
- Piernas cortas: No sabe tomar sus propias decisiones.
- Línea recta definida pero tosca: Tendencias agresivas.
- Manos sombreadas: Agresividad impulsividad.
- Tronco ancho y gordo: Indica que el mismo se está proyectando.

Análisis: La paciente manifiesta ser agresiva verbalmente para defenderse de quienes la rodean siendo muy impulsiva

#### VIII. Diagnóstico Diferencial

Depresión: Tiene sentimientos de que nadie la quiere y eso le hace llorar cuando se encuentra sola.

Ansiedad: la paciente no sabe cómo actuar en relación a su entorno, todo le causa ansiedad y se desespera con mucha frecuencia sintiendo mucho enojo hacia sus compañeros.

Agresividad: Soluciona todo con gritos y contesta de una forma agresiva a las figuras de autoridad que se le presentan en la escuela casa e iglesia

### Impresión Diagnostica

La paciente presenta un trastorno Negativista Desafiante porque se niega a obedecer órdenes y contesta, se resiste a la autoridad muchas veces hace lo contrario de lo que se le pide discute con los adultos en este caso con la maestra de la escuela dominical, la maestra de la escuela donde estudia, la tía y pocas veces con la abuela, no tiene amigos porque los esta molestando metiéndolos al bote de basura y con algunos inicia pelea de jalones de pelo los araña y les quita la refacción y se refiere a ellos como chillones que no aguantan nada. Según las pruebas aplicadas y el diagnóstico del DSM-IV la paciente presenta Trastorno Negativista Desafiante ya que presenta un comportamiento negativista y hostil y desafiante que tiene como duración seis meses presentando los siguientes aspectos discute con los adultos culpa a los demás, desafía y se niega a cumplir con lo que se le asigna.

### IX. Diagnóstico Multiaxial

Eje I F91.3 Trastorno Negativista Desafiante.

Eje II Z03.2 sin diagnóstico.

Eje III Z03.2 sin diagnóstico.

Eje IV Problemas de relaciones familiares, sociales y en la comunidad donde se desenvuelve.

Eje V EEAG 61-70

## Examen mental

La paciente tiene una presentación personal higiénica, vestimenta adecuada según su edad. Se comportó colaboradora y amable. Su conducta motora es normal.

Su humor y ánimo se encontraban diferentes según le fuera durante la semana.

Está bien orientada en tiempo, espacio y persona. Su habla es espontánea, con un volumen alto, ritmo rápido y entonación monótona. Su lenguaje es estereotipado. Debido a su egocentrismo verbal, no presta atención a instrucciones y se muestra insegura en la ejecución de tareas. Presenta una producción verbal muy alta. Hasta el momento ha manifestado una buena memoria remota, reciente e inmediata.

Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente molesta pero su expresión verbal indica que está molesta por algo. En su conversación habla de ella misma.

El contenido del pensamiento se concentró en que nadie la entiende porque su padre murió y su madre la abandonó. Su afectividad se encontraba desequilibrada. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado.

Recomendaciones para el caso:

- ✓ Darse un número de ordenes al día usar palabras sencillas.
- ✓ Ser amables en el tono que se les solicita.
- ✓ No plantear una orden a modo de pregunta porque podemos obtener un no como respuesta.
- ✓ Cada vez que se da una orden, asegurarse de que se cumple.
- ✓ Supervisar el cumplimiento de las órdenes.
- ✓ Elogiar la conducta bien hecha.

## 4.2 Discusión de caso

El trastorno negativista desafiante presenta un comportamiento negativista y hostil y desafiante. La característica del trastorno negativista desafiante es que el niño o niña que lo padece no tiene respeto a la autoridad y trata de retar a la figura que represente la autoridad en el ámbito donde ésta se desarrolle. Trabajar una paciente con este trastorno es una nueva experiencia, ya que siendo una niña hablaba y se comportaba como una mujer adulta. Al llegar a la primera sesión se comportó muy a la defensiva en una ocasión ella dijo: yo no necesito venir a hablar con usted. En la segunda sesión preguntó que haríamos a lo cual respondí que realizaría un dibujo de una familia, respondió que ella ni una verdadera familia tenía pero lo realizó. En la tercera sesión contó que le pasaba dijo que nadie la quería ni la comprendía entonces ella comprendió que pegar, gritar y faltar al respeto no era la mejor manera, fue muy fácil realizar la entrevista ya que hablaba muy tranquilamente. A media sesión inicio a llorar y me dijo que ella no quería que su papá se muriera y que la mamá la dejara abandonada.

La teoría del desarrollo según Piaget sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad. Los niños y adolescentes que desarrollan el TDN pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego primaria y desarrollar habilidades autónomas.

Las malas actitudes características del TDN se consideran una continuación de las cuestiones normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida. La teoría del aprendizaje sugiere, sin embargo, que las características negativas del TDN son actitudes aprendidas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad.

Así que es de suma importancia que los padres o cuidadores de los niños con este trauma puedan reforzar en forma positiva la conducta ayudando a que la niña pueda ser tolerante ante su entorno social.

## Conclusiones

1. Como se ha visto, el trastorno negativista desafiante no solo afecta a la paciente sino también a sus cuidadores maestros y compañeros.
2. El origen del trastorno negativista desafiante es tanto biológico como psicosocial resaltando que se asocia con patrones de crianza agresivos, rígidos e inconsistentes.
3. Cuando el trastorno negativista desafiante no se atiende se puede convertir en un trastorno mayor como el disocial.
4. El trastorno negativista desafiante es frecuente que se desarrolle en niños de familias que han tenido problemas conyugales o han presentado dicho trastorno.

## **Recomendaciones**

### A la paciente

Aceptar y expresar sentimientos.

Trabajar aceptación.

### A los cuidadores

Cuando desee hacer una llamada de atención sea claro y preciso.

Pida disculpas si es necesario (no crea que perderá su autoridad).

### A los maestros

Comprométase a trabajar en equipo con los cuidadores de la niña.

Ser creativos e imaginativos para que el desarrollo de clases sea amenas y estimulante.

Tener disposición de ayudar

## Referencias Bibliográficas

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. (3ª. Ed.) Madrid: Prentice Hall

Caballo, V.E. y Simon, M.A. (2002). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente*. Trastornos específicos. Madrid: Pirámide.

Gallego, J. (2002). *Enseñar con estrategias desarrollo de habilidades en el aprendizaje escolar*. Madrid: Pirámide.

Pérez, J. y Brito, A.G. (2004). *Manual de atención temprana*. Madrid: Pirámide.  
Serfontein, G. (1998). *La limitación oculta*. México: Diana.

Satir, Virginia (1998). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. Editorial PAX, sexta edición, México.

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2009). *Desarrollo Humano*. México: McGrawHill

López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Barkley, R.A. (1997) *Niños desafiantes. Materiales de Evaluación y Folletos para padres*. London: Guildford Press.

Bowlby J (1995). *Maternal Care and Mental Health*. The master work series (2ª ed. edición). Northvale, NJ; London: Jason Aronso. {Geneva, World Health Organization, Monograph series no. 3}.

Hernández Sampieri. (2008) *de la Investigación*. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F.

Simarra, J. (2002). *Socialización y prácticas de crianza en Colombia- 1992/2002: Estado del conocimiento y recomendaciones para la política pública de infancia y familia*. Bogotá: UNICEF.

## **Anexos**

## **Actividad del Bullying**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Promover autonomía en la emisión de juicios sobre situaciones de la vida cotidiana y sus consecuencias en la personalidad de sus hijos.

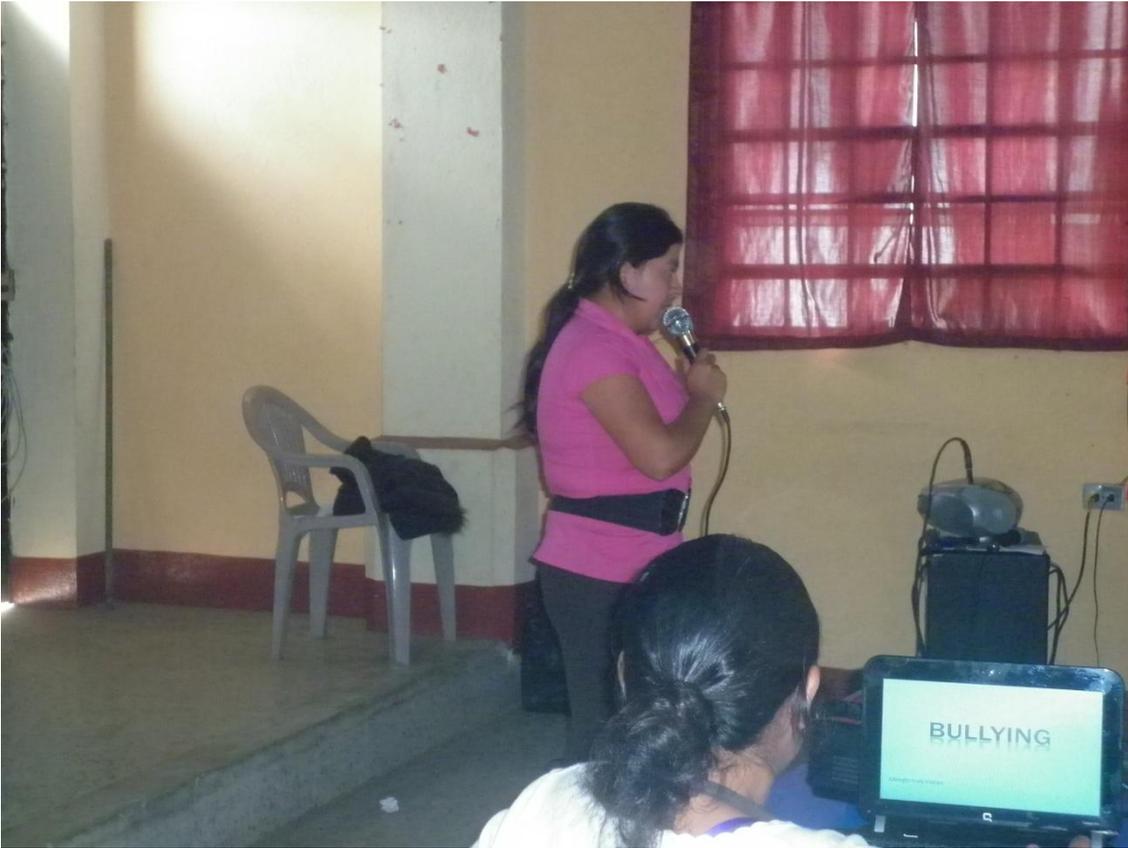
### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar la relación que tienen con sus hijos
- Promover acciones para evitar el triangulo del bullying
- Aplicar el dialogo como medio eficiente de comunicación y solución de conflictos.
- Describir la forma de actuar frente a situaciones de conflictos
- Explicar el impacto que causa el bullying en la autoestima de cada individuo.
- Fomentar y fortalecer los valores familiares

### **ACTIVIDADES:**

- Charla con padres de familia
- Preguntas y respuestas
- Enumeración de causas y consecuencias del maltrato familiar
- Opiniones de los padres de familia







**PLANIFICACIÓN DE TALLERES**

**TEMA:** Como Disciplinar a los hijos  
**No. DE SESIONES:** 1 sesiones de 2 horas  
**ESTUDIANTES RESPONSABLES:** Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Surely, Quiché Mendoza Hellen Carolina  
**OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:** Producir una patrón específico de comportamiento en los hijos  
**DIRIGIDO A:** Adultos (padres y madres de familia)

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Establecer reglas y límites para los hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lluvias de Ideas</li> <li>✓ Charla dirigida</li> </ul>	Se realizo una presentación donde se explico el concepto de disciplina, el objetivo de disciplinar , algunas maneras de disciplinar lo importante de establecer limites y como educar y orientar a los hijos de manera eficaz	Se utilizo una presentación con cañonera	2 horas a padres	Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Surely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
Educar con estrategias adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dinamica</li> </ul>				
Aprender a distinguir entre comportamiento normal irresponsabilidad y desafio					

V.o.Bo.   
 Montyca Hernández de González  
 Pastora Igelsia San Raymundo

**PLANIFICACIÓN DE TALLERES**

**TEMA:** El Bullying  
**No. DE SESIONES:** 2 sesiones de 2 horas  
**ESTUDIANTES RESPONSABLES:** Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina  
**OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:** Determinar las causas que conllevan al Acoso Escolar  
**DIRIGIDO A:** Adultos niños y adolescentes

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
<b>Clasificar los tipos de Bullying</b>  <b>Prevenir el acoso escolar</b>  <b>Estrategias para detectar el Bullying</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lluvias de Ideas</li> <li>➤ Charla dirigida</li> <li>➤ Dinamica</li> <li>➤ Video clip</li> </ul>	Se realizo una presentación donde se explica que significa la palabra Bullyn Lo que es el agresor y la victima. Cuando se esta en presencia del Bullying Tipos de Bullying en el que se encuentran verbal emocional fisico. El triangulo del bullying Consecuencias del Bullying Consejos practicos	Se utilizo una presentación con cañonera Se pasaron video clip con victimas y victimarios del bullying	2 horas a padres 2 horas niños y adolescentes	Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina

Vo.Bo.



Mónica Hernández de González  
 Pastora Iglesia San Raymundo