

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



Estudio de caso: Problemas de conducta en niño de 10 años debido a dinámica familiar, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Bárbara Alejandra Méndez Flores

Guatemala, octubre 2019

Estudio de caso: Problemas de conducta en niño de 10 años debido a dinámica familiar, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Bárbara Alejandra Méndez Flores

Licenciada Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesor)

Licenciada Andrea Owen Papa (Revisor)

Guatemala, octubre 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

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

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Problemas de conducta en niño de 10 años debido a dinámica familiar, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)". Presentada por el (la) estudiante: Bárbara Alejandra Méndez Flores, 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
Asesor

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

*En virtud de que la presente Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Problemas de conducta en niño de 10 años debido a dinámica familiar, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)” Presentada por el (la) estudiante: **Bárbara Alejandra Méndez Flores** 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. Andrea Owen
Revisor



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio del dos mil diecinueve. _____

En virtud que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Problemas de conducta en niño de 10 años debido a dinámica familiar, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)"**, presentado por el (la) estudiante **Bárbara Alejandra Méndez Flores** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen 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.**



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	1
1.3 Ubicación	1
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	2
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	3
1.9 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Conducta	5
2.1.1 Problemas de conducta	5
2.1.2 Causas	6
2.1.3 Patologías asociadas	7
2.2 Dinámica Familiar	8
2.2.1 Familia Funcional	10
2.2.2 Familia Disfuncional	10
2.3 Abordaje Terapéutico	11
2.4 Relación Familiar	13
2.4.1 Niñez	13
2.4.2 Etapas de la niñez	14

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	15
3.2	Pregunta de investigación	15
3.3	Objetivo General	15
3.4	Objetivos Específicos	15
3.5	Alcances y límites	16
3.6	Método	16

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de Estudios de Caso	19
4.2	Análisis de Resultados	37

	Conclusiones	40
	Recomendaciones	41
	Referencias	42
	Anexo	46

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama	2
Imagen No. 2	Genograma	23
Imagen No. 3	Tabla de variables	47

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Pruebas aplicadas	25
Tabla No. 2	Resultados pruebas proyectivas	25
Tabla No. 3	Resultados prueba CDI	27
Tabla No. 4	Resultados prueba EPQ-J	28

Tabla No. 5	Presentación plan terapéutico	32
Tabla No. 6	Desglose de objetivos	33

Resumen

El presente trabajo plantea 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.

Esta investigación se realizó como parte del proceso de egreso que se llevó a cabo en el centro de Asistencia Social (CAS), el cual se encuentra ubicado en 7ª ave 3-17 Edificio Buonafina 3er nivel ciudad de Guatemala, dicha práctica se realizó del mes de enero a noviembre del presente año.

En el capítulo 1, marco de referencia, se determina todo lo relacionado con el centro de práctica iniciando con antecedentes, descripción del lugar, organización, programas establecidos y justificación de la investigación.

En el capítulo 2, se presenta el marco teórico, en el que se desarrollan las variables abordadas como lo son: conducta, niñez y dinámica familiar.

En el capítulo 3, marco metodológico, se expone el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, etc. metodología que corresponde al estudio de caso, con un enfoque cualitativo y descriptivo.

Finalmente, el capítulo 4, incluye la sistematización del estudio de caso, los resultados del mismo, conclusiones y recomendaciones de una manera amplia.

Introducción

Para una buena adaptación en la sociedad es significativa la forma en que se desempeñan los sujetos, es decir, su comportamiento o conducta, sin embargo, cuando se presentan problemas de conducta, la funcionalidad disminuye debido a que la forma de socializar es inasertiva, carente de empatía e ineficaz.

La niñez es una etapa del desarrollo en la cual el sujeto forma su personalidad por lo que el rol de la familia es transcendental como primer contacto social del ser humano. Una dinámica familiar disfuncional trae consigo consecuencias en sus miembros, que con frecuencia impactan de forma significativa en su salud mental.

El desarrollo del estudio de caso se inició con el planteamiento de la pregunta de investigación referente a ¿Qué impacto provocó la dinámica familiar y si tiene relación con los problemas de conducta en un niño de 10 años? Por lo que el trabajo de práctica profesional dirigida se llevó a cabo con un niño de 10 años quien al ser evaluado, presentó signos y síntomas de problemas de conducta relacionados con impulsividad, poca tolerancia a la frustración, inseguridad, etc. El paciente fue referido por sus padres al Centro de Asistencia Social (CAS), lugar en donde se le proporcionó apoyo psicológico, en el proceso terapéutico se utilizaron distintas pruebas de evaluación, para establecer diagnóstico e implementar plan terapéutico apropiado.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El centro de asistencia social CAS presta sus servicios a niños, adolescentes y adultos. Fue fundado en abril del año 2015 y a partir de esa fecha, se han atendido a más de 6 mil 200 adultos, 2 mil 800 adolescentes, y 3 mil niños guatemaltecos. CAS busca generar salud mental integral a través de un servicio responsable e íntegro como respuesta a las necesidades emocionales y psicológicas de la sociedad con la finalidad de incrementar profesionales en el área psicológica del país.

1.2 Descripción

El centro de asistencia social CAS, surge como proyección social de la Universidad Panamericana con el fin de procurar un impacto estructural a través de un servicio social responsable y de alto nivel. Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los futuros psicólogos, en donde los estudiantes pueden dar apoyo emocional, asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos.

CAS brinda la oportunidad de contribuir con personas que no cuentan con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral y mental. Así mismo, CAS cumple con la finalidad de incrementar los valores, principios morales y éticos, para crear una contribución a la sociedad guatemalteca de manera eficiente en la preparación académica de profesionales y con la población en general.

1.3 Ubicación

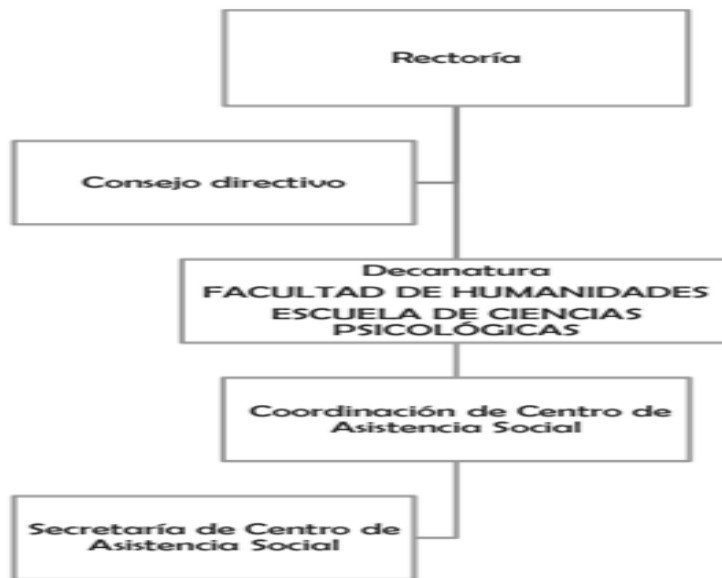
El centro de asistencia social CAS está ubicado en la 7ª Ave 3-17 zona 9 Edificio Buonafina en el 3er nivel. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00am a 6:00 pm y los sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

1.4 Organización

Las funciones del personal de CAS consisten en una coordinación en donde semanalmente hay una supervisión del centro, revisión de expedientes por cada paciente y el desenvolvimiento profesional de cada practicante. CAS también cuenta con una recepción, en donde las secretarias tienen un control de las asistencias de los consultantes, llamadas y pago. Así mismo, en esa área brindan información o resuelven dudas que sean necesarias en el centro. La seguridad es otro aspecto importante, por lo que el centro cuenta con una persona de seguridad en las instalaciones y una persona de mantenimiento para brindar orden y limpieza.

1.5 Organigrama

Imagen No. 1
Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS)



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS

1.6 Visión

La visión de CAS es la proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad Guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética.

1.7 Misión

La misión es brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

CAS brinda un servicio de apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, y actualmente también se están implementando escuelas para padres de forma gratuita, programa a beneficio de los padres de los pacientes menores de edad que a su vez generará un impacto positivo en toda la familia.

1.9 Justificación de la Investigación

La experiencia en el abordaje y práctica es esencial en el campo de la psicología clínica. Los aspectos que se abordan en toda investigación constituyen una plataforma amplia para explorar, integrando conocimientos adquiridos durante la formación académica, siendo una experiencia enriquecedora e invaluable para lograr el fomento de la salud mental en la sociedad. Con el propósito de optar al título de Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social en la

Universidad Panamericana es necesario llevar a cabo el proceso de práctica Profesional Dirigida en el Centro de Asistencia social (CAS).

Además de ser un requisito de la Universidad como parte del sistema de egreso, la sistematización tiene como objetivo proporcionar un aporte en el campo de la investigación, el cual puede ser utilizado como referencia para futuras investigaciones y contribuciones académicas relacionadas con la salud mental.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Conducta

La conducta es la manera de comportarse de una persona en una situación determinada o en general es por ello que Anaya (2010) define a la conducta como la reacción del sujeto frente a las diferentes situaciones de la vida que a su vez provoca una respuesta que consiste en un acto observable en la conducta.

Para identificar los problemas conductuales, es importante el conocimiento amplio del concepto de conducta, por lo que Núñez (2010) explica que la conducta es una acción que se adapta o altera según la necesidad de la persona, por lo regular se conforma de normas sociales por lo que se puede manifestar una mala conducta debido al contexto familiar o social.

2.1.1 Problemas de conducta

A continuación se presenta definiciones que resaltan en la problemática conductual.

“Los problemas de conducta están relacionados con la dificultad de nuevas habilidades adaptativas que la persona realiza sobre su actuación en el desenvolvimiento social” (Brouard, 2006, p.111).

Para complementar lo anterior Restrepo (2008) reafirma e indica que: “Los problemas de conducta son un patrón repetitivo y persistente de conductas agresivas o desafiantes en el individuo” (p.218).

En otras palabras Gento (2010) explica que los problemas de conducta corresponden a la incapacidad para aprender, entablar, desarrollar sentimientos, relaciones interpersonales y emociones en una persona.

Según todo lo anterior Moreno y Gimeno (2005) refieren que: “Los problemas de conducta están relacionados con la intensidad o repetición de hechos que son apreciables y se desarrollan en contextos limitados e inapropiados, por lo que no se atiende la concepción de la conducta como ajuste del individuo en su entorno” (p. 7)

2.1.2 Causas

Al mencionar problemas de conducta se debe de explicar que existen diversas causantes para ello Araujo, Silva, Jarabo y Vázquez (2006) detallan:

Las causas de los problemas de conducta surgen de un desequilibrio en algunos de los elementos que forman el entorno y repercuten en el comportamiento convirtiéndolo como indeseable. El comportamiento del niño es un elemento innato de su personalidad que es influenciado por el ambiente familiar y el entorno social, algunas causas que pueden provocar un problema son las peleas en el seno familiar, debido a diferencias entre cónyuges, alcoholismo, nacimiento de un nuevo hermano, separación o divorcio. Así mismo, padres con falta de autoridad para controlar el carácter de su hijo y esto causa una conducta y comportamiento incorrecto en el niño (pp.37-45)

Para ampliar más las causas Santana, y Torres (1990) refieren que los problemas de conducta pueden agruparse en: biológicos que son los aspectos genéticos de los padres y psicológicos, que están asociados a enfermedades extensas, desintegraciones familiares de generación en generación y muertes. Por último los ambientales, se refieren a en donde interviene la posición social y factores sociales para el desarrollo del niño.

Es evidente que las causas son diversas por lo que Armas (2007) considera que: “Existe un causante en los problemas de conducta y que el comportamiento de una persona tiene repercusiones

negativas que dificultan gravemente la convivencia del individuo que los presenta en el medio en el que desarrolla su vida familiar, escuela, trabajo etc “(pp. 25 - 36)

Es un hecho que el tema afecta notablemente en las personas con problemas de conductuales para ello Belloch, Sandin y Ramos, (1995) indican que las causas de los problemas de conducta son multifactoriales, pudiendo ser una de ellas el factor regional, cultural, social e incluso de género, además, que la coexistencia de otros trastornos como déficit de atención con hiperactividad aumenta la probabilidad de presentar problemas de conducta, agregan también que desencadenantes biológicos y-o ambientales aumentan la probabilidad de la aparición de problemas de conducta a temprana edad. Finalmente mencionan que el consumo de sustancias, familias disfuncionales, carencia de afectos o bien afectos inapropiados, bullying y antecedentes familiares son factores precipitantes o bien factores etiológicos que generan la exacerbación de problemas de conducta en la niñez o adolescencia.

2.1.3 Patologías Asociadas

Dentro de las patologías asociadas a la conducta, se describen cuatro, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) indica:

El trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/ irritabilidad y discusiones / actitudes desafiantes o vengativas, los individuos con este trastorno muestran síntomas de enfado, irritabilidad suelen mostrar también características conductuales los síntomas del trastorno pueden estar circunscritos a un único entorno y es frecuente que este sea en casa. Siendo este trastorno un patrón de comportamiento inapropiado ya que en su mayoría de criterios clínicos se limitan al pobre comportamiento apropiado. (p. 463)

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) indica:

El trastorno de conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad. Los problemas de comportamiento provocan un deterioro clínicamente significativo en áreas del funcionamiento social, académico o laboral. El patrón de comportamiento suele presentarse en una variedad de entornos, como en casa, en la escuela o en la comunidad. (p. 469)

Barlow y Durand (2003) sostienen que el trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta, se caracterizan porque los sujetos que presentan este trastorno manifiestan problemas de autocontrol del comportamiento, así como la regulación de los mismos, presentando agresión, destrucción de propiedad y de los derechos de otros, generando por tanto disfuncionalidad total en todas áreas donde las personas conviven.

Para finalizar las patologías Mesa y Rodríguez (2007) determinan que dentro de los problemas de conducta existe un trastorno que se caracteriza por incidencias de este proceder, siendo este el trastorno de personalidad antisocial, el cual se presentan más en el género masculino y que evidencia después de los 18 años, mostrando los sujetos fracaso por adaptarse a las normas sociales, agresividad, riñas constantes, poco o nulo remordimiento, conductas desafiantes y autodestructivas, consumo de sustancias, incapacidad de mantener un trabajo y para realizar planes asertivos para el futuro y desapego emocional. Todos estos problemas de comportamiento son inflexibles, duraderos y se manifiestan en sus emociones, cognición, impulsividad y relaciones sociales.

2.2 Dinámica Familiar

La dinámica familiar es el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de una familia para ampliar este concepto Shaffer (2000) explica que la dinámica de una familia es un conjunto

organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por funciones dinámicas en constante interacción y en intercambio permanente con el exterior.

Existen diversos conceptos sobre el tema de la dinámica familiar por lo que Suchaffer (2000) indica también que la dinámica familiar es una estructura, cada hogar tiene su propia característica, que es única y singular. En la dinámica los hijos aprenden por observación y modelaje esto es imitación de las conductas de las personas que lo rodean con esto el individuo desarrolla sus actitudes y valores.

A pesar de la importancia de la dinámica familiar Vargas (2006) refiere que a hay pocas teorías que expliquen la forma como ocurre la dinámica de una familia y casi todas las teorías están de acuerdo en la importancia del ambiente físico, social y familiar del ser humano para su formación y posterior desarrollo.

De esta forma Luego Ortega (2001) explica que para poder entender lo que ocurre en las familias y su dinámica es necesario lo que conduce a la supervivencia, a la continuidad, el cambio y desarrollo de la misma, recordando que la familia es un sistema abierto que está en intercambio con el ambiente que incorpora nuevas instrucciones en el orden dinámico-estructural.

Para la funcionalidad en una dinámica familiar Ortega (2001) plantea un modelo de la paternidad positiva de acuerdo con el autor hay cuatro mecanismos de los cuales se lleva a cabo una dinámica familiar: el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la participación social, y el modelamiento del papel específico de cada uno de los miembros.

Para finalizar Estévez Jiménez y Musitu (2007) detallan que la dinámica familiar funciona adecuadamente si está organizada para beneficio de todos los integrantes con un funcionamiento específico que da las claves para conocer distintos tipos de familia que sean adaptativas para el desarrollo de cada miembro.

2.1.2 Familia Funcional

Las familias son unidades de convenientes enlazados por vínculos de parentesco, de consanguinidad o de afinidad. Se considera la familia funcional como aquella en donde sus miembros tienen una relación inmediata y constante con quienes representan el núcleo.

Gallego y Pérez (2001) sostiene que:

Cada familia es la satisfacción de las necesidades sociales, tales necesidades más que dictar las formas específicas para diseñar una sociedad indican que es imposible ignorarlas pues se han de satisfacer de una u otra manera. Todos los integrantes influyen en todos, cada uno desde su singularidad y desempeñando ciertas tareas o funciones por eso la causa de los éxitos y los fracasos, no se debe a un solo integrante de la familia, sino a todos en mayor o menor grado y lo ideal para la permanencia de la familia es que funcione cada uno de los elementos que es capaz de ejercer un adecuado control ético-cultural de la vida social. (p. 50)

2.1.2 Familia Disfuncional

Canales (2014) explica que una familia disfuncional es aquella en la que las reglas se establecen a partir de caprichos irracionales de los padres. Las reglas son rígidas y se evita que sus miembros expresen sus sentimientos. Este tipo de familia no permite la individualidad de la personalidad, las reglas rígidas no admiten la expresión efectiva ni la expresión de las propias necesidades.

En una familia disfuncional los padres no actúan como un equipo y generan alianzas entre sus hijos, utilizándolos para atacarse entre ellos, las pocas palabras promueven relaciones agresivas y de competencia entre los hermanos. Tampoco hay un balance en el proceso de dar y recibir dentro del sistema, los miembros aprenden a no sentirse merecedores de afecto y estabilidad del medio, a ser

egoístas y centrados en sí mismos. Los padres tóxicos crean familias disfuncionales pues no se permite el espacio físico no psicológico individual de los miembros.

2.3 Abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico es indispensable en el proceso de terapia Aaron Beck se centra en pensamientos y distorsiones negativas y Albert Ellis se centra en las ideas irracionales, estos modelos son estrategias importantes que se emplean en una terapia cognitiva conductual por lo que la terapia más apropiada para modificar la conducta inasertiva es la TCC a través de técnicas.

Para ampliar más esta teoría Judith Beck (1995) refiere que la terapia cognitiva conductual es un tratamiento que está destinado a resolver problemas de conducta, modificar el pensamiento y los comportamientos disfuncionales. Este abordaje terapéutico propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que fluye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas.

A continuación se nombran elementos de la terapia cognitiva conductual para abordar problemas de la conducta:

Tiende a concentrarse en la conducta problemática en sí misma, las conductas desadaptativas son adquiridas a través del aprendizaje, el medio ambiente puede influir en las personas en términos de los principios de aprendizaje establecidos, los principios psicológicos y de aprendizaje pueden ser efectivos en la modificación de la conducta, implica la especificación definida de los objetivos del tratamiento y adaptar la terapia del tratamiento al problema del paciente. (Bandura, 1969) (Reynoso 2005, p.7)

Labrador (2014) afirma:

El punto de partida de la terapia conductual es la modificación de conducta, y tiene por objetivo principal minimizar o cambiar aquellas conductas desadaptativas que generan disfuncionalidad social, ya que cuando un niño o adulto presentan desobediencia, son agresivos o retadores, es más que evidente que presentan problemas de conducta, por lo que la terapia conductual pretende corregir dichos comportamientos, existiendo técnicas exitosas que darán resultados positivos, siendo estas, tiempo fuera, extinción, modelamiento, economía de fichas, moldeamiento, programas de razón, juego de roles, desensibilización sistémica, visualización creativa, reforzamiento de conductas, reforzadores negativos y positivos, asociación y encadenamiento . Todas son exitosas, depende del caso deben aplicarse para que los resultados sean positivos y se cambie la conducta por una apropiada.

Para complementar el proceso terapéutico de una forma integrativa, también se trabajó con la Terapia Gestática, la cual se enfoca en ayudar al paciente en su problemática, devolviéndole la capacidad para afrontar la vida concentrándose en el aquí y ahora mediante el valor de los sentimientos. Cornejo (1992) refiere que la etapa de la niñez es difícil y aún más cuando han tenido una mala experiencia específica que requiera ayuda terapéutica como divorcio, muerte, accidentes o sucesos que provoquen traumas emocionales en los niños.

Por otra parte Cornejo (1992) explica que sucesos como la separación y divorcio provocan tensión y que los niños son extremadamente sensibles por lo que estas emociones deben ser reconocidas, aceptadas, respetadas y trabajadas con la terapia Gestalt.

2.4 Relación Familia

En toda familia hay una relación familiar a lo que Zurro (2003) explica es la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y la unión estable que viven en el mismo hogar.

Para ampliar más D`Agostino (2006) refiere que la relación familiar es una gama potencialmente indefinida, es una relación social plena, también es un fenómeno social total, que directa o indirectamente, explícita o implícitamente implica todas las dimensiones de la experiencia humana.

La relación familiar es el núcleo elemental de la sociedad Gomes (2001) indica que están vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos que constituyen complejas redes de parentesco a través del intercambio de la cooperación y la solidaridad.

2.4.1 Niñez

La etapa de la niñez transcurre desde los 6 meses hasta los 12 años Canova (2007) refiere que es una edad durante la cual el pensamiento es inadecuado para reflexionar, se distingue entre fantasía y realidad para razonar sobre el pensamiento. Aun no hay una idea clara del bien y del mal y su desenvolvimiento es gradual. El crecimiento y desarrollo se consideran como sinónimos para la etapa de la niñez.

Por lo tanto, Loaeza (2010) explica que la niñez es el destino de cada ser humano y todo lo que se vive y se aprende de niño, se refleja en la adolescencia o en el la adultez. Por su parte Craig (2001) refiere que es un periodo de inocencia, como sucede en buena medida actualmente que los padres de familia comienzan a tratar de proteger a sus hijos para enfrentar los cambios que se presenten.

2.4.2 Etapas de la niñez

Peña (2006) explica que hay dos etapas de la niñez las cuales son:

Niñez temprana: Donde el crecimiento del niño tiende a parecer menos acelerado, las proporciones corporales se equilibran. Las habilidades motoras se hacen más precisas y se define la lateralidad, la autoestima se afirma, el niño se vuelve más independiente, tiene autocontrol, tiene más iniciativa, habla mucho y lo pregunta todo. Se consolida su identidad de género en cuanto a lo sexual. Tiene una idea clara entre el bien y mal y sus juegos son más sociales.

Niñez intermedia: El crecimiento físico se vuelve más lento; se consolida su fuerza física y su salud en general. Su pasatiempo ahora es operativo, ha disminuido su egocentrismo esto le permite comprender algunos procesos y piensa en forma lógica. En el lenguaje su vocabulario es más amplio y su pronunciación es buena. Las relaciones con sus amigos son prioritarias tiene plena conciencia de su identidad sexual pero prefiere relacionarse con sus pares del mismo sexo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

En la niñez se pueden presentar problemas de conducta, sin embargo, estos no deben de ser graves, se determinan como graves cuando afectan la funcionalidad del niño en su entorno. En la niñez es significativo el entorno, es decir que la familia es un factor importante ya que los padres influyen en los valores, creencias, normas y forman la base de la personalidad de los integrantes, por lo que la dinámica familiar disfuncional es un componente negativo que puede generar problemas de conducta severos en los integrantes de dicho núcleo. Siendo la familia un componente que se puede convertir en una agente etiológico para los integrantes, convirtiéndose en una problemática si la dinámica no es apropiada.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué impacto provocó la dinámica familiar y si tiene relación con los problemas de conducta en un niño de 10 años?

3.3 Objetivo general

Determinar el impacto que provoca la dinámica familiar para generar problemas de conducta en el niño.

3.4 Objetivos específicos

- Identificar los problemas de conducta causados por la dinámica familiar.

- Identificar la dinámica familiar del paciente.
- Describir el manejo de las emociones en el paciente.
- Construir el vínculo apropiado entre padres e hijo.

3.5 Alcances y límites

Se determinan alcances favorables como la puntualidad del paciente, culminación del plan terapéutico, apoyo total de los padres del paciente en las sesiones necesarias en el proceso, algunas limitaciones la contaminación auditiva fuera de las clínicas, ausencia de clínica diseñada solo para el abordaje terapéutico de niños ya que en ocasiones el espacio no era adecuado para realizar las técnicas que lo requerían.

3.6 Metodología

La investigación se realizó con base en el método de estudio cualitativo,. Según Ruiz (2012) la investigación de tipo cualitativo es un planteamiento de investigación de mecanismos internos que garantizan el nivel de fiabilidad y validez, afirmando que los resultados del análisis tengan neutralidad y precisión con diferente utilidad y capacidad que posee la investigación para poder aplicarla en aquellos casos específicos para los que está más adaptables.

Bajo los parámetros del enfoque cualitativo se expone el caso del paciente de 10 años el cual llevo a la clínica por problemas de conducta, se determina el motivo de consulta se expone el consentimiento informado, se realiza examen mental, entrevista y el genograma con los padres de familia. Así mismo, se inicia el proceso de abordaje en el que inicialmente se establece rapport y se utiliza el juego libre como parte de la fase inicial. Seguidamente se inició la fase de aplicación de pruebas y se entrega informe verbal de aspectos clínicos a trabajar, planteamiento del plan terapéutico al paciente junto con sus progenitores, inicio del abordaje terapéutico y sesiones de seguimiento.

Durante la fase de evaluación se realizaron distintas pruebas proyectivas y psicométricas, las cuales se incluyen con una breve síntesis del concepto y resultados, tema que se amplía en presentación de resultados en el plan terapéutico.

Crotti y Magni (2012) Explican que las pruebas proyectivas son una guía práctica para la correcta interpretación de los elementos simbólicos que aparecen en los dibujos de los niños desde la época de los garabatos hasta la pre adolescencia para un diagnóstico de la personalidad.

Técnica dibujo libre, que denota sentimientos de constricción ambiental acompañados de acciones o fantasías sobrecompensatorias concomitantes con una sensación de vacío y de reducción energética característica de las personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa, predominando dos colores el azul que representa profundidad concéntrica, pasividad, asociatividad, heterónoma, sensible y perceptiva unificadora con afectos efectivos de satisfacción, ternura, amor, armonía, confianza e inteligencia y el segundo color verde muestra constancia de voluntad, concéntrico y acaudalado con afecto efectivos de celos, defensivo y una vez más pasivo.

Test Proyectivo de la Familia: manifiesta inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Padre dibujado en primera línea, es decir primer lugar: admira y se identifica con él, hermana dibujado con más detalles, figura valorizada y madre dibujada con menos detalles. Personajes de la familia en contacto tomados de la mano comunicación entre los miembros.

Test Proyectivo del Árbol: manifiesta inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad con imaginación y dulzura. Dibujo grande demostrando orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad, suelo al margen indica infantilidad e inmadurez actúa de lo impulsivo con una copa grande que demuestra fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición. Fruto en la copa, manifestando interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.

Tests psicométricos EQP J: describe que tiene dificultades en volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Necesita tener a alguien con quien hablar y jugar, es despreocupado, actúa por los impulsos del momento, no compagina con los demás fácilmente y se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas.

Cano, Rodríguez, García y Antuña (2005) indican que el test psicométrico EQP J de Hans Eysenck es un test de personalidad para niños que evalúa tres dimensiones neurotismo, psicotismo y extraversión.

Test CDI: no presenta sintomatología de depresión infantil según los resultados está dentro de los límites normales ninguno de estos síntomas que prevalece en la prueba humor depresivo, tristeza leve, preocupación, juicios de ineficacia, fealdad, maldad, ideas suicidas etc. No aplican a su caso obteniendo dieciséis puntos ya que si es mayor de 89 pts. presentan depresión leve o severa.

Kovacs (1992) indica que el Test CDI (inventario de depresión infantil) evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

4.1.2. Datos Generales

Nombre: A V

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 15/04/2008

Edad: 10 años

Escolaridad: Primaria

Institución: Centro educativo privado

Religión: Católico

Dirección: Ciudad capital

Información exclusiva en caso de menores de edad:

Nombre del padre: D A

Profesión u oficio: Ingeniero

Lugar de trabajo: Empresa privada

Nombre de la madre: Y V

Profesión u oficio: Vendedora

Lugar de Trabajo: Empresa privada

Referido por: Padres

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 22 de febrero del 2018

4.1.3 Motivo de consulta

“No queremos que esto afecte a nuestros hijos y queremos ayudarlos para que su vida sea buena a pesar de que nosotros ya no estemos juntos” los padres del paciente refieren SIC. El paciente refiere “mis papitos se separaron y por eso vine a psicología” SIC.

4.1.4. Historia actual del problema

Desde hace un año han observado que el paciente presenta problemas de manejo de ira, inseguridad, impulsividad y agresividad con la figura materna tomando como factor precipitante el divorcio de sus padres hace cuatro años. Al indagar con los padres se determina el estado premorbido del paciente era diferente, un niño cariñoso, atento, obediente y no se enojaba con facilidad. Este cambio de conducta ha tenido consecuencias en discusiones con la madre, peleas con la hermana y dificultad para relacionarse con sus pares, ya que hace lo que los demás le dicen para ser aceptado y caerles bien. Durante esta problemática, el paciente tuvo repercusión en su desenvolvimiento emocional y conductual en el entorno familiar, pero al finalizar el proceso se obtuvieron mejorías en la conducta manejando las emociones y teniendo una dinámica familiar adecuada con cada uno de los miembros.

4.1.5 Historia clínica

Personales no patológicos

Historia prenatal

Durante esta etapa madre del paciente refirió que comía mucho y que constantemente tenía movimientos en el vientre esto le hacía sentir un poco de dolor pero que a partir de los 7 meses le gustaba sentir esa sensación.

Nacimiento

Los padres informaron que pesó solo tres libras cuando nació, si lloro.

Evolución Neuropsíquica

JA mantuvo fija la cabeza a los 9 meses, se sentó al año, se paró al año tres meses, gateó a los 10 meses por el tiempo de 3 meses. Inició a caminar a los 2 años, sus movimientos fueron lentos.

Sus habilidades motoras eran acorde a su edad, mostraba equilibrio, caminaba y corría con normalidad. No se detectó ningún tipo de movimiento hiperactivo. Su control de esfínteres inicio a los 2 años, control diurno y control nocturno a los 3 años y el método de enseñanza fue usar la bacinica y que su hermana fue ejemplo.

Evolución de lenguaje

Se dio el balbuceo y vocalizaciones a los 2 años, sus primeras palabras fueron a los 3 años y a los 6 años se terminan los defectos de pronunciación.

Los padres refieren que su primera frase se da a los 4 años y a la edad de 5 años se da a entender con las demás personas con claridad. Madre indica que a J A se le facilita obtener información y poder narrar historias y acontecimientos. Suele entender con capacidad lo que otros hablas, es un poco distraído y si sigue instrucciones solo que hay que indicarle 2 o 3 veces lo que debe de hacer.

Desenvolvimiento escolar

El paciente inicia su escolaridad a la edad de 4 años en pre kínder padres informaron que asistió a curso de vacaciones antes de entrar por lo que eso ayudó mucho para que el primer años fuera excelente en su desenvolvimiento , ha estudiado en 2 establecimientos educativos contando el actual cursa cuarto primaria. Padres indica que la actitud ante el estudio de J A ha sido relajado, despreocupado y con muy buen rendimiento académico.

Desenvolvimiento social

Padres refieren que ha sido un niño alegre, tranquilo y le gusta jugar mucho también es amable,

educado con las personas y niños sin embargo casi siempre hace lo que los demás niños le dicen para caerles bien, ser aceptado, se molesta, enoja y se aparta del grupo cuando él cree que no es recibido en un grupo.

Personales patológicos

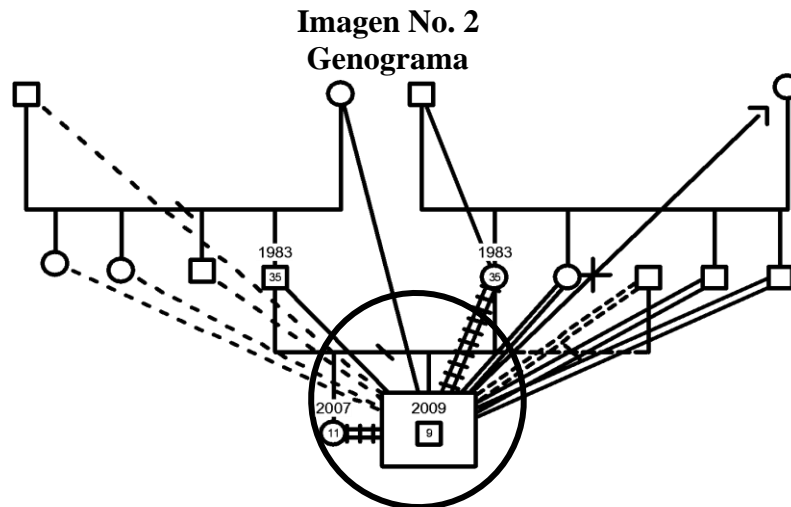
Historia médica

El paciente JA actualmente no presenta ninguna afección medica, sólo se encuentra con un yeso debido a que aproximadamente hace un mes y medio se cayó de un árbol por lo que asiste al médico cada cierto tiempo a revisión para luego proceder con sus fisioterapias. En relación con el nacimiento, estuvo 4 meses en el hospital después de nacer para esperar que tuviera el peso adecuado ya que solo peso 3 libras y en el primer año de vida fue hospitalizado una semana por un rotavirus severo.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

Los padres no refirieron ningún dato sobre desordens emocionales o mentales anteriores e indicaron que es la primera vez que acudían a terapia psicológica. Sin embargo, es importante mencionar que la madre del paciente refirió que el embarazo fue no deseado por ambos padres y que trato de interrumpir el embarazo por medio del aborto. No fue sino hasta los siete meses, que se empezó a cuidarse y durante este tiempo ambos padres informaron que tenían peleas constantes en casa por lo que el embarazo fue difícil.

4.1.6 Historia familiar



Fuente: elaboración propia (2018)

Estructura familiar

Paciente JA de 10 años vive con su madre y su hermana ya que sus padres están separados. La relación con su madre es cercana, sin embargo, hay peleas verbales constantemente entre ellos, debido a que el paciente no le obedece a su mamá. La relación con su hermana es muy cercana, los padres refirieron que ella lo cuida mucho aunque a veces suele ser mandona, por lo que pelean en ciertas ocasiones. La relación con el padre es armoniosa y cercana, todos los fines de semana se ven y el padre informó que trata que el tiempo que está con sus hijos sea de calidad. La relación con la familia materna es cercana, armoniosa, y de amistad con sus abuelos, tíos y primos.

La relación con la familia paternal es distante con sus abuelos, tíos y primos. Ambos padres son proveedores, están económicamente solventes y viven en una casa amplia en un ambiente seguro y sano.

Antecedentes familiares

Los padres refieren que su separación fue por incompatibilidad de personalidad y a su vez, mencionan que en algunas ocasiones hubo violencia verbal y física por lo que decidieron una separación por el bienestar de sus hijos; ya que observaron que sus desacuerdos y pleitos afectaban a sus hijos en la conducta. Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales

Los padres manifiestan que no tienen conocimiento del algún familiar que padeció alguna enfermedad psicológica.

4.1.7 Examen del estado mental

El paciente se presenta arreglado conforme a su edad, muestra una conducta amable y cooperadora, su actitud fue responder con cautela, con una actividad motora normal. Se observa fluidez del habla, comprensión y habla infantil. Está orientado en espacio y tiempo, tiene fluidez de pensamiento y comprensión, memoria inmediata apropiada, habilidad para comprender y responder lo que se le pregunta, muestra tristeza moderada en su afecto al hablar de sus padres mostrando nerviosismo y actitud reflexiva.

4.1.8 Resultados de las pruebas

En función del mejor abordaje terapéutico para el paciente en mención y basado en su problema clínico se decidió aplicar las siguientes pruebas:

Tabla No. 1
Pruebas aplicadas

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Dibujo libre	24/3/2018
Test Proyectivo de la Familia	7/4/2018
Test Proyectivo del Árbol	14/4/2018
Tests psicométricos EQP J y CDI	21/4/2018

Fuente: Elaboración propia, (2018)

Tabla No. 2
Pruebas Proyectivas

Prueba	Resultado
Dibujo Libre	<p>Según el dibujo libre realizado por el paciente es una figura de tamaño grande que denota sentimientos de constricción ambiental acompañados de acciones o fantasías sobrecompensatorias concomitantes. El trazo del dibujo es decidido que suelen ser más asertivos (afirmativos) impulsivos y agresivos combinado con trazos rectos que tienden a ser autoafirmativos.</p> <p>La ausencia de detalles en el dibujo denota una sensación de vacío y de reducción energética característica de las personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa y, en ocasiones, de las personas depresivas está situada en la zona inferior de la hoja la persona se siente insegura e inadaptable y este sentimiento le produce un estado de depresión o toma actitudes derrotistas.</p> <p>Utilizó los siguientes colores, predominando dos empezando con el azul que representa profundidad concéntrica, pasividad, asociatividad, heterónoma, sensible y perceptiva unificadora con afectos efectivos de satisfacción, ternura, amor, armonía,</p>

Prueba	Resultado
De la Familia	<p>confianza e inteligencia y el segundo color verde muestra constancia de voluntad, concéntrico y acaudalado con afecto efectivos de celos, defensivo y una vez más pasivo.</p> <p>Según el protocolo de la familia el paciente manifiesta inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, en su trazo corto con trazaos rectos muestran determinación, decisión y asertividad. Dibujo situado en sector derecho de la página, puede corresponder a las metas en relación con el futuro de la familia que contiene líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento.</p> <p>Se les considera más inhibidos y guiados por reglas. Tamaño de dibujo pequeño, se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Padre dibujado en primer lugar indica : admira y se identifica con él, hermana dibujado con más detalles: figura valorizada y madre dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras: figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura. Personajes de la familia en contacto, tomados de la mano, indica comunicación entre los miembros. Cabeza pequeña, se refleja en sujetos inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual, ausencia de nariz timidez, se interpreta como retraimiento, ausencia de agresividad, poco empuje. Omisión de cuello en madre y hermana están relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres, brazos pegados al cuerpo, control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás y la ausencia de cabello refleja complejos de inferioridad.</p>

Árbol	<p>Según el protocolo la figura, se encuentra en la zona de en medio que muestra la línea del YO hacia el tú, del egoísmo-altruismo, del pasado hacia el futuro, de lo materno-familiar hacia lo paterno-independiente. Trazo poroso y curvo manifestando inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad con imaginación y dulzura.</p> <p>Dibujo grande demostrando orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad, Suelo al margen infantilidad e inmadurez. Tronco ancho actúa de lo impulsivo con una copa grande que demuestra fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición. Fruto en la copa manifestando interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad</p>
-------	--

Fuente: elaboración propia (2018)

Tabla No. 3
Prueba CDI

Escala	Punteo
Disforia	5
Autoestima	11
	Total= 16 puntos

Fuente: elaboración propia, (2018)

El paciente presenta tristeza, sin embargo no es un síntoma suficiente para diagnosticarlo ya que no presenta sintomatología de depresión infantil, según los resultados de la prueba, está dentro de los límites normales. Algunos de los síntomas que prevalecen en la prueba son: humor depresivo, tristeza leve, preocupación, juicios de ineficacia, fealdad, maldad, ideas suicidas etc. aplican a su caso.

Según el test si el paciente presenta una puntuación mayor a 89 pts, tiene una leve depresión. Para este caso no aplica ya que la prueba presenta un resultado de 16 puntos.

Tabla No. 4
Prueba EPQ J

Escala	Puntaje	Interpretación
N Emocionalidad	55	Exageradamente emotivo. Le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional.
E Extraversión	55	Necesita tener a alguien con quien hablar y jugar. Es despreocupado. Actúa por los impulsos del momento. Prefiere estar moviéndose y en acción.
P Dureza	95	Es Despreocupado. No compagina con los demás fácilmente. Se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas.
S Sinceridad	75	No hay disimulación (mucha sinceridad)

Fuente: elaboración propia, (2018)

4.1.9 Otros estudios diagnósticos

Se solicitó un reporte por parte de los maestros del paciente en donde indican que su desenvolvimiento académico y conductual en el colegio es excelente, sin embargo, los reportes que enviaron informan que el paciente enfrenta problemas emocionales relacionados con la familia por la separación de su padres.

4.1.9 Impresión diagnóstica

Según los resultados de las pruebas realizadas, observación, escucha activa y entrevista se percibe que desde que el niño sufrió la separación de sus padres hace 4 años, empezó a desarrollar aislamiento de emociones, conducta impulsiva, inseguridad y agresividad. Mostrando también dificultad para relacionarse con los demás (inadaptación e inferioridad) y problemas con el vínculo materno. A pesar que la dinámica familiar ha cambiado, los padres se preocupan por la funcionalidad del niño y consideran necesaria una relación apropiada con el menor.

4.1.10 Diagnóstico según DSM-5

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

En esta categoría, el término padre se utiliza para referirse a cualquier cuidador principal del niño, ya sea un progenitor biológico, un padre adoptivo o de acogida, o cualquier otro familiar (como un abuelo) que desempeñe un papel parental para el niño. Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres e hijos o cuando la calidad de la relación padres e hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico. Habitualmente, un problema de la relación padres e hijos va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos.

Son ejemplos de problemas conductuales: el inadecuado control, supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin la resolución de los problemas.

Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo. Los problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación.

Los clínicos han de tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y su contexto cultural.

4.1.11 Conclusiones

Debido a la separación de sus padres, el paciente presentó problemas de conducta en su desenvolvimiento, relacionados con: manejo de la ira, agresividad y problemas de relación con los padres.

Los problemas de conducta fueron el detonante para manifestar los síntomas actuales del diagnóstico del niño por lo que se trabajó la terapia cognitiva conductual para abordar la problemática.

La problemática afectó en el desenvolvimiento familiar causando preocupación en los padres del paciente por las constantes discusiones y llamadas de atención en donde el paciente demostraba enojo, molestia y desobediencia para con ellos.

4.1.12 Recomendaciones

Integrar a los padres de familia en el proceso terapéutico para disminuir las conductas que son perjudiciales para la familia.

Abordar la problemática con base en el modelo cognitivo conductual para trabajar asilamiento de emociones, conducta impulsiva, agresiva e insegura para reducir los factores de riesgos en el desenvolvimiento del paciente en el diario vivir.

Fortalecer el área familiar, especialmente el vínculo materno y la dinámica familiar con actividades lúdicas o integrarse a un grupo de la iglesia el cual asisten para fortalecer la unión y los vínculos afectivos.

4.1.13 Plan terapéutico

Tomando en cuenta la historia del menor y los problemas que presentaba en conducta impulsiva, agresividad, inseguridad, problemas de relación parental y dificultad para relacionarse con los demás se decidió aplicar el siguiente plan terapéutico basado en terapia Cognitivo Conductual y Terapia Gestáltica con el fin de reestructurar su salud mental , generar funcionalidad en el paciente y su familia.

Teoría cognitiva-conductual: Postula que los pensamientos y las conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. Judith Beck (1995) refiere que esta perspectiva sostiene un proceso de información inadecuada o una visión distorsionada de la problemática, el mundo, el futuro y de la misma persona. La teoría propone además que todo el pensamiento negativo causa que una persona desarrolle “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción. Técnicas como la narrativa terapéutica, hablar, sentir y hacer, identificar emociones, modificador de conducta, juego de roles, psicoeducación, mi familia, carta Familiar y desensibilacion sistemática fueron parte de este proceso.

Teoría Gestalt: Perls (1994) Pone en énfasis las vivencias subjetivas de cada persona, da importancia a los aspectos positivos de la psicología concentrándose en el aquí y ahora mediante al valor de los sentimientos. Para complementar se utilizaron estas técnicas visualización creativa y esculpir.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 6 meses, aproximadamente 21 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla No. 5
Plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Niño afectado por Relación Parental conflictiva	Manejo de aislamiento de las emociones.	La narrativa terapéutica hablar, sentir y hacer Identificar emociones	Dichas técnicas se presentan en 3 sesiones, se ensayan en consulta.	Dibujo figura humana Crayones Bote mágico Computadora
Problemas entre padres e hijo	Fortalecer el vínculo entre padres e hijo	Modificador de conducta Juego de rol Psicoeducación Mi familia Carta Familiar	Dichas técnicas se presentarán en 5 sesiones, se ensayan en consulta.	Modificador de conducta Computadora Bote mágico Hojas Lapiceros Bocinas
Conducta impulsiva, insegura y agresiva	Reducir las manifestaciones de impulsividad, inseguridad y agresividad	Desensibilización sistemática Visualización creativa Esculpir	Dichas técnicas se presentan en 3 sesiones, se ensayan en consulta.	Globo y arroz Stickers Marcadores Computadora Platicina

Fuente: Elaboración propia, (2018)















Tabla No. 6

Desglose de objetivos

Objetivo: Manejo de asilamiento de emociones.		
No. Sesiones	Técnicas	Observaciones
1	<p>La narrativa terapéutica</p> <p>Permite explorar la experiencia emocional de la persona identificando las emociones más sentidas en su vida con colores.</p> <p>Entregar molde de figura humana para dibujarla.</p> <p>Luego decir 5 emociones y elegir un color para cada una.</p> <p>Dividir la imagen según la edad para que pinte la figura</p> <p>Por último, el paciente describe como pinto su dibujo y se observa que color utilizo más.</p>	
2	<p>Hablar, sentir y hacer</p> <p>Se evalúa las emociones del paciente realizando preguntas al azar en donde refleja ciertas conductas problema para mejorar.</p> <p>Debe de sacar del bote mágico un papel leerlo y responder como solucionaría esa situación acorde a su edad.</p>	

3	<p>Identificar emociones</p> <p>Video: Emociones Positivas</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=xtcQFO-FlpE</p> <p>Para enseñar a identificar las emociones con diferentes personajes luego realizar un Collage de Emociones Positivas.</p>	
---	---	--

Objetivos: Fortalecer el vínculo entre padres e hijo.		
No. Sesiones	Técnicas	Observaciones
4	<p>Juego de rol</p> <p>Una dramatización improvisada en la que el paciente imita a algún miembro de su familia, se puede realizar varias veces luego preguntarle cómo se sintió y con cual persona se identifica más y porque.</p>	
5	<p>Psicoeducación</p> <p>Video: Tipos de comunicación</p> <p>Trata de varios fragmentos de películas infantiles mostrando las diferentes formas de comunicación</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=Os-Yfp4YXnI</p>	
6	Modificador de conducta	

	<p style="text-align: center;">Cuadro de incentivos para motivar a los niños</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: small;">Objetivos</th> <th style="font-size: small;">Lunes</th> <th style="font-size: small;">Martes</th> <th style="font-size: small;">Miércoles</th> <th style="font-size: small;">Jueves</th> <th style="font-size: small;">Viernes</th> <th style="font-size: small;">Sábado</th> <th style="font-size: small;">Domingo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Comer bien </td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estudiar </td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Recoger </td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Obedecer </td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  Si cumplio no cumplio NO  </div> <p>Explicación de cómo se trabajara en casa. Conductas a trabajar comer bien, estudiar, recoger y ordenar dormitorio y obedecer.</p>	Objetivos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Comer bien 								Estudiar 								Recoger 								Obedecer 								
Objetivos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo																																			
Comer bien 																																										
Estudiar 																																										
Recoger 																																										
Obedecer 																																										
7	<p>Mi Familia</p> <p>Paciente identifica quien es cada miembro indicando su nombre diciendo 3 cualidades y 2 aspectos a mejorar para tener una mejor interacción entre los miembros de la familia.</p>																																									
8	<p>Carta Conductual</p> <p>Paciente y padres deben de escribir una carta cada uno en donde expresen agradecimiento por cosas que han recibido de su familia y pedir perdón por cosas que han dejado de hacer por su familia. Luego cada uno la leerá con música instrumental de fondo.</p>																																									

Objetivo: Reducir las manifestaciones de impulsividad, inseguridad y agresividad.		
No. Sesiones	Técnicas	Observaciones
9	<p>Técnica de Habilidad sensorial</p> <p>Fabricar una bolita sensorial anti emociones negativas: Tener un globo grueso (o tratar de meter uno dentro de otro) y rellenarlo con harina o arroz. Tomar en cuenta que el tamaño de la pelotita debe ser el adecuado para que quepa en la palma de la mano. Si lo quiere el paciente puede pintarle una carita y hasta ponerle un nombre. Indicarle al paciente y la madre que cuando el paciente presente emociones de enojo, tristeza y dolor debe de utilizar la bolita para reducir la emoción que presenta.</p>	
10	<p>Visualización creativa</p> <p>Video: Visualización de Autoestima y Seguridad para Niños y Adolescentes. https://www.youtube.com/watch?v=Qovf_DykQ5s</p> <p>Paciente debe de sentarse cómodamente o acostarse, respirar profundamente luego imaginar un bosque observa el sol y todo lo que está alrededor, sentir el aire en el rostro, luego escuchar muy atento a la descripción de validación seres bueno, amable, amistoso, inteligente sentir la sensación de seguridad y bienestar para terminar jugar simón dice para indagar como se sintió el paciente.</p>	
11	<p>Esculpir</p> <p>El paciente debe de hacer 4 caritas de emociones utilizando la caja de Platicina entregada por el terapeuta al terminar describir cada una de ellas para saber porque el paciente realizo esas emociones.</p>	

Fuente: elaboración propia (2018)

4.2 Análisis de Resultados

4.2.1 Problemas de conducta

Brouard (2006), explica que es la dificultad de nuevas habilidades adaptativas que la persona realiza sobre su actuación en el desenvolvimiento social. Restrepo (2008), indica que es un patrón repetitivo y persistente de conductas agresivas o desafiantes en el individuo.

El paciente presentaba los siguientes problemas de conducta al llegar a terapia juntamente con los padres refirieron inseguridad, frustración, problemas para esperar su turno en los juegos y en las conversaciones , reaccionaba inapropiadamente a la frustración porque mostraba decepción magnificada a la situación, críticas con conducta agresiva, en la dinámica familiar se mostraba tenso con actitudes hostiles, constantes peleas con la hermana, problemas de manejo de ira y dificultad para relacionarse con sus pares.

4.2.2 Dinámica familiar

Suchaffer (2000) Indica que la dinámica familiar es una estructura, cada hogar tiene su propia característica, que es única y singular. En la dinámica el niño aprende por observación y modelaje esto es imitación de las conductas de las personas que lo rodean con esto el individuo desarrolla sus actitudes y valores.

Canales (2011) explica que una familia disfuncional es aquella en la cual las reglas se establecen a partir de caprichos irracionales de los padres. Las reglas son rígidas y se evita que sus miembros expresen sus sentimientos. En este tipo de familia no se permite la individualidad de la personalidad, las reglas rígidas no admiten la expresión efectiva, ni la expresión de las propias necesidades. En una familia disfuncional los padres no actúan como un equipo y generan alianzas entre sus hijos, utilizándolos para atacarse entre ellos las pocas palabras promueven relaciones agresivas y de competencia entre los hermanos.

Tampoco hay un balance en el proceso de dar y recibir dentro del sistema, los miembros aprenden a no sentirse merecedores de efecto y estabilidad del medio, a ser egoístas y centrados en sí mismos. Los padres tóxicos crean familias disfuncionales pues no se permite el espacio físico no psicológico individual de los miembros.

El paciente tenía una dinámica familiar disfuncional ya que los miembros mostraban poca afectividad, falta de comunicación asertiva por parte de los padres, alianzas familiares inapropiadas, desacuerdos en la crianza y frecuentes discusiones verbales entre ellos, con actitudes tensas y de enojo, estas mismas desaprobaban al paciente junto con su hermana.

4.2.2. Terapia Cognitiva Conductual

Beck (1995), desarrollo la terapia conductual como un tratamiento centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas de conducta y modificar el pensamiento y los comportamientos disfuncionales. Este abordaje terapéutico propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que fluye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas.

Reynoso (2005), indica que la terapia cognitiva conductual consiste en la utilización de un conjunto muy variado de procedimientos clínicos cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica.

Durante el proceso terapéutico del paciente se utilizó la terapia cognitivo conductual en donde la conducta fue desarrollada y trabajada la cual comprende la exploración de aspectos como la atención, inteligencia, características cognitivas, emocionales, conductuales, familiares y sociales que se centra en la reducción de problemas de conducta y promover las habilidades de adaptación. Se utilizaron técnicas psicológicas para mejorar las habilidades de comunicación y conductuales centradas en la terapia cognitiva conductual.

Durante la terapia cognitiva conductual se trabajó el manejo de la ira, impulsividad, se utilizaron técnicas como la narrativa terapéutica, identificar emociones y hablar, sentir y hacer, desensibilización sistemática, visualización creativa para mejorar sus dificultades emocionales.

4.2.3 Relación Familiar

Ortega (2001), explica que para poder entender lo que ocurre en las familias y su relación es necesario lo que conduce a la supervivencia, a la continuidad, el cambio y desarrollo de la misma, recordando que la familia es un sistema abierto que está en intercambio con el ambiente que incorpora nuevas instrucciones en el orden dinámico-estructural.

La relación familiar del paciente antes de iniciar el proceso terapéutico era disfuncional ya que no existía cohesión familiar, pocos o nulos acuerdos y un ambiente inestable en donde el desarrollo del niño era negativo e inapropiado y no adaptable a las necesidades emocionales, de convivencias y de comunicación social y familiar. Durante el proceso se logró la reestructuración de la relación familiar fortaleciendo vínculos emocionales entre los miembros de la familia para la convivencia sana y armoniosa, se aplicaron las siguientes técnicas; psicoeducación, juego de roles, técnica mi familia con el objetivo de aclarar roles, carta conductual familiar con el fin de reestablecer el vínculo familiar.

Conclusiones

En la entrevista con los padres, se detectaron conductas de la dinámica familiar inapropiadas, tales como: falta de comunicación, confusión de roles, poca afectividad, frecuentes peleas entre ellos y desacuerdos por lo tanto, en el plan terapéutico se incluyó la psicoeducación, juego de roles y el modificador de conductas.

Al evaluar al paciente, se determinó que presentaba problemas de conducta debido a la inadecuada dinámica familiar las cuales fueron; inseguridad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y poco manejo de la ira, tanto los hallazgos de entrevista como los resultados psicométricos, mostraron que el principal problema del paciente era la conducta inapropiada o conflictiva en todos sus entornos, siendo esto el principal foco de atención en el proceso.

Por medio de pruebas proyectivas, como el dibujo libre, familia y árbol, así como, la prueba psicométrica EPQ-J, se determinó el inapropiado manejo de las emociones del paciente, por lo tanto, fue uno de los pilares transcendentales del inicio de los cambios de conducta.

La relación familiar al inicio era disfuncional sin embargo el plan terapéutico que se puso en marcha incluía estos objetivos, manejo de aislamiento de las emociones, fortalecer el vínculo entre padres e hijo y reducir las manifestaciones de impulsividad, inseguridad y agresividad, por lo tanto, la dinámica familiar mejoro su convivencia por lo que se obtuvo el vínculo apropiado entre al paciente y sus padres.

Recomendaciones

Que los padres lleven un seguimiento terapéutico para que los problemas de conducta no reincidan en el paciente.

Realizar juegos lúdicos en la dinámica familiar ya que esto conecta a los miembros de la familia, haciendo que se conozcan mejor e incluso sean capaces de sobreponerse a crisis que pudieran darse.

Que los padres de familia reafirmen las virtudes y puntos fuertes del paciente puesto que es una de las mejores estrategias para gestionar el manejo de las emociones, asistiendo a un proceso terapéutico para abordar la terapia cognitiva conductual.

Motivar a la participación y adaptación de actividades familiares, sociales y religiosas para integrar todas las áreas de la relación familiar para desarrollar un desenvolvimiento adecuado en su entorno para tener el vínculo apropiado para la familia.

Referencias

- Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá. (2ª. ed.): Editorial Eco ediciones.
- Araujo, I., Silva, S., Jarabo, I., Vázquez, J. (2006). *Problemas de conducta y resolución de conflictos en la educación infantil*. España: Editorial Ideas propias.
- Arellano, A. (2005). *La educación en tiempos débiles e inciertos*. Bogotá: Editorial Rubí.
- Armas, M. (2007). *Prevención e intervención ante problemas de conducta*. España. Editorial: Wolters kluwer.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª. ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Barlow, D. y Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva*. España: Editorial Gedisa,S.A.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología (2 vols.)*. Madrid: McGraw Hill.
- Broud, T. (2006). *Técnicas superiores de integración social*. España: Editorial Mad,S.L.
- Canales, J. (2014). *Padres Tóxicos legado disfuncional de una infancia*. México: Editrial Booket paidos.
- Cano, J. , Rodríguez, L.,García, J., Antuña, A. (2005). *Introducción a la psicología de la personalidad aplicada a las ciencias de la educación*. España: Editorial Mad, S.L.

- Conova, I. (2007). *Psicología evolutiva del niño*. Bogotá. (6ª. ed.): Editorial San pablo.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. New York. (8ª. ed.): Editorial Person.
- Crotti, E., Magni, A .(2012). *Significado de los símbolos en los dibujos de los niños*. España: Editorial Sirio.
- D´agustino, F. (2006). *Filosofía de la familia*. España: Editorial Rialp, S.A.
- Estevéz, E., Jiménez, T., Musitu.(2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia.: Editorial: Culturals.
- Gallego, J., Pérez, J. (2001). *Pensar la familia*. Madrid: Editorial Palabra, S.A.
- Gento, S. (2010). *Tratamiento educativo de la diversidad de la personalidad, problemas de disciplina y desadaptación social*. España: Editorial Digital.
- Gomes, C. (2001). *Procesos sociales, población y familia*. México: Editorial Facultad Latinoamérica de ciencias sociales.
- Kovacs,M.(1992).*CDI inventario de depresión infantil*.Toronto.2da edición: editorial TEA.
- Labrador, F., (2014), *técnicas de modificación de conducta*, ediciones Piramide.
- Loeza, G. (2010). *Infancia es destino*. España: Editorial Aguilar.
- Lopez, R. (2013). *La conducta humana y la sociedad*: Editorial Grin.
- Mesa , P. Y Rodríguez, J. (2007). *Manual de Psicopatología General*. Madrid: Pirámide.

- Moreno, X. (2005). *Los problemas de comportamiento en el contexto escolar*. España: Editorial Universidad autónoma de Barcelona.
- Núñez, L. (2010). *APA diccionario conciso de psicología*. Mexico: Editorial Manuel moderno.
- Ortega, F. (2001). *Terapia Familiar sistémica*. Sevilla. (2ª. ed.): Editorial Universidad de Sevilla.
- Peña, G. (2006). *Una introducción a la psicología*. Venezuela: Editorial Universidad católica Andrés Bello.
- Restrepo, G. (2008). *Psiquiatría Clínica. Bogotá*. (3ª. ed.): Editorial Medica internacional.
- Reynoso, L. (2005). *Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual*. México: Editorial Manual moderno.
- Ruiz, J. (2012). *Tecnología de la investigación cualitativa*. España. (5ª. ed.): Editorial Universidad Devasto Bilbao.
- Santana, J. , Torres, L. (1990). *La educación del individuo excepcional en América latina*. Puerto Rico: Editorial De la universidad de Puerto Rico.
- Shaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Editorial Blackwell publishers inc. Valenciones, S.A.
- Vargas, J., Ibañez, J. (2006). *Solucionando los problemas de pareja y familia*. México. (4ª. ed.): Editorial Librería Carlos Cesarme, S.A.
- Zurro, M. (2003). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. España. (5ª. ed.): Editorial Elsevier.

Perls, F. (1994). *Terapia Gestalt*. California: Editorial Árbol

Cornejo,L.(1992). *Ventanas a nuestros niños*. Chile. (6^a. ed.): Editorial Cuatro Vientos

Anexos

Anexo 1

Tabla de variable

Nombre Completo: Bárbara Alejandra Méndez Flores

Título: Estudio de caso de conducta en niño de 10 años debido a Dinámica familiar, 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 (subtemas de la variable de estudio)	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
1. El paciente presentaba inseguridad, frustración, demuestra dependencia y falta de autonomía. Evidencia impulsividad, tenía problemas para esperar su turno en los juegos y en las conversaciones, no tolera cometer errores y responde a las críticas, responde con agresividad hacia los cuidadores cuando es reprendido.	Problemas de conducta y dinámica familiar	1. Problema de conducta	¿Qué Impacto provocó la dinámica familiar y si tiene relación con los problemas de conducta en un niño de 10 años?	Determinar el impacto que provoca la dinámica familiar para generar problemas de conducta en el niño.	1. Establecer los problemas de conducta.
2. La dinámica familiar al inicio era disfuncional entre los miembros, con comunicación inactiva, poca afectividad y alianzas familiares inapropiadas caracterizadas por frecuentes discusiones verbales.		2. Dinámica Familiar			2. Identificar la dinámica familiar del paciente.

<p>3. Al iniciar la terapia los padres hicieron referencia que no tenían un método en particular para el manejo de las emociones y acudían a los regaños comunes. El paciente aprendió a manejar sus emociones realizando técnicas las cuales fueron la narrativa terapéutica, técnica hablar, sentir y hacer e identificar emociones.</p>		<p>3.Terapia cognitiva Conductual</p>			<p>3. Describir el manejo de las emociones del paciente.</p>
<p>4. Se aplicaron las técnicas juego de roles, psicoeducación, modificador de conducta, técnica mi familia, carta conductual manejo de rutinas y expresión de afectividad entre los miembros, obteniendo mejoras en la convivencia y dinámica familiar.</p>		<p>4. Relación Familiar</p>			<p>4. Construir el vínculo apropiado entre padres e hijo</p>

Fuente: elaboración propia (2018)