

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



**“Estudio de caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con
alteración de la conducta relacionada con inestabilidad en el hogar, atendido
en el Centro de Asistencia Social -CAS-”
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)**

Madeline Criseyda Love Sánchez

Guatemala, agosto 2018

“Estudio de caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con alteración de la conducta relacionada con inestabilidad en el hogar, atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-”

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Madeline Criseyda Love Sánchez

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesor)

Licda: Glendy Jeanette Pérez Nisthal (Revisor)

Guatemala, agosto 2018

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
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

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

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con alteración de la conducta relacionado con inestabilidad en el hogar, atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-”. Presentada por la estudiante: Madeline Criseyda Love Sánchez, 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.



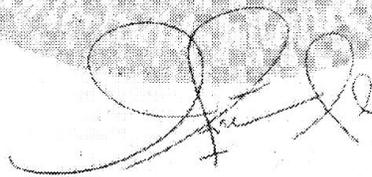
Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic
Psicóloga Clínica
Colegiado 7192

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala doce de junio de 2018.

En virtud de que la Sistematización de Práctica profesional dirigida con el tema: "Estudio de caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con alteración de la conducta relacionado con inestabilidad en el hogar, atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-". Presentada por la estudiante: Madeline Criseyda Love Sánchez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Conserjería 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. Glendy J. Pérez Nisthal
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de Agosto del 2018 -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de Caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con alteración de la conducta relacionada con inestabilidad en el hogar, atendido en el Centro Asistencia Social -CAS-", presentado por el (la) estudiante Madeline Criseyda Love Sánchez, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Díctamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD
DECANO
HUMANIDADES
DE GUATEMALA

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

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

Contenido

Resumen		i
Introducción		ii
Capítulo 1 Marco de Referencia		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	2
1.3	Ubicación	2
1.4	Organización	3
1.5	Organigrama	4
1.6	Visión	5
1.7	Misión	5
1.8	Programas establecidos	5
1.9	Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico		
2.1	Trastorno de adaptación con alteración de la conducta	7
2.1.1	Causas	7
2.1.2	Principales síntomas	9
2.1.3	Consecuencias sociales	10
2.1.4	Consecuencias psicológicas	10
2.1.5	Abordaje terapéutico	11
2.2	Conducta	14
2.2.1	Tipos de conducta	15
2.2.2	Conducta desadaptada	16
2.2.3	Manejo y expresión de emociones	17
2.3	Dinámica familiar	17
2.3.1	Familia disfuncional	18
2.3.2	Causas y consecuencias	19

Capítulo 3	Marco Metodológico	
3.1	Planteamiento del problema	20
3.2	Pregunta de investigación	20
3.3	Objetivo General	20
3.4	Objetivos Específicos	21
3.5	Alcances y límites	21
3.5.1	Alcances	21
3.5.2	Límites	21
3.6	Metodología	22
Capítulo 4	Presentación de Resultados	
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	25
4.2	Análisis de Resultados	45
	Conclusiones	50
	Recomendaciones	51
	Referencias	52
	Anexos	56
	Lista de imágenes	
Imagen No. 1	Ubicación del centro	2
Imagen No. 2	Organigrama del centro	4
Imagen No. 3	Genograma del paciente	30
	Lista de Tablas	
Tabla No. 1	Pruebas e instrumentos aplicados	32
Tabla No. 2	Interpretación de pruebas	33
Tabla No. 3	Escala de Connors para profesores	35
Tabla No. 4	Escala de Connors para cuidadores	37
Tabla No. 5	Presentación de Plan Terapéutico	44
Tabla No. 6	Tabla de variables	56

Resumen

En el presente documento se analiza 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, la que se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social, ubicado en la 7ª. Avenida 3-17 zona 9, edificio Buonafina, 3er. Nivel, Ciudad de Guatemala, con un tiempo de duración aproximado de diez meses, de enero a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, se presenta el Marco de Referencia que reúne toda la información sobre el centro de práctica, sus antecedentes, ubicación, visión, misión y los programas establecidos con los que colabora con la población que asiste, finalmente se incluye la justificación de esta investigación.

El capítulo 2, se ubica Marco Teórico, pilar fundamental de esta investigación, describe las bases teóricas que avalan la temática planteada la cual está relacionada con el Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta y su relación con la Dinámica familiar,

En el capítulo 3, se encuentra el Marco Metodológico que incluye el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, metodología utilizada en el caso, realizada mediante un estudio cualitativo-descriptivo. Finalmente se explica el procedimiento llevado a cabo en el proceso psicodiagnóstico.

El capítulo 4, Presentación de resultados, muestra la sistematización del estudio de caso, evidenciando todos los datos significativos de la historia del paciente, finalizando con el análisis de resultados, conclusiones, recomendaciones y tabla de variables.

Introducción

El Trastorno de adaptación con alteración de la conducta es la variación emocional o comportamental ante un evento estresante en la vida de una persona, quien se siente inadaptada por el cambio en su entorno. Es un cambio de comportamiento abrupto que afecta el rendimiento de la persona en el lugar donde se desarrolle.

La conducta es el conjunto de reacciones observables, que una persona manifiesta en su diario vivir. También se define como un grupo de respuestas que son relevantes para el ser humano, pues integra las tensiones que tienden a amenazar la unidad y equilibrio del organismo. La conducta es compleja, se manifiesta de acuerdo con el aprendizaje y experiencia que cada individuo posee.

La familia es más que un grupo de personas, es un equipo que tiene sus propias metas y aspiraciones, en la dinámica familiar se definen aspectos como la movilidad que tienen los integrantes de la familia, en la que interactúan unos con otros, definiendo interdependientes dimensiones que abarcan desde las normativas hasta el uso de tiempo libre.

De acuerdo con la dinámica familiar, así son las consecuencias que de ella se deriven. Una dinámica familiar inapropiada crea conflictos y afecta psicológicamente a los miembros de la familia. Los cambios repentinos e inapropiados en la dinámica familiar pueden ser causantes de patologías como el Trastorno de adaptación con alteración de la conducta, manifestado por conductas desadaptadas en casa y escuela.

El desarrollo del estudio de caso derivó la pregunta de investigación, la que llevó a la búsqueda de información sobre el impacto que tiene la dinámica familiar para el desarrollo del Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta en el paciente.

El trabajo de práctica profesional dirigida se elaboró con un niño, quien manifestaba conductas agresivas en casa y escuela, causadas en gran manera por la dinámica familiar. En el proceso

psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación, entrevistas, examen mental, aplicación de pruebas psicológicas apropiadas para el caso, con las cuáles se realizó un diagnóstico y se efectuó un abordaje terapéutico apropiado para el paciente para mejorar su salud mental, calidad de vida y funcionalidad.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social -CAS- nació en abril del año 2015, a raíz de una necesidad en la sociedad: una atención profesional a la salud mental, con accesible precio. Además, como parte de la responsabilidad que la Universidad Panamericana tiene de proyectarse en su entorno, se busca cumplir con el propósito de impactar a través de un servicio responsable y de alto nivel, proveyendo un espacio seguro y viable de expresión y reestructuración de la salud mental.

Como toda institución, el Centro de Asistencia Social ha ido creciendo a lo largo del tiempo. Son tres años desde su fundación, en el que se ha dejado ver el interés por la población guatemalteca en proveer un servicio de atención a la salud mental a un costo módico, y a la población estudiantil de la Universidad Panamericana para que continúe desarrollándose profesionalmente.

En el año 2015 CAS Inició con ocho practicantes, y un aproximado de 100 pacientes atendidos durante ocho meses que fue lo que duró la práctica en ese entonces. En el año 2016 se incrementó la cantidad de practicantes, ascendiendo a un aproximado de 46 estudiantes de las carreras de Psicología Clínica y Consejería Social y Educación, atendiendo un aproximado de 500 pacientes durante los diez meses en que se llevó a cabo la práctica profesional dirigida. El presente año 2017, subió el número de practicantes a 52, de las carreras en mención; quienes atendieron un total de 539 pacientes entre niños, adolescentes y adultos.

El CAS continúa su crecimiento y desarrollo, mejorando en todo aspecto para el apropiado abordaje terapéutico a la población que participa en el proceso y desarrollando profesionales dispuestos a servir al prójimo.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social -CAS-, es un proyecto que permite que los estudiantes de Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social sean parte de una proyección social, encuentran una oportunidad para brindar asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos, sensibilizándose a las necesidades de otros.

El CAS es entonces una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral; incluyendo de forma inmersa la formación académica con la finalidad de incrementar valores y principios en los estudiantes que atienden a los usuarios. Toda la atención y proceso incluye: supervisión directa y personalizada, desarrollo de diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atienden, guardando completa confidencialidad.

1.3 Ubicación

El CAS, se encuentra ubicado en la 7ª. Avenida 3-17 zona 9, Edificio Buonafina, 3er. Nivel.

Imagen No. 1

Ubicación Centro de Asistencia Social



Fuente: Google Maps

1.4 Organización

De manera detallada, el organigrama del Centro de Asistencia Social describe sus funciones de la siguiente manera:

Rectoría: máxima autoridad de la Universidad Panamericana y miembro activo del Consejo Directivo.

Consejo directivo: Atender asuntos importantes respecto a la Universidad, orientación y toma de decisiones en casos específicos, control y supervisión de las decanaturas y escuelas. Control y supervisión de presupuesto de la Universidad.

Decanatura de Facultad de Humanidades y Escuela de Ciencias Psicológicas: autoriza decisiones tomadas en el Centro, asesora respecto a casos específicos cuyo seguimiento no basta por parte de la Coordinación del Centro. Supervisa al centro para que sus funciones se cumplan. Dirige a los catedráticos de la facultad.

Dos Coordinadoras del Centro: supervisa directa y constantemente la ejecución de la práctica en sus diferentes etapas, asesorando respecto a cada uno de los casos tratados. Colabora como coterapeuta en distintas sesiones de terapia, de acuerdo con la necesidad del usuario. Supervisa que el centro cuente con las herramientas y espacio necesario para una excelente atención al usuario. Capacitan a terapeutas practicantes para la correcta ejecución de las sesiones.

Dos secretarias del Centro: agenda cada una de las citas de los usuarios, para tener un orden apropiado en la atención de los mismos. Recibe a los usuarios en el centro. Factura la cuota módica cobrada por sesión a usuarios. Informa oportunamente lo que la coordinación requiere. Vela por el orden y limpieza de los cubículos y áreas principales del centro.

Seguridad del Centro: cuida de la integridad de cada uno de los terapeutas practicantes y los usuarios que son atendidos en el centro. Vela por el orden del lugar. Supervisa horarios de

ingreso y egreso de los usuarios y terapeutas practicantes del centro. Vela por el cuidado del mobiliario, equipo y utilería del centro.

Conserje del Centro: vela por la limpieza y el ornato del centro. Colabora con los terapeutas practicantes en diferentes formas. Supervisa esporádicamente el inventario de la utilería, mobiliario y equipo del centro.

1.5 Organigrama

Imagen No. 2

Organigrama



Fuente: Centro de Asistencia Social, marzo 2017

1.6 Visión

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

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 tiene como principal servicio el apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos. Atiende aproximadamente 400 usuarios al año, quienes se distribuyen en los diferentes horarios. Con un tiempo máximo de 50 minutos por sesión y un aproximado de 50 terapeutas practicantes que atienden a los usuarios. La población máxima son niños y mujeres.

Además, en el presente año se implementó la Escuela para padres, oportunidad de aprendizaje y desarrollo para los padres de los pacientes que asisten a las sesiones, la cual no tiene costo alguno para el asistente. En esa escuela, se toman en cuenta temas relevantes para la familia.

1.9 Justificación de la Investigación

El trabajo de campo se realiza como parte de una proyección social, en la que se busca el bienestar psicológico de los usuarios asistentes al Centro, por medio de un abordaje psicoterapéutico que cumple ese fin. También se lleva a cabo como parte de una formación

profesional que el estudiante requiere, no únicamente en el aspecto teórico, sino también en el aspecto práctico; proceso que permite sensibilizar a los estudiantes para que su servicio a la sociedad se brinde de la mejor manera.

Asimismo, se realiza con el propósito de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en la Universidad Panamericana, en la que como parte del proceso de egreso requiere la Práctica Profesional Dirigida en el último año de la carrera.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta

EL Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V por sus siglas en inglés) (2014), define El Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta como: “desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables” (p.286), dichas respuestas afectan significativamente al individuo y se presentan durante los 3 meses siguientes al inicio del factor estresante.

La respuesta ante cualquier factor sorpresivo puede ser exacerbada, comparada con la forma habitual de reaccionar ante dicho estímulo, deteriorando relaciones, actividades y desempeño normal de la persona en las diferentes áreas de su vida. Sus reacciones son suficientemente severas para entorpecer las actividades diarias, pero no lo suficientemente severas para convertirse en un trastorno mayor como el Trastorno Depresivo Mayor.

2.1.1 Causas

Las causas del trastorno de adaptación son diversas Batlle (2009), en el análisis que realizó del Trastorno de Adaptación, propone que no hay una causa única reconocida que provoque este trastorno; sin embargo, el Trastorno de Adaptación es causado por factores que provocan estrés. Esos factores pueden ser cambios a los que el individuo no se ajusta apropiadamente, por situaciones diversas como el temperamento, la personalidad, el grupo de apoyo, experiencias pasadas, entre otros.

El Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta, puede ser consecuencia directa de un estrés agudo o de una situación traumática. Cada circunstancia negativa o adversa, se toma como un factor primario, pues sin la presencia de este, no se hubiera producido el trastorno.

Batle (2009), propone que los factores estresantes más comunes, se pueden presentar de la siguiente manera:

Factores familiares-sociales

Son los cambios repentinos y factores que provocan estrés, relacionados con el grupo primario de apoyo. Este grupo, varía según la persona, puede ser su núcleo familiar (mamá, papá, esposo, hermano, hijos, entre otros) o un grupo de amigos (de universidad, infancia, colegio, trabajo, entre otros).

Factores familiares-sociales

- Muerte de un ser querido
- El accidente de una persona cercana
- El diagnóstico de enfermedad de algún familiar
- Divorcio de los padres
- Dinámica familiar inestable
- Nacimiento de un hermano - hijo
- Desintegración familiar
- Contraer nupcias
- Ruptura de una relación

Factores ambientales

- Cambio de colegio o universidad
- Cambio de trabajo
- Despido injustificado
- Expulsión del colegio o universidad
- Mudanza

- Discriminación o bullying
- Crianza en instituciones
- Violencia doméstica – intrafamiliar – infantil
- Experiencias personales atemorizantes
- Migración
- Cambios económicos
- Clima laboral inestable

Factores físicos-biológicos

- Abuso sexual
- Discapacidad por accidente
- Pérdida del funcionamiento normal de un órgano
- Enfermedad terminal
- Aborto por causas biológicas
- Adicciones – abstinencia
- Hospitalización por enfermedad grave
- Embarazo
- Pérdida de alguna extremidad por enfermedad
- Diagnóstico médico no esperado

2.1.2 Principales síntomas

El Trastorno de Adaptación varía según la personalidad, condición física y temperamento del individuo. Halgin (2004), propone que la sintomatología puede clasificarse en cuatro grupos principalmente: síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales.

Dentro de los síntomas físicos, algunos individuos desarrollan enfermedades causadas por el estrés. Estas enfermedades varían de acuerdo con el órgano más débil que cada individuo tiene.

Puede ser manifestado con migrañas, problemas estomacales, síntomas respiratorios, insomnio, dolor muscular, alergias, menorragias o amenorrea, elevación de la presión arterial, disminución del funcionamiento del sistema inmunológico, aumento de la actividad hormonal o algún síntoma del que no se conozca su origen.

Gomes, Hernández, Rojas, Santa Cruz y Uribe (2008), mencionan dentro de los principales síntomas del cuadro: “El trastorno suele cursar con síntomas de angustia y depresión a los cuales se suman, algunas veces, emociones no adaptativas como la irritabilidad o sentimientos de desesperanza, así como conductas impulsivas por conflicto interpersonal. Casi siempre se observa una disminución del rendimiento laboral o académico”. (p.379)

2.1.3 Consecuencias sociales

Principalmente, un individuo que ha sido diagnosticado con Trastorno de Adaptación manifiesta malestar subjetivo o un deterioro significativo en sus actividades diarias. Buceta, Bueno y Mas, (2001), sostienen que el individuo padece consecuencias en el ámbito social disminuyendo progresivamente su rendimiento en el trabajo o colegio, dejando ver actitudes de irresponsabilidad. Asimismo, se ven afectados en sus relaciones sociales, tanto en la familia, trabajo y centro de estudios, con actitudes desafiantes, agresivas o aislándose de ellos. Pueden llegar a quedarse solos, por el mismo aislamiento que ellos buscan o por sus conductas inapropiadas que evitan que se les acerquen.

Al padecer alguna enfermedad, o cuando ésta es la causante del trastorno como factor estresante, el individuo inicia conductas desafiantes y desinteresadas ante la enfermedad, como disminuir el cumplimiento de la dosis recomendada de medicamento, o exagerar su estadía en un hospital, o evitar visitar un médico. No se siente satisfecho cualquiera sea su situación, es decir que siempre evadirá su estado real exagerando o minimizando sus síntomas.

2.1.4 Consecuencias psicológicas

El individuo que padece de Trastorno de Adaptación tendrá como consecuencia un estado de ánimo deprimido que puede provocar baja autoestima, sentimientos de inutilidad y en casos extremos deseos de morir (depresión severa).

Buceta, Bueno y Mas, (2001), también proponen que dentro de las consecuencias psicológicas se incluyen, el temor y vergüenza al enfrentar situaciones similares a la que detonó el trastorno, falta de iniciativa para emprender un nuevo reto, pocos deseos de soñar y luchar por lo que se quiere, conformismo.

Puede volverse una persona que se victimiza frente a los demás. O ser una persona perseguidora, atacando a otros de forma intencional y agresiva. Se convierte en alguien irritable y de mal genio, con sentimientos de culpa y apatía.

2.1.5 Abordaje terapéutico

Un concepto central para la terapia cognitiva conductual es el de cognición y conducta. Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto y la conducta es la acción que se realiza luego de la idea. Las cogniciones están adheridas a las actitudes o creencias que el individuo tiene.

Por ello, los procesos cognitivos corresponden al modo de cómo se transforman y procesan los estímulos ambientales, dentro del hogar, colegio y cualquier contexto donde el individuo se desarrolla. “Los enfoques cognitivos de la terapia se han convertido en parte de la corriente principal de la actividad terapéutica, pues eso define el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información (Marzillier, 1980)” (Miller, 1986, p.153), eso incluye la atención y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y

almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas que guían hacia una conducta.

Las técnicas que se adaptan a esta teoría son las siguientes

Psicoeducación

Esta se puede definir como una disciplina fundamental que se dedica a la explicación de las conductas educativas en situaciones institucionales, y hace relación al esquema de la salud y la educación. Esta última, para que permita comprender de forma coherente y estimular las conductas adecuadas. (Gilly, 1980) (Yáñez, 2015, p.31)

Economía de fichas

Jurado (2009), propone que esta es una “técnica para desarrollar conductas incipientes y que a la vez resulta muy útil para disminuir conductas problemáticas”. En ella interviene el reforzamiento positivo y el castigo o reforzamiento negativo. Es muy útil para la modificación de conductas de cualquier comportamiento disruptivo.

Con esta técnica se busca establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas fichas que premian las conductas que se desean establecer. Esas fichas se canjean por reforzadores que se acuerdan con los padres de familia o maestros.

Técnicas de relajación

Estas técnicas se proponen para trabajar la relajación. El término “relajación” según Payne (2002), significa “liberar la tensión y el alargamiento de las fibras musculares, en contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular”. La relajación permite sentir alivio de la tensión o el agotamiento en la persona, y la prepara para afrontar las situaciones de manera calmada.

Terapia de juego

Axline (1974), propone que “el juego es el medio natural de auto expresión que utiliza el niño”, por ende, es una enorme oportunidad para que exprese su sentir y los problemas que afronta mientras juega. Este tipo de terapia puede ser directiva, en la que el terapeuta es quien asume la responsabilidad de guiar al paciente, o bien no directiva, en la que el niño es responsable de indicar qué camino se debe seguir.

Para contextualizar el tratamiento de este trastorno, es importante destacar que las manifestaciones de conducta que se exteriorizan dependen de la integración de las experiencias pasadas y presentes, de las condiciones e interrelaciones, pero están dirigidas hacia la satisfacción de un impulso interno que siempre continúa mientras exista vida.

Los distintos tipos de conducta son manifestaciones de los intentos del yo interno para aproximarse a la realización de su autoconcepto, pero de una forma encubierta. Es aquí donde la terapia de juego hace su aporte, Axline (1974), nuevamente interviene refiriendo que “los niños tienen la oportunidad de adquirir un sentimiento de autoestima y autodirección”, por ello logran un crecimiento de la conciencia de ser independientes y aceptarse a sí mismos, asumiendo responsabilidad consciente de su personalidad.

Entre las técnicas que se adaptan a esta teoría se encuentran

Terapia de juego no directiva

Axline (1974) refiere que esta teoría se basa en una suposición en la que cada persona dentro de sí misma, tiene no únicamente la habilidad de resolver sus propios problemas de una forma efectiva, sino que tiene también un impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más efectiva y satisfactoria que la conducta inmadura. En este tipo de terapia, se permite que los cambios ocurran durante el contacto terapéutico, las velocidades de estos cambios dependen del individuo, acorde a sus actitudes, pensamientos y sentimientos que le

permiten realizar la introspección. En esta se busca que el individuo acepte completamente su Yo sin presión para que cambie, se le da la oportunidad de ser él mismo, de conocerse y de trazar su curso de acción.

Terapia de juego directiva

Contraria a la anterior, en esta terapia es el terapeuta quien guía el proceso, limitando al individuo a expresarse con libertad respecto a lo que siente y la problemática que afronta. Durante esta terapia al paciente se le proponen los planes de acción para que lleve a cabo, y afronte la situación adversa que vive. Axline (1974) refiere que en este tipo de terapia es el terapeuta quien tiene la responsabilidad de guiar, proponer y encaminar al paciente a lo largo, durante y al finalizar el proceso.

2.2 Conducta

Definir el término conducta o comportamiento como su sinónimo, hace referencia a la actividad de una sustancia, cuerpo, átomo, entre otros y las reacciones de éstas. Etimológicamente la palabra conducta es latina y significa conducida o guiada; eso significa que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: es decir, la mente.

Bleger (1998) refiere: “la conducta un conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados”. Él compartía que estos fenómenos observables son guiados por la mente, por lo que se considera que la conducta es una dicotomía cuerpo-mente, pues es en ésta última donde se origina la reacción del cuerpo, el cual es un instrumento de la mente para manifestarse. La conducta es un proceso, algo continuo y por ende manifiesta que lo que precede condiciona lo que sigue.

2.2.1 Tipos de conducta

El ser humano se manifiesta y expresa por medio de determinadas conductas o formas de comportamiento. Lara (2011) propone varios tipos de conducta.

Conducta agresiva

Este tipo de conducta tiene como fin lograr objetivos propios sin tomar en cuenta ni respetar el derecho de los demás.

Conducta pasiva

Caso contrario al tipo de conducta anterior, en ésta, la persona es sumisa y evita reaccionar. Puede quedarse en silencio y aceptar lo que los demás digan aun cuando pasen sobre sus propios derechos.

Conducta asertiva

Es el tipo de conducta que logra un equilibrio entre la pasividad y la agresividad, permitiendo a la persona expresarse de forma que respete sus propios derechos y los de los demás.

Conducta natural

Es aquella en la que el individuo no es influenciado por ninguna persona, y cumple con un estado de equilibrio relacionado con sus actividades de forma común e inconsciente. Esto toma en cuenta las conductas relacionadas a las necesidades fisiológicas. Son inherentes a la condición humana.

Conducta fomentada

En este tipo de conducta el individuo actúa de forma impulsiva, a causa de la presión social o cultural que determinan el ambiente y las funciones que esta persona debe asumir dentro del grupo al que pertenece.

Dependiendo el autor, se definen algunos otros tipos de conducta. Sin embargo, en este apartado se realizará un estudio más profundo respecto al último tipo de conducta que es la conducta inadaptada, definida a continuación.

2.2.2 Conducta desadaptada

Es común escuchar términos como “conducta anormal” o “conducta desadaptada”, sin embargo, no siempre se reconoce el significado y sentido que ese término amerita. Estos términos comprenden una amplia variedad de problemas que van desde problemas que se viven en privado como estar ansioso, hasta tragedias públicas provocadas adrede.

Sarason y Sarason, (2006), proponen que la conducta desadaptada es: “la incapacidad que tienen las personas de modificar su conducta en respuesta de los requerimientos del ambiente en constante cambio” (p.8). Esto es importante pues el ser humano se encuentra en constante alteración de su ambiente y requiere de la adaptación, misma que manejada de una forma asertiva, permite el equilibrio entre lo que se hace y lo que se desea hacer, y por otro lado lo que el grupo social requiere.

La adaptación no es estática, Lara (2011), refiere que cada persona responde a su ambiente y los cambios que en él ocurran. A diferencia de otros seres vivos, el ser humano es capaz de tener éxitos y fracasos de adaptación, que se miden en términos de supervivencia. La forma en que se vive y los sentimientos que se tienen respecto a esa forma de vida, son factores relevantes en la adaptación del ser humano.

A diferencia de la conducta apropiada o “normal”, la desadaptada es una forma de actuar desviada de la media “normal”. Sin embargo, esta situación es compleja, pues no toda la conducta que sea poco común necesariamente es inadaptada. Esta dependerá de la frecuencia y constancia con la que se repita la conducta desviada, y las afecciones significativas al entorno y a sí mismo.

Dos factores importantes que influyen en el desarrollo de conductas desadaptadas son los incrementos de las presiones sobre las personas para obtener éxito académico o profesional; y, las rupturas en los sistemas de apoyo familiar: dinámica familiar.

2.2.3 Manejo y expresión de emociones

Las emociones son propias del ser humano, todas son válidas y es necesario expresarlas para evitar reprimirlas. Esquivel, (2001) “Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación”; una emoción es un impulso que invita a actuar, preparando al organismo para determinada clase de respuesta.

Es importante que las emociones sean controladas por medio de la inteligencia emocional, pues esta aporta un marco para educar la actividad de adaptación social y emocional de las personas. Para expresar las emociones se proponen al paciente para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada, por medio del aprendizaje y experiencias. Esta expresión incluye la comunicación asertiva, y el pensar antes de hablar.

2.3 Dinámica familiar

La familia es reconocida y enseñada desde pequeños, como la base de la sociedad. Se considera “un entorno importante, sino el más importante, para la socialización del individuo” (Maccoby, 1992), (Wicks-Nelson, 1997, p.28). Es uno de los sistemas de interacción más influyentes para las personas. Conocer un paciente, sin tomar en cuenta la dinámica familiar es tener enfrente sólo la punta del iceberg.

Henao y García (2009), refieren que “el entorno familiar es donde, en primera instancia, se establecen prácticas educativas, que se convierten en punto de referencia para niños y niñas”. Este punto de referencia forma una percepción en el individuo y por ello desarrolla su área

emocional. Es allí donde la acción parental se vuelve un pilar importante en la formación de los componentes necesarios para lograr la estabilidad emocional apropiada. Lo que busca controlar la familia es un nivel de socialización y adquisición de responsabilidad.

Minuchin (1974) afirma que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p.86)

2.3.1 Familia disfuncional

La familia es un sistema de constante transformación, es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo de cada uno de sus miembros y las exigencias del contexto donde se desarrollan. No obstante, la familia no es perfecta y en ocasiones tiende a desequilibrarse, desde una perspectiva de normalidad en función de la concepción que se tiene del propio sistema familiar. Existen familias en las que impera la violencia y los abusos, en lugar de las soluciones y el apoyo mutuo. A familias con esas características, es a las que se les llama disfuncionales.

Arias, (2012) refiere que “las familias multiproblemáticas (disfuncionales) son aquellas que en su sistema se destaca la presencia de más de un síntoma problemático que requiere la ayuda externa en la solución de disputas”. Tales conflictos pueden ser provocados por exceso de control, perfeccionismo, culpa y falta de confianza.

Minuchín (2004) indica que: “los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa”, él propone que la proximidad o distancia excesiva pueden ser causa de disfuncionalidad en la familia. Vuelve entonces al tema de la dinámica familiar, pues si esta es asertiva permitirá relaciones sanas entre los miembros de la familia, y por ende una proximidad apropiada que permitirá una interacción sana.

2.3.2 Causas y consecuencias

Son varias las causas que pueden provocar la disfunción familiar. Espinoza (2016), propone se dan crisis situacionales, es decir cambios inesperados en la vida de una persona o de la familia. Estas crisis amenazan la supervivencia del núcleo familiar.

Los cambios abruptos en la familia como la muerte de un familiar, el divorcio, una infidelidad, adopción, accidente trágico, entre otros, pueden causar disfuncionalidad familiar, afectando de forma individual y grupal al núcleo. Los patrones de crianza que tienen los miembros de la familia, pueden ser un causante de repetición de mala dinámica familiar. Por ejemplo, una persona machista, será un medio para desestabilizar la relación dentro de la familia, afectando otros sistemas sociales.

Se presentan varias consecuencias en la familia disfuncional, González-Portillo et al. (2013) proponen que una incorrecta dinámica familiar que permite disfunción dentro de la familia conlleva a que el núcleo familiar genere conductas y comportamientos inadecuados para expresar su afecto y apoyarse en diversas actividades. También la disfuncionalidad de la familia puede provocar disolución de la misma, causada por reglas o límites innecesarios o inapropiados para la relación entre sus miembros.

Agresiones físicas, verbales y psicológicas, puede ser otra consecuencia de la disfuncionalidad de la familia, permitiendo que se exprese erróneamente el sentir y los deseos de alguno de los miembros de la familia, pisoteando los derechos de los demás. Trastornos mentales o enfermedades físicas, pueden ser provocadas también por el estrés y mala dinámica familiar que impide el buen funcionamiento de los miembros de la familia.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Anteriormente, se mencionó que la familia es un sistema de constante transformación, su capacidad de adaptarse a las exigencias de cada uno de los miembros permite que la relación y dinámica funcione de manera apropiada. Caso contrario, una familia en la que impera el abuso, acusaciones en lugar de soluciones, y desinterés del bienestar de los demás miembros, se vuelve una familia disfuncional.

La familia disfuncional provoca afecciones a sus miembros, desde una mala relación, hasta la desintegración del hogar. Estas afecciones son a nivel de sistema; sin embargo, existen otros daños individuales, que pueden afectar de forma emocional, como depresión, ansiedad, adaptación y en algunos casos con algún trastorno mental que afectan la conducta habitual de la persona.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué impacto provocó la inestabilidad en el hogar para el desarrollo del Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta en el paciente?

3.3 Objetivo General

Evaluar el impacto que provocó la inestabilidad en el hogar para el desarrollo del Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta en el paciente.

3.4 Objetivos Específicos

- Medir los principales síntomas que provocan deterioro en el paciente.
- Mostrar las causas de la inestabilidad en el hogar y el impacto que causó en el paciente.
- Probar la efectividad de las medidas terapéuticas específicas para reducir la condición patológica del paciente.
- Establecer las herramientas asertivas para el manejo y expresión adecuada de emociones.

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Durante el proceso realizado se lograron cambios significativos en el paciente, quien, con el empeño y dedicación de los padres y la disposición de él, mostró las modificaciones en su conducta y una mejor adaptación a su nuevo entorno.

Fue posible incrementar los conocimientos y experiencia en el ámbito clínico de la carrera, lo que permitió afianzar lo aprendido para ponerlo en práctica con cada paciente atendido. Se logró una sensibilización ante las problemáticas de los pacientes atendidos, empoderándose cada uno con herramientas y motivación de apoyarles con cada proceso abordado.

El orden y seguimiento a las citas de los pacientes asignados fue un alcance significativo, pues la comunicación entre los practicantes, las secretarías y los pacientes del centro de práctica, permitía que el practicante se preparara apropiadamente para cada sesión.

3.5.2 Límites

Dentro de las limitantes del caso, cabe mencionar que al principio del proceso los padres del paciente tenían riñas que afectaban directamente al paciente, obstaculizando en los avances que tenía en cada sesión.

Un límite en el ámbito general de este proceso fue la falta de pacientes o pacientes inconsistentes durante los primeros seis meses, lo que provocó un retraso comparado con los avances logrados con las demás practicantes. Es importante mencionar que un límite que se tuvo fue el parqueo, pues el edificio del centro de práctica no cuenta con un parqueo y fue necesario utilizar los parquímetros o parqueos públicos a una cuadra del lugar.

La falta de un tiempo específico para almorzar fue otra limitante, pues en ocasiones fue necesario pasar varias horas sin comer y atender al paciente con hambre, factor fisiológico que en ocasiones se volvía un distractor relevante. El tráfico y la distancia fue otra limitante que dificultaba la llegada al centro de práctica, fue necesario extremar el horario de salida de la residencia para estar en el lugar con dos horas de antelación y así evitar llegadas tarde.

3.6 Metodología

Esta investigación se realizó por medio del método de estudio de caso, este método suele emplearse en la investigación de los trastornos de la conducta. Se centra en un individuo, describiendo su contexto, las circunstancias de su vida presente y pasada, y las características de la persona. Wicks-Nelson (2004) propone que “el objetivo es llegar a conocer la naturaleza, curso, causas, correlatos y resultados de los problemas del comportamiento” (p.72). Es un estudio completo y detallado que permite conocer a trasfondo el objeto de investigación.

La ventaja de este tipo de investigación es que tiene un fuerte poder ilustrativo. Puede describir con gran riqueza distintos fenómenos, incluso algunos que son poco frecuentes que resultaría difícil estudiarlos con otro tipo de investigación. Wicks-Nelson (2004) nuevamente se refiere al estudio de caso diciendo que “éste ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo de la psicología y la psiquiatría clínica” (73). Pueden ser utilizados con otros métodos de investigación para tener un panorama más amplio.

El caso de estudio corresponde a un niño de cinco años, quien reside junto a la mamá y la abuela en una casa en la zona 3. El motivo de consulta principal expuesto por la madre del niño fue por

su comportamiento. Dicho cambio en su conducta inició en el mes de febrero, mes en el que, junto a su mamá, fueron echados de la casa donde residían, por parte del abuelo.

Las conductas que se cambiaron fueron notorias en la escuela y en la casa, manifestando agresiones, desobediencia, mentiras y en algunas semanas enuresis nocturna. La madre del paciente manifestó su preocupación al respecto, pues era evidente el cambio en él.

El paciente fue atendido durante veintitrés sesiones, en las que se trabajó por medio de la teoría cognitivo conductual, del cual se tomaron técnicas como economía de fichas, psicoeducación, video terapia, terapia de juego, entre otros. El paciente fue cooperador en cada una de las sesiones, mostrando interés en cambiar.

Pruebas aplicadas para el proceso psicodiagnóstico

Test proyectivos

Surgen de la proyección como mecanismo de defensa. Wicks-Nelson (2004), dice que “el ser humano utiliza la proyección como una de las formas que tiene el yo para tratar con los impulsos inaceptables, en el que se proyecta sobre un objeto exterior” (p.101), en este caso en un dibujo. Los test proyectivos aplicados fue el Test del dibujo libre y el de la familia.

En el test del dibujo libre, la consigna es indicar al paciente que dibuje lo que quiera, con el material que quiera. Puede utilizar temperas, crayones, marcadores, lápiz, entre otros. Luego, utilizando un protocolo de calificación, se analiza el dibujo realizado tomando en cuenta los trazos, la presión y los colores utilizados para interpretar y dar los resultados.

El test de la familia tiene como indicación el solicitar el dibujo de una familia. El paciente inconscientemente elige entre diferentes tipos de familia, siendo las más comunes la real y la ideal. La real se refiere a su familia en la realidad, su mamá, abuela y papá en este caso. La ideal, el dibujo de una familia que él desea tener, esta puede incluir más miembros o incluso mascotas. Basándose en la teoría freudiana clásica, “trata de conocer en cada niño y adolescente el grado de

dependencia, agresividad, rivalidad fraterna, el tipo de relación interpersonal, el mecanismo de defensa utilizado, entre otros”. (Vives, 2005, p.33)

Test de inteligencia

Por último, fue aplicado un test de inteligencia, que también refleja información neurológica del paciente. Heredia (2011) explica que “el test consiste en nueve figuras tradicionales desde la A hasta la 8, la copia realizada por el niño se corrige de acuerdo con un sistema de puntuación de treinta ítems o errores”. Cada error, asigna un punto, de tal manera que la suma total de ítems o errores puntuados corresponde al puntaje obtenido por el examinado en la prueba.

Esta prueba es bastante completa, refleja información sobre la inteligencia, perturbaciones de la conducta y emocionales, madurez, entre otras afecciones que, de ser necesario, se refieren a un neurólogo para mejor interpretación.

Escala de Connors

Este cuestionario consta de datos generales del evaluado, entre tres y diecisiete años, tiene nueve reactivos que ayudan a detectar conductas con altos índices de hiperactividad. Además, sirve para propósitos de detección y evaluación de seguimiento. Lara (2011) la define como un “cuestionario desarrollado para evaluar los cambios de un niño”. Esta es entregada a los padres y la maestra encargada de grado.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre: H.N.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 26-09-2011

Edad: 5 años

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Preprimaria

Institución: Esc. Américas

Profesión: Estudiante

Ocupación y lugar de trabajo: Estudiante

Religión: católica

Dirección: Zona 3 Guatemala

Nombre del padre: J.A.

Lugar de trabajo: No refiere

Nombre de la madre: J.E.

Lugar de trabajo: No refiere

Referido por: C.O.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 30-03-2017

II. Motivo de consulta:

“Agresividad, mala conducta” (SIC)

III. Historia del problema actual

H.N. se ha caracterizado por ser un niño noble y bien portado, sin embargo, en febrero del presente año empezó a manifestar un comportamiento inusual en la escuela donde estudia. La maestra le refirió a la mamá del paciente que H.N. estaba comportándose de forma inapropiada en la escuela. Era agresivo con sus pares y su forma de jugar era brusca. Por ese motivo la maestra empezó a castigarlo dejándolo sin recreo y el último castigo fue suspenderlo por tres días. Esa fue la razón por la que la madre del paciente decidió traerlo a terapia.

Estresores y factores precipitantes

Refiere la señora que ellos vivieron con sus padres (abuelos de H.N.) en la residencia de ellos desde el nacimiento del paciente hasta febrero del presente año. Sin embargo, en ese mes, el papá de la señora los sacó de la casa de una forma agresiva.

Comenta la mamá de H.N. que ella y su papá peleaban constantemente; recuerda que su papá fue agresivo con ella y sus hermanas. La última discusión que tuvieron fue la que provocó que él los sacara de la casa.

Explica la señora que H.N. ha sido un niño bastante activo y social. Goza de jugar con sus primos (11 y 2 años respectivamente) y con otros niños de su edad. En la escuela ha demostrado ser un alumno inteligente que disfruta de hacer las actividades escolares. No habían tenido inconvenientes sino hasta el mes de febrero.

Impacto del problema

A raíz de lo sucedido con el abuelo del paciente, refiere la mamá que H.N. empezó a orinarse en la cama, comportarse agresivo con sus pares, desobedecer las normas y comportarse inapropiadamente en la escuela.

IV. Historia clínica

Personales no patológicos

Historia prenatal

Al principio del embarazo, ambos padres de H.N. deseaban que él naciera, sin embargo, luego de un tiempo, el papá del paciente se alejó y los abandonó. Él no se enteró del nacimiento de H.N. sino hasta dos meses después de que él nació.

Los primeros tres meses de embarazo, la madre de H.N. padeció de antojos, de cuatro a nueve meses tuvo malestares propios de su estado de salud. Los nueve meses se sintió deprimida por problemas en su casa y por la separación con el papá del paciente. No hubo amenaza de aborto.

Nacimiento

H.N. nació por parto normal, con cuatro horas de labor. Nació con tono adecuado, lloró inmediatamente, sus ojos estaban abiertos con una “mirada penetrante” (indica la mamá). El peso que el paciente tuvo al nacer fue de 7.5 libras y midió 52 centímetros. El paciente fue bien aceptado por la mamá, abuelos y tíos.

Evolución neuropsíquica

El paciente recibió lactancia materna, la madre no recuerda cómo y cuándo se inició la alimentación sólida, ni recuerda si se presentaron dificultades con la lactancia o los alimentos sólidos.

Refiere que H.N. mantuvo fija la cabeza a la edad de dos meses aproximadamente, no recuerda la edad en que él se sentó. Al año se paró y al año con dos meses empezó a caminar. Indica la señora que el paciente gateó únicamente por cuatro meses y luego fue que dio sus primeros pasos.

Considera la madre del paciente, que las habilidades motoras que H.N. posee son avanzadas para su edad, no se detecta ningún movimiento hiperactivo o hipoactivo. No hay presencia de movimientos automáticos ni balanceo al estar sentado, y tampoco muestra movimientos asociados o agitados. El paciente es de lateralidad diestra, tanto para escribir como para jugar. Su lado derecho es el más hábil.

Comenta la mamá que H.N. en ocasiones duerme dos horas durante el día y nueve horas por la noche aproximadamente. Durante el sueño habla y no puede dormir sino siente la mano de ella cerca de sí mismo.

La edad en que controló diurnamente esfínteres fue a los dos años aproximadamente y a los dos años y medio controló esfínteres en la noche. Sin embargo, refiere que empezó a orinarse recientemente, luego del incidente con el abuelo.

Evolución de lenguaje

El paciente sí balbuceó, pero ella no recuerda la edad en que eso sucedió. Sus primeras palabras las dio a la edad de dos años y medio aproximadamente. Actualmente se le dificulta pronunciar las letras R, D y L.

El paciente tiene facilidad y extroversión para contar una historia y mantiene cada detalle que menciona. No tiene dificultad para entender instrucciones específicas, ni para poner atención cuando se le está hablando.

Desenvolvimiento escolar

Inició sus estudios a la edad de tres años y medio, pero por dificultades de adaptación no continuó estudiando. A la edad de cuatro años inició formalmente sus clases, tiempo en el que no mostró dificultad para adaptarse a esa nueva etapa. Actualmente estudia en la Escuela Américas,

le gusta ir y se muestra independiente para hacer las actividades escolares dentro y fuera del hogar.

La maestra reporta que del mes de febrero a la fecha H.N. empezó a comportarse de forma diferente. Es enojado y agresivo con sus compañeros, por ello constantemente lo regaña y últimamente lo castigo dejándolo sin recreo y suspendiéndolo por tres días en la última ocasión.

Desarrollo social

Es un niño activo, juguetón, amable y social con los demás niños, en especial con quien vive (sus dos primos). No se le dificulta iniciar una amistad y mantenerla un tiempo apropiado. Al jugar con sus pares, se comporta de manera normal queriendo mantener los juguetes para sí mismo y no compartiéndolos. Al jugar de manera que haya un ganador y un perdedor, H.N. no disfruta de perder y se enoja cuando eso sucede.

Desde el mes de febrero H.N. se ha comportado de forma desobediente con los adultos que le rodean. Busca que las cosas salgan a la manera en que a él le gustan, si sucede lo contrario se enoja.

Historia psicosexual y vida marital

Comenta la madre del paciente que ella ha sido la encargada de enseñarle a H.N. respecto al cuidado de sus partes íntimas y el respeto que debe tenerse por sí mismo. También refiere que ella lo acostumbró a darle “piquitos” en la boca; sin embargo, a la edad de tres años el paciente intentó besarla en la boca e introduciendo su pequeña lengua, indica la señora que le corrigió y desde esa ocasión ya no volvió a suceder.

Refiere que le dio curiosidad respecto a la diferencia entre hombre y mujer un día que se estaban bañando juntos ella y el paciente, él consultó por qué ambos eran diferentes y ella le explicó, y le enseñó al paciente a ponerle sobrenombre a su pene.

Personales patológicos

Historia médica

Refiere J.E. que su hijo padeció de los bronquios a la edad de 8 meses. A los 4 años y medio le detectaron punto de asma. Padeció de alergias por el clima, hasta la edad de 1 año, 20 días antes de iniciar terapia, el paciente sufrió de alergia a causa del sol. El paciente no ha sido hospitalizado. Respecto a medicamentos, únicamente ha sido atendido con nebulizaciones, en las que le han aplicado “Salbutamol”. Para las alergias utilizan jabón de azufre, concha nácar y “Vicks Vaporub”, el asma es por herencia del padre, ella se esmera para que no desarrolle asma.

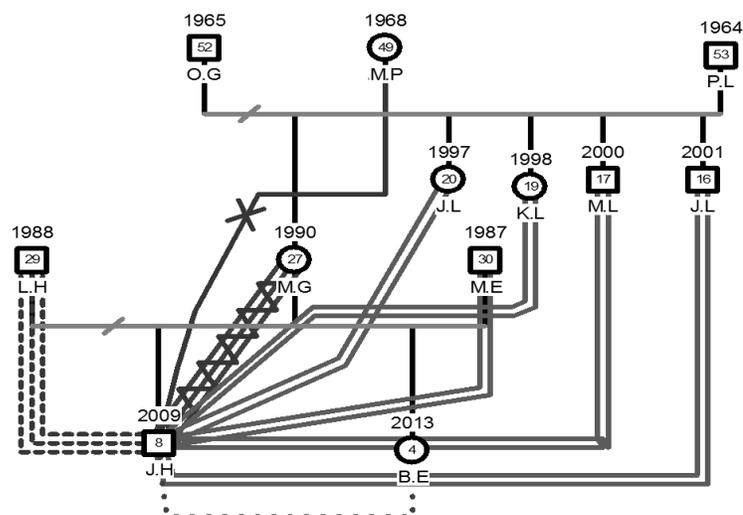
Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No refiere. Únicamente comentó que abuelo del paciente es agresivo, más no ha sido diagnosticado.

V. Historia familiar

Imagen No. 3

Genograma



Fuente: Elaboración propia, marzo 2017

Estructura familiar

H.N. pertenece a una familia pequeña, él y su mamá. También forma parte de su vida el señor R., quien les ha apoyado durante varios años. R. es únicamente amigo de la mamá de H.N., sin embargo, él se ha tomado un papel y rol de papá, apoyándoles en cuidados, economía, transporte, entre otros. En el último trimestre del proceso, él reconoció legalmente al paciente, en común acuerdo con la mamá de H.N.

La relación que tienen la mamá del paciente con él es armoniosa, la señora la califica como una relación con amor. A pesar de que en varias ocasiones se ha ausentado de H.N. por motivo de trabajo, refiere la señora que el tiempo que han tenido juntos ha sido de calidad.

Según la mamá del paciente ella y R. se llevan bien y son buenos amigos. Han tenido relaciones íntimas, pero no lo considera su pareja. H.N., tiene una relación estrecha y armoniosa con R., refiere el paciente que disfruta estar en compañía de él. En ocasiones salen al parque, a comprar helados, o realizar alguna otra actividad.

El paciente fue criado dentro de la familia de la mamá, teniendo alrededor suyo al abuelo, abuela y las hermanas de la señora. Ellos han estado pendientes del paciente desde que salieron de casa y le apoyan respecto a la asistencia a terapia.

Antecedentes familiares

J.E. es la madre del paciente, tiene 27 años, es soltera y recién empezó a laborar. J.A. es el padre del paciente, no han tenido relación alguna entre sí, pues desde el embarazo de la señora él se desentendió y se alejó. Refiere la mamá del paciente, que ella es una persona de carácter fuerte y enojada, ella indica que H.N. tiene muchos rasgos del carácter y personalidad de ella. Mismos que también pueden ser heredados por parte del abuelo, cuya forma de criar a la mamá de H.N. fue estricta y en algún punto agresiva.

Respecto a la figura de autoridad, el paciente no tiene bien definido quien es su figura de autoridad pues en su crianza intervienen la mamá, la abuela y R., que lo cuida en varias ocasiones. Cada uno de ellos lo realiza a su manera peculiar.

Indica la señora que hace unos meses tuvo un aborto, no quiso que se tocara más el tema pues refiere que el paciente no tuvo más información al respecto, pues ella no quiere que se entere. El paciente ahora se acompaña de sus dos primos (hijos de la prima de la mamá) de 11 y 2 años respectivamente. Refiere la señora que H.N. disfruta más jugar con el más pequeño, con quien ha sido bastante atento hasta hace poco que inició su comportamiento inusual.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

La madre del paciente indica que no hay ningún miembro que padezca algún problema mental.

V. Examen del estado mental

El paciente en su aspecto general se ve arreglado y con higiene, su conducta hacia el entrevistador es amable, cooperador, durante la entrevista habla abiertamente, aunque tiene dificultad para pronunciar ciertas letras.

El paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio, su apariencia es apropiada para su edad. Tiene memoria reciente, inmediata y habilidad para comprender y responder preguntas. Se muestra ligeramente ansioso.

El examen mental de la madre del paciente se describe como una persona que se arregla, tiene higiene y mantiene contacto visual; respecto a su conducta hacia el terapeuta es cooperadora, atenta y amable. Está orientada en persona, lugar y tiempo, tiene memoria a corto, mediano y largo plazo. Su discurso es espontáneo y fluido, con expresión precisa y utilización de palabras apropiadas. Muestra ansiedad leve y preocupación por la situación que vive actualmente con su hijo.

VI. Resultados de pruebas

Tabla No. 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de dibujo libre	20-04-2017
2. Test de la familia	27-04-2017
3. Test gestáltico visomotor Bender	04-05-2017
4. Cuestionario de Connors de la conducta en el hogar y escuela	04-05-2017

Fuente: Elaboración propia, marzo 2017

Tabla No. 2
Interpretación de las pruebas

Prueba aplicada	Resultados
Test de dibujo libre Fecha de aplicación: 20-04-2017	Según la explicación del paciente, su dibujo tenía animales, primero dibujó el elefante, luego un león, un mono y un tiburón. Los trazos que realizó llevan muchos ángulos y picos, por lo que confirma los rasgos de impulsividad y agresividad. Su personalidad está en formación, así que la mayor influencia es lo que ve en su hogar y lo que ve en televisión. Los colores utilizados fueron: gris, anaranjado, verdes amarillo y rojo. Muestra necesidad de adaptación, de neutralidad, y rechazo a realizar actividades con sus pares. Es importante seguir indagando al respecto, pues la madre no refirió esa información.

<p>Test de dibujo libre Fecha de aplicación: 27-04-2017</p>	<p>Por la edad el paciente prefirió el uso de acuarelas y no de crayones, eso simboliza la inmadurez que aún tiene. El orden de lo que pinta es confuso, sin embargo, por su edad fantasiosa imagina que son animales (es lo que más dibuja), y cuenta historias mientras lo hace. Los colores que utilizó fueron: verde, celeste/azul, morado. Lo que significa y refleja deseo de autoafirmación, armonía y sensibilidad.</p>
<p>Test de dibujo libre Fecha de aplicación: 04-05-2017</p>	<p>Por la edad el paciente prefirió el uso de acuarelas y no de crayones, eso simboliza la inmadurez que aún tiene. El orden de lo que pinta es confuso, normal para su edad. Sin embargo, la fuerza con la que presiona el pincel muestra agresividad. Los colores utilizados fueron: violeta/morado, café, verde (lo mezcló con otro color y salió gris), rojo. Eso refleja vanidad, deseo de satisfacción de necesidades personales, y necesidad de adaptación. La mancha que hizo de último era color marrón, la hizo con impulso y fuerza, lo que confirma los rasgos de agresividad.</p>
<p>Test De La Familia Fecha de aplicación: 04-05-2017</p>	<p>El paciente muestra pulsiones poderosas, audacia y violencia. En su expansión vital es inhibido y tiende a replegarse a sí mismo. Por la edad, refleja impulsión e inmadurez. Está en la época de lo concreto y sólido, es sensible y muestra necesidad de aprobación. Es imaginativo, espontáneo e inseguro. Por la edad muestra inestabilidad y personalidad en formación. Sin embargo, denota que le hace falta una base firme. El paciente se muestra inseguro, tímido percibe el ambiente como amenazante.</p> <p>Valoriza con admiración a su abuelo, pues lo dibujó primero. Muestra identificación con él. Con menos detalles dibujó a la mamá, pues muestra problemas emocionales relacionados con ella. (Será necesario indagar un poco más). Refleja la distancia emocional que existe entre su mamá y él.</p>

	<p>Respecto a los otros miembros de familia, mostró falta de individualización entre ellos. Dibujó a “Chucky”, con más detalles. Con las películas que vio recientemente, tiene a esta figura como valorizada y como parte de la familia. Sus experiencias recientes con los programas de televisión que ve están influenciándole negativamente.</p> <p>Los dibujos tienen cabeza pequeña, pues se siente inadaptado a su ambiente. Existe desvalorización en algunos miembros de la familia y perturbación en las relaciones interpersonales. Muestra una pobre imagen de sí mismo. Está cerrado a escuchar cosas del exterior, es tímido. Rechaza comunicarse con los demás (lo confirma la mamá al decir que no juega con nadie al estar en casa). Muestra ansiedad o culpa por conductas socialmente inadaptadas que implican las manos (el golpear a sus pares). Refleja inseguridad, y por ello se refugia en la fantasía. Aunque para su edad, es normal esta época de fantasía e imaginación.</p>
<p>Test Gestáltico Visomotor (Bender) Fecha de aplicación: 19-05-2017</p>	<p>También refleja algunos rasgos de agresividad, por la falta de tolerancia a la frustración. Descarga de impulsos demostrado en la conducta que refleja en la escuela y en algunas ocasiones en casa.</p> <p>El paciente por su edad tiene dificultad para planificar y ser ordenado. Está abrumado por sus propias fantasías, por su edad es fantasioso y en ocasiones tiene débil contacto con la realidad. El tiempo de la prueba superó el límite crítico, por lo que denota que es perfeccionista y se esfuerza para compensar dificultades perceptivo motoras.</p>

Fuente: Elaboración propia, marzo 2017

Tabla No. 3
Escala de Conners para Profesores

Cuestionario Conners de Conducta en la Escuela, Índice de hiperactividad para ser valorado por los profesores. Fecha de aplicación: 01-06-2017

Ítem	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora			X	
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas		X		
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas.			X	
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.		X		
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.		X		
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.		X		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Molesta frecuentemente a otros niños.			X	
9. Está en las nubes, ensimismado.		X		
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.		X		
11. Cambia bruscamente de estados de ánimo.		X		
12. Discute y pelea por cualquier cosa.		X		
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.		X		
14. Intranquilo, siempre en movimiento.			X	
15. Es impulsivo e irritable.		X		
16. Exige excesivas atenciones del profesor.			X	
17. Es mal aceptado en el grupo.	X			
18. Se deja dirigir por otros niños.			X	
19. No tiene sentido de las reglas del “juego limpio”.	X	X	X	
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.			X	
21. No termina las tareas que empieza.		X		

22. Su conducta es inmadura para su edad.			X	
23. Niega sus errores o culpa a los demás.		X		
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.	X			
25. Tiene dificultad para la cooperación.		X		
26. Se frustra fácilmente, es inconstante.		X		
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.	X			
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.		X		

Fuente: Elaboración propia, marzo 2017

Resultado: El puntaje total de lo evaluado por los profesores es de 13 puntos, por lo que no hay sospecha de déficit de atención con hiperactividad.

Tabla No. 4
Escala de Connors para los cuidadores

Cuestionario Connors de Conducta en el Hogar

Índice de hiperactividad para ser valorado por los cuidadores

Fecha de aplicación: 01-06-2017

Ítem	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa	X			
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores		X		
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades	X			
4. Es impulsivo, irritable		X		
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación				X
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas	X			
7. Lloro con facilidad		X		
8. Es desgarrado en su porte externo	X			

9. Está en las nubes, ensimismado	X			
10. Tiene dificultad para aprender	X			
11. Es más activo de lo normal			X	
12. Es miedoso		X		
13. No puede estarse quieto		X		
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)		X		
15. Es mentiroso		X		
16. Es retraído y tímido	X			
17. Causa más problemas que otro de su misma edad			X	
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad				X
19. Niega sus errores o les echa la culpa a otros	X			
20. Deteriora las cosas con facilidad		X		
21. Es huraño, coge berrinches		X		
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera	X			
23. Es desobediente, obedece con desgana		X		
24. Le preocupa excesivamente estar solo	X			
25. No acaba las cosas que empieza	X			
26. Es susceptible, se “incomoda” fácilmente				
27. Tiende a dominar, es un “matón”	X			
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos	X			
29. Es cruel con los animales o niños pequeños				X
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño	X			
31. Se distrae fácilmente, escasa atención	X			
32. Le duele la cabeza frecuentemente	X			
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo			X	
34. No acepta restricciones o reglamentos		X		
35. Se pelea con frecuencia por cualquier motivo			X	
36. No se lleva bien con sus hermanos				

37. Se frustran fácilmente, es inconstante	X			
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños		X		
39. Habitualmente es un niño triste	X			
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas	X			
41. Se queja de dolores de vientre	X			
42. Tiene trastornos de sueño	X			
43. Tiene otros tipos de dolores	X			
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia	X			
45. Se siente marginado o engañado en su familia	X			
46. Suele ser exagerado	X			
47. Deja que le manipulen o abusen de él	X			
48. No controla esfínteres	X			

Fuente: Elaboración propia, marzo 2017

Resultado: El punteo total de lo evaluado en el hogar es de 10, no hay sospecha de déficit de atención por hiperactividad.

Otros estudios diagnósticos

Examen físico: se solicitó a la madre del paciente que evaluaran a H.N. para descartar algún problema físico que le provoque dificultad para pronunciar. Indica la madre del paciente, que la doctora únicamente recetó vitaminas, pues al examinarlo no encontró ningún rasgo físico que impidiera su fonología. También se hicieron entrevistas con los padres y con la maestra de grado.

VII. Impresión diagnóstica

La afección principal del paciente fue la separación del abuelo con ellos, está en un proceso de adaptación y su mecanismo de defensa es el llamar la atención por medio de un comportamiento

poco usual en él. La falta de definición de figura autoritaria, tienden a confundir al paciente, por lo que manipula la situación a cómo mejor le convenga.

Las pruebas confirman esa agresividad que está reflejando, su necesidad de atención y apoyo y la falta de adaptación a un nuevo estilo de vida que se inició a partir de este año. Necesita su figura paterna, el abuelo cumplía ese papel; sin embargo, como resultado de la separación, el paciente toma como figura paterna a R. Es necesario que la mamá defina la relación que tiene con R.

Es importante que además del tratamiento en el área emocional, se trabaje terapia del habla, pues el paciente tiene dificultad para comunicarse debido a la deficiencia en la fonología.

Diagnóstico según DSM-V

309.3 (F43.24) Trastorno de adaptación con alteración de la conducta (286)

Criterios que cumple

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características tales como deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Comórbido con 307.9 (F80.9) Trastorno de la comunicación no especificado (49).

Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la comunicación que causan malestar cínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o ninguno de los trastornos de la categoría diagnósticas de los trastornos de neurodesarrollo.

VIII. Conclusiones del abordaje

La separación del abuelo materno con el paciente fue el detonante que provocó los cambios conductuales del paciente dentro de la escuela y en la casa. Teniendo una conducta agresiva con sus pares y desafiante hacia sus autoridades en casa.

La agresividad que manifiesta el paciente se debe a los patrones de conducta observados en casa con su abuelo, a quien tenía como figura paterna.

El déficit en el habla del paciente debe ser tratado con importancia, pues su desempeño escolar y social puede verse afectado, la madre del paciente tiene un papel importante en que él tenga un buen pronóstico con lo que se tiene contemplado, la decisión que ella tome respecto a R, tendrá una afección directa en el niño.

IX. Recomendaciones

Es necesario que H.N. reciba terapia del habla, por la edad que tiene su pronunciación debería ser más entendible y fluida. Eso le permitirá desenvolverse de mejor manera en la escuela y el contexto en que se desarrolla.

Las normas y técnicas que se provean a la mamá del paciente, para mejorar la conducta del mismo, que sean compartidas con la abuela del paciente para que su forma de educar al paciente

sea similar y así no confundir a H.N. unido a esto se debe definir el rol que jugará R en la vida del paciente, ya que la madre no lo ha decidido e H.N. lo percibe como figura paterna.

X. Plan terapéutico

Teoría que explica el caso: Cognitivo-conductual

Un concepto central para la terapia cognitiva conductual es el de cognición y conducta. Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto y la conducta es la acción que se realiza luego de la idea. Las cogniciones están adheridas a las actitudes o creencias que el individuo tiene. Por ello, los procesos cognitivos corresponden al modo de cómo se transforman y procesan los estímulos en cualquier contexto donde el individuo se desarrolla.

“Los enfoques cognitivos de la terapia se han convertido en parte de la corriente principal de la actividad terapéutica, pues eso define el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información” (Marzillier, 1980), eso incluye la atención y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales que guían hacia una apropiada conducta.

Modelo terapéutico: Conductual

Carballo (2007), también refiere que esta teoría propone los patrones conductuales irracionales y no adaptativos se deben a la errónea interpretación de la percepción del ambiente, y esa interpretación influye notablemente en la conducta. Dichos procesos de significación o evaluación realizados son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales, aunque sin saberlo, generan un aprendizaje.

Tiempo estimado para el tratamiento

Se requiera una duración de tres meses, 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla No. 5
Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Problemas de conducta	Modificar las conductas agresivas que son específicas y manifiestas y causan malestar significativo en la escuela y casa.	1. Economía de fichas	Sesión 1 a. Economía de fichas: Elaboración de cuadro para realizar técnica.	1. Economía de ficha a. Cartulina b. Papel de china c. Papel foamy d. Crayones y Marcadores e. Goma f. Tijeras g. Folder plástico h. Tape de 3" transparente i. Papel Bond j. Dibujo de tiburón
		2. Reforzamiento positivo y negativo	Sesión 2 a. Economía de fichas: Evaluación de primera semana con un registro semanal. b. Contar un cuento con figuras "El elefante Bernardo"	2. Terapia de juego a. Cuento b. Papel construcción c. Tijera d. Goma e. Papel bond
		3. Terapia de juego	Sesión 3 a. Terapia de juego: Cuento "Tortuguita" O "El Mono feliz".	3. Reforzamiento positivo/negativo a. Dulces b. Galletas c. Dibujos de animalitos d. Entrada al cine
		4. Moldeamiento	Sesión 4 a. Moldeamiento: Video de Súper D. "Los niños que golpeaban" y "Aprendiendo a ser héroes" b. Otorgarle una capa de súper héroe, recompensa de su trabajo y responsabilidad de continuar siendo mejor cada día	4. Moldeamiento a. Laptop b. Bocina c. Dibujo alegórico al tema
Trastorno de adaptación.	Conocer los tipos de familia que existen, y sentirse especial en el tipo de familia al que pertenece.	5 y 6 Psicoeducación	Sesión 5 a. Psicoeducación Autoestima: Video del patito feo. b. Autorretrato: verse en el espejo y dibujarse.	5. Psicoeducación a. Laptop b. Bocina c. Espejo d. Papel bond
			Sesión 6 a. Psicoeducación: Tipos de familia. b. Describir su tipo de familia e identificarlo entre varias opciones que da la lámina.	6. Psicoeducación a. Laptop b. Bocina c. Lámina con tipos de familia d. Lápiz, crayones y marcadores

Dificultad manejar y expresar el enojo	Manejar/expressar de manera apropiada el enojo.	7. Psicoeducación	Sesión 7	7. Psicoeducación
			a. Psicoeducación: conociendo mis emociones. (20 minutos)	a. Recortes
			b. Alfonso El Esponjoso (10 minutos)	b. Temperas, crayones
		c. ¿Cómo me siento? (20 minutos)	c. Goma	
8. Autoconocimiento emocional	Sesión 8	8. Autoconocimiento emocional		
	a. ¿Quién es quién? b. La varita mágica	a. Recortes b. Temperas, crayones c. Goma d. Peluche grande c. Figuras de expresiones		
9. Terapia de videocuento.	Sesión 9	9. Videocuento		
	a. Videocuento “Merlín” b. Mini regalos simbólicos que representen lo que Merlín le está regalando.	a. Laptop b. Bocina c. Varita mágica d. Un gorro de mago		
10. Técnicas de relajación	Sesión 10	10. Técnicas de relajación		
	a. Métodos de relajación de Jacobson tensando y relajando varias partes de su cuerpo. b. Actividad del globo: Técnicas de respiración.	a. Alfombra de foamy o tradicional b. Música instrumental en el celular c. Bocina d. Un globo e. Un objeto para hacer algún sonido		
Crianza y disciplina inapropiada en casa.	Psicoeducar a los padres respecto a los tipos de crianza y la disciplina asertiva.	11 y 12 Psicoeducación	Sesión 11	11 a 12
			a. Sesión con padres, para explicar “Tipos de crianza”.	a. Laptop b. Bocina
			Sesión 12	
			a. Sesión con padres para explicar “Forma de disciplinar”	

Fuente: elaboración propia 2017

4.2 Análisis de Resultados

Con base a las evaluaciones y tomando en consideración los objetivos planteados, se presentan los siguientes resultados de: Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta.

EL Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V por sus siglas en inglés) (2014), lo define como: “desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables” (p.286), dichas respuestas afectan

significativamente al individuo y se presentan durante los 3 meses siguientes al inicio del factor estresante.

El trastorno en mención fue diagnosticado con base en las entrevistas y pruebas proyectivas aplicadas al paciente, las cuales permitieron obtener los hallazgos que cumplen los criterios diagnósticos del DSM V para dicho trastorno.

Síntomas del Trastorno de Adaptación con alteración de la conducta

El Trastorno de Adaptación varía según la personalidad, condición física y temperamento del individuo. Halgin (2004), indica que la sintomatología puede clasificarse en cuatro grupos principalmente: síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales.

Gomes, Hernández, Rojas, Santa Cruz y Uribe (2008), mencionan dentro de los principales síntomas

“El trastorno suele cursar con síntomas de angustia y depresión a los cuales se suman, algunas veces, emociones no adaptativas como la irritabilidad o sentimientos de desesperanza, así como conductas impulsivas por conflicto interpersonal. Casi siempre se observa una disminución del rendimiento laboral o académico”. (p.379)

Los síntomas destacados en el paciente fueron evaluados y confirmados mediante una batería de pruebas proyectivas, en las que se incluye el Test de la familia y el Dibujo libre y pruebas psicométricas que incluyen la Escala de Connors y El Test Visomotor Gestáltico de Bender, aplicadas al paciente después de la entrevista respectiva.

Al ser evaluado, el paciente evidenció los siguientes síntomas: Marcada agresividad, baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo, inadaptación a su ambiente, deseo de autoafirmación, dificultades fonológicas, y problemas escolares.

Causas e impacto de la inestabilidad en el hogar

Arias, (2012) refiere que “las familias multiproblemáticas (disfuncionales) son aquellas que en su sistema se destaca la presencia de más de un síntoma problemático que requiere la ayuda externa en la solución de disputas” (p.17). Tales conflictos pueden ser provocados por exceso de control, perfeccionismo, culpa y falta de confianza. También se puede generar por la ausencia de interacción dentro del núcleo familiar, debido a una inadecuada comunicación y relaciones conflictivas con las personas que forman parte de ella.

Respecto a las consecuencias de la familia disfuncional, González-Portillo et al. (2013), proponen que una incorrecta dinámica familiar que permite disfunción dentro de la familia conlleva a que el núcleo familiar genere conductas y comportamientos inadecuados para expresar su afecto y apoyarse en diversas actividades. También la disfuncionalidad de la familia puede provocar disolución de la misma, causada por reglas o límites innecesarios o inapropiados para la relación entre sus miembros.

Se evidenció esta problemática en el paciente, determinando como causa principal y detonante la relación entre la mamá y el abuelo, misma que era agresiva y conflictiva y el abandono por parte de su padre, previo a su nacimiento, lo que generó una inestabilidad emocional difícil. Entre las consecuencias que se presentaron a causa de esa situación, fue un comportamiento inapropiado en algunos lugares públicos. Por la mala relación del abuelo y la mamá, tuvieron que mudarse repentinamente. Todos esos cambios han influenciado de forma negativa en la vida del niño.

Terapia Cognitiva Conductual

Un concepto central para la terapia cognitiva conductual es el de cognición y conducta. Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto y la conducta es la acción que se realiza luego de la idea. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto.

Técnicas para el abordaje terapéutico

Psicoeducación

Esta se puede definir como una disciplina fundamental que se dedica a la explicación de las conductas educativas en situaciones institucionales, y hace relación al esquema de la salud y la educación. Esta última, para que permita comprender de forma coherente y estimular las conductas adecuadas. (Gilly, 1980) (Yanez, 2015, p.31)

Economía de fichas

Jurado (2009), propone que esta es una “técnica para desarrollar conductas incipientes y que a la vez resulta muy útil para disminuir conductas problemáticas”. En ella interviene el reforzamiento positivo y el castigo o reforzamiento negativo. Es muy útil para la modificación de conductas de cualquier comportamiento disruptivo. Con esta técnica se busca establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas fichas que premian las conductas que se desean establecer. Esas fichas se canjean por reforzadores que se acuerdan con los padres de familia o maestros para ser utilizado como recompensas.

Técnicas de relajación

Estas técnicas se proponen para trabajar la relajación. El término “relajación” según Payne (2002), significa “liberar la tensión y el alargamiento de las fibras musculares, en contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular”. La relajación permite sentir alivio de la tensión o el agotamiento en la persona, y la prepara para afrontar las situaciones de manera calmada.

Terapia de juego

Axline (1974), propone que “el juego es el medio natural de auto expresión que utiliza el niño”, por ende, es una enorme oportunidad para que exprese su sentir y los problemas que afronta mientras juega.

Durante el proceso realizado se lograron cambios significativos en el paciente, quien, mostró las modificaciones en su conducta y una mejor adaptación a su nuevo entorno. Así mismo, su conducta en la escuela mejoró en un porcentaje alto, mostrando interés en las clases, y mejor comportamiento durante las mismas, atención y disciplina en la entrega de tareas y ejercicios y mejor relación con sus pares.

En la casa, el paciente mostró respeto a las normas que se establecieron, evitó los corajes y aprendió a expresar su molestia de una forma apropiada, diciendo lo que sentía y evitando los gritos o rabietas. La relación con los papás mejoró, dedicando tiempo de calidad para convivir como familia, buscando momentos de convivencia mutua y aprendiendo a escuchar las necesidades principales de cada uno de los miembros de la familia.

Manejo y expresión de emociones

Las emociones son propias del ser humano, todas son válidas y es necesario expresarlas para evitar reprimirlas. Esquivel, (2001) “Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación”; una emoción es un impulso que invita a actuar, preparando al organismo para determinada clase de respuesta.

Es importante que las emociones sean controladas por medio de la inteligencia emocional, pues esta aporta un marco para educar la actividad de adaptación social y emocional de las personas. Para expresar las emociones se proponen al paciente para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada, por medio del aprendizaje y experiencias. Esta expresión incluye la comunicación asertiva, y el pensar antes de hablar.

En el paciente se evidenció el manejo y expresión de emociones a través de su actitud y conducta agresiva hacia sus pares y la resistencia para realizar las asignaciones tanto escolares como familiares. Sin embargo, luego de ser tratado, el paciente mostró cambios significativos en su conducta, más atención durante las clases, y minimizó en un gran porcentaje la resistencia a

continuar estudiando. Por ende, sus relaciones interpersonales mejoraron, logrando expresarse de forma asertiva.

Conclusiones

Los síntomas que el paciente reflejó en las pruebas y durante la entrevista clínica, son parte de los criterios que abarca el Trastorno de adaptación con alteración de la conducta, los mismos fueron identificados luego de un proceso minucioso de evaluación.

La causa principal de la inestabilidad en el hogar es una de las principales causas para el desarrollo de trastornos de la conducta por lo que es necesario el apoyo, seguimiento y empoderar a la familia para que los tres involucrados en la crianza del paciente quien es la causa del presente estudio, manejen la misma información por el bienestar del mismo.

Al concluir la aplicación de las diferentes técnicas elegidas específicamente para este caso, se comprobó la efectividad de la escuela y terapia elegida, y las técnicas aplicadas, pues el paciente mostró cambios significativos para mejorar su funcionalidad.

El paciente fue empoderado con diferentes herramientas que le permiten moderar su conducta y controlar las emociones que siente, sin embargo, es necesario el aporte por parte de los cercanos a él pues el éxito de un tratamiento está en manos de su contexto social cercano.

Recomendaciones

Se sugiere la observación continua y minuciosa por parte de los padres y encargados hacia el paciente para validar que los síntomas del trastorno de adaptación con alteración de la conducta no vuelvan, y estar preparados si eso sucede, por medio de las herramientas que se les proveyó.

Es importante establecer un momento y lugar seguro para la familia, en el que tengan la libertad de expresar lo que sienten y viven durante la semana, esto mejorará la comunicación entre ellos y permitirá tener una dinámica familiar apropiada.

Aplicar psicoeducación respecto a los tipos de crianza y disciplina compartida con los padres del paciente, necesita ser aplicada en la educación en el hogar del niño, para que éste continúe desarrollándose adecuadamente en su entorno familiar.

Las técnicas aplicadas en sesión son viables para poner en práctica en casa, por lo que se recomienda que los padres y encargados continúen aplicándolas para mantener una conducta apropiada en el colegio y la casa, por medio del autocontrol.

Referencias

- Arias, Nelson. (2012). *Dinámica familiar conflictivo, repercusiones en el desarrollo psicológico de los niños del centro de acogida “Padre Antonio Amador”, proyecto salesiano “chicos de la calle”*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil) Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6493/2/TESIS%20DINAMICA%20FAMILIA%20OFICIAL.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. (5ª.ed.). Arlington, Virginia. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana.
- Axline, Virginia. (1974). *Terapia de juego*. (1ª. ed.). México. Editorial Diana.E-libro.net.
- Batlle Vila, Santiago. (2017, 22 de octubre). *Trastornos de adaptación*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastono_Adaptacion.pdf
- Beck, Aron et al. (1979). *Terapia cognitiva para depresión*. (1a. Ed.) The Guilford Press. New York.
- Bleger, José. (1998). *Psicología de la conducta*. (2ª. ed.). Argentina. Editorial Paidós.
- Buceta, José María. Bueno, Ana María. Mas, Blanca. (2001) *Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. (1ª. ed.). Madrid. Editorial Dykinson.
- Carballo, Vicente E. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI. España. 2007.

- Esquivel, Laura (2001). *El libro de las emociones: son de la razón sin corazón*. (1ª. ed.). México. De bolsillo.
- Feldman, Robert S. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (6ª. ed.). México. Mc Graw Hill.
- Floría, Pedro Mateo. (2013). *Control del estrés laboral*. (1ª. ed.). España. Fundación Confemetal.
- Gómez Restrepo, et. al. (2008) *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos*. (3ª. ed.). Bogotá. Editorial Médica Internacional.
- González-Pineda, Julio A. et al. (2003). *Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico*. Vol. 15. No. 3. Psicothema. Universidad de Oviedo. España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/727/72715321/>
- González-Portillo, Juan. Et al. (2013). *Niveles de disfunción familiar*. Vol. 13 No.2. Ágora U.S.B. Medellín. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200005
- Halgin, Richard P., Whitbourne, Susan Krauss. (2004) *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. (5ª. ed.). México. Mc Graw Hill.
- Hena López, Gloria Cecilia. García Vesga, María Cristina. (2009) *Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 7, No. 2, 787-788.
- Jurado López, R.L (2009). *Técnicas para la disminución y/o restauración de conductas. Innovación y Experiencias educativas*. Revista Innovación y experiencias educativas, 16, 3.

- Lara Viveros, Miguel Ángel. (2011). *Conducta humana*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/huejutla/derecho/temas/conducta_humana.pdf
- Miller, Edgar. Morley, Stephen. (1986). *Investigando el comportamiento anormal*. (1ª. Ed.). Londres. Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Minuchin, Salvador. (1974). *Familias y terapia familiar*. (Ed. Formato digital). Barcelona. Editorial Gedisa.
- Minuchin, Salvador. Fishman, Charles. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. (1ª.ed.). Argentina. Editorial Paidós.
- Payné, Rosemary A. (2002). *Técnicas de relajación, guía práctica*. (3ª. ed.). Barcelona. Editorial Paidotribo.
- Sarason, Irving G. Sarason, Bárbara. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (11ma. ed.). México. Pearson Educación.
- Vives Gomila, María. *Test proyectivos: aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. (1ª. ed.). Barcelona. Ediciones Universidad de Barcelona.
- Wicks-Nelson, Rita. Israel, Allen C. (2004) *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. ed.). Madrid. Prentice Hall.
- Yáñez, Christian. (2015) *Estrategia psicoeducativa para disminuir la sensibilidad interpersonal en estudiantes de primer semestre de la Escuela de Psicología*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Católica del Ecuador). Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1223/1/75764.pdf>

Anexos

Anexo 1

Formato de Tabla de Variable

Nombre completo: Madeline Criseyda Love Sánchez

Título: “Estudio de caso: Paciente de 5 años con Trastorno de adaptación con alteración de la conducta relacionado con inestabilidad en el hogar, atendido en el Centro de Asistencia Social - CAS-”

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Problemática	Variable de Estudio (Tema a Investigar)	Indicadores de la variable (Solo temas de las variables de estudio)	Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivo Especifico
1. Miedos de morir, cefalea, agotamiento y escalofríos, aislamiento, baja energía, fatiga, mareos y dificultad para respirar.	Trastorno de Ansiedad debido a una afección médica diabetes mellitus.	1. Trastorno de Ansiedad	¿Qué impacto provoco el estado de salud diabetes mellitus para ella desarrollo del trastorno de ansiedad?	Evaluar el impacto que provoco el estado de salud Diabetes Mellitus para el desarrollo del Trastorno de Ansiedad.	1. Indagar sobre los principales síntomas que le causan deterioro a la paciente.
2. Historial de muertes recurrentes por familiares con diabetes mellitus		2. Diabetes mellitus			2. Determinar el impacto que causo la condición física de diabetes mellitus en la paciente.
3. Pensamientos y conductas irracionales respecto a la enfermedad		3. Cognitiva conductual			3. Establecer un plan terapéutico específico para contrarrestar la patología de la paciente.
4. Habilidades sociales y familiares deficientes		4. Salud Mental			4. Probar el fortalecimiento de la identidad de la paciente para mejorar sus habilidades sociales y familiares.

Fuente: elaboración propia 2017