

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



**Estudio de caso: Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años
como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Emerson Pablo Josué Palma Ramírez

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años
como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Emerson Pablo Josué Palma Ramírez

Licda. Claudia Calderón (**Asesora**)
Licda. Glendy Pérez Nisthal (**Revisora**)

Guatemala, junio 2017

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
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad 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 DE GUATEMALA

Sabiduría, ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de práctica profesional dirigida
**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Emerson Pablo Josué Palma Ramírez*
Estudiante de la licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su *Sistematización de práctica
profesional dirigida* para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: julio 2017

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *La Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: Emerson Pablo Josué Palma Ramírez
4. recibe la aprobación para realizar su *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social*.

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

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

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA”**. Presentada por el estudiante: **Emerson Pablo Josué Palma Ramírez**, 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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes junio del año 2017.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA”**, Presentado por el (la) estudiante: **Emerson Pablo Josué Palma Ramírez**, 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. Glendy J. Pérez Nisthal
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 2017. -----

En virtud de que *Sistematización de práctica profesional dirigida* con el tema "**Estudio de caso: Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA**", presentado por Emerson Pablo Josué Palma Ramírez, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de (*Sistematización de práctica profesional dirigida*).

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

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
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 por SOSEA	3
1.9 Justificación	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Trastorno negativista desafiante	5
2.1.1 Principales características	6
2.1.2 Comorbilidad	9
2.1.3 Consecuencias	9
2.2 Disfuncionalidad familiar	10
2.2.1 Características	11
2.2.2 Consecuencias	12
Capítulo 3	14
Marco Metodológico	14
3.1 Planteamiento del problema	14
3.2 Pregunta de investigación	14
3.3 Objetivos	14

3.3.1 Objetivo General	14
3.3.2 Objetivos Específicos	15
3.1 Alcances	15
3.2 Límites	15
3.3 Metodología	15
Capítulo 4	17
Presentación de Resultados	17
4.1 Sistematización del Estudio de Caso	17
4.2 Analisis de Resultados	35
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	40
Anexo	42

Resumen

En el presente informe se presenta el estudio de caso que se realizó como parte de la práctica profesional dirigida del quinto año de la carrera Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería social, en la sede Álamos. La práctica se desarrolló en Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia, en un tiempo de nueve meses durante el mes de marzo al mes de noviembre del presente año.

En el capítulo 1: Marco de referencia se realizó una descripción estructurada y detallada de los antecedentes, conjuntamente con la ubicación del lugar donde se realizó la práctica, organización, programas establecidos y justificación.

En el capítulo 2: Marco teórico el cual muestra información sobre la investigación de trastorno negativista desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar. Exponiendo toda la base teórica del presente informe.

En el capítulo 3: Marco metodológico se plantean los objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitaciones de la institución, la metodología en la cual se ejecutó el estudio sobre Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar, así mismo se dio a conocer el abordaje psicoterapéutico en el cual se realizó el psicodiagnóstico y evaluación por medio de pruebas psicológicas así como hipótesis referente a la problemática para ejecutar el diagnóstico, resultado e información al paciente para realizar la intervención psicológica y continuar con el tratamiento adecuado.

En el capítulo 4: Se finalizó con el resultado del análisis del caso de estudio, elaborando las conclusiones y recomendaciones, además de adjuntar el anexo correspondiente.

Introducción

Existen problemas de conducta en los niños y adolescentes, sin embargo, cuando estos sobrepasan los límites y crean disfuncionalidad, se convierten en un trastorno, tal es el caso del trastorno negativista desafiante el cual es un patrón de enfado e irritabilidad, donde existen discusiones y una actitud desafiante con un lapso de duración de al menos seis meses.

El comportamiento que se relaciona con este trastorno está relacionado desde el individuo hacia personas cercanas, es decir familia, grupos de amigos o bien compañeros de trabajo, por lo tanto, implica un deterioro en el ámbito escolar, social, laboral y familiar de la persona que lo presenta.

En la mayoría de casos, los niños que presentan este trastorno pertenecen a una familia disfuncional la cual se caracteriza por el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres o ambos, lo cual inhibe el desarrollo de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente con los miembros de la familia, ya que la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la misma y sus miembros.

El desarrollo del estudio de caso se realizó bajo los siguientes aspectos: La pregunta de investigación fue: ¿Determinar cómo influye la disfuncionalidad familiar para el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un paciente de 8 años? La presente investigación evidencia que las familias disfuncionales afectan a los más pequeños de forma directa, psicológica, social y emocionalmente influyendo en el futuro comportándose de forma inapropiada, sufriendo problemas laborales y académicos.

En la práctica profesional dirigida se trabajó con un paciente de 8 años de edad quien presentaba problemas conductuales a resaltar tales como agresividad, comportamiento errado, desafío hacia los adultos, incumplimiento de tareas, no sigue instrucciones, discute con los profesores, rebeldía. En el proceso psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación, entrevistas, examen mental, aplicación de pruebas psicológicas, con las cuáles se realizó un diagnóstico y se efectuó un abordaje terapéutico apropiado para el paciente

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Trastorno negativista desafiante es una patología que se presenta en los años preescolares y raramente en la adolescencia, presenta una prevalencia baja, los síntomas y signos característicos de dicho trastorno se presentan básicamente como enfado, irritabilidad, discusiones, actitudes desafiantes y conductas vengativas que causan deterioro en la vida de quien expresa este tipo de conducta. Se indica que la prevalencia está entre el 3 % de la población.

1.2 Descripción

La SOSEA (Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Alcalde) tiene como objetivo mejorar las condiciones de la calidad de vida de la niñez y adolescencia del Municipio, a través de la articulación de esfuerzos interinstitucionales e internacionales para lograr el pleno goce de sus derechos, fortaleciendo los programas, proyectos y acciones específicas, sobre todo haciendo énfasis en la inclusión social por medio de centros de atención de desarrollo integral, Oficina Municipal de la Mujer y Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia.

1.3 Ubicación

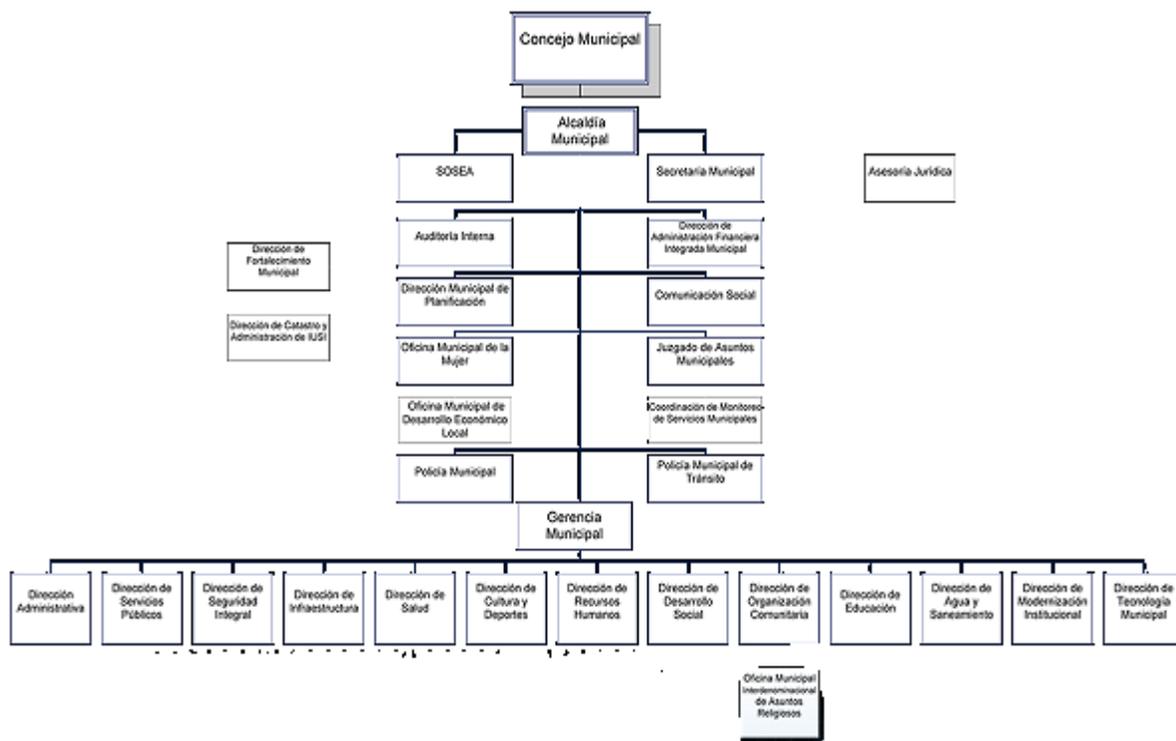
La Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia se encuentra ubicada en la 1ra calle 7-95 zona 6 Colonia La Felicidad, Villa Nueva.

1.4 Organización

Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia es un mecanismo que coordina la protección a niños y niñas cuyos derechos son afectados. Articula y moviliza tanto normas jurídicas como políticas e instituciones públicas y privadas. Vela para que los derechos de los niños no sean vulnerados teniendo que estar protegidos del abandono, la violencia sexual, maltrato infantil, adolescencia en conflicto con la ley penal, sub registro civil, matrimonio y trabajo infantil.

1.5 Organigrama

Cuadro 1
Organización de la institución



Fuente: SOSEA

1.6 Visión

Ser una institución pionera en protección, prevención y desarrollo integral que provea una mejor calidad de vida a niñas, niños, adolescentes y familias en Villa Nueva.

1.7 Misión

A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de mejorar su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos por SOSEA

Adulto Mayor: El objetivo general es atender de manera exclusiva a personas mayores de 60 años, en extrema pobreza y sin cobertura social. El objetivo específico es atender a los adultos mayores del municipio que no cuentan con cobertura social y en extrema pobreza, brindándoles espacios seguros y cómodos, proporcionando apoyo a personas mayores de 65 años.

Centro de atención mis años dorados: El lugar de permanencia de lunes a viernes, donde se les brinda desayuno, refacción, almuerzo refacción, terapias ocupacionales, fisioterapia, psicóloga y atención médica.

Comisión municipal de seguridad alimentaria y nutricional en el municipio: Coordina con Guatemala la capacitación de la ventana de los mil días, comisión municipal de seguridad alimentaria, busca proteger a los niños y niñas de 0 a 6 años, ya que en el país existen 3 problemas de nutrición en niños menores de cinco años, desnutrición crónica, desnutrición aguda y sobrepeso.

Los centros de atención de desarrollo integral: Durante el año 2,016 han atendido un total de 300 niños, brindando apoyo en el desarrollo nutricional, intelectual y emocional de la población infantil, basándose en la participación organizada de la comunidad y la coordinación interinstitucional en niños de 0 a 6 años.

CONALFA: Programa de alfabetización que se lleva a cabo en 3 fases hasta que obtenga su certificado de 6to grado con apoyo interinstitucional dirigido a adolescentes de 15 años en adelante.

Servicio Social: Brinda apoyo a todo vecino del municipio con gestión en silla de ruedas, bastones, andadores, prótesis, apoyo con gestiones ante instituciones no lucrativas con tratamientos médicos como cáncer y problemas renales.

1.9 Justificación

El presente trabajo es un estudio de casos y se realiza como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida del quinto año en Psicología Clínica y Consejería Social. Se elabora como requisito del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana, brindando un aporte educativo para futuros profesionales.

De la misma manera se pretende poner en práctica las competencias y capacidades que se han adquirido a lo largo de 5 años, en cuanto a la integración de todo el conocimiento teórico y clínico con pacientes. La práctica de psicoterapia clínica se realizó en la Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia de Villa Nueva. Dando inicio en marzo y finalizando en noviembre, con una duración de nueve meses.

El acompañamiento profesional durante las clases presenciales del curso de metodología de la investigación psicológica se llevó a cabo de septiembre a noviembre, durante los tres meses se describió, presentó, analizó y se corrigió el caso de alto impacto o también llamado caso estrella, aclarando dudas, elaborando el informe respectivo al caso.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno negativista desafiante

Ubicado dentro del grupo de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, es un trastorno con patrón de enfado e irritabilidad, donde existen discusiones y una actitud desafiante, el lapso de duración es de al menos seis meses.

El trastorno negativista desafiante se caracteriza por conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto que se acompañan de otras conductas de tipo cercano a comportamiento de tipo disocial y el niño lo hace de forma repetitiva y persistente al menos durante seis meses, el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V afirma:

“La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas. No es inusual que estas personas con trastorno negativista desafiante muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo. Sin embargo, los individuos con este trastorno que muestran síntomas de enfado/irritabilidad suelen también mostrar conductas desafiantes” (DSM-V, p 463)

Se denomina trastorno negativista desafiante a la conducta extremadamente desobediente. Esta es una de los reclamos más comunes de los padres y profesores que buscan ayuda psicológica, al tener un niño o alumno agresivo y desobediente.

Trastorno negativista desafiante, Francés (2002) afirma: “Suele encolerizarse, suele desafiar activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, a menudo molesta deliberadamente a otras personas, suele ser colérico, resentido, rencoroso y vengativo, también presenta un patrón de agresividad, destrucción, absentismo escolar”. (p21)

El comportamiento de este trastorno está relacionado en el individuo con otras personas cercanas, es decir familia, grupos de amigos o compañeros de trabajo. Por lo tanto, existe un deterioro en el ámbito escolar, social, laboral y familiar de la persona que lo presenta.

El manual de trastornos mentales y del comportamiento CIE10 afirma que este trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes, provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás.

La frecuencia de este comportamiento es importante para interpretar lo que se considere dentro de los límites normales de la conducta para el grado de desarrollo cultural y de género para cada individuo.

En algunas ocasiones los niños o los adolescentes pueden comportarse de forma negativista, desafiante u hostil ante la figura de autoridad. Sarason (2006) indica: “Si esta conducta es lo suficientemente severa para interferir con el funcionamiento del niño y sus relaciones con los demás, pueden diagnosticarle como trastorno negativista desafiante”. (p489)

2.1.1 Principales características

Las personas que presentan este trastorno negativista desafiante manifiestan arranques de cólera, berrinches, desafían a la autoridad, en el caso de los niños también desafían a los adultos, acusan a otras personas de propios errores, se enfadan con facilidad y presentan un comportamiento inadecuado e inusual de acuerdo a la edad cronológica del individuo.

La conducta inadaptada del niño a enfrentarse para experimentar e impresionarse con el fin de mostrarse sólido y con autoridad hacia los adultos, padres y profesores.

De la Portilla, (2006) afirma: “Los síntomas del trastorno negativista desafiante son comportamiento hostil y desafiante. El niño es colérico, fastidioso y desobediente, culpa a otros de sus problemas y errores, el trastorno es marcado, intenso y persistente durante más de cinco meses, siendo frecuente en la consulta psiquiátrica de preescolares”. (p41)

El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial.

Rojas, (2014) afirma: “Los comportamientos negativistas desafiante se expresan por terquedad persistencia, resistencia a las órdenes y renuncia comprometerse, ceder y negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando ser acusado por sus propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agredéndolos verbalmente”. (p165)

El comportamiento de los niños con trastorno negativista desafiante o llamado también trastorno de las ansias de libertad el individuo va más allá de la conducta infantil normal, el niño manifiesta comportamientos rebeldes, hostil y desafiante ante las figuras de autoridad.

Los factores familiares pueden jugar cierto papel en el trastorno negativista desafiante. “Los conflictos maritales severos dentro de una familia, los factores de la relación padre-hijo son la disciplina paterna excesivamente severa o la disciplina poco sólida, así como la falta de involucramiento de los padres con los hijos y con la educación de éstos”. (Sarason, 2006, p 490)

En la mayoría de los casos el trastorno negativista desafiante es manifiesto a los ocho años, se caracteriza por conductas deficientes y defectuosas, donde se pierde el control y existe enojo. Con frecuencia la postura de este trastorno es negativa, no cumple reglas, no cooperan, desafían, son negativos y se oponen a realizar actividades del hogar y actividades escolares.

El trastorno negativista desafiante hace referencia a una forma habitual de responder frente a las normas o límites, la cual consiste en reaccionar desproporcionadamente con rabietas y pataletas, con irritabilidad y llanto para rechazar o evitar el cumplimiento de la norma, este tipo de reacción es más frecuente en niños preescolares y va disminuyendo con la edad, para ser reemplazado por una tendencia de argumentar o discutir de manera beligerante, intransigente y grosera, las normas con adultos en especial con los padres.

Posteriormente empieza a presentarse el hábito de enfrentarse y retar con agresión a la autoridad. Con frecuencia hay manifestaciones de envidia, resentimiento y reclamos sin justificación. Generalmente se presenta una actitud antipática, rencorosa y vengativa hacia los demás.

En este trastorno el individuo manifiesta conductas desafiantes extremadamente severas como para intervenir con su habilidad para funcionar correctamente en la escuela, hogar o comunidad. También el desafío no proviene de algún trastorno como ansiedad, trastorno de conducta, depresión; por otra parte, este tipo de conductas las ha manifestado al menos durante los últimos seis meses.

Sarason (2006) afirma: “Otros factores que pueden ser importantes son las formas en las que los padres ayudan a sus hijos a socializar y a modelar su conducta de acuerdo con las demandas de la situación. Los programas de capacitación para padres pueden reducir la conducta infantil negativista y también mejorar las habilidades de los padres y reducir los sentimientos maternos de estrés”. (p490)

2.1.2 Comorbilidad

Rubio et al (2001) explica: “A los pacientes con diagnóstico de trastorno negativista desafiante también comparte una alta incidencia de diagnóstico de trastorno de déficit de atención, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad”. (p43)

Indica Soutullo y Mardomingo, (2010) indica que especialmente existe alta coexistencia con el TDAH, unas 10 veces más frecuente, así mismo la depresión también se presenta con este cuadro unas siete veces, finalmente también es importante mencionar que el abuso de sustancias también se presenta con dicho cuadro patológico ya que se indican cuatro veces más que en un sujeto sin este diagnóstico.

2.1.3 Consecuencias

La dificultad puede dar inicio a partir de los 12 a 24 meses de vida, los niños y los jóvenes que tienen este trastorno negativista desafiante se les dificulta separarse de la figura de apego.

Bonals (2007) afirma que en la sociedad actual los niños y adolescentes se ven en un marco repleto de expectativas, por un lado, de obligaciones y ansias de liderazgo, por otro lado, los escolares se ven abocados de lleno al mundo de la competitividad, a sobresalir encima de los demás, a conseguir el éxito en todo aquello que realicen. Es frecuente que los adultos que rodean a estos escolares se dibujen metas para ellos con expectativas que superen la realidad objetiva de las actitudes de los niños y adolescentes.

Así mismo el tipo de relaciones familiares y escolares pecan de falta de afectividad, en muchos casos se tiene en cuenta el éxito escolar, deportivo y social, pero es frecuente ver que se deja al margen el crecimiento emocional. Por ello los escolares a veces se ven ante la necesidad de reclamar la atención y afectividad que de manera normal y sosegada no consiguen, como consecuencia establecen estrategias para conseguirlo, para llamar la atención, figurarse como líderes del grupo o ser el centro de la familia. Para estos niños y adolescentes es siempre mejor

conseguir la atención de los adultos sin pararse a reflexionar si sus estrategias son adecuadas o no, y si son o no positivas”. (p765)

Debido a la frecuencia de este trastorno en la niñez, las secuelas que puede dejar dicha dificultad del comportamiento se manifiestan en los genes y en el desarrollo integral futuro del individuo, en los adultos se puede poner de manifiesto en enfermedades como la diabetes, cáncer obesidad y envejecimiento prematuro. Debido a que dichas conductas amenazan la tranquilidad familiar el individuo puede ser causante de violencia intrafamiliar, causar malos tratos, de privaciones y expresión y desarrollo de violencia.

La tristeza puede ser un factor determinante en las madres que padecen de depresión prenatal y postnatal, ya que corren el riesgo que al momento de nacer el bebé desarrolle trastorno negativista desafiante. Los conflictos matrimoniales pueden mostrar y manifestar que el niño sea agresivo, otros elementos que afectan la conducta del niño son el rechazo, patrones de educación, tendencia agresiva al castigo y falta de comunicación entre los miembros de la familia.

2.2 Disfuncionalidad familiar

Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia y segundo, una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos psicológica y espiritual y emocionalmente.

Partiendo del concepto de que salud involucra todos los aspectos en los que se desenvuelve el ser humano, para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables. Psicológicamente se considera familia disfuncional a un grupo de personas que no tienen parámetros claros en pensamientos, conductas y sentimientos; evidenciándose en las relaciones desfavorables que manejan internamente. Determinando que el entorno familiar puede facilitar o dificultar el desarrollo del niño.

No existen familias perfectas, Madriz (1998) señala. “Esto significa que en todas las familias puede haber problemas tanto instrumentales, relacionados con las labores domésticas, económicas, entre otros aspectos, como afectivos, celos entre hermanos, por ejemplo, sin llegar a adquirir una dimensión patológica”. (p 631)

En la sociedad actual existen muchas familias disfuncionales que presentan conflictos, conductas inapropiadas, y en algunos casos abuso de los individuos. Este tipo de familias no tienen límite social ni económico, por ello el desarrollo social y económico de una persona se ve afectado grandemente.

2.2.1 Características

Las personas provenientes de familias disfuncionales manifiestan falta de comprensión, sensibilidad, falta de empatía con los miembros de la familia o incluso ponerse continuamente en el lugar de un miembro familiar siendo demasiado empático, traspasarse los límites dentro del rol familiar, faltando el respeto genera desequilibrio emocional, conductual y cognitivo en los miembros de la familia.

En este tipo de familias existe mucho conflicto como niveles anormales de celos elevados, comportamientos extremadamente controladores, falta de tiempo en actividades sociales, familiares y eventos recreativos, adulterio, promiscuidad o incesto. Por lo tanto, la mayoría de niños que viven en este tipo de familias manifiestan miedo al hablar de lo que sucede en el hogar ya sea dentro o fuera de la familia, por ello tienen temor hacia figuras de autoridad como los padres.

Madriz (1998) afirma, “Otra de las características de la familia disfuncional es que no se viven las cinco libertades del ser humano. La libertad de ver y percibir, de pensar, la libertad de sentir, la libertad de desear y escoger y la libertad de imaginar”. (p 631)

Dentro de las características de una familia disfuncional se encuentran los padres autoritarios, que controlan con rigidez la conducta de sus hijos e insisten en la obediencia incuestionable. Es probable que los padres autoritarios críen niños que por lo general tienen malas habilidades de comunicación, son malhumorados retraídos y desconfiados. (Morris, 2005, p 385)

Los padres permisivos-indiferentes ejercen muy poco control y no ponen límites a la conducta de sus hijos. También son negligentes y poco atentos, proporcionando poco apoyo emocional a sus hijos. Los hijos de padres permisivos-indiferentes tienden a ser claramente dependientes y a carecer de habilidades sociales y autocontrol.

“Los padres permisivos-indulgentes brindan a sus hijos mucha atención y apoyo, pero no establecen límites apropiados a su conducta. Los hijos de padres permisivos-indulgentes tienden a ser inmaduros, irrespetuosos, impulsivos y fuera de control”. (Morris, 2005, p 385)

Lamentablemente el tipo de crianza de los hijos, la ridiculización, falta de respeto, desprecio, intolerancia emocional, aislamiento o disfunción social, sobreprotección, preferir a un hijo de otro, ser apático, son signos no saludables que conllevan a convertirse en miembros de una familia disfuncional.

2.2.2 Consecuencias

La mayoría de los integrantes de una familia disfuncional son co-dependientes, pueden manifestar adicciones, abuso de alcohol y drogas. Dentro de las consecuencias de una familia disfuncional se encuentra la agresión, ya que abarca todas las conductas que pretenden causar daño físico o psicológico a los demás. La intención es un elemento clave de la agresión. Freud consideraba que la agresión era una pulsión innata, similar al hambre y la sed, que se acumula hasta que es liberada.

El punto de partida son las enfermedades mentales no tratadas por parte de los miembros de la familia, así mismos patrones de crianza autoritarios, agresividad, violencia psicológica y física por parte de las figuras tanto maternas como paternas.

La agresión es un vértigo del pasado evolutivo que es desencadenado por el dolor o la frustración. Morris (2005) señala: “Se aprende a ser agresivo observando a modelos agresivos, los niños que crecen en hogares violentos son particularmente propensos a comportarse de manera agresiva hacia los otros”. (p 346)

Las consecuencias de la familia disfuncional ocasionan deterioro en el comportamiento del niño como expectativas irracionales por parte de los padres, el abordaje no adecuado para crisis, padres inflexibles, descripción inadecuada de los padres hacia los hijos, comunicación deficiente o inadecuada. Las familias disfuncionales influyen de forma negativa en las conductas y comportamientos de los niños., por lo tanto, no podrán desarrollarse integralmente.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Se logró visualizar que dentro del ambiente de la dinámica de una familia disfuncional el niño presenta múltiples conflictos conductuales como agresividad, problemas de conducta, desafía a los adultos, no le gusta cumplir con las tareas, no sigue instrucciones.

Las causas que generan las dificultades antes descritas son: falta de amor y atención, sobreprotección, conflictos conyugales, por lo tanto, el niño presenta bajo rendimiento académico y no encuentran sentido a su vida, por lo que es necesaria la investigación de influencias de las personas que lo rodean y determinar el motivo de los conflictos entre hermanos, así como también es fundamental sugerir que busque apoyo en un proceso psicológico.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influye la disfuncionalidad familiar para el desarrollo de trastorno negativista desafiante en un paciente de 8 años?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Analizar cómo influye la disfuncionalidad familiar para el desarrollo negativista desafiante en un paciente de 8 años.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el trastorno que presenta el paciente
- Analizar el control de impulsos y las relaciones sociales del consultante
- Analizar la dinámica familiar del paciente
- Determinar los indicadores de violencia que se dan dentro de la dinámica familiar
- Modificar las conductas inapropiadas del paciente por medio de la aplicación del apropiado abordaje terapéutico

3.1 Alcances

Dentro de los alcances se puede mencionar el análisis y desarrollo de factores que interfieren en la problemática psicológica en niños provenientes de familias disfuncionales. Presentando mayor acceso a la población para mejorar su salud mental. Generando ayuda psicológica a la población que asiste a la Oficina Municipal de la Niñez y Adolescencia, por medio de procesos terapéuticos constantes.

3.2 Límites

El no tener la cultura de buscar ayuda profesional por parte de la comunidad del área en la que se encuentra el Centro Psicológico.

3.3 Metodología

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo como parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional dirigida al quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso en el cual la madre del paciente llegó a la institución a buscar ayuda psicológica debido a la conducta inapropiada de su hijo, siendo esta agresividad y problemas de conducta desafiante ante la autoridad.

La metodología terapéutica con el paciente con trastorno negativista desafiante, se basó en la terapia cognitivo conductual.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

Datos generales

Nombre: D. H.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 18/07/2,008

Edad: 8 años con 3 meses

Escolaridad: Tercero Primaria

Ocupación: Estudiante

Religión: católica

Nombre del padre: L. H.

Lugar de trabajo: Guatemala

Nombre de la madre: I. F.

Lugar de trabajo: Guatemala

Fecha de inicio del proceso terapéutico: jueves 14 de abril de 2,016

Motivo de consulta

“Se porta mal, es agresivo, es malcriado, contesta a los adultos no le gusta hacer tareas, no sigue instrucciones, discute con los profesores, es rebelde”.

Historia del problema actual

El paciente ingresa a la sesión acompañado de su madre, la señora comenta que no acata órdenes en casa y en el colegio, es agresivo, en una ocasión tres maestros tuvieron que llevarlo cargado a dirección, es muy inquieto desde preparatoria actúa de esa forma. Se levanta de mal humor, al hermano lo golpea y bofetea, no sigue instrucciones, es muy rebelde.

Historia clínica

Personales no patológicos

Historia prenatal: Durante la gestación, la madre tuvo dificultades prenatales, complicaciones e intentos de aborto en 3 ocasiones, el motivo fue sobreesfuerzo, esto sucedió a los 3, 6 y 8 meses de embarazo. Fue un hijo deseado y planificado, la actitud de los padres durante el embarazo fue de preocupación debido a las múltiples complicaciones que tuvo la madre.

Nacimiento: El parto se realizó de manera normal, no tuvo problemas al nacer, no padeció de ninguna enfermedad, el ambiente en general fue agradable por parte de los padres del paciente.

Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres: Al nacer peso 7 libras con 4 onzas, ingirió lactancia materna en un período de 9 meses, se sentó a los 3 meses, no gateó, caminó a los 10 meses, habló al año, los movimientos automáticos los realizó de manera normal.

Evolución de lenguaje: El lenguaje en sus distintas etapas los realizó de manera normal, balbuceó, vocalizó, las primeras palabras las pronunció al año y medio, a los dos años y medio ya tuvo la habilidad para relatar acontecimientos.

Historia escolar: Comenzó a estudiar a la edad de seis años en el grado de kínder, estudió la pre-primaria en la escuela de párvulos en Villa Nueva, los tres años de primaria que lleva los ha estudiado en la Escuela Urbana primaria en Villa Nueva. La adaptación en el colegio fue bastante complicada, no se relacionaba con los compañeros de escuela, tiene malas relaciones interpersonales con la maestra y compañeros, su rendimiento académico es inestable debido a que no le gusta hacer tareas, comenzando el actual ciclo escolar se portó mal y lo llevaron cargado 3 maestros a la dirección, situación que conllevó a que lo suspendieran por 15 días de la escuela, no le gusta hacer amigos, los niños con los que se relaciona son de 8 y 9 años,

Desarrollo social

Niñez: En esta etapa el niño ha manifestado problemáticas como rebeldía, malas relaciones interpersonales, desafía a la autoridad, no obedece reglas, no sigue instrucciones.

Historia Psicosexual: En esta etapa aún no se ha mostrado interés por la sexualidad.

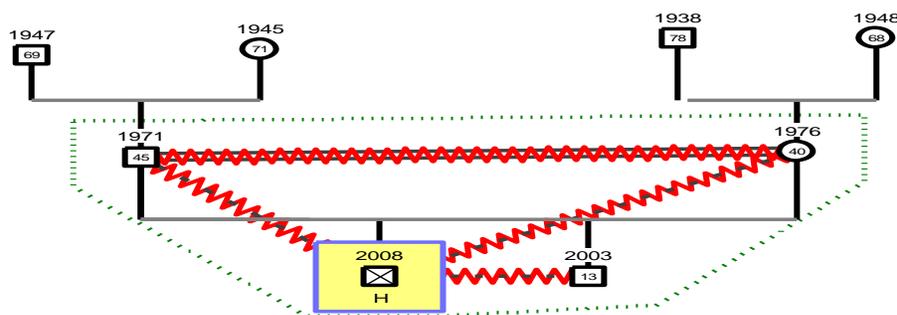
Personales patológicos

Historia médica: Actualmente el paciente no toma ningún medicamento, fue asmático desde los 6 meses hasta los 3 años. El paciente cuando tenía 7 años sufrió una fuerte caída desde una litera, causando que se pusiera su cabeza aguada, perdió la vista temporalmente. La madre le hizo tomografías, pero no encontró nada en ese momento. También tiene el problema que sangra demasiado de nariz, lo hace de 2 a 3 veces al día, sufre de hemorragia nasal en el colegio y en casa.

Historia Psicológica: Debido a las condiciones de la familia disfuncional, el maltrato psicológico por parte del hermano, la mala relación de los padres, el patrón de crianza autoritario, el usuario sufría de encopresis, sufre pesadillas y regresiones.

Historia familiar

Imagen 1
Genograma



Fuente: Elaboración propia, 2016

Estructura familiar: El padre del paciente ingiere cerveza cada fin de semana, es amoroso con sus hijos y trata de darles lo mejor económicamente, la madre del paciente es la que busca ayuda psicológica debido a que en la escuela el niño ha presentado conductas agresivas y tiene malas calificaciones. La madre y el padre del usuario tienen una relación inestable.

Antecedentes familiares: Padre del niño mantiene un buen estado de salud física, en cuanto al estado mental es una persona muy segura y firme. Madre del paciente mantiene un estado de salud física bueno, en cuanto al estado mental es una persona que pone en práctica principios y valores

Examen del estado mental: (20 de abril de 2,016)

Presentación (descripción general): El nivel de conciencia es somnoliento y físicamente cansado, el aspecto general es bien arreglado, higiénico, con olor agradable, callado, retraído, ansioso, titubeante, casi no habla, contacto visual ausente, expresión del rostro ausente. La actitud durante la entrevista fue positiva estuvo tranquilo, colaboró, fue cordial.

Conducta motora normal, movimientos normales, gesticulación con las manos, sentado al borde de la silla, encorvado por momento, expresión facial sonriente, gesticulación de manos, volumen, ritmo, presión y entonación del habla normal. En cuanto a la atención, por momentos atiende, pero por momentos se distrae, orientado en tiempo, espacio y lugar.

Habla espontánea, volumen normal, timbre bajo, por momentos habla rápido, obedece órdenes de complejidad variable, por momentos responde “sí o no” a las preguntas, frases de dificultad graduada en palabras, letras y números, respecto a objetos y partes de objetos a la confrontación visual y a la presentación táctil, el paciente tiene capacidad intacta de denominación o designación y no experimenta afasia.

Memoria de pasado reciente en meses, memoria inmediata en minutos y segundos, capaz de responder a todas las preguntas de manera correcta, juicio práctico, capacidad de juicio y conciencia del problema, proceso lógico, capaz de volver al tema.

Tabla 1
Resultado de las pruebas

Fecha de aplicación	Prueba aplicada	Interpretación
20/04/2,016	Árbol	Conflictos pasados y actuales, timidez, retraimiento, introversión, fragilidad emocional, necesidad de ser el centro de atención de los demás, deseo de madurar, deseo de dar y hacer felices a los demás, reclama la presencia del padre para que se ocupe de forma más activa.
20/04/2,016	Persona bajo la lluvia	Timidez, auto desvalorización, inseguridad, temor, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente, incomodidad, equilibrado, tendencia agresiva, armonioso, exceso de fantasía, actitud maniaca, dispuesto a enfrentar el mundo, conductas fóbicas y amenazantes, se defiende con su cuerpo, se expone y corre riesgos, amargura, mal humor, desafiante.
27/04/2,016	16 pf Personalidad	Expresivo, inteligente, afectuoso, controlado, tenso, práctico, tiene preocupaciones reales, no frustrado.

Fuente: Elaboración propia, 2016

Otros estudios diagnósticos

Al momento de entrevistar a la madre comenta que es un niño agresivo, causa peleas, golpea a otros niños y a su hermano mayor, tiene problemas de conducta, desafía a los adultos, no sigue instrucciones.

Impresión diagnóstica

De acuerdo con las pruebas aplicadas, con otros estudios diagnósticos, el paciente presenta conflictos emocionales que repercuten en conductas mal aprendidas.

Diagnóstico Según DSM-V

313.81 (F91.3) Trastorno Negativista Desafiante (462)

Otros problemas de atención clínica DSM – V

V61.8 (Z62.891) Problemas de relación con los hermanos (716)

V62.3 (Z55.9) Problema académico educativo (723)

Diagnóstico CIE10

F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositor (330)

Conclusiones del abordaje del caso

- Las diferencias y actitudes familiares han dejado secuelas en la salud mental del niño y han sido muy relevantes debido a la inconsistencia de los modelos educativos, por esa razón es que presenta trastorno negativista desafiante.

- La salud mental del niño mejoró ya que las conductas inapropiadas se redujeron, lo que demuestra que las técnicas utilizadas fueron asertivas, la funcionalidad del niño mejoró y esto se reflejó en el desarrollo escolar y familiar.

Recomendaciones al finalizar el abordaje del caso

- Al padre, madre y maestros ayudar al paciente a manejar su enojo, reduciendo el nivel de violencia que maneja, evitando que se lastime con su hermano mayor y a los demás niños con los que él se rodea.
- A la madre y al padre se le recomienda poner límites claros y sólidos, que harán que el niño tenga claro qué es lo que se espera que haga y qué se espera que no haga, ayudándole a aceptar el “no” y aprender valores como el respeto, la obediencia, la tolerancia, el orden.
- A la familia a involucrarse en actividades deportivas, con el objetivo que toda la energía que el paciente posee la logre canalizar adecuadamente, para poder mantenerse más relajado y así cumplir con las tareas y horarios que en psicoterapia se han estipulado.

Plan terapéutico

Tabla 2
Metas y objetivos

Dominio o problema	Objetivos	Metas
Conductual: Dificultad en controlar impulsos y conductas.	Reducir el nivel de agresividad que el paciente maneja y mejorar los problemas de conducta en todo ámbito donde se desenvuelve.	Durante 16 sesiones.
Tiempo estimado: El tiempo estimado de la terapia es de 4 meses, aproximadamente 16 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.		

Fuente: Elaboración propia, 2017

Planificación de las estrategias

Modelo Terapéutico

Perspectiva Conductual: determinado del comportamiento del paciente es necesario utilizar este modelo debido a la percepción que se tiene del mundo en que estuvo rodeado y de las conductas que aprendió de manera de entender cómo piensa el individuo cerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo hace en sus pensamientos y sentimientos. Le puede ayudar a cambiar la manera de pensar, dichos cambios pueden ayudar a que se sienta y actúe mejor

La terapia cognitivo conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora. Puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

De ella pueden derivarse pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos, cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Los pensamientos sobre un problema pueden afectar al individuo como se siente física y emocionalmente.

Las técnicas se utilizan para una gran variedad de trastornos emocionales como la depresión, los trastornos de ansiedad, la hipocondría, los trastornos adaptativos y para una variedad extensa de síntomas emocionales no clasificados (estrés, ira, frustración). De la misma forma, influye positivamente en el tratamiento de trastornos físicos como la diabetes, la epilepsia, el dolor crónico, el síndrome del intestino irritable y el insomnio.

También se pueden utilizar en asociación al tratamiento farmacológico, la asociación de ambos tipos de tratamiento es de indicación en la mayoría de los cuadros psiquiátricos (trastornos afectivos, de ansiedad e incluso en muchas formas de psicosis esquizofrénica).

La terapia cognitivo-conductual parte del modelo teórico del aprendizaje, basado en los principios del condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario. La modificación de conducta fue un término acuñado por Skinner, Solomon y Lindsley en 1950. A ello se suma que a finales de 1970 comienza un proceso de integración con otros procedimientos de fuerte énfasis en lo cognitivo, siendo dos de sus precursores Aaron T. Beck y Albert Ellis.

La terapia cognitivo-conductual utiliza el método científico para probar mediante la investigación la eficacia de sus técnicas que son: Preparar la agenda, focalizar en áreas específicas y concretas, escribir información relevante en la historia clínica, empatía cognitiva, escucha activa, desarrollar colaboración y compañerismo, obtener feedback de los pacientes, ver si están entendiendo lo que se les explica, conexión con el paciente, poner y revisar tareas para casa.

El modelo cognitivo-conductual ayuda a entender mejor el problema desmenuzándolo en diferentes áreas a evaluar estímulos disparadores, pensamientos, emociones, síntomas físicos, conducta, consecuencias, organismo y factores medioambientales.

Estas áreas interaccionarán entre ellas produciendo y manteniendo los problemas específicos en cada persona. Esta forma de evaluar se denomina análisis funcional y facilitará el trabajar con mayor eficacia y en menor tiempo los problemas físicos y psicológicos de los pacientes.

Tabla 3
Proceso de Evaluación Psicoterapéutica

No.	Evaluación	No. de Sesiones
1	Entrevista, firma de consentimiento informado y Genograma	1 sesión
2	Test de la persona bajo la lluvia	1 sesión
3	Test del árbol	1 sesión
4	Test 16 PF de personalidad	1 sesión
5	Resultados del proceso de evaluación	1 sesión
6	Psicoeducación	1 sesión
7	Técnica relajación muscular progresiva	1 sesión
8	Técnica economía de fichas	1 sesión
9	Visualización de videos motivacionales	1 sesión
10	Cartas logoterapéuticas	1 sesión
11	Horario de actividades diarias	1 sesión
12	Técnica auto control/auto instrucciones	1 sesión
13	Técnica recompensas y castigos	1 sesión
14	Proyecto de vida/plan acción	1 sesión
15	PNI, Situaciones positivas, negativas e interesantes del proceso psicoterapéutico	1 sesión
16	Contrato de contingencias	1 sesión

Fuente: elaboración propia, junio 2016

Tabla 4
Plan Psicoterapéutico

Sesión No.	Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Evaluación
1	Agresividad	Establecer parámetros claros durante todo el proceso psicoterapéutico, Recabar información familiar, escolar y social del paciente.	Entrevista, firma de consentimiento informado y Genograma. Consiste en realizar preguntas abiertas y cerradas, establecer parámetros claros conforme a la psicoterapia.	Logros: Se recabó información familiar, escolar y social. Dificultades: La actitud del paciente. Mediante preguntas abiertas y cerradas.
2	Problemas de conducta	Describir, analizar e interpretar el test.	Test de la persona bajo la lluvia. Consiste en plasmar con lápiz en una hoja de papel en blanco un dibujo de una persona bajo la lluvia.	Logros: Se logró aplicar el test de forma efectiva. Dificultades: Existió mucho ruido en los alrededores de la clínica. Mediante un dibujo de la persona bajo la lluvia.
3	Problemas de conducta	Describir, analizar e interpretar el test	Test del árbol. Consiste en plasmar con lápiz en una hoja de papel en blanco	Logros: Se logró aplicar el test de forma efectiva. Dificultades: Existió

			un dibujo de un árbol.	mucho ruido en los alrededores de la clínica.
4	Agresividad	Interpretar y relacionar los patrones de personalidad que presenta el paciente.	Test 16 PF de personalidad. Consiste en realizar preguntas cerradas donde el paciente en un tiempo estipulado responde.	Logros: Se logró aplicar el test de forma eficiente. Dificultades: El factor de tiempo limitado
5	Rebeldía	Explicar los resultados obtenidos mediante el proceso de recopilación de información.	Resultados: Consiste en informar al paciente sobre los resultados obtenidos por medio de las entrevistas, examen mental, guía de observación, test proyectivos y test psicométrico.	Logros: explicar e informar los resultados obtenidos. Dificultades: Incomodidad por parte del paciente. Mediante los resultados de las pruebas aplicadas.
6	Agresividad	Aclarar, analizar y reestructurar las conductas que el paciente presenta.	Psicoeducación Consiste en charlar con el paciente educándolo por medio de soluciones y que el mismo encuentre las respuestas a sus problemas.	Logros: Se logró reestructurar las ideas negativas que el paciente poseía por ideas positivas. Dificultades: Los pensamientos firmes que el paciente presentaba.

				Mediante reestructuración cognitiva.
7	Agresividad	Alcanzar el fortalecimiento de control de impulsos.	Relajación muscular progresiva: Consiste en relajar al paciente por medio de la solución Tapping con el objetivo de disolver problemas, acompañado de Aromaterapia y musicoterapia.	Logros: Se logró el objetivo de relajar mental y muscularmente al paciente. Dificultades: El paciente se durmió y tardó en despertar. Mediante musicoterapia y Aromaterapia.
8	Desafiante	Modificar Conductas agresivas	Técnica Economía de fichas: Consiste en elaborar un cartel y en el plasmar los días de la semana, el fin es que los días que haga bien las cosas y cumpla con todo lo estipulado se colocarán encima del día una carita alegre y si no cumple ni hace bien las cosas se colocarán una	Logros: Se logró el objetivo de modificar conductas mal aprendidas por conductas positivas. Dificultades: Mediante hojas de papel construcción, marcadores y regla.

			carita triste.	
9	Rebeldía	Concientizar al paciente respecto a sus conductas	Visualización de videos motivacionales. Consiste en observar videos por medio de la computadora que se adecuen al caso y explicar lo que se visualizó para luego encontrar soluciones.	Logros: Se logró el objetivo de crear conciencia en el paciente. Dificultades: Las creencias inapropiadas del paciente. Mediante videos religiosos y parentales.
10	Rebeldía	Identificar, Sentimientos y el valor de cada integrante de su familia.	Cartas logoterapéuticas. Consiste en escribir una carta a cada persona importante en la vida de cada paciente, una carta con aspectos negativos para luego quemarla y una carta con aspectos positivos para conservarla.	Logros: Se logró el objetivo de valorar a cada integrante de su familia. Dificultades: El paciente llevo 15 minutos tarde a la sesión. Mediante papel y lápiz.
11	Rendimiento académico	Ordenar las actividades diarias del paciente	Horario de actividades diarias. Consiste en plasmar	Logros: Se logró el objetivo de ordenar las actividades

	deficiente		en un cartel todas las actividades diarias ordenándolas por horarios estipulados, con el fin de organizar al paciente en todo lo que realice a lo largo del día.	diarias del paciente. Dificultades: Las conductas firmes que el paciente presentaba. Mediante hojas de papel construcción, marcadores y regla.
12	Agresividad	Distinguir los momentos en que pierde el control para luego tranquilizarse.	Técnica auto control/auto instrucciones. Consiste en elaborar un plan asertivo donde el paciente sepa en que momento debe controlarse y darse instrucciones.	Logros: Se logró el objetivo que el paciente identifique los momentos en que debe de tranquilizarse. Dificultades: Pensamientos inapropiados del paciente.
13	Problemas de conducta	Comparar las conductas negativas y las conductas positivas	Técnica recompensas y castigos. Consiste en diseñar un cartel y en él plasmar todas las conductas positivas y negativas que ha obtenido el paciente	Logros: Se logró el objetivo que el paciente entienda cuando hay recompensas y cuándo hay castigos. Dificultades: Pensamientos de conductas

			para luego desglosar y observar las consecuencias positivas y negativas de cada conducta.	inapropiadas por parte del paciente. Mediante hojas de papel y lápiz.
14	Rendimiento académico deficiente	Elaborar metas a corto, mediano y largo plazo juntamente con un plan acción para cumplirlas.	Proyecto de vida/plan acción. Consiste en diseñar metas a corto mediano y largo plazo acompañado de un plan de acción.	Logros: Se logró el objetivo de modificar conductas mal aprendidas por conductas positivas. Dificultades: Las excusas del paciente Mediante hojas de papel y lápiz.
15	Agresividad	Realizar un auto examen de los alcances de la terapia	PNI, Situaciones positivas, negativas e interesantes del proceso psicoterapéutico. Consiste en plasmar en una hoja de papel todas las situaciones positivas, negativas e interesantes que el paciente ha obtenido a lo largo del proceso psicoterapéutico.	Logros: Se logró el objetivo de modificar conductas mal aprendidas por conductas positivas. Dificultades: el factor tiempo. Mediante Hojas de papel, lápiz y regla.

16	Problemas de conducta	Comprometer al paciente a cumplir y poner en práctica todas las herramientas que a lo largo del proceso psicoterapéutico aprendió.	<p>Contrato de contingencias.</p> <p>Consiste en elaborar un contrato con el fin que el paciente se comprometa a cumplir con todas las soluciones y poner en práctica todas las herramientas obtenidas durante el proceso psicoterapéutico.</p>	<p>Logros: Se logró el objetivo de comprometer al paciente a poner en práctica todas las herramientas aprendidas.</p> <p>Dificultades: El paciente llegó 15 minutos tarde a la sesión.</p> <p>Mediante hojas de papel construcción y lapiceros.</p>
----	-----------------------	--	---	---

Fuente: elaboración propia, junio 2016

Tabla 5
Sesiones de seguimiento

No. Sesiones	Objetivo	Técnicas utilizadas
1	Conocer las metas a corto, mediano y largo plazo que el paciente quiere alcanzar.	Proyecto de vida. Consiste en diseñar metas a corto mediano y largo plazo acompañado de un plan de acción.
2	Realizar un auto examen de los alcances de la terapia	PNI (positivo-negativo- interesante) Consiste en plasmar en una hoja de papel todas las situaciones positivas, negativas e interesantes que el paciente ha obtenido a lo largo del proceso psicoterapéutico.
Nota: De cada actividad a realizar se le entregará al paciente una guía para que realice las tareas en casa. Esto permitirá retroalimentar y lograr los objetivos; las 2 sesiones de seguimiento se realizarán una sesión cada 15 días.		

Fuente: elaboración propia, junio 2016

4.2 Análisis de Resultados

Con base a los objetivos de la investigación se presentan a continuación los siguientes resultados del Trastorno Negativista Desafiante.

Se caracteriza por conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto que se acompañan de otras conductas de tipo cercano a comportamiento de tipo disocial y el niño lo hace de forma repetitiva y persistente al menos durante seis meses, el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V afirma:

“La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas. No es inusual que estas personas con trastorno negativista desafiante muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo. Sin embargo, los individuos con este trastorno que muestran síntomas de enfado/irritabilidad suelen también mostrar las características conductuales”. (DSM-V, p 463)

Dentro de los hallazgos encontrados para diagnosticar trastorno negativista desafiante se determinó al paciente con problemas de conducta agresiva, malas relaciones interpersonales con los padres, hermano y compañeros, rebeldía, desafiar autoridades, no seguir instrucciones, discusión con profesores y padres.

Control de impulsos y relaciones social Rocañin, Forneiro, Iglesias (2012) afirman que los pacientes que tienen dificultad de controlar impulsos manifiestan la característica principal de dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás.

Los individuos perciben una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimentan placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo, tras el acto con frecuencia hay auto arrepentimiento, auto reproches o culpa.

Se encontró en el paciente dificultad para controlar impulsos, debido al nivel de agresividad que se puso de manifiesto en el ámbito social, escolar y familiar. Por ende, es que tenía malas relaciones tanto interpersonales como sociales.

Consecuencias de una Familia Disfuncional

Una familia disfuncional es aquel grupo de personas unidas por un vínculo en común que durante el tiempo que permanecen juntos presentan constantes conflictos, mala conducta, y muchas veces existe abuso por parte de los miembros individuales de manera continua. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal.

Bradshaw, J. (2005) afirma:

“Las familias disfuncionales niegan sus problemas y por lo mismo los problemas nunca se resuelven, existe un vacío de intimidad, se basan en la vergüenza, los padres han interiorizado los sentimientos de vergüenza y actúan desvergonzadamente hacia los hijos, los niños renuncian a sus propias necesidades para satisfacer las necesidades del sistema, los límites no se respetan, se invaden unos a otros, más que relacionarse se enredan, si la madre es temida todos temen, casi siempre existe cierto grado de enojo y depresión en los miembros”. (p142)

Según el caso de estudio y basándose en la teoría anteriormente expuesta, el paciente pertenece a una familia disfuncional ya que se encuentra vinculado con miembros de su mismo parentesco que presentan constantes conflictos, conductas negativas, falta de comunicación, autoritarismo y abusos tanto físicos como verbales por parte de los diferentes miembros que la conforman, principalmente entre los padres.

Violencia intrafamiliar

Whaley, J. (2003) afirma: “Todos aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica sexual y moral de cualquiera de los integrantes de una familia. Cuando se hace referencia a las acciones no solo se señalan aquellas tangibles o evidentes y que dejan huella corporal, sino también se incluyen los actos que lesionan la integridad psicoemocional de los individuos como la negligencia o las omisiones, teniendo repercusiones en la esfera tanto física como emocional de los individuos”. (p22)

Se determinó violencia intrafamiliar debido al nivel de violencia psicológica que demostraban los miembros, violencia física por parte de los hermanos, repercutiendo en el área física y emocional de cada integrante de la familia.

Terapia Cognitivo-Conductual

Sugiere que los trastornos psicológicos al igual que toda la conducta son resultado del aprendizaje. “Esto significa que, en esta terapia destacan los procesos de aprendizaje interno y externo en el desarrollo y tratamiento de los trastornos psicológicos”. (Morris, 2005, p 488)

La terapia Cognitivo-Conductual le puede ayudar a cambiar la manera de pensar y actuar, dichos cambios pueden ayudar a que se sienta y actúe mejor ya que se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora. Puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo afectan, estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

Al finalizar el abordaje terapéutico con el paciente se logró observar mejoría en salud mental ya que las conductas inapropiadas se redujeron, mejoró en las relaciones interpersonales familiares y escolares, también se redujo el nivel de agresividad y las calificaciones en la escuela aumentaron positivamente.

Conclusiones

El trastorno negativista desafiante se caracteriza por conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto que se acompañan de otras conductas de tipo cercano a comportamiento de tipo disocial y el niño lo hace de forma repetitiva y persistente al menos durante seis meses.

Debido a la frecuencia de este trastorno en la niñez, las secuelas que puede dejar dicha dificultad del comportamiento se manifiestan en los genes y en el desarrollo integral futuro del individuo, en los adultos se puede poner de manifiesto en enfermedades como la diabetes, cáncer obesidad y envejecimiento prematuro.

La disfuncionalidad familiar es de manera general la causa de las principales dificultades sociales y ha dejado secuelas en la salud mental del paciente, debido a esas razones es que presenta este trastorno negativista desafiante.

La salud mental del niño a través de las etapas de determinar el diagnóstico y el método de abordaje mejoró, mostrando que las conductas inapropiadas se redujeron lo cual es el indicio que las técnicas utilizadas durante el proceso psicoterapéutico fueron asertivas y funcionales.

La comunicación en la familia se puede tornar positiva practicando principios y valores de vida, buscando determinar el cumplimiento de roles y la capacidad de convivencia y aceptación con el fin de enriquecer las conductas y el mejoramiento de vida de cada miembro.

Recomendaciones

Al padre, a la madre y maestros es necesario ayudar al paciente a controlar su enojo y reacciones, reduciendo el nivel de violencia que muestra, evitando que se lastime y canalice su molestia hacia los miembros de su familia y hacia los demás niños con los que él se rodea.

A la madre y al padre se le recomienda poner límites claros y sólidos para que el niño sepa qué es lo que se espera que haga y qué se espera que no haga, ayudándole a aceptar el “no”, y aprender valores como el respeto, la obediencia, la tolerancia, el orden.

Al paciente a involucrarse en actividades deportivas, con el objetivo que toda la energía que el paciente posee la logre canalizar adecuadamente, para poder mantenerse bajo control y así cumplir con las tareas y horarios de sus actividades.

Continuar con la ayuda terapéutica para que su proceso de mejoramiento sea de manera continua y permanente y no solo como un evento en la vida y así le permita funcionar en el presente y como futuro adulto.

Referencias

- Bonals, J. (2007). *Manual de Asesoramiento Psicopedagógico*. Barcelona, España: Grao.
- Bradshaw, J. (2005). *La Familia*. D.F, México: Selector.
- David J. Kupfer, M.D. (2012). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Médica Panamericana.
- De la Portilla, S. (2006). *Bases Teóricas de la Psiquiatría Infantil* Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- Francés, A, Ross R. (2002). *Estudio de Casos: Guía para el Diagnóstico Diferencial* Barcelona, España: Masson.
- Madriz, S. (1998). *El educador y la familia disfuncional*. Venezuela: Mérida.
- Morris, CH. Maisto, A. (2005). *Psicología*. Naucalpán de Jerez, México: Pearson Educación.
- Organización Mundial de la Salud, (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento CIE10*. Madrid: Meditor.
- Rocañin, J, Forneiro, J, Iglesias, C. (2012). *Manual de Ciencias Forenses*. Madrid, España: Arán.

Rojas, D. (2014). *Claves para una Respuesta ante la Educación Especial*. La Mancha, España: Universidad de Castilla.

Rosselli, M, Matute, E, Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del Desarrollo Infantil*. D F, México: Manual Moderno.

Rubio G., López F., Alama C., Santo J., (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Medica Panamericana.

Sarason I. Sarason B. (2006). *Psicopatología. Psicopatología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Naucalpán de Jerez, México: Pearson Educación.

Soutullo C., Mardomingo M., (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* Madrid: Medica Panamericana

Whaley, J. (2003). *Violencia Intrafamiliar*. D. F, México: PYV.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Nombre completo: Emerson Pablo Josué Palma Ramírez

Título de la sistematización: Estudio de caso: Trastorno Negativista Desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar atendido en SOSEA

Carrera: Licenciatura en Psicología clínica y consejería social

Problemática	Variable de estudio (Tema a investigar)	Subtemas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
<p>1. Patrón de conducta de enfado, discusiones, actitud desafiante y problemas con autoridad</p> <p>2. Malas relaciones interpersonales y problemas de rendimiento académico</p> <p>3. Mala dinámica familiar</p> <p>4. Víctima de violencia</p>	<p>Trastorno negativista desafiante en un paciente de 8 años como consecuencia de disfuncionalidad familiar</p>	<p>1. Trastorno negativista desafiante</p> <hr/> <p>2. Problemas de conducta</p> <hr/> <p>3. Familia disfuncional</p> <hr/> <p>4. Violencia intrafamiliar</p>	<p>¿Cómo influye la disfuncionalidad familiar para el desarrollo de trastorno negativista desafiante en un paciente de 8 años?</p>	<p>Analizar cómo influye la disfuncionalidad familiar para el desarrollo negativista en un paciente de 8 años.</p>	<p>1. Determinar que trastorno presenta el paciente</p> <hr/> <p>2. Analizar el control de impulsos y las relaciones sociales del consultante</p> <hr/> <p>3. Interpretar la dinámica familiar del paciente</p> <hr/> <p>4. Determinar los indicadores de violencia que</p>

intrafamiliar		<hr/> 5. Terapia Cognitivo Conductual			se dan dentro de la dinámica familiar <hr/> 5. Modificar las conductas del paciente por medio de la aplicación del apropiado abordaje terapéutico
---------------	--	---	--	--	---