

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Paciente de 8 Años con trastorno Negativista Desafiante y su
relación con patrón de crianza permisivo, atendido en el Centro de Asistencia
Social (CAS)**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Leili Selene Vásquez Sandoval

Guatemala, enero de 2020

**Estudio de caso: Paciente de 8 Años con trastorno Negativista Desafiante y su
relación con patrón de crianza permisivo, atendido en el Centro de Asistencia
Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Leili Selene Vásquez Sandoval

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesor)

M.A Mónica García Gaitán (Revisor)

Guatemala, enero de 2020

Autoridades Universidad Panamericana

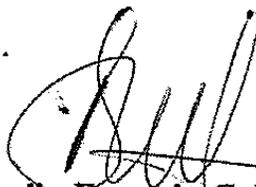
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

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: Paciente de 8 Años con Trastorno Negativista Desafiante y su Relación con Patrón de Crianza Permisivo, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)" Presentada por la estudiante: Leili Selene Vásquez Sandoval, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic
Psicóloga Clínica
Colegiada 7182

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

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

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de caso: Paciente de 8 años con trastorno Negativista Desafiante y su relación con patrón de crianza permisivo, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)”**. Presentada por el (la) estudiante: **Leili Selene Vásquez Sandoval** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.A Mónica García Gaitán
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Paciente de 8 Años con trastorno Negativista Desafiante y su relación con patrón de crianza permisivo, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por el (la) estudiante Leili Selene Vásquez Sandoval, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



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	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	2
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	3
1.9 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Niñez	4
2.1.1 Teorías de la Niñez	4
2.2 Trastorno negativista desafiante	6
2.2.1 Etiología	6
2.2.2 Principales Síntomas	7
2.2.3 Comorbilidad	7
2.2.4 Pronóstico	8
2.2.5 Abordaje Terapéutico	8
2.3 Patrón de Crianza	9
2.3.1 Tipos de Patrones de Crianza	10
2.3.2 Patrón de Crianza Permisivo	10
2.3.3 Características y consecuencias del Patrón Permisivo	11

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	12
3.2	Pregunta de investigación	12
3.3	Objetivo General	12
3.4	Objetivos Específicos	12
3.5	Alcances y límites	13
3.6	Método	13

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de Estudios de Caso	17
4.1.1	Datos Generales	17
4.1.2.	Motivo de Consulta	17
4.1.3	Historia del Problema Actual	18
4.1.4	Historia Clínica	18
4.1.5	Historia Familiar	20
4.1.6	Examen del Estado Mental	21
4.1.7	Pruebas Aplicadas	21
4.1.8.	Otros Estudios Diagnósticos	25
4.1.9	Impresión Diagnostica	26
4.1.10	Diagnostico Según DSMV	26
4.1.11	Conclusiones	26
4.1.12	Recomendaciones	27
4.1.13	Plan Terapéutico	27
4.2	Análisis de Resultados	33
	Conclusiones	36
	Recomendaciones	37
	Referencias	38
	Anexos	41

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama	2
Imagen No. 2	Genograma	20

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Pruebas aplicadas	21
Tabla No. 2	Resultados de Test Proyectivos	22
Tabla No. 3	Resultados de Roberto y Rocita	23
Tabla No. 4	Resultados de Pintner de Habilidad Durost	24
Tabla No. 5	Resultados cuantitativos de Test EPQ-J	24
Tabla No. 6	Resultados cualitativos de Test EPQ-J	25
Tabla No. 7	Plan Terapéutico	29
Tabla No. 8	Desglose de objetivos	30

Resumen

El Presente Documento da a conocer el estudio de caso realizado como parte 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; el proceso de Dicha práctica se efectuó en el Centro de Asistencia Social (CAS) zona 9, Ciudad de Guatemala, esta se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 11 meses del año 2,018.

En el Capítulo 1, Marco de Referencia, se describe ampliamente la información sobre el Centro de Asistencia Social (CAS) derivado que es importante tener un panorama amplio sobre el lugar de práctica por lo que en este marco se inicia dando a conocer los antecedentes relevantes del mismo, descripción del lugar, se detalla cómo se encuentra organizado el centro, programas establecidos dentro de la institución así como justificación de la investigación realizada.

En el capítulo 2, se da a conocer el Marco Teórico de la investigación, misma que está basada en las siguientes tres variables: niñez que es de donde nace el caso, trastorno negativista desafiante derivado a los diferentes síntomas y signos que presenta el paciente y patrón de crianza permisivo que es el que se logra identificar en los cuidadores y padres del menor, así mismo se desarrollan varios sub temas también de interés con relación al caso que es objeto de investigación.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, se expone el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, metodología del estudio de caso el cuál es cualitativo descriptivo que incluye un sujeto de estudio el cuál es uno de los pacientes atendidos en el centro antes mencionado, finalmente en proceso terapéutico, presentando psicodiagnóstico y plan terapéutico.

Finalmente, el capítulo 4 expone la Presentación de Resultados, en donde se da a conocer todo el proceso que se llevó a cabo con el paciente, se detallan los resultados obtenidos de las diferentes evaluaciones realizadas así como el diagnóstico al que se llegó sobre el caso de estudio, también se brindan las conclusiones y recomendaciones del proceso.

Introducción

La niñez es una etapa de vital importancia ya que en esta se fundan aspectos psicológicos que marcan significativamente a una persona, en la misma se desarrollan habilidades, derivado que en ese periodo es cuando el ser humano adquiere conocimientos como en ninguna otra etapa de su vida, por lo que influye de gran forma el patrón de crianza que puedan llegar a desarrollar los padres para reducir cualquier tipo de trastorno como por ejemplo el trastorno negativista desafiante.

El trastorno negativista desafiante es una patología que se caracteriza por problemas de conducta desafiante, con niveles de irritabilidad bastante altos, negatividad, desobediencia relacionadas con la autoridad generando problemas o desestabilización en las áreas sociales, escolares y familiares; este trastorno suele presentarse en la edad preescolar aunque no todos los casos son diagnosticados en este tiempo.

El patrón de crianza permisivo se caracteriza por una serie de conductas por parte de los padres con falta de límites y poca autoridad que trae como consecuencia una paternidad indulgente por lo cual los hijos muestran bajos logros en diferentes áreas caracterizándose por ser in-assertivos socialmente, agresivos y con tendencia sociópata.

El desarrollo del estudio de caso se inició con el planteamiento de la pregunta de investigación referente a ¿si existe relación entre el patrón de crianza permisivo y el trastorno negativista desafiante en un niño de 8 años? El trabajo de Práctica Profesional Dirigida se llevó a cabo con un niño de 8 años de edad quien al evaluarlo presentaba signos y síntomas del trastorno negativista desafiante. El paciente fue referido por una amiga al Centro de Asistencia Social (CAS), lugar donde se le brindó apoyo psicológico; en el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron distintas pruebas de evaluación estableciendo el diagnóstico apropiado para implementar el plan terapéutico acorde a las necesidades del paciente y restaurar así su salud mental.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La implementación del Centro de Asistencia Social, surge en Abril del año 2015 como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel, buscando generar salud mental integral a través de un servicio social responsable, como respuesta a las necesidades emocionales y psicológicas de la sociedad, desde su fundación se ha atendido a miles de personas incluyendo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores; hoy en día se atienden 300 personas a la semana.

1.2 Descripción

Este proyecto fue creado para facilitar el proceso de la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de Ciencias psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral. El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología.

Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.3 Ubicación

El centro de asistencia social se encuentra ubicado en 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel.

1.4 Organización

La organización del Centro de Asistencia Social está conformada por el coordinador del centro quien es un profesional competente en área de psicología asignado por la Rectoría de la Universidad, el Consejo Directivo y la Decanatura de la Facultad de Humanidades, para el respaldo y soporte hay dentro del centro dos Secretarías encargadas de la coordinación de citas, llamadas varias a nuevos usuarios, seguimiento a listas de espera, ordenamiento y almacenamiento de expedientes así como de brindar apoyos necesarios, también cuentan con un agente de seguridad quien es el encargado de resguardar la integridad de usuarios, practicantes y el área administrativa, así mismo se cuenta con conserje que vela por la limpieza y brindar utensilios de cocina que se necesiten en algún momento.

1.5 Organigrama

Imagen No. 1
Organigrama



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS

1.6 Visión

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

1.7 Misión

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

1.8 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social brinda un servicio de apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, escuelas para padres de forma gratuita y talleres formativos de índole biopsicosocial.

1.9 Justificación de la Investigación

El objetivo para el desarrollo de una sistematización como trabajo de grado es proporcionar dentro de la formación de todo psicólogo clínico la experiencia del abordaje de un paciente en donde de afianzas y adquieren diferentes habilidades terapéuticas de vital importancia para el desempeño de la profesión en Guatemala, es por ello que surge la necesidad de desarrollar un documento académico basado en el caso de estudio sobre paciente de 8 años con trastorno negativista desafiante y su relación con patrón de crianza permisivo.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Niñez

La niñez es de vital importancia ya que Según Morris y Maisto (2009) es la etapa en la que se desarrollan muchos cambios físicos, motores, cognoscitivos y sociales; es en donde un ser humano adquiere la habilidad de convertirse en un miembro funcional de la sociedad, derivado a esto todas las vivencias que se produzcan durante este periodo deja secuelas significativas en la vida de todo ser humano.

Es valioso tener claridad de donde inicia esta etapa por ello Sperling (2004) hace referencia que la niñez es el periodo en la vida humana que se encuentra entre la infancia y la adolescencia, va desde los tres años a los once años.

2.1.1 Teorías de la Niñez

Muchos psicólogos como Sigmund Freud con la perspectiva psicoanalítica, Erik Erikson con la teoría psicosocial, Jean Piaget con la teoría del desarrollo cognoscitivo han desarrollado dichas teorías para poder entender el desarrollo del ser humano en los primeros años de vida, para ello, Papalia, Martorell y Duskin (2012) menciona que las teorías se enmarcan en grandes perspectivas que recalcan distintos procesos de desarrollo humano y que adoptan posturas distintas, entre las diversas teorías están las siguientes: psicosexual, psicosocial, conductismo, del aprendizaje social y etapas cognoscitivas.

La perspectiva psicoanalítica según Papalia, Martorell y Duskin (2012) quien refiere que el fundador de esta teoría fue Sigmund Freud (1856-1939); esta teoría psicoanalítica afirma que el desarrollo humano se deriva a fuerzas inconscientes o impulsos para satisfacer el deseo.

Según la teoría freudiana es la continuidad de etapas del desarrollo de la personalidad infantil, basándose en que la gratificación y satisfacción del impulso que es el deseo inicialmente pasa de la boca al ano y a los genitales. Freud también propone que la personalidad está conformada por tres partes hipotéticas que son el ello, el yo y el superyó. Los recién nacidos están dominados totalmente por el ello, luego desarrollan durante el primer año a los cinco años el yo que opera según el principio de realidad hasta llegar al súper yo que se desarrolla de los cinco a seis años; en esta etapa si al infante no se le satisface sus deseos suele presentar sentimientos de culpa y ansiedad y el yo el que media entre los impulsos del ello y el súper yo.

Así mismo Papalia, Martorell y Duskin (2012) Hace mención de las etapas psicosexuales de Freud las cuales son: la oral que se da desde el nacimiento hasta los 12 o 18 meses, la etapa anal que va de los 12 a 18 meses, la etapa fálica que se produce entre los 3 a 6 años, adicionalmente dicha teoría refiere que existe dos etapas más llamadas latencia desarrollada entre 6 años a la adolescencia y la etapa genital que va desde la adolescencia a la adultez sin embargo estas últimas dos etapas no forman parte de la infancia.

Otra de las teorías es la del desarrollo psicosocial y para ello Papalia, Martorell y Duskin (2012) afirma que Erickson (1902-1994) indica que el desarrollo del yo es influido por la sociedad y la cultura, las 8 etapas de esta perspectiva son las siguientes: Confianza básica que desarrolla del nacimiento a los 12 o 18 meses, la autonomía de los 12 o 18 meses a los 3 años, Iniciativa de 3 a 6 años, en esta teoría existen cinco etapas más que ya no pertenecen a la niñez y estas son: la Laboriosidad, Identidad, intimidad, creatividad y la integridad.

También está la teoría del desarrollo cognoscitivo, según Gerri y Zimbardo (2005) refieren que las etapas del desarrollo según Piaget que abarca la infancia son la etapa sensomotriz que inicia a desde el nacimiento hasta los dos años que es donde el bebé descubre que sus acciones tienen un efecto en su entorno, la segunda etapa es la etapa Pre operacional abarca desde los dos años de vida hasta los siete años esta etapa refiere que el menor utiliza el egocentrismo porque tiene la capacidad de presentarle a su mente objetos que no están físicamente entonces esto lleva que en ocasiones se vea un niño hablando solo y no interactúa, los siguientes dos etapas son parte de la teoría de Piaget sin

embargo estas ya no son parte de la infancia, la etapa de operaciones concretas que va desde los siete años hasta los once años y la etapa de operaciones formales que surge a partir de los once años.

2.2 Trastorno Negativista Desafiante

Hoy en día un buen porcentaje de padres se encuentran con la complicación de arranques de rebeldía por parte de sus hijos en la etapa de la niñez por lo que es necesario conocer y definir hasta qué punto esto se considera como una patología y para ello Armas (2007) define el trastorno negativista desafiante con la existencia o aparición de un patrón de conducta negativa, desafiante, desobediente y hostil, esta conducta es dirigida a las figuras de autoridad, este patrón de repite constantemente en entornos escolares y familiares.

Por otro lado Halgin (2009) afirma que dicho trastorno es cuando los niños presentan cuadros de negatividad y desafío, la conducta interfiere en su desempeño escolar y en sus relaciones sociales, pierden el respeto por sus maestros, cuidadores y pierden la amistad con sus compañeros; este trastorno puede afectar significativamente el desarrollo psicosocial tanto del menor como de los padres o cuidadores principales a cargo de los menores con esta patología.

2.2.1 Etiología

Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010) refiere que las posibles causas del trastorno negativista desafiante puede ser que el menor o joven reprime su agresividad y reacciona como poco colaborador, no sigue instrucciones y desafiante, esto se convierte en una forma en que afronta el estrés, también puede ser a consecuencia de algún suceso traumático, un accidente o como una reacción ante sentimientos de baja autoestima, incapacidad, incompetencia, sumisión o ansiedad, existe la posibilidad de que los problemas de conducta sean por una herencia neurofisiológica, psicofisiológico y bioquímico.

Según la teoría de aprendizaje la conducta que los padres presenten frente a sus hijos influye en la conducta que los menores presenten ya que copian y reproducen dichas conductas. La mayoría de menores presentan problemas de conducta porque es una forma de llamar la atención de sus progenitores o figuras autoritarias.

2.2.2 Principales síntomas

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala que los síntomas que debe de presentar una persona para poder ser diagnosticada con un trastorno negativista desafiante son: un patrón de enfado, irritabilidad, los niños o adolescentes pierden la calma constantemente, también presentan enfado y resentimiento, inician discusiones y las mantienen, actitudes desafiantes con las figuras de autoridad, maestros, padres o cuidadores, evitan satisfacer sus peticiones o seguir las normas que le imponen, molestan a los demás perseverantemente y los culpan de sus errores o su mal comportamiento. Todos estos síntomas causan malestar significativo en las áreas familiares, escolares y personales derivado a que tienen recurrentemente problemas de conducta en el colegio y pierden la armonía con sus compañeros y familiares.

2.2.3 Comorbilidad

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) refiere que el trastorno negativista desafiante es comórbido en niños con el TDAH derivado a la presencia de factores de riesgo temperamentales comunes, este trastorno también puede genera de trastorno de ansiedad por la irritabilidad que presentan, así como el trastorno depresivo mayor; en adultos y adolescentes puede ser acompañado por un trastorno de consumo de sustancias.

2.2.4 Pronóstico

Existen varios factores ambientales, genéticos y temperamentales que pueden mejorar o empeorar el pronóstico de un menor diagnosticado con este trastorno, para ello se mencionan algunos pronósticos sobre casos con dicha patología.

Blesedell (2005) afirma que los niños con un trastorno negativista desafiante tienen baja autoestima, muestran deficiencias académicas, también presentan un alto riesgo de ser expulsados del colegio, su habilidad social disminuye en relación a sus compañeros y los adultos, pierden la buena relación familiar y escolar.

Por su parte Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010) indica que el pronóstico de los menores diagnosticados con un trastorno negativista desafiante depende en gran manera de la funcionalidad de la familia ya que esta red de apoyo es la más importante, adicionalmente el pronóstico positivo o negativo también dependerá de la existencia de un trastorno comórbido con el que el paciente pueda ser diagnosticado; existen casos en los que los pacientes muestran mejoría después de un año pero también existen casos en donde el diagnóstico persiste y esto puede llegar a provocar que el paciente desarrolle un trastorno disocial.

2.2.5 Abordaje terapéutico

El abordaje para este tipo de trastornos principalmente se basa en la intervención familiar, esto acompañado de psicoterapia y diversas técnicas, Behrman (2006) hace referencia que el mejor tratamiento para el trastorno negativista desafiante es la terapia grupal enfocado en la escuela cognitiva conductual y afrontamiento de conflictos, en algunos casos es necesario evaluar la gravedad para utilizar algún tipo de tratamiento farmacológico.

Por otro lado, Hernández (2007) menciona que la terapia cognitiva conductual que nace de la teoría de aprendizaje, también se basa en el condicionamiento clásico y operante esta terapia se utiliza para cambiar de conductas mediante la modificación del área cognitiva, lo que hace que sea de

mucha ayuda para el tratamiento del trastorno negativista desafiante, ya que el objetivo es corregir conductas negativas y desafiantes; así mismo Friedberg y McClure (2002) refiere que la terapia cognitivo conductual en niños se fundamenta en trabajar con el aquí y ahora, se considera el entorno natural en el que se desarrolla y va de la mano con terapia para los padres del niño ya que ellos forman parte de sistemas como lo es la familia y el colegio.

Derivado a que la red de apoyo que el paciente pueda tener es de vital importancia Esperon y Mardomingo (2010) señala que el entrenamiento y formación de los padres es eficaz para el tratamiento de niños con problemas de conducta, se utiliza la técnica que se basa en la teoría de aprendizaje social y cognitiva, estas también ayudan a que los padres aprendan a utilizar el reforzamiento positivo y medidas disciplinarias más eficientes.

2.3 Patrón de crianza

Existen muchas definiciones sobre patrón de crianza, para ellos tenemos como primera definición la de Según Morris y Maisto (2009) quien afirma que los patrones de crianza son las conductas que los padres toman frente a sus hijos para criarlos, es la forma de educar, enseñar y ejercer autoridad.

Otra definición es la de Schaffer (2000) quien también señala que un patrón de crianza es la forma que utilizan los padres para la educación de sus hijos, esta se basa en el aprendizaje social y las creencias de los padres sobre lo que deben de hacer, por tal razón existen varios estilos de crianza. Los patrones de crianza también dependen de la meta que los padres tengan para la crianza de sus hijos.

Estos patrones de crianza marcan significativamente el desarrollo psicosocial de todo ser humano muchos padres en el afán de educar bien a sus hijos cometen el error de sobreprotegerlos mientras que por otro lado también hay padres que descuidan mucho la crianza de sus hijos.

2.3.1 Tipos de patrones de crianza

Berger (2006) menciona los cuatro patrones de crianza que Daian Baumrind logro identificar mediante investigación de campo realizada, los tres estilos de crianza que logro identificar son los que se describen a continuación

- Crianza Autoritaria: En este tipo de crianza lo que los padres dicen es ley no hay lugar a discutir sobre las instrucciones que giran, casi no hay conversaciones sobre las emociones de los hijos o de los padres, pocas veces muestran afecto hacia sus hijos, aunque los aman y creen que los años que tienen los han preparado para saber qué es lo mejor para sus hijos.
- Crianza Permisiva: Los padres con este tipo de crianza toleran cualquier tipo de conducta de sus hijos, son afectivos y no ejercen autoridad ante ellos.
- Crianza Disciplinada: En esta crianza los padres se esfuerzan en establecer límites claros y aplican normas pero buscan escuchar a sus hijos, son flexibles ya que creen que los hijos gradualmente irán adquiriendo madurez, ellos se ven como guías y mentores de sus hijos.

2.3.2 Patrón de crianza permisivo

Papalia, Martorell y Duskin (2012) menciona que el patrón de crianza permisivo es aquel donde los padres otorgan la prioridad a la autoexpresión y la autorregulación, los padres no exigen mucho, permiten que los menores supervisen sus propias tareas, puede establezcan límites, pero no se ejecutan, rara vez ejercen el castigo con sus hijos, son padres muy afectivos, siempre les preguntan o comentan con sus hijos sus decisiones y comparten con ellos sus problemas.

2.3.3 Características y consecuencias del patrón permisivo

Este tipo de patrón de crianza permisivo es que los progenitores o cuidadores principales muestran mucho interés en las emociones de sus hijos o hijas y atender sus necesidades al punto de no establecer límites claros, para tener una definición de dicho patrón Berger (2006) describe que las características del patrón de crianza permisiva son: muy afectivos, con poca disciplina, pocas expectativas de madurez, poca comunicación de padre a hijo, pero mucha comunicación de hijo a padre.

Por otro lado Papalia, Martorell y Duskin (2012) menciona algunas consecuencias que del patrón de crianza permisivo, siendo estas formar hijos inmaduros, con menos autocontrol, menos exploración, también pueden crear hijos más egoístas ya que ellos siempre son los escuchados en ese tipo de crianza.

Sin embargo Bello (2011) por su parte indica que las consecuencias de crecer en este estilo inapropiado de crianza es que al llegar a la adolescencia existe un umbral bajo de tolerancia a la frustración de manera que se enojan con mucha facilidad, exhiben problemas de autocontrol y autodisciplina, y presentan demasiada resistencia para cumplir con responsabilidades, siendo negligentes e irresponsables a lo largo de su adolescencia, por supuesto este patrón si no se corrige por medio de psicoterapia llega a la adultez evidenciando los mismos patrones inapropiados, en casos extremos se evidencia trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias, problemas con la ley y la muerte por las conductas autodestructivas. Estas son algunas de las consecuencias que conlleva un patrón de crianza inapropiado.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Durante la niñez los niños pueden presentar mala conducta y formar parte de lo normal, sin embargo cuando estos problemas de conducta se convierten en perturbadores, generan dificultades severas, generando problemas en la convivencia, mostrando consecuencias como fracaso escolar, consumo de drogas, desajuste familiar, actividades de riesgo que ponen en peligro la vida del sujeto siendo significativa la identificación del trastorno a tiempo y por su puesto el apropiado abordaje terapéutico, esto incluye la dinámica con los padres puesto que si las alianzas, roles y patrones de crianza no son los apropiados el trastorno en mención tendrá peor pronóstico, siendo importante para los profesionales de la salud mental investigar estas temáticas ya que forma parte de su interés profesional.

3.2 Pregunta de investigación

¿Si existe relación entre el patrón de crianza permisivo y el trastorno negativista desafiante en un niño de 8 años?

3.3 Objetivo general

Establecer el impacto que genera el patrón de crianza permisivo en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años.

3.4 Objetivos específicos

- Identificar el patrón de crianza que los padres del menor ejercen

- Determinar los problemas de conducta que el menor está presentando
- Analizar en qué área el paciente presenta agresividad, irritabilidad, desafío y negatividad
- Mejorar la funcionalidad del paciente e implementar técnicas para el establecimiento de límites.

3.5 Alcances y límites

Durante el estudio del caso se logró alcanzar un buen establecimiento de rapport, por lo que el menor se comprometió para que el proceso fuera favorable, durante el proceso el aprendió técnicas para el manejo de sus emociones, irritabilidad, logró identificar sus emociones y corregir algunas conductas por medio del modificador de conducta, también la madre del menor logro adquirir varias técnicas para manejar las conductas problemáticas, entre los límites se tiene la impuntualidad del paciente derivado del trabajo de la madre, llegando constantemente tarde o no asistiendo a sus citas, atrasando con ello el proceso terapéutico.

3.6 Metodología

La presente investigación se ejecutó bajo los parámetros del método de estudio cualitativo, que según Strauss (2002) es la que produce hallazgos sin estadísticas, ya que sus resultados no pueden ser medidos cuantitativamente. Para el proceso del estudio de caso se utilizó la investigación cualitativa con el paciente que es un niño de 8 años el cual llevo a la clínica por problemas de conducta, irritabilidad y agresividad, inicialmente se entrevistó a la madre del menor para obtener el motivo de consulta y dar a conocer el consentimiento informado.

Luego se procedió a realizar la entrevista juntamente con el examen mental y genograma, después se entrevistó al menor para obtener su motivo de consulta y así iniciar con el proceso de evaluación para el cual se aplicaron distintas pruebas psicométricas y proyectivas las cuales son las siguientes: Test Proyectivo de Dibujo Libre, Test Proyectivo del Árbol, Test Proyectivo de la Familia, Cuestionario de Entrevista Infantil de Roberto y Rocita, Pintner de Habilidad Durost y Cuestionario de personalidad para niños EPQ-J, también se le solicito al colegio un informe sobre la conducta

del menor, al finalizar la etapa de evaluación se procedió a realizar de forma verbal la devolución de resultados con la madre del menor y el menor, también se presentó el plan terapéutico para ejecutar el mismo, finalmente se dieron las sesiones de seguimiento concluyendo el caso.

Ibáñez y Mudarra (2014) sostienen que el Test Proyectivo de Dibujo Libre fue creado por Wolff Su objetivo es revelar aspectos de la experiencia desde el interior del paciente mediante trazos y colores, por ello se aplicó durante el proceso ya que por el tipo de test resulta ideal para aplicar con niños.

Resultados de la prueba aplicada, el niño se encuentra dentro de la etapa adecuada de evolución gráfica, según su secuencia en el dibujo el niño presenta un incremento psicomotor, denota sentimientos de constricción ambiental acompañado de acciones o fantasías sobre compensatorias, Su trazo denota suele ser asertividad, impulsivo y agresivo, presenta inadecuación de los sentimientos de seguridad en vida emocional, descontrol y agresividad, es emotivo, muestra interés por el presente y adaptación al mismo, es sensible, inteligente.

En el dibujo predominan dos colores, uno de ellos es el rojo, que refleja fuerza de voluntad, activo, autónomo, ofensivo-agresivo, autónomo con competitividad, con coraje y valentía, el otro color que más utilizo es el naranja que refleja: energía, fortaleza, resistencia, entusiasmo, felicidad determinación, éxito, ánimo y estímulo.

Por otro lado, el Test Proyectivo del Árbol, según Pérez (2003) fue creado por Karl Koch para identificar la autopercepción, en este test con cada parte del árbol expresa los aspectos más inconscientes y ocultos de una persona.

Los resultados de la aplicación del test del Árbol son los siguientes: a nivel de la estructura básica de la personalidad, el paciente refleja sociabilidad, dulzura, contacto fuerte, con facilidad de contacto con el ambiente, también refleja dulzura, imaginación, compensación afectiva, es un niño con iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y

agitación, también denota energía, mando o brutalidad, refleja estar desarraigado, con fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad, sentido de debilidad o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura. Se inclina a el pasado, el yo, que se encamina hacia lo que fue.

Según Ibáñez y Mudarra (2014), el Test Proyectivo de la Familia fue creado por Louis Corman para identificar la dinámica familiar del paciente, su interacción con el entorno y los que lo rodea, se debe de tomar en cuenta la edad de la persona a quien se le aplica esta prueba ya que también esto puede influir en el análisis del dibujo.

Los resultados del test proyectivo de la familia son los siguientes: al realizar el dibujo primero dibujo un niño con quien se identifica y admira, dibujo a la mamá con más detalles y al abuelo con menos detalles, lo que refleja que tiene una figura valorizada con su mamá y con su abuelo tiene conflictos emocionales asociados con esa figura, dibujo a todos del mismo tamaño lo que manifiesta falta de jerarquía familiar, desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales, también refleja pulsiones poderosas, audacia, violencia, tiene sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse, realizo el dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas, realizó el dibujo pequeño lo que demuestra que se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión, Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.

Por otro lado, Fernández (2004) sostiene que el Cuestionario de Entrevista Infantil de Roberto y Rosita son historias relacionadas con un tema en particular, en donde el sujeto evaluado debe completar las narraciones de forma proyectiva, conviene enfatizar que al interactuar con un menor es más factible utilizar test de este tipo de test para obtener mayor información de su entorno.

Según los resultados del test de Roberto y Rosita el paciente manifiesta negatividad en las 3 áreas, ya que tiene dificultad en la relación con su madre por el tiempo que pasa con él, en el área escolar menciona constantemente que lo molestan porque tiene bajas notas en algunas materias y en el área

escolar-social indica que le gusta jugar pero que ahora tiene que esforzarse por sacar buenas notas, es un niño muy inteligente y sin ninguna deficiencia física e intelectual.

Por otro lado, se encuentra el test Pintner de Habilidad Durost, según el autor Ehrenberg (2004) el test fue creado por Dr. Rudolf Pintner y Dr. Walter N. Durost para conocer la edad mental y Coeficiente Intelectual, derivado a que el caso de estudio también afectaba su desempeño estudiantil se aplica este test para medir su CI.

Según los resultados del test Pintner de Habilidad Durost son los siguientes: a nivel de la estructura básica de la personalidad el paciente refleja tener un coeficiente intelectual Normal, y su edad mental es de 7 años con 10 meses prácticamente un año menor a su edad cronológica.

Finalmente, se encuentra el Cuestionario de Personalidad para niños EPQ-J, según el autor Zabalegui (1990) afirma que este test se utiliza para identificar rasgos de trastornos de personalidad en niños, fue diseñado por H.J Eysenck., durante el proceso se aplicó dicho test y los resultados del test son los siguientes, en la escala N mantiene un tono emocional, débil o bajo, estado de ánimo estable y calmado, es despreocupado, honesto, en la escala F presenta despreocupado de las personas, en ocasiones se muestra hostil, incluso con los más íntimos, agresivo, en la escala e denota ser amigable, prefieren las actividades sociales, anhelan la excitación, les agrada las diversas actividades, exteriorizan más fácilmente agresividad, despreocupación, pueden llegar a ser, descontrolados, prefieren el cambio, en la escala s baja puntuación en la escala, lo que confirma que la prueba es fiable.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

4.1.1 Datos Generales

Nombre: G.D.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 20/08/2010

Edad: 7 años

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: 1ro Primaria

Profesión: Estudiante

Ocupación: Estudiante

Religión: Guatemala

Dirección: Mixco

Información exclusiva en caso de menores de edad:

Nombre del padre: G.D

Profesión u oficio: Comerciante

Nombre de la madre: N.G

Profesión u oficio: Procuradora

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

4.1.2 Motivo de consulta

El paciente refiere “mis papitos se separaron y por eso vine a psicología” SIC.

Mamá refiere “mi hijo constantemente presenta mal comportamiento, hace berrinches e incluso la abuela que es quien lo cuida ya no sabe qué hacer con él ya que no le hace caso”. (SIC).

4.1.3 Historia del problema actual

Con respecto al motivo de la consulta es importante tomar en cuenta:

El menor inicio a presentar mala conducta desde que tenía 5 años, en el colegio constantemente le envían notas a la mamá que su hijo es muy inteligente pero que molesta mucho, es muy inquieto, no sigue instrucciones y distrae a los demás niños, en su casa la abuela se queja ya que indica que el menor no identifica figuras de autoridad.

Factor precipitante el tiempo de calidad con la mama ya que los horarios laborales se extienden hasta las 20:00 horas, adicionalmente el menor no tiene figura paterna establecida derivado a que le papá es un hombre casado por lo tanto no convive con él, hace aproximadamente 1 año el menor conoció a sus medios hermanos y se llevó bien con ellos.

Sus relaciones interpersonales son estables, solamente la relación con sus familiares es complicada y compleja ya que su abuela materna lo cuida y ella realmente no ejerce ningún tipo de autoridad sobre el menor y con el abuelo la relación ha sido muy conflictiva.

4.1.4 Historia clínica

Personales no patológicos

- Historia prenatal: El embarazo no fue planificado, pero la mamá indica que desde el momento en el que ella se enteró ella estuvo feliz por su bebé, sus papas le dijeron únicamente que ya estaba grande y sabía lo que hacía mientras que el papá del bebé le dijo que ella sabía que él era un hombre casado, que económicamente no la dejaría sola pero no podía dejar a su familia por ello. Su embarazo no presentó complicaciones y durante este lapso el papá del menor nunca estuvo presente.
- Nacimiento: El nacimiento fue mediante cesárea, sin ninguna complicación, el menor nació con peso normal y sin ninguna afección médica.

- Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres: El menor presento un desarrollo normal, sostuvo su cabeza a los 5 meses, se logró sentar a los 6 meses, empezó a dar sus primeros pasos y a pararse a los 8 meses, gateo por un año aproximadamente iniciando a los 3 meses, al año empezó a caminar. El control de esfínteres lo obtuvo diurno y nocturno a los 3 años.
- Evolución de lenguaje: Su balbuceo inicio a los 5 meses, logrando decir sus primeras palabras a los 6 meses, su primera frase fue a los 8 meses, al término de sus dos años el menor ya vocalizaba sin ningún inconveniente. Duerme de 7 a 8 horas diarias y este no tiene interrupciones.
- Desarrollo escolar: Inicio a los 4 años su adaptación fue bastante tolerante, le gustaba mucho asistir al colegio, ha asistido únicamente a dos instituciones y actualmente lleva en el colegio 2 años, siempre ha tenido dificultad para iniciar a realizar sus tareas y terminirlas ya que constantemente indica que se aburre, su rendimiento escolar es bueno pero constantemente le envían nota a la mamá que el menor molesta mucho a los demás niños, se para y platica mucho, no le gusta seguir instrucciones y al contrario hace todo lo que no se le pide desafiando a la autoridad.
- Desarrollo social: Le gusta hacer amigos, pero siempre quiere ser el quien tenga el control de los juegos y cuando esto no es así él se enoja y en ocasiones molesta a los niños que no le hacen caso en todo lo que dice. Con sus maestros le gusta ayudarles para que los demás niños vean que es importante pero cuando se deben de hacer ejercicios o tareas en clase el niño empieza indicando que se aburre y que no quiere hacer lo que se solicita. Le gusta participar en actividades sociales ya que le gusta ser el centro de atención.
- Historia Psicosexual y vida marital: La mamá indica que no ha presentado mayor curiosidad sexual tiene bien clara la diferencia de géneros, en ocasiones le ha realizado algunas preguntas a su mamá sobre el tema, pero ella le responde de la forma más clara.

Personales patológicos

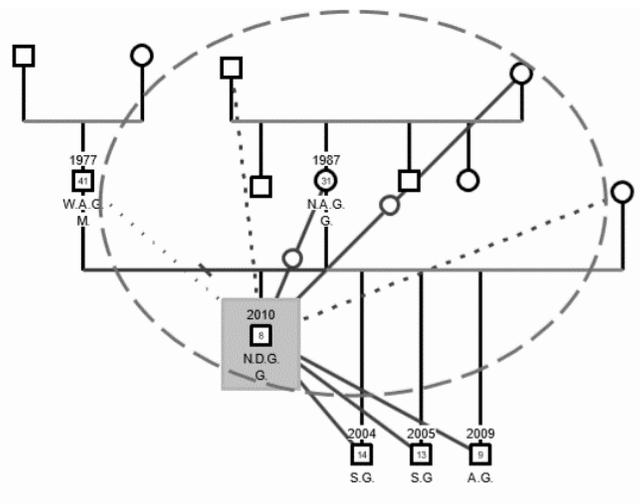
- Historia médica: el paciente al nacer presento aparente cianosis, ya que por su tamaño tuvieron que realizar cesárea, lo tuvieron que someter a algunos exámenes por sospecha de

desproporción céfalo pélvica, posteriormente indicaron los médicos que no tenía ningún problema, después de esto solamente ha padecido de algunas gripes o resfriados.

- Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: no ha presentado ningún problema en esta área.

4.1.5 Historia familiar

Imagen No. 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, (2018)

La familia de GD está conformada por su mamá, sus tíos y abuelos, tiene una relación conflictiva con su abuelo paterno ya que indica que no lo tolera porque mucho molesta y lo golpea, con su mamá y su abuela tiene buena relación. La persona que lo cuida es su abuela materna, pero ella no lo corrige si no hace tareas porque no le hace caso, en casa solamente tiene como figura de autoridad a su mamá, pero ella llega muy tarde. Económicamente la familia se encuentra estable, trabajan los tíos y la mamá del menor.

GD es el padre del menor, trabaja como profesional, pero siempre se encuentra ausente porque es un hombre que ya tiene otra familia, NG es la madre del menor quien es secretaria, con la mamá tiene una buena relación, pero con el papá no porque casi no lo ve.

No se presenta ningún antecedente familiar relacionado con problemas mentales

4.1.6 Examen del estado mental

El paciente GD de 7 Años se presentó aliño con higiene, arreglo personal y vestimenta adecuada y se encuentra orientado en relación al tiempo, persona y espacio. Estado de ánimo y emociones: feliz, inquieto, con curiosidad actividad motora normal. Afecto: feliz Disposición corporal: ansioso, saludo neutral, poco contacto visual, postura correcta. Características del lenguaje: Habla fluida. Tono de voz: normal. Estado de memoria: presente y futuro. Contenido del Pensamiento: apropiado. Actitudes hacía sí mismo: accesible y colaborador.

4.1.7 Pruebas aplicadas

Tabla No. 1
Pruebas aplicadas

Prueba aplicada	fecha de aplicación
Test Proyectivo de Dibujo Libre	24/03/2018
Test Proyectivo del Árbol	28/04/2018
Test Proyectivo de la Familia	28/04/2018
Cuestionario de Entrevista Infantil de Roberto y Rocita	21/04/2018
Pintner de Habilidad Durost	02/06/2018
Cuestionario de personalidad para niños EPQ-J	09/06/2018

Fuente: elaboración propia, (2018)

Tabla No. 2
Resultados de Test Proyectivos

Nombre de la prueba y fecha de aplicación	Interpretación
<p>Test Proyectivo de Dibujo Libre 24/03/2018</p>	<p>Según los resultados de la prueba aplicada, el niño se encuentra dentro de la etapa adecuada de Evolución Grafica, según su secuencia en el dibujo el niño presenta un incremento psicomotor, denota sentimientos de constricción ambiental acompañado de acciones o fantasías sobre compensatorias, Su trazo denota suele ser asertividad, impulsivo y agresivo, presenta inadecuación de los sentimientos de seguridad en vida emocional, descontrol y agresividad, es emotivo, muestra interés por el presente y adaptación al mismo, es sensible, inteligente.</p> <p>En el dibujo predominan dos colores, uno de ellos es el rojo, que refleja fuerza de voluntad, activo, autónomo, ofensivo-agresivo, autónomo con competitividad, con coraje y valentía, el otro color que más utilizo es el naranja que refleja: energía, fortaleza, resistencia, entusiasmo, felicidad determinación, éxito, ánimo y estímulo.</p>
<p>Test Proyectivo del Árbol 28/04/2018</p>	<p>A nivel de la estructura básica de la personalidad, el paciente refleja Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte, con Facilidad de contacto con el ambiente, también refleja Dulzura, imaginación, compensación afectiva, es un niño con iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación, también Denota energía, mando o brutalidad, refleja estar desarraigado, con fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad, Sentido de debilidad o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura. Se inclina a el pasado, el YO, que se encamina hacia lo que fue.</p>

<p>Test Proyectivo de la Familia 28/04/2018</p>	<p>Al realizar el dibujo primero dibujo un niño con quien se identifica y admira, dibujo a la mamá con más detalles y al abuelo con menos detalles, lo que refleja que tiene una figura valorizada con su mamá y con su abuelo tiene conflictos emocionales asociados con esa figura, dibujo a todos del mismo tamaño lo que manifiesta falta de jerarquía familiar, desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales, también refleja Pulsiones poderosas, audacia, violencia, tiene Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse, realizo el dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas. Realizo el dibujo pequeño lo que demuestra que se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión, Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia, (2018).

Tabla No. 3

Cuestionario de Entrevista Infantil de Roberto y Rocita

Área Familiar	Ámbito Personal	Ámbito Escolar-Social
PUNTAJE 1.6	PUNTAJE 1.5	PUNTAJE 1.4
<p>El entorno del paciente en área familiar es negativo reflejado en la tabla de evaluación del test.</p>	<p>El paciente se percibe a sí mismo en forma Negativa.</p>	<p>El entorno del paciente en área escolar y social es negativo reflejado en la tabla de evaluación del test.</p>

Fuente: elaboración propia, (2018).

El paciente manifiesta negatividad en las 3 áreas, ya que tiene dificultad en la relación con su madre por el tiempo que pasa con él, en el área escolar menciona constantemente que lo molestan porque tiene bajas notas en algunas materias y en el área escolar-social indica que le gusta jugar pero que

ahora tiene que esforzarse por sacar buenas notas, es un niño muy inteligente y sin ninguna deficiencia física e intelectual.

Tabla No. 4
Pintner de Habilidad Durost

Test	Punteo Burdo	Punteo Estándar
1	16	154
2	4	111
3	9	116
4	11	110
5	13	83
6	9	96
Media	111	
E.C	8.10	
E.M	7.10	
CI	111	

Fuente: elaboración propia, (2018).

A nivel de la estructura básica de la personalidad el paciente refleja tener un coeficiente intelectual Normal, y su edad mental es de 7 años con 10 meses prácticamente un año menor a su edad cronológica

Tabla No. 5
Cuestionario de personalidad para niños EPQ-J

	N	E	P	S
PD	8	20	1	3
Percentiles	20	70	20	15

Fuente: elaboración propia, (2018).

Tabla No. 6
Resultados de personalidad para niños EPQ-J

Escala N	Escala F
Mantiene un tono emocional débil o bajo estado de ánimo estable y calmado es despreocupado honesto	Despreocupado de las personas en ocasiones se muestra hostil, incluso con los más íntimos agresivo
Escala E	Escala S
Amigable prefieren las actividades sociales anhelan la excitación les agrada las diversas actividades exteriorizan más fácilmente agresividad despreocupación pueden llegar a ser descontrolados prefieren el cambio	Baja puntuación en la escala, lo que confirma que la prueba es fiable.

Fuente: elaboración propia, (2018).

4.1.8 Otros estudios diagnósticos:

Informe de conducta que se solicitó al colegio en donde dos maestras realizaron dicho informe indicando lo siguiente: Es un niño muy inteligente, no presenta dificultad en su rendimiento académico, cuando él tiene disposición es responsable y colaborador; cuando él no quiere seguir instrucciones toma una actitud totalmente negativa, es inquieto, genera conflictos en clase e indica que yo no soy su jefa para decirle que tiene que hacer, en ocasiones se le ha llevado a la dirección, pero cuando se le pregunta sobre su actitud solamente guarda silencio y no responde lo que se le pregunta.

El menor es un niño la mayor parte de tiempo agresivo, suele molestar a sus compañeros sin importar si son niñas o niños.

4.1.9 Impresión diagnóstica

Según los resultados de las evaluaciones aplicadas y lo observado en el proceso terapéutico se interpreta que GD es un paciente que se enfada fácilmente con adultos y personas de su misma edad presenta síntomas como enfado, resentimiento, negativismos, pierde la calma rápidamente a menudo desafía la autoridad de su madre, cuidadores y maestros esto tiene consecuencias tanto en la esfera familiar como en lo académico y social. Siendo importante mencionar que no cuenta con figura paterna apropiada siendo esto un factor significativo en su vida, ya que el padre tiene una familia formada con anterioridad al nacimiento del paciente, la cuidadora primaria que es la abuela no ejecuta apropiadamente el rol ya que su patrón de crianza es permisivo, incrementando más esta situación la conducta inapropiada del paciente, refleja tener un coeficiente intelectual normal, sin embargo su edad mental es de 7 años con 10 meses, un año menor a su edad cronológica.

4.1.10 Diagnóstico según DSMV

313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante (pg.462)

4.1.11 Conclusiones

La madre del menor presenta un patrón de crianza permisivo lo que definitivamente afecta directamente la conducta del menor tanto en casa como en el área escolar y durante el proceso logro identificar el patrón de crianza que ejerce. El menor adquirió durante el proceso terapéutico técnicas para afrontar su irritabilidad, agresividad y manejo de las emociones principales.

4.1.12 Recomendaciones

Es importante ejercer una disciplina asertiva con el menor para que su conducta mejore constantemente y así formar un ciudadano con seguridad, con capacidad de afrontar sus problemas y ser más independiente.

Se exhorta al menor y su familia a trabajar con terapia grupal integrando en el proceso a la cuidadora principal del menor para el mejor manejo en el establecimiento de límites claros.

4.1.13 Plan terapéutico

Luego de las diversas entrevistas, aplicación de pruebas, realización de examen mental y concluir con el diagnóstico se planteó la mejor terapia para el paciente con el fin de mejorar su condición y generar una dinámica familiar apropiada para restablecer su salud mental.

La Teoría o corriente filosóficas que explica el caso es la que se da a conocer a continuación: perspectiva cognitiva se encarga de estudiar la cognición, los procesos mentales implicados en el conocimiento o entendimiento. Su objetivo es el estudio de los mecanismos por el cual se elabora el conocimiento; que estos van desde el aprendizaje y la memoria hasta el razonamiento lógico de cada ser humano. El conocimiento se da por medio de los sentidos. Esta escuela también se centró mucho en la toma de decisiones de cada persona, ya que la persona debe de procesar la información o decisión que debe de tomar, además, estudia la adquisición del lenguaje y de la percepción.

La escuela cognitiva está unida a la psicología experimental, es una de las escuelas más importantes de la psicología ya que lleva a cabo o estudia, lo fundamental de un ser humano que es el conocimiento ya que si este principal factor es imposible realizar otras actividades, en pocas palabras esta escuela ayuda a el ser humano a facilitar el entendimiento y la toma de decisiones mediante la razón, conociendo sus deseos y sus propósitos para ser así la toma de decisiones además

de estar acompañada del conocimiento este acompañada de deseos del individuo. Es una escuela fundamental en la psicología, pues parte del conocimiento del ser humano.

El modelo terapéutico utilizado es la terapia cognitivo conductual que es una forma de entender cómo piensa la persona acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que se hace afecta a los pensamientos y sentimientos. Considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, del lenguaje. Todas las personas desarrollan durante toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales.

Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo.

El tiempo estimado de la terapia fue de 3 meses, aproximadamente 13 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla No. 7
Plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnica	Observaciones y Duración	Recursos
Trastorno Negativista Desafiante	Reducir conductas desafiantes Modificar el dialogo interno del paciente para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento	1. Estrategia de Relajación (Cognitiva-Conductual) 2. Contrato Conductual (Cognitiva-Conductual) 3. Resolviendo Conflictos en Positivo (Cognitiva-Conductual) 4. La Tortuga (Cognitiva-Conductual) 5. Reestructuración Familiar (Cognitiva-Conductual) 6. Modificador de Conducta (Cognitiva-Conductual) 7. Comunicación Asertiva (Cognitiva-Conductual) 8. Modelado (Cognitiva-Conductual)	Dichas técnicas se realizaran en 8 sesiones	Música de Relajación Bocinas Hojas Goma Tijeras Hojas de Colores Lapiceros Lapiceros Fotos de Miembros de la familia Cuadro de Actividades Goma
Problemas Entre Padres e Hijos	Desarrollar habilidades para controlar las emociones negativas y mejorar la alianza parental	9. Reestructuración Cognitiva (Cognitiva-Conductual) 10. Afirmaciones Positivas (TREC) 11. Buzón de Emociones (TREC) 12. Cambio de Roles (Cognitivo-Conductual)	Dichas técnicas se realizarán en 4 sesiones	Hojas Lapiceros Crayones Marcadores Ropa

Fuente: elaboración propia, (2018).

Tabla No. 8
Desglose de Objetivos

Objetivo: Modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento	
Sesión	Técnicas
1	<p>Estrategias De Relajación:</p> <p>Respirando mejor: El paciente practica técnicas de respiración diafragmática o abdominal y respiración completa para mejorar el impacto del autocontrol.</p> <p>Parada de pensamiento: Aplicación de ejercicios mentales, Ejercicios para concentrarse en el aquí y en ahora, identificación de sensaciones y ejercicios de atención plena.</p>
2	<p>Contratos conductuales: El paciente en una hoja de papel escribe tres acontecimientos a mejorar durante la terapia lo debe de firmar y comprometerse a cumplirlo. Esto sirve para formalizar al paciente de la responsabilidad que tiene en tener resultados positivos las reglas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El contrato debe ser escrito y firmado por el paciente - Los distintos compromisos deben ser redactados en forma positiva para evitar los castigos por si no se cumpliera con lo acordado - Tener recompensas pequeñas por el cumplimiento de los acontecimientos a mejorar. <p>Las conductas deben ser observables y medibles.</p>
3	<p>Resolviendo conflictos en positivo: Dividir la clínica en 2 partes con masking tape perspectiva negativa ante los conflictos y perspectiva positiva ante los conflictos el paciente debe de decir 4 ejemplos de conflictos, luego debe de pensar de que perspectiva lo ve si negativa o positiva y juntamente con el terapeuta analizar las actitudes ante el conflicto.</p>
4	<p>La Tortuga: Da una sensación de seguridad al paciente y ayuda a darse cuenta de que es responsable de las emociones las instrucciones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentarse y colocar los pies juntos uno contra otro. - Colocar los brazos delante y los debes de pasar por debajo de los pies. - Girar las palmas de las manos hacia arriba, abajo la cabeza, hacia bajo el pecho y en tortuga te has convertido.

Objetivo: Reducir conductas desafiantes para prevenir situaciones que pueden causar problemas.	
Sesión	Técnicas
5	<p>Reestructuración familiar</p> <p>Realizar un trifoliar utilizando materiales creativos que contenga esta información:</p> <p>Señalamiento de los límites Tener tres límites para el desenvolvimiento de la vida diaria (paciente las escribe y dibuja)</p> <p>Asignación de tareas. Tener 4 tareas para ayudar en casa (paciente las escribe y dibuja)</p> <p>Rutinas tener 4 en casa (paciente las escribe y dibuja)</p>
6	<p>Modificador de conducta</p> <p>Cuadro de incentivos para motivar a los niños</p>  <p>Explicación de cómo se trabajara en clínica y casa.</p> <p>Conductas a trabajar comer bien, estudiar, recoger y ordenar dormitorio y obedecer.</p>
7	<p>Comunicación asertiva</p> <p>El paciente aprende a escuchar, mantener contacto ocular, escuchar con interés y controlar las propias emociones y pensamientos, para poder evitar reacciones, defensas, explicaciones o interrupciones.</p> <p>Se afirma o pregunta claramente y se utiliza afirmaciones o peticiones para atacar o realizar preguntas con ataques personales incluidos.</p> <p>Luego arma un cuento pequeño para saber de qué manera debe de comunicarse.</p> <p>Ordenando las oraciones que se le entreguen.</p>

8	<p>Modelado</p> <p>Consiste en que el paciente dramatice las conductas desafiantes ante un espejo esto ayudara a que se dé cuenta que es una incorrecta forma de reaccionar, las emita de forma adecuada en presencia del terapeuta.</p> <p>El modelo ha de ser similar a la emoción que se le indique en cuanto a factores familiares y sociales que presenta. Su actitud ha de ir seguida de consecuencias positivas, es importante que se empleen varios ejemplos.</p>
---	--

Objetivo: Desarrollar la habilidad de controlar las emociones negativas que permitan manejar las situaciones cotidianas.	
Sesión	Técnicas
9	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>El paciente debe de inflar 3 globos de diferente color, luego con un marcador dibujar a cada uno caras de emociones enfado, ira y agresividad luego tener un momento de reflexión con él para descubrir qué tipo de emociones son las que dibujo para poder controlarlas.</p>
10	<p>Afirmaciones positivas</p> <p>Escribir en un cuadro collages de imágenes de cuáles son los pensamientos que generan, mantienen o incrementan las emociones negativas y que hacen sentirse tristes, enfadados, ansiosos, asustados, etc.</p> <p>Una vez identificados, los hemos de substituir por otros más positivos escribiéndoles en tiras de papel para poder pegarlo cerca del collage.</p>
11	<p>Buzón de emociones</p> <p>Este juego ayuda al paciente a expresar sus sentimientos de forma adecuada. ¿Expresemos cómo nos ha hecho sentir una situación? Por ejemplo: 'Yo me sentí mal cuando mi hermano no me dejo jugar con sus amigos'. En caso de que no pueda escribirlo, puede dibujarlo. El objetivo es que todos empecemos diciendo: Yo me sentí...</p>

12	<p>Detención del pensamiento</p> <p>Se le entregara fichas de auto instrucción para que las decore con material creativo estas fichas las pegará en casa.</p> <p>Cuando empiece a notar, nervios o alteraciones, preste atención a los pensamientos que está teniendo, e identificarlos. Una vez realizado este pequeño análisis, dar órdenes a uno mismo que busquen la interrupción del pensamiento que evoca la emoción, como: “¡STOP!”, “¡Para!”, “¡Ya!”, “¡Basta!”. Tras esta auto instrucción sustituye los pensamientos detectados como negativos por afirmaciones positivas.</p>
----	--

Fuente: Elaboración Propia, (2018).

4.2 Análisis de Resultados

Según Morris y Maisto (2009) los patrones de crianza son las conductas que los padres toman frente a sus hijos para criarlos, la forma de educar, enseñar y ejercer autoridad. También Berger (2006) refiere que en la crianza Permisiva los padres toleran cualquier tipo de conducta de sus hijos, son afectivos y no ejercen autoridad ante ellos.

El patrón de crianza que presentaban la madre y cuidadora principal del menor era completamente permisivo, no establecían normas, si en algún momento imponían alguna regla esta no era cumplida, tampoco ejercían el castigo con el menor en ningún momento, esto derivado a que la madre del menor está muy poco tiempo con él y la abuela indica que él no le obedece por lo que ella no puede ejercer autoridad.

Armas (2007) define los problemas de conducta como un trastorno caracterizado por la existencia o aparición de un patrón de conducta negativa, desafiante, desobediente y hostil, esta conducta es dirigida a las figuras de autoridad, este patrón de repite constantemente en entornos escolares y familiares.

Cuando el menor se presentó a sesión, la progenitora indicaba que constantemente le enviaban notas afirmando que la menor tenia mala conducta, la mala conducta que presentaba en el colegio

era que constantemente distraía a sus compañeros, los molestaba y no sigue las instrucciones que se le dan por parte de su catedrática, esta conducta de rebeldía se presentaba también en la casa con los cuidadores principales.

El desempeño escolar y familiar en el caso se vio afectado por el trastorno, Blesedell (2005) afirma que los niños con un trastorno negativista desafiante tienen baja autoestima, también muestran deficiencias académicas, también presentan un alto riesgo de ser expulsados del colegio, su habilidad social disminuye en relación con sus compañeros y los adultos, pierden la buena relación familiar y escolar.

El desempeño escolar del menor se encontraba afectado derivado a que constantemente se desconcentraba por molestar a sus compañeros, en el colegio el problema era la socialización ya que en sus notas no tenía inconvenientes, en casa difícilmente el paciente realizaba tareas ya que la abuela no le exigía que las realizara, esto generaba problemas familiares ya que el abuelo intentaba exigirle al menor pero como la abuela defendía terminaban en conflicto, lo mismo sucedía con la progenitora del menor por lo que él menor al final era consciente de que no le exigirían en casa que realizara sus tareas.

El establecimiento de límites se ve afectado por el tipo de crianza que se ejerce, según Papalia, Martorell y Duskin (2012) menciona que el patrón de crianza permisivo es aquel donde los padres otorgan la prioridad a la autoexpresión y la autorregulación, los padres no exigen mucho, permiten que los menores supervisen sus propias tareas, puede establezcan límites, pero no se ejecutan, rara vez ejercen el castigo con sus hijos, son padres muy afectivos, siempre les preguntan o comentan con sus hijos sus decisiones y comparten con ellos sus problemas.

Por otro lado, Hernández (2007) menciona que la terapia cognitiva conductual que nace de la teoría de aprendizaje, también se basa en el condicionamiento clásico y operante esta terapia se utiliza para la modificación de conductas mediante la modificación del área cognitiva.

Durante el proceso terapéutico se identificó que el patrón de crianza que los cuidadores y la madre tenían con el menor era permisivo por lo que mediante la terapia cognitiva conductual y la técnica

de psicoeducación se trabajó con el establecimiento de límites tanto con el menor como con la progenitora.

Conclusiones

Por medio de la entrevista realizada a la progenitora del menor sobre la historia clínica y desarrollo del usuario en todos los ámbitos, se logró identificar que constantemente los cuidadores principales que son los abuelos, no ejercen autoridad, toleran muchas actitudes negativas y la madre derivado a su trabajo no pasa mucho tiempo con el menor, en el tiempo que está en casa no le exige ya que piensa que el poco tiempo que pasa con él debe de consentirlo y no amonestar constantemente.

Posteriormente a varias entrevistas con la progenitora del menor, entrevistas con el menor, los resultados de las evaluaciones y reportes de comportamiento por parte del colegio al que asiste, se determinó que los problemas de conductas que el menor presentaba eran, irritabilidad, ira, rebeldía, no le gustaba seguir órdenes, también presentaba conducta desafiante en el colegio, en casa.

Mediante el proceso terapéutico la madre del menor confirma que una de las áreas que se estaban viendo afectadas por las conductas de desafío, agresividad, irritabilidad y negatividad es el ámbito familiar, así mismo por medio de las notas enviadas contantemente por la maestra y el reporte de conducta solicitado al colegio, también se confirmó que el área escolar también estaba siendo afectada por dichas conductas, todo esto fue respaldado con los resultados de las pruebas realizadas.

Por medio del proceso terapéutico se identificó y confirmo que la progenitora y cuidadores principales no ejercían límites claros y concisos, por lo que durante la ejecución del plan terapéutico se realizó psicoeducación ayudo que la madre aprendiera realmente la importancia del establecimiento de límites claros, también aprendió técnicas para ejecutar con el menor siempre con el acompañamiento de los cuidadores principales, el menor también fue consiente de la importancia de los mismos, el usuario logró respetar varios limites claramente establecidos así como a negociar efectivamente los limites no fueran de su agrado todo esto se efectuó para mejorar la funcionalidad familiar y del paciente.

Recomendaciones

Se sugiere a los padres a ejercitar las técnicas aprendidas para la correcta modificación de los patrones de crianza que hasta el momento han ejecutado, es importante tener claros los tipos de crianza para así analizar constantemente si el tipo de crianza que están ejecutando es el correcto para evitar así problemas futuros en las conductas negativas que presenta el paciente.

Es importante que tanto los padres como los cuidadores principales sean parte del proceso ya que todos juegan papeles importantes en la vida del menor y él debe de continuar en practicando las técnicas adquiridas durante el proceso terapéutico para nivelar sus emociones, reducir el riesgo que las conductas conflictivas re aparezcan ya que esto ha afectado a la familia en general.

Derivado a que para los pacientes con este tipo de trastornos necesitan un sistema multidisciplinario para mejorar, se recomienda dar a conocer al colegio el problema que presenta el menor para contar con el apoyo del mismo y de esta forma poder mejorar el rendimiento académico, social y familiar así mismo se podría recomendar a dicha institución el implementar un plan de acción escolar para abordar apropiadamente a los alumnos con problemáticas similares.

Es importante involucrar a todos los integrantes de la familia y darles a conocer la importancia del establecimiento de límites claros, así como poder trasladarles las técnicas para ejecutar los límites que se establezcan por la progenitora del menor y así no confundirlo con las instrucciones que le brindan los demás integrantes de la familia, formando una red de apoyo estable y fortalecida para ejecutar las técnicas aprendidas durante la terapia.

Referencias

- Armas, M. (2007). *Prevención e Intervención ante problemas de conducta*. Primera edición. España. Graficas Muriel, S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM (5)* (5ª. Ed.) Arlington, V.A.
- Bello, G. (2011). *Padres con sentido Común*. Primera edición. Estados Unidos de América. Editorial Palibrio.
- Behrman, R., Kliegman, R., Jenson, H. (2006). *Tratado de pediatra*. 17ª edición. España. An Elsevier.
- Berger, K. (2006). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Séptima edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Blesedell, E., Cohn, E., Boyt, B. (2005). *Terapia Ocupacional*. Décima edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Ehrenberg, M., Ehrenberg, O. (2004). *Como desarrollar una máxima capacidad cerebral*. Novena edición. España. Editorial Edaf, S.A.
- Esperon, C., Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Primera edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Fernández, A. (2004). *Investigación y técnicas de mercado*. Segunda edición. España. Editorial Esic.

- Friedberg, R., McClure, J. (2002). *Práctica clínica de terapia cognoscitiva con niños y adolescentes*. Primera edición. España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Gerri, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. Decimoséptima edición. México. Pearson Educación.
- Halgin, R., Krauss, S. (2004) *Psicología de la normalidad*. Cuarta edición. México. Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, N., Cruz, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud*. Primera edición. Amertonwn Internacional, S.A.
- Ibañez, P., Mudarra, J. (2014). *Diagnostico e Intervención Psicopedagógica*. Primera edición. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Morris, Charles., Maiston, Albert. (2009). *Psicología. Decimotercera Edición*. México. Pearson Educación de México, S.A.
- Papalia, D., Martorell, G., Duskin, R. (2012). *Desarrollo Humano*. Undécima Edición. México. Editorial Mc Graw Hill.
- Pérez, A. (2003). *Aprenda a interpretar dibujos*. Primera edición. Buenos Aires. Grupo imaginador de ediciones, S.A.
- Schaffer, H. (2000). *Desarrollo Social*. Primera edición. México. Siglo XXI editores, S.A.
- Sperling, A. (2004). *Psicología Simplificada*. Trigésimo octava impresión. México. Editorial Selector
- Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa*. Primera edición. Colombia. Universidad de Antioquia.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno negativista desafiante*. Primera edición. México. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Zabalegui, L. (1990). *La medida de personalidad por cuestionarios*. Primera edición. España. Igraficas, S.A.

Anexo No. 1

Tabla de variable

Nombre Completo: Leili Selene Vásquez Sandoval

Título: Estudio de caso: Paciente de 8 Años con Trastorno Negativista Desafiante y su Relación con Patrón de Crianza Permisivo, atendido en el centro de Asistencia Social (CAS)

Problemática	Variable de estudio (Tema a investigar)	Indicadores de la variable (subtemas de la variable de estudio)	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
La madre del menor así como la cuidadora principal que es la abuela no ejercen ningún tipo de autoridad, permiten muchas malas conductas del menor y no establecen reglas que se ejecuten	Trastorno Negativista Desafiante y patrón de crianza permisivo	patrón de crianza	¿Si existe relación entre el patrón de crianza permisivo y el trastorno Negativista desafiante en un niño de 8 años ?	Establecer el impacto que genera un patrón de crianza permisivo en el desarrollo del trastorno negativista desafiante en un niño de ocho años.	Identificar el patrón de crianza que los padres del menor ejercen
En el colegio constantemente le mandan nota a la mamá del menor indicando que molesta a sus compañeros o que no sigue instrucciones, en casa la abuela constantemente se queja con la mamá del menor de que el menor molesta mucho y no le obedece , adicionalmente el menor cuando no lo complacen con algo que él quiere presenta irritabilidad y agresividad		problemas de conducta			Determinar los problemas de conducta que el menor está presentando
El menor presenta mala conducta tanto en el colegio como en la casa		desempeño escolar y familiar			Analizar en qué área el menor presenta agresividad, irritabilidad, desafío y negatividad
Durante el proceso terapéutico se utilizó la terapia cognitiva conductual para mejorar las conductas conflictivas que el menor presentaba y se brindó Psicoeducación a la madre del menor y al paciente para establecer la importancia del establecimiento de límites.		Establecimiento de Límites			Mejorar la funcionalidad del paciente e implementar técnicas para el establecimiento de límites.

Fuente: elaboración propia, (2018).