



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN LOS NIÑOS COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 4 A 8 AÑOS QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO EN EL PERIODO DE ENERO – JULIO DE 2011”

Requisito previo para optar el título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Segovia Sandoval, Consuelo del Roció

TUTORA: Psc. Cl. León Burbano, Verónica Gabriela

AMBATO - ECUADOR

Enero, 2012

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi Calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema “La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011”, de la estudiante Segovia Sandoval Consuelo del Rocío, egresada de la carrera de Psicología Clínica, considero que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para someterlos a la evaluación del jurado examinador designado por el honorable Consejo Directivo de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Enero del 2012

.....  
Psc Cl. Verónica León

Tutora

## **AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: sobre el tema“La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero – Julio de 2011”como también los contenidos ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2012

.....  
Egda. Segovia Consuelo

Autora

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor,

Ambato, Enero del 2012

.....  
Egda. Segovia Consuelo

Autora

## **APROBACIÓN DEL JURADO CALIFICADOR**

Los miembros del tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación sobre el tema: “La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011”, de la estudiante Segovia Sandoval Consuelo del Rocío, egresada de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Enero del 2012

Para constancia firman

.....

Psc. Flavio Bonilla

.....

Psc. Washington Rojas

.....

Psc. Ismael Gaibor

## **DEDICATORIA**

Dedicado a todos mis maestros que me guiaron, a la institución donde me forme, amigos y familiares que me colaboraron para la culminación de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios a la Institución que me abrió las puertas para colaborar de alguna manera con el trabajo que vienen desempeñando diariamente a favor de los niños y sus familias.

A mi madre, hermanas, tíos, primos y amigos que me dieron el apoyo y cariño necesario.

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### A. PAGINAS PRELIMINARES

	<b>Págs.</b>
Portada	I
Aprobación del Tutor	II
Autoría del Trabajo de Grado	III
Derechos de Autor	IV
Aprobación de Jurado Calificador	V
Dedicatoria	VI
Agradecimientos	VII
Índice General de Contenidos	VIII
Índice de Cuadros y Gráficos	XII
Resumen	XVI
Abstract	XVII

### B. TEXTO

Introducción	1
--------------	---



## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Análisis Crítico	11
1.2.3 Prognosis	12
1.2.4 Formulación del Problema	12
1.2.5 Preguntas y Directrices	13
1.2.6 Delimitación del Objeto de Investigación	13
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo General	16
1.4.2 Objetivos Específicos	16

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO E HIPOTESIS**

2.1 Antecedentes Investigativos	17
2.2 Fundamentación Filosófica	19
2.3 Fundamentación Psicológica	20
2.4 Categorías Fundamentales	22

2.4.1 Sociedad	23
2.4.2 Familia	24
2.4.3 Sistema Familiar	27
2.4.4 Disfunción Familiar	36
2.4.5 Psicología Clínica	41
2.4.6 Psicopatología de la Infancia	42
2.4.7 Trastorno de Conducta	44
2.4.8 Trastorno Negativista Desafiante	47
2.5 Formulación de Hipótesis	56
2.6 Señalamiento de Variables	57

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Enfoque Investigativo	58
3.2 Modalidad de la Investigación	58
3.3 Nivel o Tipo de Investigación	60
3.4 Población y Muestra	60
3.5 Operacionalización de Variables	61
3.6 Plan de Recolección de Información	66
3.7 Plan de Procesamiento de la Información	67

## **CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados	68
4.2 Verificación de Hipótesis	86

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones	88
5.2 Recomendaciones	89

## **CAPITULO VI: PROPUESTA**

	91
6.1 Datos Informativos	
6.2 Antecedentes de la Propuesta	92
6.3 Justificación	94
6.4 Objetivos	
6.4.1 Objetivo General	95
6.4.2 Objetivos Específicos	95
6.5 Fundamentación Científico – Técnica	96
6.5.1 Introducción	96

6.5.2 Modelo Terapéutico Sistémico	97
6.5.3 Técnicas Terapéuticas Sistémicas	98
6.5.3.1 Acercamiento	99
6.5.3.2 Mapa de Estructura Familiar	101
6.5.3.3 Construcción de un Familiograma	102
6.5.4 Técnicas de Intervención	102
6.5.4.1 Técnicas de Diagnóstico	103
6.5.4.2 Técnicas de Reestructuración	104
6.5.4.3 Técnicas de Apoyo	105
6.5.5 La Comunicación en la Intervención Sistémica	106
6.5.5.1 Bases Psicolingüísticas para la Intervención	107
6.5.6 Técnicas Alternativas	111
6.5.6.1 Psicodrama	111
6.5.6.2 Role Playing	112
6.6 Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual	112
6.6.1 Técnicas Terapéuticas Cognitivo Conductuales	113
6.6.1.1 Fases de un programa de Modificación Conductual	113
6.6.1.2 Características de la Conducta a Registrar	113
6.6.1.3 Estrategias para Registrar la Conducta	114
6.6.2 Técnicas de Intervención para Reducir o Extinguir Conductas Inadecuadas	114
6.6.2.1 Economía de Fichas	114
6.6.2.2 Tiempo Fuera	117

6.6.3 Técnicas Alternativas para facilitar la Descarga de Energía Emocional	120
6.6.3.1 Rayado	120
6.6.3.2 Punteado	121
6.6.3.3 Recortado de papel	121
6.6.3.4 Lanzado	121
6.6.4 Técnicas para Incrementar Conductas Deseables	122
6.5.4.1 Reforzamiento Positivo	122
6.6.5 Técnicas Alternativas para Facilitar la Aparición de Conductas Nuevas	123
6.6.5.1 El Modelado	123
6.6.5.2 El Moldeamiento de Construcción de Conductas	124
6.7 Metodología o Plan de Acción	126
6.8 Marco Administrativo	133
6.9 Previsión de la Evaluación	135
 <b>C. MATERIALES DE REFERENCIA</b>	
Bibliografía	137
Anexos	140

## ÍNDICE: TABLAS - GRÁFICOS

	<b>Págs.</b>
Cuadro 1. Datos de los Tipos de Familia	68
Grafico 1 Datos de los Tipos de Familias	69
Cuadro 2. Distribución de las Familias según el Funcionamiento Familiar	70
Grafico 2 Distribución de las Familias según el Funcionamiento Familiar	71
Cuadro 3 Datos de las Áreas de Conflicto	72
Grafico 3 Datos de las Áreas de Conflicto	72
Cuadro 4 Ítem 1 A menudo el niño incurre en rabietas	74
Grafico 4 Ítem 1 A menudo el niño incurre en rabietas	75
Cuadro 5 Ítem 2 A menudo observa que el niño discute con los adultos	75
Grafico 5 Ítem 2 A menudo observa que el niño discute con los adultos	76
Cuadro 6 Ítem 3 A menudo el niño desafía activamente a los adultos	76
Grafico 6 Ítem 3 A menudo el niño desafía activamente a los adultos	77
Cuadro 7 Ítem 4 A menudo el niño molesta deliberadamente con otras personas .	77
Grafico 7 Ítem 4 A menudo el niño molesta deliberadamente con otras personas.	78
Cuadro 8 Ítem 5 A menudo observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.	78

Grafico 8 Ítem 5 A menudo observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.	79
Cuadro 9 Ítem 6 A menudo observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros.	79
Grafico 9 Ítem 6 A menudo observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros.	80
Cuadro 10 Ítem 7 A menudo el niño es colérico y resentido.	80
Grafico 10 Ítem 7 A menudo el niño es colérico y resentido.	81
Cuadro 11 Ítem 8 A menudo observa que el niño es rencoroso o vengativo	81
Grafico 11 Ítem 8 A menudo observa que el niño es rencoroso o vengativo	82
Cuadro 12 Ítem 9 A menudo reniega y utiliza un lenguaje obsceno	82
Grafico 12 Ítem 9 A menudo reniega y utiliza un lenguaje obsceno	83
Cuadro 13 Resultado Final de los Datos de la Sintomatología Psíquica	83
Grafico13 Resultado Final de los Datos de la Sintomatología Psíquica	84

TEMA: LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN LOS NIÑOS COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 4 A 8 AÑOS QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO EN EL PERIODO DE ENERO - JULIO DE 2011.

Autora: Consuelo Segovia  
Tutora: Psc. Cl. Verónica León  
Fecha: Enero del 2012

## **RESUMEN**

Este estudio investigativo tiene como objetivo relacionar sistemáticamente la disfunción familiar con en el trastorno negativista desafiante en los niños que acudieron al área de psicología clínica de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

El grupo de muestra que forma parte de la investigación son 30 niños que pertenecen a hogares disfuncionales y que acudieron al área de psicología clínica. La información obtenida de la disfunción familiar se la recolecto a través de la Historia Clínica y el test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y para el Trastorno Negativista Desafiante guías de observación SD y el test según los Criterios Diagnósticos de DSM VI -TR y CIE – 10.

La presente tesis comprueba que la disfunción familiar si incide en la presencia de la sintomatología del trastorno negativista desafiante según los respaldan los porcentajes obtenidos en la aplicación de los instrumentos tanto a las familias como a los niños.

La técnica utilizada para esta investigación es la Terapia Sistémica que mejora las relaciones en el ambiente familiar y la distinción de los roles paterno y materno, además se aplica un enfoque cognitivo conductual que permite la modificación de la conducta de los niños de 4 a 8 años de edad a su entorno familiar y social.

**PALABRAS CLAVES:** DISFUNCIÓN FAMILIAR, TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, SÍNTOMA.



TEMA: LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN LOS NIÑOS COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 4 A 8 AÑOS QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO EN EL PERIODO DE ENERO - JULIO DE 2011.

Autora: Consuelo Segovia  
Tutora: Psc. Cl. Verónica León  
Fecha: Enero del 2012

### **ABSTRACT**

This research aims to systematically linking family dysfunction in oppositional defiant disorder in children who attended the clinical psychology area of Special Children of de San Miguel de Salcedo Foundation.

The sample group is part of the investigation are 30 children belonging to broken homes and who came to the area of clinical psychology. Information obtained from family dysfunction is through clinical history and the test of Family Functioning (FF-SIL) and Oppositional Defiant Disorder SD observation guides and test according to the Diagnostic Criteria from DSM VI-TR and ICD - 10.

This thesis finds that family dysfunction if it affects the presence of symptoms of oppositional defiant disorder according to the percentages obtained support in the implementation of instruments to families and children.

The technique used for this research is the Systemic Therapy to improve relationships in the family and the distinction between paternal and maternal roles also applies cognitive behavioral approach that enables the modification of behavior from children 4 to 8 years age to their family and social environment.

**KEY WORDS:** FAMILY DYSFUNCTION, OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER, SYMPTOM.

## INTRODUCCIÓN

La disfunción familiar es una dificultad a nivel mundial, debido a los cambios sociales, realidad actual que existe en nuestro país; la disfunción familiar se ha convertido en un comportamiento disfuncional, debido a que la familia disfuncional tienen síntomas comunes y pautas de comportamiento como resultado de sus experiencias dentro de la estructura familiar, la misma que es frecuente, no se trata de una disposición normal pasajera es una dificultad que modifican la estructura y dinámica familiar.

La disfunción familiar como cualquier factor de estrés importante, como el horario de trabajo, la reubicación, el desempleo, entre otros factores puede causar que los conflictos existentes afecten a los niños y presenten la sintomatología del trastorno negativista desafiantes; los problemas tienden a ser crónicos, los niños no siempre obtienen sus necesidades básicas de afecto, comunicación, socialización, cuidado, y estatus familiar. Los periodos de aparición de este trastorno es más frecuente en etapas escolares esta sintomatología provoca malestar a las personas que rodean al niño; consecutivamente tienen dificultades de relación con los compañeros, amigos, maestros y familiares cercanos; creándose una carga muy pesada para el niño y su familia.

Dado que las alteraciones emocionales de los padres, son capaces de afectar al niño en su desarrollo evolutivo; pueden tener un efecto en los infantes que crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal.

Sin embargo, la temática de la familia disfuncional mantiene poco reconocimiento en la ciudad de Salcedo dado que cualquier intervención puede ser vista como una violación de la santidad del matrimonio y un aumento en la

probabilidad de divorcio Se espera que los niños obedezcan a sus padres, e hicieran frente a la situación solos.

Llevar un tratamiento depende desarrollar destrezas mentales positivas que faciliten la aceptación de su condición, para lo cual se informó a los pacientes y sus familias; sobre la aplicación de la terapia Sistémica como del enfoque cognitivo conductual que permitirá la modificación de conducta del niño a su entorno que coadyuvará en el desenvolvimiento de la vida diaria.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Tema

La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el período de Enero - Julio de 2011.

### 1.2 Planteamiento del Problema

#### 1.2.1 Contextualización

##### Macro

Según los datos extraídos de la “Organización Mundial de la Salud OMS” (2007), en el artículo *Modelos de salud familiar, atención primaria de salud, procesos sociales y psicológicos*, indican que existen diferentes significados de salud de la familia “proponen que uno de los fines principales de cada país es mejorar el nivel de salud de la población haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud”, debido a que la familia ocupa un lugar importante en el campo de investigación, particularmente por la vinculación entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad.

En Estados Unidos, “Kansas State University” (2007), en una conferencia *Disfunción familiar*, señalaron disfunción familiar puede ser cualquier condición que interfiera con el funcionamiento de una familia sana”, indican que la mayor parte de familias tienen algunos períodos de tiempo donde el funcionamiento es perjudicado por circunstancias agotadoras”. Así también que “las Familias sanas tienden a volver al funcionamiento normal después de que la crisis pasa. Concluyen que “en las familias disfuncionales, los problemas tienden a ser crónicos y los niños coherentemente no consiguen sus necesidades encontradas”. Recalcando que la existencia del modelo negativo de comportamiento paternal rígido o confuso, tiende a ser dominante en sus vidas.

Al definir una familia sana plantean el razonamiento de que no son perfectas; porque pueden “existir gritos, discusiones, malentendidos, tensión, dolor, y la cólera pero no todo el tiempo”. Indican por otro lado “las familias sanas permiten la expresión emocional y esta es aceptada”. Así los miembros de la familia libremente pueden preguntar para prestar atención? Las reglas “tienden a ser explícitas y permanecer constantes, pero con flexibilidad para adaptarse a necesidades individuales y situaciones particulares. Las familias sanas toman la individualidad en cuenta; animan a cada miembro a perseguir sus propios intereses”.

En el “Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU” (2010), la *Misión del Proyecto Catalizador MACMH familia*, señalan que se proporciona a las familias, la formación, de tutoría y apoyo para formar un cuerpo de líderes de los padres capaces de mejorar la capacidad del sistema familiar para satisfacer mejor las necesidades de los niños con trastornos de salud mental. Indican “la intensidad y la vida larga, la duración de la participación de los padres con las necesidades de los niños los hace los catalizadores naturales para iniciar, planificar, organizar y dar seguimiento a los cambios necesarios en el sistema estatal de atención”. Señala que que “entre 6 y 16% de varones y 2 a 9 % de las niñas que tienen menos de 18 años sufren un tipo de trastorno de conducta con síntomas que varían de leves a graves.

Normalmente estos niños sobresalen por un comportamiento disruptivo característico, repetitivo y persistente”. Los trastornos de conducta más relevantes son el trastorno de conducta seguido del trastorno de conducta negativista desafiante.

## **Meso**

Según la información de BOLAGAY, O. (2002), de las experiencias que tuvo como Psicólogo Clínico en el Hospital Baca Ortiz; en su libro *Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil*, indica “el trastorno negativista desafiante, es más frecuente en niños, que en niñas, se diagnostica a partir de los cuatro años de edad hasta los ocho años”. Señala que la mayoría de estos casos aparecen “en la etapa de socialización enfocado así el ingreso al jardín de infantes en los primeros años de educación básica”.

Manifiesta que para que sea una alteración, Bolagay considera en base a estudios y la experiencia clínica se toma en cuenta “la constancia, la duración por un periodo de varios meses, mínimo cuatro”, es importante observar “la manera de comportarse: si es persistente, si sobresale el ser negativista; hostil, desafiante, provocador, fuera de los límites de la conducta normal en relación con otros niños de su misma edad y similar medio social y cultural”. (Ibíd.)

En la “Fundación de Amigos Beneficiarios de Enfermos Incurables ABEI” ubicada en Quito, la Psicorehabilitadora Ocupacional VELA, R. (2011), comenta que la institución se inició en (1991), desde entonces presta servicios a niños/as de escasos recursos económicos como también a los que poseen necesidades especiales; indica que semanalmente se atiende de cuatro a cinco casos de infantes con problemas conductuales en las etapas escolares, los mismos que en mínimo porcentaje asisten a consulta acompañados de sus padres, y una gran mayoría los acompañan abuelos o tíos que hacen de tutores a cargo. (Cfr. Entrevista N°1, en Anexos N° 5, pág.146)

En la escuela “Nuestra Señora del Rosario”, ubicada en Quito, el pedagogo FREIRE, W. (2011), manifiesta que los datos encontrados en este centro educativo particular muestran a estudiantes con dificultades conductuales; en sus primeros años de etapa escolar, los mismos que no aceptan las normas de los maestros, acusan a otros de sus errores, acosan a sus compañeros; por otra parte se ha procurado hacer un seguimiento pedagógico de ciertos casos detectados con problemáticas de trastornos negativistas desafiantes que afectan a las familias.

Freire, menciona que la problemática familiar que atraviesan es crítica, cuando este grupo de infantes se ve afectado por estos trastornos, influye en su rendimiento escolar, en la asistencia a clases (incrementó faltas, atrasos), como también, en la conducta de los mismos; actúan de manera desafiante, muestran rebeldía, gritos, resentimientos ocasionando riñas y confrontaciones.

Indica además que en la institución no existe atención psicológica, debido a faltas presupuestarias de la misma; de manera que le corresponde al docente asumir el seguimiento de estos casos; los casos que no se pueden tratar son remitidos a algún centro de orientación previa autorización de los tutores y/o de la señora directora del plantel.

Freire manifiesta que la escuela tiene un total de estudiantes de 836, de los cuales se puede ubicar, un 30% de casos detectados con dificultades conductuales; a nivel Psico - pedagógico se procura dar charlas mensuales que se programan comúnmente para dar información por medio de escuela para padres, charlas de motivación y animación, enfocadas a una mejora en la calidad de vida; de estas se ha obtenido pocos logros por la falta de asistencia de los padres en las reuniones programadas como por la asistencia de tíos o abuelos. (Cfr. Entrevista N° 2, en Anexos N° 5, pág. 146)

Según CAMACHO Z. Y JÁCOME V. (2008), en su libro *Mapeo de las Comisarías de la Mujer y la Familia en el Ecuador*, indica que “en el Ecuador la primera etapa de atención fue en Guayaquil, la cual abrió sus puertas en abril de 1994

y en el lapso de un año, empezaron a atender las comisarías de la Mujer y la Familia (CMF) en las ciudades de Quito, Cuenca, Portoviejo, Esmeraldas y *Ambato*”.

Después de un largo proceso se dio “la aprobación y publicación de la *Ley contra la violencia a la mujer y a la familia* dado en diciembre de 1995. Con base legal, el reglamento de funcionamiento de las CMF; definió de la siguiente manera los objetivos:

- Garantizar a las mujeres, niñas y niños y todas las personas que componen el núcleo familiar, el acceso a la justicia. Conocer y registrar los hechos.
- Coordinar con otras instituciones estatales y de la sociedad civil para garantizar una atención integral.
- Tomar medidas adecuadas para la notificación de prácticas jurídicas o consuetudinarias de violencia. (Corporación Utopía, 2000: 44-45)”.

“El acceso a la justicia de las mujeres que acuden a las CMF es deficiente, pues apenas el 11% de las denuncias concluyen con una resolución o sentencia, sólo el 8% acaban en sentencias condenatorias, y únicamente en el 2% se ordenaron indemnizaciones o reposición de bienes a las afectadas”.

Así la mayor parte de “las comisarías sólo emiten boletas de auxilio ante una nueva agresión; pero no se ordenan de forma inmediata otras medidas como la salida del agresor y la reintegración de la mujer en su hogar”. Se ha observado algo preocupante, la participación de la institución frente a la familia en su contexto es limitada, “el no poder cubrir en 100% las necesidades de apoyo psicológico” a los niños y a todos los miembros de la familia que son afectados a nivel emocional y conductual; debido a la falta de continuidad de las familias de asistir al proceso de atención, cuando se les solicita asistir y dar paso a un seguimiento. (Ibíd.)



En el “Centro de Adolescentes Infractores de Ambato”, el psicólogo de la institución FREIRE, R. (2011), menciona que la institución se encuentra laborando alrededor de unos 35 años, la misma que cuenta con un trabajo de equipo técnico, conformado por la Trabajadora Social, el Psicólogo Clínico y convenios Psiquiátricos, Servicio de Policía y Párroco. Indica que la función de la Institución es la rehabilitación de los jóvenes desde los 14 hasta los 17 años, la misión de este proceso es lograr reinsertarlos a la sociedad.

El ingreso de los jóvenes es a través de la autoridad competente, llegan con una orden judicial de los juzgados de la niñez y adolescencia de toda la zona central por haber cometido alguna infracción como robo, violación, asesinato. Se trabaja con los internos durante todo el tiempo que permanecen en la centro, el índice de reincidencia es muy bajo; en la mayoría de los casos de los adolescentes provienen de familias disfuncionales e incompletas, desorganizadas sin un referente de autoridad clara. Del 100 % de los internos el 25 % si sobrellevaron este tipo de trastorno en su infancia. (Cfr. Entrevista N°3, en Anexos N° 5, pág.146)

## **Micro**

En los centros de salud de Cotopaxi de Latacunga y Salcedo. Se constató mediante visitas y entrevistas al personal de información, que no hay atención psicológica permanente debido a la falta presupuestaria del estado de designar por un plazo amplio de contratos de psicólogos para que cubran necesidades de las familias y sus hijos. La única entidad pública que cuenta con servicio psicológico es la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi.

En la dirección Provincial de Salud de Cotopaxi el Psicólogo Clínico CORRALES, G. (2011), manifiesta que el programa de la unidad móvil se inició en el 2006, con un equipo de profesionales de las áreas de medicina, enfermería, odontología y psicología. Quienes prestan una atención integral en las Comunidades

y Barrios de Provincia; indica que el trabajo del psicólogo en la promoción de Salud Mental ha ganado espacio en el área rural al proporcionar atención psicológica a los niños que presentan altos índices de dificultades conductuales producto de la presencia de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y conflictos de pareja.

Señala además Corrales que se atiende 130 casos mensuales en las comunidades aproximadamente, en donde el motivo de consulta son los problemas conductuales seguidos de dificultades en el aprendizaje en los niños como la problemática familiar de los mismos. Se proporciona una atención inmediata a nivel psicológico como también se trasfiere a las unidades más cercanas para su tratamiento, los seguimientos se dan de una a dos veces en el mes mediante visitas domiciliarias o charlas programadas; si los casos son de maltrato infantil.

Una parte de los casos de las instituciones educativas son atendidos en la Dirección Provincial de Cotopaxi en consulta externa; actualmente se atiende a niños de primero, segundo y tercero de básica de la escuela “*Manuel Salcedo*”; quienes presentan agresividad con sus compañeros acompañados de conductas desafiantes frente a maestros y compañeros de aula. (Cfr. Entrevista N°4, en Anexos N° 5, pág.146)

La coordinadora de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo, NARANJO, B. (2011), manifiesta que la institución es autosustentable no fue creada con fines de lucro, si no de ayuda social para personas con capacidades diferentes; además a niños (as) y a las familias con diversos tipos de dificultades del cantón y fuera de él; brinda atención a través de sus áreas de servicio, de Psicología Clínica, Neurología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Lenguaje, Hipo terapia y Psicorehabilitación.

El centro fue creado el 3 de julio del 2003, propiciando la participación activa de estas personas en la sociedad. Desde su naturaleza y misión (legalmente registrada en

el Ministerio de Bienestar Social, hoy MIES), la fundación se evidencia claramente comprometida con el segmento de la población que constituyen los sujetos de estudio de esta investigación. (Cfr. Entrevista N°5, en Anexos N° 5, pág.146)

En la institución citada se han presentado diferentes casos, entre estos tenemos la disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños que son el grupo más vulnerable.

La psicóloga clínica, de la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo, AGUILAR, M. (2011), comenta que los casos existentes en consulta, son de niños con capacidades diferentes, que corresponden al 50% de niños con parálisis cerebral, Síndrome de Down y Retardo Mental, así también el 50% de niños que presentan dificultades conductuales, trastorno negativistas desafiantes, problemas escolares y otros desajustes emocionales señala que la mayoría de los conflictos se originan en las familias, en donde se ha observado que los padres no están cumpliendo su rol adecuadamente.

Añadió que la existencia de la disfunción familiar está afectando a las relaciones en la familia, así como en el rendimiento escolar; esto como producto de la presencia de una conducta inadecuada como es el Trastorno Negativista Desafiante, que son las principales causas de consulta entre otros casos son los problemas de aprendizaje, enuresis e hiperactividad.

Menciona además que el promedio de pacientes con problemas de comportamientos es alto y no se alcanza a dar una atención integral; se evidencia un pedido de auxilio de los infantes y de los padres; “una de las falencias es el espacio y la atención que los padres deberían dar a los hijos”, precisó Aguilar. (Cfr. Entrevista N°6, en Anexos N° 5, pág.146)

### **1.2.2 Análisis Crítico**

A pesar que se le atribuye una permanente crisis a la familia cuando pasa de ser una estructura funcional a disfuncional, está sigue siendo un núcleo fuerte, y bien consolidado para abordar el trabajo que le corresponde: la crianza, educación y formación de los hijos.

El mundo moderno actual es un lugar que ofrece muchas ventajas y desventajas; también muchos retos. Uno de ellos es el de cómo abordar la función de los padres en esta sociedad tan compleja y cambiante.

La familia se torna imprecisa en su comportamiento a nivel familiar como social, varias generaciones han trascendido experimentando cambios que afectan en la estructura, las familias disfuncionales han promovido los conflictos que crecen a medida que las comunicaciones cesan; por diversos factores dado que van asumiendo comunicaciones de tipo autoritario, rígido y tradicional; en nuestro medio no cumplen adecuadamente las funciones, afectando a todo el sistema familiar, se observa que no desempeñan los roles, las reglas no son claras, creando secuelas en cada uno los miembros; con dificultades para adaptarse a los cambios, no se da paso a negociaciones, existe una falta de expresión de los sentimientos. Dando paso a que sus hijos los desafíen y no cumplan sus pedidos mediante la desobediencia, los berrinches, las rabietas injustificadas; síntomas del trastorno negativista desafiante; permanecer en este sistema dará paso a presentar otros tipos de trastornos en la infancia si este no es tratado a tiempo.

Siendo una necesidad urgente necesita una estabilidad, es necesario trabajar en el aspecto psicológico de cada miembro, trabajando las áreas conflictivas con el objetivo de promover un cambio positivo en el ambiente familiar.

### **1.2.3 Prognosis**

En la actualidad es inevitable observar en el medio como los niños tienen problemas de trastorno negativista desafiante, provenientes de familias disfuncionales; por lo que es necesario buscar y desarrollar mecanismos de prevención, diagnóstico y tratamiento en el área de psicología clínica; para que exista un adecuado comportamiento es necesario brindar información y pautas a los padres, enfocado a realizar compromisos entre los padres e hijos en pos de mejorar el ambiente y restaurar la armonía perdida.

Si los padres no aceptan el problema de los niños en etapas iniciales, se promoverá un desajuste en el comportamiento de los hijos como de los demás miembros de la familia; en donde se perderá el respeto y los valores. Se observará episodios de ira, resistencia a la autoridad, berrinches, las rabietas injustificadas posteriormente se desarrollaran trastornos disociales. Es por ello que se debe tomar medidas a tiempo para orientar terapéuticamente a este grupo de muestra.

Sin descartar que en la edad adulta existirán proyecciones a nivel de la formación de la pareja, pues tendrán los mismos desfases siendo confusos los roles de nuevos padres, al no haber recibido un ejemplo adecuado del comportamiento paternal como maternal; lo que podrá crear una cadena “malos padres, malos hijos y viceversa”; así también se verá inmerso en el área laboral dada la dificultad de desempeñarse con un adecuado comportamiento ante las relaciones sociales.

### **1.2.4 Formulación del Problema**

¿La Disfunción familiar incide en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011?

### **Variable Independiente**

La Disfunción familiar.

### **Variable Dependiente**

El Trastorno Negativista Desafiante.

#### **1.2.5 Preguntas y Directrices**

1. ¿Incide la disfunción familiar en la aparición del trastorno negativista desafiante?
2. ¿Existe disfunción familiar en los hogares de los niños que presentan trastorno negativista desafiante?
3. ¿Qué tipo de sintomatología conductual son los más frecuentes en el trastorno negativista desafiante?
4. ¿Existen algunos mecanismos de intervención frente al problema planteado?

#### **1.2.6 Delimitación del Objetivo de Investigación**

- **Delimitación del contenido**

**Campo:** Salud Mental

**Área:** Psicológica de la estructura familiar

**Aspecto:** Sintomatología del trastorno negativista desafiante.

- **Delimitación Espacial**

La investigación se realizará en la provincia de Cotopaxi, Cantón Salcedo, Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

- **Delimitación Temporal**

Se realizara de Enero a Julio 2011.

## **1.2 Justificación**

El interés de la presente investigación surge a partir de mis prácticas pre profesionales en cuanto observe a familias disfuncionales con niños que, estaban atravesando trastornos de conducta negativista desafiante; se considera un problema de carácter complejo e importante la disfunción familiar como las conductas inadecuadas del niño impiden el desenvolvimiento en el medio que le rodea, la alteración en los subsistemas familiares conlleva a ser uno de los determinantes del Trastorno Negativista Desafiante el mismo que se caracteriza por tener un patrón de conducta de rechazo a la autoridad, desobediente y provocador. Los casos psicológicos, son de niños con capacidades diferentes, que corresponden al 50%; el otro 50% son niños que presentan dificultades conductuales, escolares y emocionales.

La fundación cuenta con doce profesionales en las diferentes áreas de servicio, entre estos existe psicólogo infantil para casos de niños especiales y una psicóloga clínica; por el creciente número de pacientes, no es posible brindar una atención completa al grupo familiar no cumpliendo las expectativas de tratamiento adecuado.

El valor de este estudio está centrado en dar a conocer resultados a la institución y al grupo de estudio para proveer información y con el propósito aplicar terapias dirigidos a la familia y al niño, mediante orientaciones terapéuticas sistémicas a la familia como del enfoque cognitivo conductual que permitirá la modificación de conducta del niño; por otra parte la Fundación continuará con la labor de ayuda social y se facilitara la información adecuada que promuevan la participación activa de la familia, mediante la cooperación de los mismos.

Por lo tanto la presente investigación es original dentro de su contexto y cuenta con la predisposición del tiempo de la autora.



## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

- Relacionar sistemáticamente la disfunción familiar con en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011.

### **1.2.2 Objetivo Especifico**

- Detectar la disfunción familiar existente en los hogares de los niños sometidos en esta investigación.
- Identificar la sintomatología que presenta el trastorno negativista desafiante.
- Elaborar una propuesta psicoterapéutica que proponga una solución a los problemas citados.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes Investigativos

Si hacemos un análisis retrospectivo de las diferentes sociedades existentes, podemos apreciar que las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época. El niño desde su nacimiento necesita y anhela el apoyo familiar. No siempre la familia es fuente de apoyo, a menudo la vivencia de problemas familiares genera el apareamiento trastornos conductuales.

A nivel mundial se evidencian datos de relevancia acerca de la disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante:

En Estados Unidos “North Carolina State University” (2007), en una conferencia *familias disfuncionales*, indican que todas “las familias cambian en el tiempo, las familias desequilibradas permanecen disfuncionales a no ser que ellos reconozcan la fuente de perturbación”. Señalan que una familia es disfuncional “al grado de que no proporciona un entorno sano para sus miembros”. Tales familias tienen el sistema rígido de reglas, a menudo tácitas, que no es provechoso a la salud de sus miembros. Señalan que en las “familias disfuncionales norteamericanas con niños y niñas entre 8 y 11 años de edad”; fue identificado el papel de las estrategias de afrontamiento protectoras a los conflictos parentales en la aparición de problemas de salud, las

estrategias de evitación eleva la vulnerabilidad a los problemas de salud ante la presencia de conflictos parentales.

Por otra parte CÁMARA, P. (2008), en su investigación *Evaluación del Trastorno negativista desafiante en la atención primaria*, indican que los cambios de carácter de la familia son los más propensos a fomentar el trastorno Negativista Desafiante “frecuentemente antecede al trastorno disocial en la Región de Murcia, el mismo que aparece en los años preescolares”. Señala “que se calcula que de cada 10 niños uno puede presentar trastorno de conducta”.

- “La prevalencia de trastornos de conducta es del 3 - 5% y la de niños (as) con un trastorno oposicionista es del 2 - 4%. La prevalencia se duplica en la adolescencia.
- El trastorno psiquiátrico juvenil es más frecuente, la prevalencia en los niños, es cuatro veces mayor que las niñas”.
- Muchos adolescentes tienen síntomas de trastorno oposicionista “disocial”.

CORREA, M. Y VELÁSQUEZ, J. (2008), en su investigación *Características socio demográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes*, indican “que los niños abandona a la familia y a la institución escolar por la calle, situaciones que surgen como resultado de las guerras, la migración rural, desintegración familiar, maltrato y fracaso escolar”. Se evaluó “a 148 niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de acogida de la ciudad de Medellín Colombia”. De los entrevistados, “el 85.8% presenta alguno de los trastornos mentales evaluados los más frecuentes fueron la dependencia a las drogas con 58.1%, trastorno de conducta, 54%, trastorno negativista desafiante 49.3%; el 51.3% tenía algún riesgo suicida”.

Según NUÑEZ, M. (2010), en su investigación de la *disfunción familiar y su incidencia en la ansiedad en los adolescentes*, indica que “encontró que el 50% de las familias evaluadas presentan disfunción familiar, que se relacionan con el 45% de

los adolescentes que muestran ansiedad en el Instituto Técnico Superior Rumiñahui de la ciudad de Ambato”. Señala “que una de las causas de la ansiedad es el medio donde crecen el grupo social primario denominado familia el mismo que se encuentra en situación de riesgo por el ambiente familiar conflictivo que no fomenta una adecuada comunicación y afectividad”.

Autora (2011), los criterios descritos en estas investigaciones nos señalan la problemática de la de disfunción familiar así como de un alto índice de trastornos de conducta y trastornos de conducta desafiante en otros países; resulta importante detectar y proporcionar un tratamiento, que favorezcan resolver las dificultades en el sistema familiar detectarlos y tratarlos en etapas iniciales proveerá que se maneje un entorno sano favoreciendo a todos los subsistemas de la familia.

## **2.2 Fundamentación Filosófica**

Para la presente investigación se tomará en cuenta el paradigma crítico propositivo; es crítico porque cuestionará la realidad en donde la disfuncionalidad familiar altera los sistemas, los roles y alianzas existentes en la familia siendo estos factores determinantes y mantenedores del Trastorno Negativista Desafiante trastorno no aceptado por las personas que le rodean. Es propositivo porque a su debido momento nosotros propondremos una solución sicoterapéutica que ayude a la resolución del problema identificado y permite que el investigador retome la investigación.

El análisis como los resultados será de tipo cuali - cuantitativo, debido al objeto de estudio y el lugar donde se realizara la investigación, así también de la interacción entre investigadora y los participantes.

### 2.3 Fundamentación Psicológica

Para la Fundamentación Psicológica se tomará en cuenta los fundamentos científicos de la corriente Sistémica Familiar, se apoyara en la teoría de Salvador Minuchin (1967), por su enfoque estructural de la terapia familiar sistémica que estudia al individuo en su contexto social, basándose en la existencia de características organizacionales del sistema y en la posibilidad de transformar esa estructura.

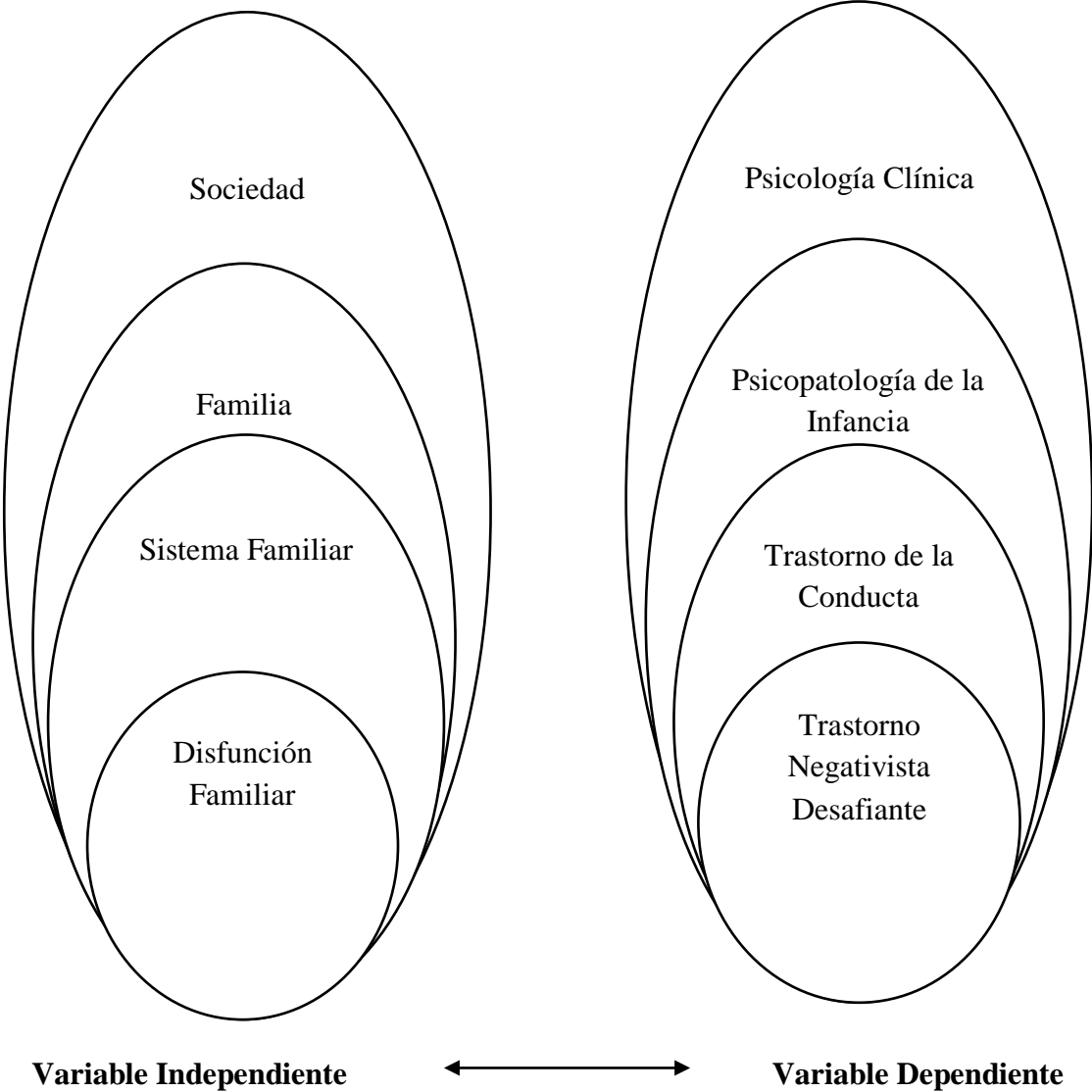
De la Teoría General de los sistemas Von Bertalanffy, (1967), las cuales refieren que “la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros”.

Se centrara sobre todo en los llamados sistemas tríadicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Minuchin y Haley (1969) “Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones”. Las *alianzas* “suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro,” y la *coalición* “supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero”. Señalan que las coaliciones “están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor).” Determinado que “el resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema.” Promueven que las “intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las decisiones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas(a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

Para la propuesta se utilizara la terapia Sistémica para hacer uso de las técnicas de diagnóstico, reestructuración y de apoyo así también la aplicación del enfoque cognitivo conductual; se tomara referencias de autores como Albert Bandura (1990), indica que el uso terapéutico del modelamiento, o aprendizaje por observación, como

en la enseñanza de habilidades y conductas positivas; puede emplearse para facilitar o inhibir la expresión de conducta que los individuos ya pueden realizar. El modelamiento permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación”. La economía de fichas, tiempo fuera, reforzamiento positivo, otras técnicas alternativas descarga de energía emocional, “que ayudaran a predecir, comprender el comportamiento, en pos de la adquisición de destrezas y habilidades, con en el razonamiento y en la adquisición de nuevos conceptos, los niños pueden ser tratados mediante técnicas que alentarán a continuar con un comportamiento adecuado.

**2.4 Categorías Fundamentales**



## **Desarrollo de la Variable Independiente**

### **VI: Disfunción Familiar**

Para comprender este trastorno es necesario categorizar desde el entendimiento de la sociedad.

#### **2.4.1 Sociedad**

Etimológicamente, se entiende que la sociedad viene del término latino “socius”, derivado de una raíz Indoeuropea que significa “seguir” o “acompañar”.

Según COSACOV, E. (2007), en su libro *Diccionario de términos de psicología* define a la sociedad “como la unión intencional, estable y estructurada, de seres humanos que buscan activa y conscientemente la consecución de un bien común”, como menciona la historia.

Mientras que FICHTER, J. (1993), en su escrito *Sociología*, indica que “el hombre es un ser social, está inmerso en la sociedad desde que nace hasta que muere”. Cita varias definiciones de la sociedad para un mejor entendimiento:

- “Reunión permanente de personas, pueblos o naciones que conviven y se relacionan bajo unas leyes comunes.
- Agrupación de individuos con el fin de cumplir las finalidades de la vida mediante la cooperación mutua.
- Es un gran número de seres humanos que obran conjuntamente para satisfacer sus necesidades sociales y que comparten una cultura común.
- Sistema o conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad, estructurada en campos definidos de actuación en los que se regulan los procesos de



pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia, conflicto y otros”.

En tanto que FRITZ, R. (2006), en su ensayo *Tipología de la sociedad*, conceptúa a la sociedad como “la totalidad de individuos que guardan relaciones los unos con los otros”. Así, las personas comparten una serie de rasgos culturales que permite alcanzar la cohesión del grupo, estableciéndose metas y perspectivas comunes. Enfatiza que la “comunicación mediante el lenguaje ha sido la base primordial donde se asientan todas las relaciones sociales”. Hace referencia que con “el correr del tiempo, fueron tornándose más complejas, adoptando mayor número de miembros y estableciendo nuevas relaciones en su interior”.

Autora (2011), dentro de la sociedad la persona se relaciona con otros con el objetivo de cumplir metas que favorezcan satisfacer sus necesidades sociales a través de la misma el hombre puede educarse, trabajar y formar una familia; regida mediante leyes y una comunicación adecuada, lograra a nivel individual la posibilidad de satisfacción de sus necesidades básicas, biológicas y psicoafectivas necesarias para la formación de la persona que seguirá evolucionando por el proceso de socialización con otras personas.

#### **2.4.2 Familia**

La familia es un eje importante, la formación, su estructura, las relaciones entre el entorno; son una influencia trascendental en la evolución Psico - evolutiva del niño, si tomamos desde el punto de la historia en donde la familia como parte de la sociedad es la encargada de ayudar en la sociabilización.

Según MINUCHIN S. (1974), en su obra *Families and family therapy*, define a la familia “como una estructura que constituye un sistema abierto”. Señala que la

familia funciona como una totalidad, “la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros miembros y dependen ellos”.

Mientras que FRIEDEMANN (1995), en su publicación *Una aproximación conceptual a las familias*, conceptúa a la familia como “una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad”.

De acuerdo con GARCÉS PRETTEL (2010), en su investigación *La comunicación familiar*, reconoce el papel importante que tiene “la familia” la define como “un sistema importante para el desarrollo integral de los niños a nivel individual y social”.

A nivel individual indica que “posibilita la satisfacción de sus necesidades básicas tanto biológicas como psicoafectivas”, en lo social, refiere que “moldea las bases de la personalidad, que forma parte de la identidad primaria que sigue evolucionando a medida que entra en un proceso de socialización con otros individuos a partir de contextos socioculturales específicos”. Señala que la contribución que puede hacer la familia a los niños en su proceso de desarrollo, depende de que tan funcional sea su sistema, tanto en su estructura y modos de convivir, como en el tipo de comunicación y vínculos afectivos que establece en las relaciones sociales e íntimas que construye”. (Ibíd.)

Autora (2011), Entendiéndose que la familia es una estructura en donde la conducta está relacionada con los miembros que se ocupan de la formación de los niños, porque comparten un proyecto vital común en el que se genera sentimientos, compromisos se establecen relaciones y son los progenitores los encargados de su formación y de que su medio ambiente sea el adecuado para moldear la conducta como las bases de la personalidad.

### 2.4.2.1 Tipos de la familia

La familia es una institución históricamente cambiante en donde se observa que solo en el último cuarto del siglo se han ido acumulando grandes transformaciones, sociales y culturales que afectado a su configuración.

Según BALAREZO, L. (2003), en su libro *Sicoterapia*, indica los tipos de familia más conocidos en el medio “la misma que ha tenido su evolución histórica patriarcal hasta la familia nuclear o extensa de la actualidad”.

- a) *Familia nuclear*: es aquella que “está conformada por padre madre y los hijos de ese matrimonio”.
- b) *Familia Extendida*: en esta “se integran tres generaciones abuelos, padres e hijos, o puede ocurrir la integración de otros adultos como tíos u otros familiares. En este tipo de familia se observa mayor flexibilidad que en ocasiones es fuente de conflictos.”
- c) *Familias de un solo padre*: “un aspecto es no mirarle como incompleta, sino una familia diferente en la que se puede encontrar algunas características propias de ella”.

“Señala que los hijos mayores incrementen sus responsabilidad, competencia y autonomía”. Indica “que en estos casos para evitar problemas, se delegue la autoridad explícitamente evitando una excesiva participación de los hijos en los requerimientos que escapan de sus propias necesidades y capacidades”.

- d) *Familia mezclada*: constituye “la familia donde existen uno o dos padrastros para los niños; es decir cuando existen hijos de matrimonios o uniones

anteriores de los padres”. La integración de un padrastro “al hogar es una tarea delicada por el grado de aceptación diversa que adoptan los hijos. En ocasiones le mantienen al padrastro en un nivel periférico sin permitirle la integración de un padrastro en un nivel periférico, sin permitirle la integración verdadera al núcleo familiar”.

- e) *Familia fuera de control*: generalmente “se produce por conflictos en la organización jerárquica, en la implementación de funciones ejecutivas en el subsistema parental o en la proximidad de los miembros familiares”.

Autora (2011), los tipos de familia surgen a través del paso del tiempo de las culturas; a nivel mundial las sociedades tienen diferentes estructuras, según el medio social estas pueden desfavorecer o favorecer a los miembros de una estructura familiar por sus nuevas condiciones de vida.

### **2.4.3 Sistema Familiar**

A la familia se la considera un sistema que se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él como mencionan los conceptos estructurales.

Según MINUCHIN, S. (1979), en su obra *Families and family therapy*, indica que la familia es un sistema “que se autorregula presenta períodos de homeostasis y períodos de morfogénesis; la familia se relaciona con otros sistemas (familia de origen, comunidad.); la familia en su interior se conforma de subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno”; así también señala que “en su interior sus miembros interactúan entre sí y por tanto se afectan unos a otros, siendo entonces que los

conflictos familiares han de presentarse cuando existe una disfunción en las interrelaciones que establecen los miembros de la familia”.

En tanto que ALMONTE, MONTT Y CORREA (2006), en su libro *Psicopatología Infantil*, indica que la familia se la considera como “sistema, una organización que posee funciones centrales y metas para el sistema y para cada subsistema que los compone, una cierta regulación de los límites entre los subsistemas y con el medio, una forma de jerarquía y liderazgo y un sistema de intercomunicación entre sus miembros y con el medio, con un componente afectivo”.

Autora (2011), se entiende que el modelo estructural sistémico propone a la familia como un sistema en donde cada persona es integrante de una familia es en sí mismo un sistema que se relaciona entre si y poseen funciones como explican los autores.

#### **2.4.3.1 Subsistema, Límites y Clases de Límites**

La familia es un sistema abierto y su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros según menciona la teoría sistémica.

Según MINUCHIN S. (1986), en su obra *Families and family therapy*, encontramos que el sistema familiar “se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia”. Indica que “las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser *subsistemas*”. Además recalca que los subsistemas pueden ser formados por “generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas, en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas “por la incorporación a distintas relaciones complementarias”.

Así también indica “que la organización los subsistemas marca límites cuya función reside en proteger la diferenciación en los sistema y establecer reglas que define quienes participan y de qué manera”. Para que un buen funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los sub sistemas deben ser claros. Recalca que “deben definirse claramente así; los miembros del subsistema desarrollaran sus funciones sin interferencias indebidas”. Pero también deben “permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros”. (Ibíd.)

Minuchin en el mismo año clasifica al sistema familiar en los siguientes subsistemas;

- I. Subsistema conyugal (papá y mamá).
- II. Subsistema paterno-filial (padres e hijos).
- III. Subsistema fraternal (hermanos)

(A) *Conyugal*: constituye “cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir la familia. Poseen tareas y funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Tanto el esposo como la esposa deben ceder para de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Una de las tareas más importantes es la fijación de límites que los protejan para procurarse un ámbito que satisfaga sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas”.

(B) *Parental*: incluye “la crianza de los hijos y funciones socialización. La relación de paternidad requiere el uso de la autoridad. Los padres no deben desarrollar sus funciones ejecutivas a menos de que dispongan del poder necesario para hacerlo. El subsistema parental puede estar compuesto de maneras muy diversas a veces incluyendo a un abuelo o tío como sustitutos paternos. Es posible que incluya a uno de los padres. Puede incluir a un hijo para que realice las funciones de los padres, en quien se delega la autoridad”.

(C *Fraterno*: “el niño experimenta las relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños apoyan, se aíslan, descargan sus culpas y aprenden a negociar, cooperar y competir”.

Al referirnos sobre el tema de los *límites*, MINUCHIN, S. (1990), menciona que dentro de la estructura familiar se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

1) **Los límites**, que “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”.

Los límites “al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

- *Claros*: que definen las reglas de interacción con precisión.
- *Difusos*: que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.
- *Rígidos*: que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados”.

Los límites “al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas”.

2) **Jerarquía**, “que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia”.

3) **Centralidad**, “miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas”.

4) **Periferia**, “miembro menos implicado en las interacciones familiares”.

5) **Alianzas**, se refieren “a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro”.

6) **Coaliciones**, “que son la unión de dos o más personas para dañar a otra”.

7) **Hijo (a) Parental**, es “aquel miembro de la familia que asume el papel de padre o madre”.

Así también Minuchin en el mismo año reconoce *las clases de los límites*, como los que están constituidos por las “reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”. Conceptúa de la siguiente manera:

- *Los límites o fronteras familiares internas*: “son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos”.

- *Los límites entre subsistemas*: “varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal”.

- *Los límites difusos*: se caracterizan a las familias aglutinadas. “Las familias aglutinadas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Las características generales de las familias aglutinadas son: (a) exagerado sentido de pertenencia; (b) ausencia o pérdida de autonomía personal; (c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía; (d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños; (e) todos sufren cuando un miembro sufre; (f) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia”.

- *Los límites rígidos*: caracterizan a las familias desligadas. “Las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada



individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Las características generales de las familias desligadas son: (a) exagerado sentido de independencia; (b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia; (c) no piden ayuda cuando la necesitan; (d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros; (e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, (f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo”.

- *Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior:* en este último caso, “los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia”.

Autora (2011), se entiende que los subsistemas marcan límites necesarios pues la función de cada uno marca una diferencia como mencionaba Minuchin es importante si se tiene reglas claras y límites dentro de los mismos si por el contrario los límites internos aplicados a padres e hijos se vuelven difusos, rígidos poco claros, generan una ausencia hasta una pérdida de la autonomía en cada miembro, no habrá diferenciaciones entre subsistemas, afectando al desarrollo cognitivo como afectivo en los niños que es el grupo más vulnerable; así también las dificultades en la comunicación no fomentará un apoyo pues se encuentra separado de los subsistemas producto de este tipo de límites.

### **2.4.3 .2 Áreas del Funcionamiento Familiar**

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.

Según MINUCHIN, S. (1977), en la obra *Teoría estructural del funcionamiento familiar*, indica que “la estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación”.

MINUCHIN, S. (1986), en su libro *Familias y terapia familiar*, señala además que “los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”.

De acuerdo con FOSTER Y GURMAN (1988), en su escrito *Teoría de los sistemas*, consideraron cuatro aspectos centrales del *funcionamiento familiar* sistémico para un entendimiento de la familia; “*la estructura* se refiere al grado de claridad de los límites familiares las jerarquías, tareas, diferenciaciones otro de los aspectos relevantes de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas involucrando a una tercera; *la regulación* se refiere a la secuencia típica de relación familiar, que suele ser habitual y predecible, sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar, *la información* se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia, los aspectos disfuncionales de esta comunicación, la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y

niño sumiso), *la capacidad* de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge)”.

Mientras que CANTÚ LEYVA (2000), en su investigación *Funcionalidad familiar*, indica que “las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma”. Principalmente deben cumplir “las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar”. Llegando a ser la llamada *funcionalidad familiar*. Cumpliendo con los parámetros que se evalúan en el estudio de la salud familiar.

En tanto que CÁRDENAS, L. (2003), en su investigación *Evaluación del funcionamiento familiar*, realizada en el Policlínico Docente “26 de Julio”. Municipio Playa Habana, indica que utilizo “el Test de Funcionamiento Familiar (FF- SIL) instrumento construido para evaluar cuanti - cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad”. Determina las siguientes áreas.

- **Funcionamiento familiar:** “dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad”.
- **Cohesión:** “unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas”.
- **Armonía:** “correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo”.

- **Comunicación:** “los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa”.
- **Permeabilidad:** “capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones”.
- **Afectividad:** “capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros”.
- **Roles:** “cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar”.
- **Adaptabilidad:** “habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera”.

Autora (2011), Las familia funcional debe cumplir las necesidades básicas, biológicas, psicológicas y sociales como mencionan los autores lograr cumplir las funciones pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo debe estar determinado por un desarrollo adecuado en los subsistemas de individual, conyugal, parental, fraterno asociadas a las funciones de afecto, comunicación, relaciones interpersonales y socialización con el entorno de la sociedad, cuidado, reproducción y estatus familiar.

Así en su funcionamiento interno no presentara perturbaciones que dañen la salud mental de cada uno de los subsistemas como los niños.

#### 2.4.4 Disfunción Familiar

Los autores sistémicos señalan que la familia disfuncional, se produce cuando se da una ruptura de la dinámica relacional y sistémica entre los miembros de una familia entendida de esta manera.

Según MINUCHIN, S. (1986), en su escrito *La familia y terapia familiar*, indica que la familia “se desarrolló en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja”. Las cuatro etapas son:

- a) Formación de la pareja
- b) La pareja con hijos pequeños
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes
- d) La familia con hijos adultos

Minuchin también señala “que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema”. Sin embargo, refiere que “hay familias que pueden permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación (nacimiento de un hijo (a), crecimiento de los hijos (as), implica el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela, alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, enfermedad, alejamiento de uno de los progenitores y ausencia). Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a *la disfuncionalidad familiar*”. Indica “que la familia como sistema tiende a la defensa de sus estabilidad ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas suele favorecer la disfuncionalidad mediante mecanismos de mantenimiento del sufrimiento en la familia o de alguno de sus miembros”. (Ibíd.)

Como mencionaba Minuchin en su postulado la define como “una ruptura de la dinámica relacional y sistémica entre los miembros de una familia”. (Ibíd.)

Así los autores UMBARGER (1983), MINUCHIN (1986) Y HOFFMAN (1992), señalan que una *estructura disfuncional* “tendría todas o algunas de las siguientes características: límites difusos y/o rígidos al interior y/o exterior del sistema, la jerarquía no sería compartida en el subsistema parental, presencia de hijo (a) parental, centralidad negativa, coaliciones, algún miembro periférico. Esta estructura posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia”.

Mientras que HERRERA SANTI (1997), en su investigación *Familia funcional y disfuncional*, señala que “el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular”. Es decir, “lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa”. Concluye que “el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar”.

Autora (2011), la disfunción familiar aparece en el proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común, expresada en cualquier etapa del matrimonio debido a acontecimientos de la vida familiar diaria, como “los cambios e influencias internas como externas”.

#### **2.4.4.1 Comunicación Disfuncional**

La comunicación establece un papel importante dentro de la familia, una positiva interacción comunicativa entre los subsistemas dependerá que tan funcional sea para favorecer las relaciones dentro del sistema familiar y los roles que estos desempeñen.

Según ALVARADO (2007), en su investigación *Relaciones Familiares y la Comunicación*, indica “que esta fase se van haciendo cada vez más disfuncionales,” afirma que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. Señala que “la comunicación se hace más confusa, las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros”, así como los roles de cada miembro familiar que se van distorsionando. Concluye que “todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños van formando su carácter o con conductas negativas”.

Mientras que Herrera (2007), citado por PRETTEL Y SAÑUDO (2010), en su investigación de la *Comunicación familiar en asentamientos subnormales*, reconocen “el papel importante que juega la Comunicación en el funcionamiento y mantenimiento del sistema familiar, cuando ésta se desarrolla con jerarquías, límites y roles claros y diálogos abiertos y proactivos posibilitan la adaptación a los cambios”.

En tanto que Sánchez y Díaz (2003), citado por PRETTEL Y SAÑUDO (2010), en su investigación *Comunicación familiar en asentamientos subnormales*, indican claramente la “forma como se relacionan los conflictos familiares con los patrones de comunicación”, muestran así que “los estilos comunicativos positivos (afectivos, accesibles) posibilitan la resolución de los conflictos interpersonales en el hogar, a diferencia de los estilos negativos en la comunicación (violencia, dominantes) que empeoran los problemas y dificultan las relaciones familiares”. Identificaron la estructura familiar como un factor determinante en la fluidez del acto comunicativo.

Autora (2011), la comunicación como mencionan los autores en su investigaciones, será disfuncional si se torna confusa debido a las reglas familiares, rígidas o difusas; la falta de comunicación de entre las miembros dará paso a la comunicación disfuncional, desaparecerán los vínculos afectivos en las relaciones íntimas de la misma. Los autores de la concepción sistémica amplían sus estudios para entender de una manera clara que la comunicación transporta las reglas que

aplican y limitan los comportamientos individuales en la estructura familiar. También se establece como deben ser expresados recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.

#### **2.4.4.2 La Triada Rígida y el Mito Familiar en la Disfunción Familiar**

Según MINUCHIN, S. (1978), en su investigación *Triada rígida*, introduce el concepto de triada rígida, refiriéndose a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales.

Así Minuchin y sus colaboradores partieron de la hipótesis “de que se pueden dar tres configuraciones de triada rígida; era posible aprovecharse de los niños para oscurecer o desviar el conflicto parental”. Al analizar las configuraciones de relación coincidían con los síntomas de un niño:

(A) *Triangulación*: “cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro”.

(B) *Coalición*: “uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge”.

(C) *La desviación de conflictos*: se produce “cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo”.

Según MINUCHIN, S. (1974), en su escrito *familia como sistema*, conceptualiza al *Mito* como un “un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por



todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación”. Estos mitos familiares “contienen muchas de las reglas secretas de la relación que se mantienen ocultas entre la rutina cotidiana de la vida familiar”. Se clasifican los mitos en:

1. **Mitos de armonía.** (Mecanismos: negación e idealización).
2. **Mitos de disculpa y redención.** (Mecanismo: identificación proyectiva).
3. **Mitos de salvación o protección.** (Mecanismo: pasivo dependiente).

A) *Mitos de armonía:* “presentan un cuadro rosáceo de la vida pasada y presente de la familia. Intentan hacer ver a los otros que son “familias felices”.

B) *Mitos de perdón y expiación:* “estos mitos tienen una estructura en la que una o más personas (vivas o muertas) son las únicas responsables de la situación en la que se encuentra la familia”.

C) *Mitos de rescate:* la base de este mito “está en la creencia de que todo sufrimiento, así como cualquier injusticia presente en la vida familiar e individual, puede ser borrado y alejado por la beneficiosa intervención de una persona omnipotente. Se espera que esa persona logre en sus vidas las metas que no pudieron alcanzar un padre, hermano o abuelo”.

Autora (2011), la aparición de la triada rígida surge en las familias tras presentar conflictos internos en donde la utilización de los hijos como medios de respaldo, defensores o catalogándole como el problema conllevan a utilizarlo o lo reemplazan para desviar la crisis que están atravesando; siendo esta una causas de observación para comprender el proceder de la dinámica familiar como señalan los autores; los mitos deforman la relación en la familia por sus mecanismos de negación y de proyección creando complicaciones en proceder de ahí su importancia de tratamiento.

## **Desarrollo de la Variable Dependiente**

### **VD: Trastorno Negativista Desafiante**

Para comprender este trastorno es necesario categorizar desde el entendimiento de las Psicología Clínica

#### **2.4.5 Psicología Clínica**

La psicología es la ciencia que estudia los procesos mentales. La palabra proviene del griego: *Psico* (alma o actividad mental) y *logía* (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: *cognitiva*, *afectiva* y *conductual* como menciona los diccionarios psicológicos. La psicología moderna se ha encargado de recopilar hechos sobre la conducta y la experiencia humana, organizándolos en forma sistemática y elaborando teorías para su comprensión. Estos estudios permiten explicar el comportamiento de los seres humanos y hasta predecir sus acciones futuras.

Según SÁNCHEZ ESCOBEDO (2008), en su libro *Psicología Clínica*, indica que “la psicología constituye un campo heterogéneo de teorías como de procedimientos, se presenta como una diversidad en la clínica incluso en las doctrinas como en las prácticas”.

Cita además “que en la agenda de la Conferencia Nacional de las Escuelas Profesionales de Psicología EE.UU; se informó que la ciencia psicológica denota el modo sistemático de investigar que exige la identificación del problema, la adquisición, la organización y la interpretación de información relativa al fenómeno psicológico observado”. (Ibíd.)

En tanto que LELIWA E SCANGARELLO (2008), en su investigación *Psicología y la Educación*, conceptuó a la psicología como “la ciencia que se ocupa de estudiar todo lo que hacen, sienten y piensan los seres humanos de acuerdo a su modo de ser las circunstancias que viven y en su relación con los demás”.

Autora (2011), el campo de la psicología por su función teórica y la diversidad en sus procedimientos de intervención práctica, favorece a la clínica de ahí su importancia como ciencia en sus diversas corrientes sistémica, cognitiva y psicoanálisis. Fomenta en la práctica alternativas de atención, diagnóstico y terapias apropiadas en la aplicación a pacientes.

#### **2.4.6 Psicopatología de la Infancia**

La psicopatología estudia los problemas psicológicos que pueden aparecer en la infancia, diversos estudios señalan que no debemos considerarla como una extensión psicopatológica del adulto; sino considerarla sobre la base del desarrollo del infante; es decir un niño con alteraciones en esta etapa.

Según STROUFE Y RUTTER (1984), en su escrito *Introducción a la Psicopatología*, definieron a la psicopatología como “el estudio de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de sus manifestaciones en la conducta y en cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo”.

Mientras que IÑIGUEZ PALOMARES (2010), en su libro *Criterios de Normalidad, Definición de Psicopatología Infantil*, señala que “el objeto de la psicopatología es la descripción observación y evaluación de la conducta anormal”.

La define en función de:

- “Frecuencia, duración e intensidad.
- De que los demás la perciban como disruptiva y/o irracional.
- Que sea molesta para los demás (daño)
- Que sea molesta para sí mismo (sufrimiento)
- Conducta no adaptativa.
- Violación de las normas éticas no descritas (implícitas) distraer a otros constantemente en clase agredir frecuentemente”.

De igual manera LEMOS GIRÁLDEZ (2003), en su ensayo *Psicopatología de la Infancia y de la Adolescencia*, señala “que para analizar los trastornos psicológicos de la infancia y adolescencia debe darse bajo el marco teórico de la psicopatología del desarrollo”.

Sugiere que para entender la relación entre las grandes dimensiones psicopatológicas y los síndromes clínicos se da desde una perspectiva etiológica. (Ibid)

Así también Lemos Giráldez indica que “la organización de la psicopatología del DSM o la CIE y su aplicación se concreta en tener centenares de categorías diagnósticas, las taxonomías de base matemática que permiten organizar los trastornos atendiendo a una estructura jerárquica más simple”. (Ibíd.)

Autora (2011), se entiende que el objetivo de la psicopatología es indagar la fase del ámbito familiar en donde se produce las particularidades de complejo entendimiento sean estos en lo biológico, psicológico y social de la persona que presenta una sintomatología de estudio; así la coparticipación del DSM IV- CIE-10, colaboran en esta temática.

### 2.4.7 Trastorno de Conducta

Los Trastornos de conducta son extremadamente comunes en la infancia, existen evidencias que los trastornos de conducta severos que presentan los preescolares sitúan a estos niños en un alto riesgo de presentar trastornos de conducta en edad escolar, adolescencia y edad adulta; pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad.

Según Minnesota Association for Children's Mental Health (2007), en un informe de la OMS de los *Trastornos de conducta*, indican “que los niños y adolescentes con trastorno de conducta “son muy visibles y presentan un grupo complicado de problemas emocionales y de comportamiento”. La característica de este trastorno “es un mal comportamiento que es serio, repetitivo y persistente”. Para ser diagnosticado, “un niño o adolescente tiene que haber demostrado tres o más comportamientos característicos en los últimos 12 meses o por lo menos uno durante los últimos seis meses”.

Mientras que HERNÁNDEZ, (2008), en su escrito *Trastornos del comportamiento*, conceptúa a los trastornos de conducta como “un grupo de desórdenes mentales que implican disfunción en alguna de las áreas contextuales del niño (escolar, familiar o social)”. Señala que presentan una “serie de síntomas y signos más o menos específicos para cada uno de los diagnósticos establecidos en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado)”.

Autora (2011), los trastornos de conducta en los niños son observables tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás. Estos niños a menudo no hacen ningún esfuerzo por ocultar su comportamiento agresivo y pueden tener dificultad para hacer amigos verdaderos.

### 2.4.7.1 Tipos de Trastorno de Conducta

Según BANUS, S. (2010), en su escrito *Trastornos de conducta*, señala “tres tipos de trastornos”.

- **Trastorno de conducta y de oposición:** este término se utiliza “para describir a niños temperamentales que se molestan muy rápido que a simple mención están enojados y continuamente entran en discusión. Esto es común en los niños más pequeños, quienes desafían a sus padres y profesores y cuyo propósito es molestar. Estos niños usualmente no son crueles, no intimidan, no engañan y no son antisociales, pero pueden llegar a serlo si sus problemas se tratan”.
- **Trastorno de conducta:** Este término se utiliza “para los niños que incumplen todas las reglas normales que sus padres y profesores les ponen”.
- **Trastorno de Hiperactividad por Deficiencia de Atención:** Este término se utiliza “para describir a los niños que son más activos e impulsivos que la mayoría de los niños. Estos problemas pueden estar relacionados con problemas de la concentración y del aprendizaje”.

Autora (2011), se considera que las condiciones que contribuyen al desarrollo de un trastorno de la conducta son multifactoriales, lo que significa que muchos factores contribuyen a la causa. Los niños de “carácter difícil” tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de conducta si provienen de hogares carenciados, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta producto de una reacción al evento estresante que está suscitando en la familia generando una llamada de atención.

#### 2.4.7.2 Etiología

Según BANUS, S. (2010), en su escrito “*Trastornos de Conducta*” conceptúa que no son una entidad simple, sino el resultado de la interacción de diferentes tipos de vulnerabilidad psicobiológica y de muchos tipos diferentes de estresores ambientales”.

- *Desde la bioquímica:* se señala “el problema de la autorregulación del sistema nervioso autónomo y, problemas del metabolismo de las sustancias noradrenergicas, que estarían implicadas en la manifestación de agresividad. Aún no verificado del todo, algunos investigadores apuntan a la presencia de un nivel más elevado de testosterona en los sujetos con Trastornos de Conducta (T.C.) lo que les predispondría a episodios disruptivos con mayor facilidad”.
- *Los factores ambientales:* son igualmente importantes. “Los abusos y el maltrato se apuntan como factores de alto riesgo para la génesis de los Trastornos de Conducta (T.C.) Las carencias afectivas severas en la infancia apuntan hacia el mismo sentido. Finalmente señalar la influencia de los modelos inadecuados (padres delincuentes, mal tratadores, alcohólicos)”.

Señala además “que entre las patologías asociadas al trastorno de conducta se presentan”:

- “Muchos de los niños afectados por Trastorno de Conducta (T.C.) presentan un Cociente Intelectual (C.I.) límite. Esta asociación entre Trastorno de Conducta (T.C.) y Coeficiente Intelectual (C.I.) límite no sería consecuencia del fracaso escolar ya que se da a edades muy tempranas.

- Existe una alta correlación entre Trastorno de Conducta (T.C.) y problemas de aprendizaje, sobretodo en el área verbal.
- Problemas cognitivos precederían a los trastornos de la conducta”.
- La disfunción del lóbulo frontal en el Trastorno de Conducta (T.C.), implicaría problemas de memoria, razonamiento abstracto y de concentración.
- Los Trastorno de Conducta (T.C.), “pueden aparecer asociados con otros trastornos clínicos cómo depresión, ansiedad, retraso mental, epilepsias, trastorno bipolar y dificultades del aprendizaje en áreas específicas como la lectura, escritura o cálculo”. (Ibíd.)

Autora (2011), estos niños debido a la aparición de este trastorno usualmente rechazarán a quienes desean ayudarlos, no siempre responderán a la preocupación una vez detectada debido al alto grado ira o resentimiento producto de carencias afectivas como de modelos inadecuados en ciertos casos en otro tipo de asociaciones los problemas conductuales se necesitara el apoyo de medios médicos de salud mental.

#### **2.4.8 Trastorno Negativista Desafiante**

Según American Psychiatric Association, o APA DSM - IV, (2008), define el *Trastorno Negativista Desafiante* (TND), como “un patrón de conducta que se manifiesta en un recurrente rechazo a la autoridad, que dura al menos 6 meses”. Tiene su “inicio antes los 9 años y viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos que violen la ley y los derechos de los demás”. Es habitual que “en el desarrollo de los niños aparezcan en algunas etapas comportamientos negativistas, desobediencias, rabietas”.



Por otra parte para delimitar los síntomas constituyen un trastorno. “Hay que tener en cuenta si la frecuencia, repetición e intensidad afectan a la vida familiar, escolar y social. El trastorno se concreta en un comportamiento hostil, negativo, desobediente y desafiante dirigido a las figuras de autoridad conocidas, en especial dentro de la familia y de la escuela, pudiendo no evidenciarse ante desconocidos”. (Ibíd.)

En tanto que el CIE – 10 (2000), conceptúa este tipo de trastorno “que se ve característicamente en niños de edades inferiores a los nueve años”, se define “por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador”. Se considera también que las formas de comportamiento de tipo opositor desafiante es una forma menos grave del trastorno disocial”.

Autora (2011), como se ha analizado, el trastorno negativista desafiante TND afecta no solo al niño, sino también a la familia a los profesores y compañeros. Se caracteriza por un patrón persistente de desafío y reto a las normas y reglas.

#### **2.4.8.1 Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Negativista**

Según el DSM-IV-TR y la CIE-10 (2008), comparten “idénticos criterios diagnósticos, para el trastorno negativista; pero difieren en sus condiciones diagnósticas. El DSM-IV-TR, lo incluye en los trastornos por conductas perturbadoras, mientras que en la CIE-10 se considera un subtipo menos grave de trastorno disocial: El trastorno disocial desafiante y opositor (F91.3)”.

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

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

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

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

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

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

El CIÉ-10, especifica que lo “más característico es que los desafíos son en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos y agrega que”. Por lo general se comportarían con niveles excesivos de groserías, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

La clasificación internacional como describió anteriormente “plantea que sería un trastorno característico de niños con edades por debajo de los 9 o 10 años.” Propone, al igual que el DSM-IV-TR, que “si coexisten con comportamientos antisociales, se privilegie el diagnóstico de trastorno de conducta (DSM-IV) o de otros trastornos disociales, CIÉ-10”.

En tanto que BOLAGAY, O. (2002), en su libro *Psicología clínica y Psicorehabilitación infantil*, conceptúa que los criterios para el diagnóstico del Trastorno negativista desafiante muestran las siguientes características (síntomas):

1. *Se encoleriza y rabietas a menudo.*- Constantemente “reacciona con irritabilidad, enojo, zapateando, dando “patadas” a la pared, a muebles, con los puños contra una mesa o un sillón, puede elevar el tono de voz “grita”, ocasionalmente hace rabietas en el piso, a manera del popular berrinche, éste es un acto que se puede realizar hasta los tres años de edad y todavía ser considerado como acto normal, pero pasada esa edad, ya no, además se acompaña de gritos estremecedores y llanto y de ningún otro síntoma más y es considerada como un cuadro exclusivamente para llamar la atención de los padres cuando le privan de alguna solicitud, lo retiran o lo niegan pero en ese momento y nada más. Usualmente el manejo que se brinda en un berrinche es solamente no prestarle atención en ese momento al niño, las personas adultas que se encuentren en ese momento con el menor deben irse, alejarse del sitio, pasarse a otro lugar o habitación, es decir simplemente “no hacerle caso” y de manera automática cede el cuadro. Esta acción deben repetirle cada vez que se repita el berrinche”.
2. *Discute con los adultos.*- Así “obtenga una respuesta adecuada, lo importante para él es hacer problema y tratar de "salirse con la suya", indisponiendo a todos”.
3. *Desafía no acepta peticiones y normas de los adultos.*- “Se opone activamente a la ejecución de actividades, horarios, salidas, hábitos, reglas impuestas por los padres u otros familiares, es común escuchar a las madres decir: "no quiere hacer nada, se niega y dice que hagan los hermanos o nosotros, no hace ni un solo mandado, los deberes hace en la noche y cuando se le reclama, dice péguenme, háblenme”.

4. *Hace deliberadamente acciones que fastidian a los demás.*- “A propósito juega dentro de la sala cuando existen visitas, levanta el volumen cuando se está dialogando, ubica juguetes en la mesa en el momento de la alimentación, no se despierta pronto, rompe varias veces la punta de los lápices, se pone a rayar en lugar de los deberes, quita objetos a los hermanos cuando éstos van a utilizar”.
5. *Acusa a otros de sus errores.*- “Siempre dice, mi hermano(a) fue y frente a ellos les crítica sobre acciones que en realidad no cometieron, también puede reprochar a otros menores e incluso a personas adultas, niega haber hecho y culpa a los demás de sus realizaciones, provocando dificultades varias y en el ambiente donde se encuentre (lógicamente es más frecuente en el hogar)”.
6. *Es susceptible y se molesta fácilmente.*- “Frente a un término o una frase que le mencionan o escucha, sin ser muy atentatoria o peyorativa, reacciona de inmediato con tristeza, apenado y con enojo, peor si es directamente culpado de algún error propio, tiene un nivel bajo con relación a otros niños de su edad para tolerar una situación frustrante (para otros no es frustrante, mencionarle: "solo enojado pasas, juega en el patio y no en la sala)”.
7. *Es rencoroso y reivindicativo usualmente.*- “Le es difícil estar “de a buenas”, tiene pendiente cualquier acción o promesa aplicada negativamente, o que no fue cumplida, para que se lo cumpla o se le haga nuevamente hasta más o menos quedar “satisfecho”, menciona acciones o consecuencias realizadas por él, que no lo pueden igualar y que otros no lo pueden realizar y que sin embargo no son reconocidos por ejemplo: hoy “hice todos los deberes y me pegan, a mi hermano(a) nada”, soy “mejor que ella(él) y me gritan”, por eso no les perdono”.

8. *Esta colérico y resentido.*- “Fácilmente pierde el control, desafía, provoca enfrentamientos con los adultos, con hermanos, con los compañeros, se vuelve resentido (“no se olvida de lo que le dicen o lo que le hacen”) al mínimo estímulo y no lo supera prontamente, en cualquier situación lo saca y lo reluce, se la hace difícil soportar la palabra no (pero él si lo puede aplicar a cualquier momento) espera un momento, más luego”.
9. *A menudo reniega y utiliza lenguaje obsceno.*- “Se vuelve grosero, no colaborador, se resiste a la autoridad, desobediente y con el empleo de términos, frases, oraciones fuera de tono e impronunciables, por ejemplo: en lugar de decir glúteos o nalgas, pechos o senos utiliza términos equivalentes cuando se encuentra colérico, cuando le niegan algo, cuando observa y no lo obtiene”.

Autora (2011) todos los criterios descritos en este patrón de conducta conllevan a que este fuera de los límites normales del comportamiento si relacionamos con los otros niños de su medio sociocultural; es por ello que serán más evidentes en el hogar, con personas que el niño conoce y se relacionan; hasta llegar medio escolar y/o social; donde presentara el patrón de comportamientos.

#### **2.4.8.2 Etiología y Evolución del Trastorno Negativista Desafiante**

Según Children With Oppositional Defiant Disorder, (2008), en un informe *Trastorno negativista desafiante*, indican “que es categoría más común en los servicios de salud mental para niños y adolescentes”. Las estadísticas señalan que el trastorno negativista desafiante “afecta a entre un 10 por ciento y un 15 por ciento de los niños y adolescentes de la población general; es más común en los niños que en las niñas”; es uno de los trastornos más frecuentes, se mantiene durante la edad escolar. “Existen “dos teorías principales para explicar su desarrollo”:

1. *La teoría del desarrollo*: sugiere “que los problemas comienzan cuando el niño tiene entre uno y dos años y medio de edad. Estos niños pueden experimentar dificultades para aprender a volverse independientes y separarse de la principal persona a la cual se encuentran ligados emocionalmente. Las malas actitudes características del trastorno negativista desafiante, se consideran una continuación de las cuestiones normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida”.
  
2. *La teoría del aprendizaje*: sugiere, “que las características negativas del trastorno de conducta oposicionista son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas inadecuadas y negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad”.

Mientras que BOLAGAY, O. (2002), en su libro *Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil*, indica que en la etiología “los factores causales dentro de social son”:

- a) *Imposición educativa férrea*.- refiere “a la actitud demostrada por la familia frente a la crianza y disciplina de los menores. En los cuales sobresale rigidez, don de mando, hostilidad”.
  
- b) *Falta de cuidado familiar*.- es casi lo opuesto de lo anterior, señala “que de estar presentes la familia, no existe un control para el menor, son típicos los padres del “dejar pasar dejar hacer”, sin mínimo de preocupación y disciplina, creció como popularmente se menciona “a la buena de dios”, pero mal”.

Existen otros niños que crecen bajo el poder de otras personas y muy poco de los padres, en los que de igual manera poco o nada les interesa sobre la orientación que

deben impartir a aquellos menores, “si hace, bien; si viene, bien; si entra, bien; si falta también”. (Ibíd.)

Autora (2011), la ubicación etiológica de este trastorno ha atravesado un curso variable desde su génesis así los factores del desarrollo y aprendizaje demuestran ser los partícipes en aparición del trastorno negativista desafiante.

#### **2.4.8.3 Perfil de Rasgos de la Personalidad del Trastorno Negativista Desafiante**

Según la Asociación Española de Psicología Conductual. (2000), *Rasgos de la personalidad del trastorno negativista desafiante*, indican “que a pesar de que la personalidad no presenta todavía muchos de los componentes son evidentes más tarde, sí está presente en forma de expresividad emotiva y de sus reacciones ante la estimulación del entorno; ante una misma actividad puede reaccionar gritando de alegría mientras otro reacciona de forma más tranquila o incluso llorando”. Así “en la base de estas diferencias individuales estaría el temperamento particular que conforma la personalidad temprana”.

Mientras que MONTT Y ALMONTE (2006), en su libro *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*, señalan “que el desarrollo psíquico normal y perturbado intervienen múltiples factores ambientales, siendo la familia especialmente relevante en el proceso de la configuración de la personalidad”. Agregan además que “los niños crecen y se desarrollan en una familia, en una etapa evolutiva de gran plasticidad, en la que están especialmente sensibles para asimilar su entorno”. Manifiestan que el pasar la mayor parte del tiempo dentro de este sistema familiar, “asumirá las funciones de protección, socialización y entrega de afecto; internalizará los valores, creencias y costumbres de su propia familia como de la cultura a la que pertenecen, patrones de relación con el entorno y consigo mismo, modelos de identificación, una

orientación en relación a las metas conscientes o inconscientes de sus vidas”. Promoviendo al niño a ser socializado en las áreas del desarrollo cognitivo, social, emocional, psicomotor, moral, modelándose un modo de “ser” y de “nacer”.

Autora (2011), los rasgos de personalidad en el niño serán evidentes más tarde tras un proceso de pasar por las etapas evolutivas obtendrá una personalidad positiva o negativa dependerá de cómo se forje su identidad en la infancia; pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad.

#### **2.4.8.4 El Trastorno Negativista en la Escuela**

El niño desafiante es aquel que no acata órdenes, no respeta la autoridad, es alguien que hace lo que quiere sin ver la necesidad o debilidad de los demás, su conducta ha sido construida en el ámbito familiar estos niños presentan frecuentes conflictos con los profesores y compañeros.

Según RIGAU-RATERA, C. Y GARCÍA-NONELL, J. (2010), en su escrito *trastornos negativistas desafiantes*, indica “los síntomas del niño en la escuela varían en función de la edad del sujeto y de la gravedad del trastorno”. En etapas escolares “tienen temperamentos problemáticos o una gran actividad motora”; presentan los siguientes comportamientos:

1. Accesos de cólera
2. Discusiones con los maestros
3. Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas.
4. Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas y acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento.



Frecuentemente el niño puede manifestar los siguientes comportamientos:

- Delicado o sentirse fácilmente molestado por otros.
- Mostrarse iracundo y resentido.
- Ser rencoroso o vengativo.

Durante los años escolares puede presentarse:

- Baja autoestima.
- Fragilidad emocional.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Utilización de palabras soeces.

Autora (2011), el trastorno negativista desafiante se manifiesta en el ambiente familiar, se observa en la escuela cuando se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar, con los maestros o compañeros.

## **2.5 Formulación de Hipótesis**

### **2.5.1 Hipótesis General**

- La disfunción familiar incide en el 60% de la sintomatología del trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero – Julio de 2011.

### **2.5.2 Hipótesis Específicas**

- Detectar el tipo de disfunción familiar mejorara la comunicación, afectividad como las funciones de los roles padre y madre.
- Identificar la sintomatología del Trastorno Negativista Desafiante permitirá al psicólogo determinar el tratamiento.

## **2.6 Señalamiento de las Variables de la Hipótesis**

### **Variable Independiente**

La disfunción familiar

### **Variable Dependiente**

Trastorno Negativista Desafiante

### **Termino de Relación**

Incide

### **Variable de observación**

Fundación de niños Especiales San Miguel de Salcedo.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 Enfoque Investigativo

En el presente proyecto se trabajará con el enfoque de investigación cuali – cuantitativa es cualitativa porque está sujeta a la interpretación de sus variables. Es cuantitativa debido a que los resultados obtenidos estarán sujetos a tabulación.

#### 3.2 Modalidad de la Investigación

Dentro de la presente investigación se hará uso de una infinidad instrumentos y de técnicas. Para la recolección y registro de datos, entre los cuales debemos mencionar: Investigación de campo y bibliográfica.

**Investigación de Campo.-** Debido a que se realizará un estudio sistémico en el lugar donde se produce los hechos.

**Es bibliográfica.-** Debido a que la investigación se sustenta con fundamentos teóricos científicos de documentos, páginas electrónicas, documentos electrónicos investigados, tesis etc.

Por lo tanto la investigación será mixta porque recoge datos descriptivos de campo e información fidedigna de documentos bibliográficos. Se utilizara las siguientes técnicas.

**Entrevista.-** La entrevista es la conversación directa entre uno o varios entrevistados y uno o varios entrevistados, con el fin de obtener información vinculada al objeto de estudio.

**Observación.-** Es una técnica que consiste en poner atención, en un aspecto de la realidad y en recoger datos de los signos de conducta, para su posterior análisis e interpretación sobre la base de un marco teórico, que permite llegar a conclusiones y toma de decisiones.

**Cuestionario.-** Es un instrumento de investigación, se utiliza para recoger información en un tiempo relativamente breve; es una técnica ampliamente aplicada en la investigación de carácter cuali – cuantitativa. Su construcción, aplicación y tabulación poseen un alto grado científico y objetivo. En su construcción pueden considerarse preguntas cerradas, abiertas o mixtas.

**Historia clínica.-** Es un documento científico y legal en el cual están detallados los datos de la vida del niño y la familia, los mismos que son secretos, privados y dejan de serlos, lo datos que están o pueden ser sujetos a verificación, experimentación y comprobación. Dependiendo del caso, cada estudiante o profesional Psicólogo Clínico debe saber si estructurarlo o no en la primera cita.

**Test.-** Procedimiento sistemático para observar la conducta y describirla con ayuda de escalas numerosas o categorías establecidas.

**Ficha de observación.-** Es un instrumento para la recolección de datos, se describe lo observado, destacando los aspectos más sobresalientes del fenómeno o situación que se investiga.

**Test de Disfunción Familiar.-** Que consta de 14 preguntas, mismo que fue aplicado a los 30 padres de familia, de forma individual durante un periodo de 25 minutos.

**Test según los Criterios Diagnósticos de DSM VI y CIE- 10.-** Para detectar el Trastorno Negativista Desafiante, que consta de 9 criterios y serán aplicados, por cada niño.

### **3.3 Nivel o Tipo de Investigación**

El nivel en el cual se desarrolla la presente investigación es el *descriptivo* debido a que se analiza la sintomatología del trastorno negativista desafiante en los niños que provienen de hogares disfuncionales, a través de la observación directa: en base a este se pretende llegar a un nivel explicativo mediante el cual se verifiquen las hipótesis y se determinara el grado de incidencia que tiene la disfunción familiar el trastorno negativista desafiante en los niños llegando así a la conclusión de que estas dos variables, mantienen una estrecha relación, convirtiéndose en la pauta para desarrollar una propuesta de solución en base al análisis obtenido del fenómeno en proceso de investigación.

### **3.4 Población y Muestra**

Previa encuesta exploratoria aplicada a 60 niños, se detectó que el 30 de ellos pertenecen a hogares disfuncionales mismos que forman parte de la investigación previa muestra exploratoria. Por lo tanto no necesitan aplicar muestreo.

### 3.5 Operacionalización de Variables

**Variable Independiente:** Disfunción Familiar

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÈCNICAS	INSTRUMENTOS
Es una ruptura de la dinámica relacional y sistémica entre los miembros de una familia. (Minuchin)	Cohesión	Ausencia de la Unión familiar física y emocional entre los miembros de la de la familia o familias cohesionadas	<p>¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia?</p> <p>¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?</p>	<p>Entrevista</p> <p>Focalizada</p>	<p>- Historia Clínica.</p> <p>- Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)</p>
	Armonía	La solidaridad, entre los integrantes, el respeto hacia el otro ser y el reconocimiento de los aportes de cada uno, son sostenidos como valores.	<p>¿En mi casa predomina la armonía?</p> <p>¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?</p>		

	Dificultades en la Comunicación	Expresión de emociones y pensamientos.	<p>¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?</p> <p>¿Podemos conversar diversos temas sin temor?</p>		
	Permeabilidad	Respeto de las individualidades.	<p>¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?</p> <p>¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?</p>		
	Falta de expresiones Afectivas	Expresiones de apego, alegría satisfacción positiva y negativa.	<p>¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana?</p> <p>¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?</p>		

	Roles Difusos	Cumplimiento de las obligaciones familiares.	<p>¿En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades?</p> <p>¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?</p>		
	Adaptabilidad	Aceptación a los cambios	<p>¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?</p> <p>¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?</p>		

**Elaborado por:** Consuelo Segovia (Autora 2011)



**Variable Dependiente:** Trastorno Negativista Desafiante

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Es un patrón de conducta que se manifiesta en un recurrente rechazo a la autoridad; definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador. DSM -IV	Rabietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfados</li> <li>- Exige que se cumplan al momento con sus demandas</li> </ul>	¿El niño presenta rabietas con mucha frecuencia?	Encuesta Focalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia Clínica.</li> <li>- Ficha de observación</li> <li>- Test basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y CIE-10.</li> </ul>
	No respeta la autoridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No cumple normas</li> <li>- Se muestra agresivo con las personas mayores a ellos</li> <li>- Desafía a los adultos</li> </ul>	Cuando el niño es llamado la atención por un adulto como es la forma de reaccionar?		
	Desacata ordenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza el no para todo</li> <li>- Desafía a las reglas establecidas</li> </ul>	¿Cómo reacciona el niño cuando le pide que realice una tarea?		
	Inculpa a sus compañeros de sus errores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No admite la culpa de sus acciones</li> <li>- Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.</li> </ul>	¿Qué dice el niño cuando hace una travesura?		
	Se molesta con facilidad, tiende a resentirse por todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se enoja por mínimas situaciones</li> <li>- Es rencoroso o vengativo</li> <li>- Baja tolerancia a las frustraciones</li> </ul>	¿Al hacerle una broma al niño cómo reacciona?		

	Se reniega tiende a ser grosero	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se vuelve grosero</li> <li>- No colabora</li> <li>- Resiste a la autoridad</li> </ul>	¿Al hacerle una caso al niño cómo reacciona?		
--	---------------------------------	--	--	--	--

**Elaborado por:** Consuelo Segovia (Autora 2011)

### 3.6 Plan de Recolección de Información

<b>PREGUNTAS BÁSICA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Padres de familia e hijos.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Disfunción familiar como causa del trastorno negativista desafiante
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigadora: Consuelo Segovia
5. ¿Cuándo?	Enero a Julio del 2011
6. ¿Dónde?	Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo
7. ¿Cuántas veces?	Las veces que se requieran.
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Entrevista (Historia Clínica), encuesta y observación.
9. ¿Con qué?	Instrumentos: Historia Clínica, Preguntas del Cuestionario FF-SIL. Ficha de Observación y Test basado en los criterios del CIE -10 y DSM IV –TR.
10. ¿En qué situación?	Cuando asisten a la Fundación del Área de Psicología.

**Fuente y elaboración:** Investigadora

### **3.7 Procesamiento de la Información**

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente.
- En caso de fallas se procederá a la corrección para las reestructuraciones de la información.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Análisis e interpretación de resultados, con apoyo del marco teórico.
- Establecimiento de Conclusiones y Recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Historia Clínica Anexo N° 1

Resultados de los tipos de familias obtenidos de la historia clínica, aplicados a las familias que asisten a la fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

#### Cuadro N° 1

##### Datos de los Tipos de Familias

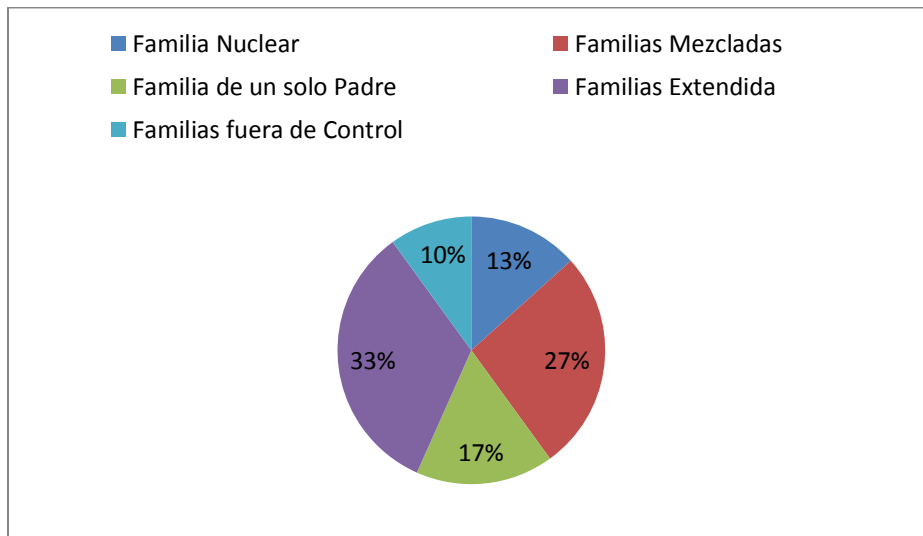
Variable	N° Casos	Porcentaje
Familia Nuclear	4	13%
Familias Mezcladas	8	27%
Familia de un Solo Padre	5	17%
Familias Extendida	10	33%
Familias Fuera de Control	3	10%
Total	30	100%

**Fuente:** Historia Clínica aplicada a familias

#### Análisis

Del 100%, el 33% de familias encuestadas muestra el tipo de familias extendidas, mientras que el 27% pertenecen al tipo de familias mezcladas y el 17% pertenecen a familias de un solo padre.

## Grafico N° 1



Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Interpretación

Mediante la información recogida en la historia clínica y utilizando la aplicación de la terapia familiar sistémica, se pudo determinar que el mayor porcentaje pertenece al tipo de familias extendidas, presentan mayor problema en la falta de diferenciación de las funciones entre los miembros (abuelos, tíos.) debido a que el apoyo y ayuda no permiten una implementación de reglas o normas que los padres necesitan ejecutar al momento de reprender a sus hijos, asociado a la falta de comunicación cuando discuten entre la pareja por su rol; seguido por las familias que son mezcladas, estas indicaron, dificultades en las relaciones entre integrantes del hogar por la integración de un padrastro y sus hijos en ciertos grupos; encontrando un mínimo porcentaje de un solo padre; señalan que la falta de la figura paterna, dificultades económicas y la confusión de la función del niño en cuanto a su rol en la familia como es el caso de la compañía afectiva, son las causas por las cuales las relaciones en el medio familiar se ven afectadas, impidiendo a los integrantes resolver los conflictos que se muestran en las diversas actividades diarias.

#### 4.1.1 Test de Funcionamiento Familiar (FF – SIL, Cárdenas) Anexo 2

**Test dirigido y aplicado:** a las familias que asisten a la Fundación de niños Especiales San Miguel de Salcedo.

#### Resultado final

#### Cuadro N° 2

#### Distribución de las familias según el Funcionamiento Familiar

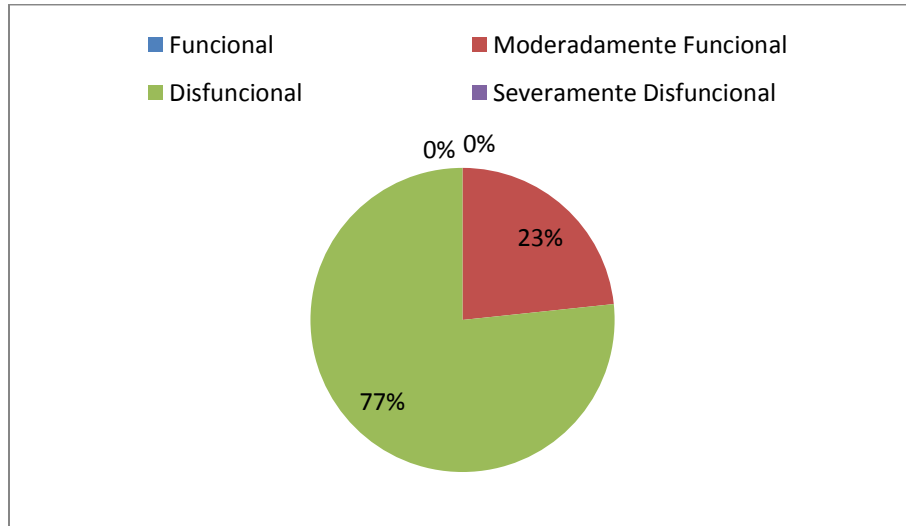
Variable	N° Casos	Porcentaje
Funcional	0	0%
Moderadamente Funcional	7	23%
Disfuncional	23	77%
Severamente Disfuncional	0	0%
Total	30	100%

**Fuente:** Historia Clínica Aplicada a familias

#### Análisis

Del 100%, de entrevistados según el funcionamiento familiar, el 77 % de familias es disfuncional, seguido por el 23% que pertenece a moderadamente funcional.

## Grafico N° 2



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación:**

En el gráfico estadístico, el mayor porcentaje de familias es disfuncional, la misma que incide en el comportamiento desajustado de sus miembros deteriorando las relaciones interpersonales, por otro lado están las familias moderadamente funcionales las cuales presentan deterioros mínimos en su funcionalidad; (regularmente existe comunicación expresiones de afecto) sin embargo ante una dificultad o un evento estresante las áreas afectadas se vuelven mucho más vulnerables, las mismas que imposibilitan a los miembros de la familia a enfrentar de manera adecuada las situaciones convirtiéndose en un riesgo para el sistema.



### Cuadro N° 3

#### Datos de las Áreas de Conflicto

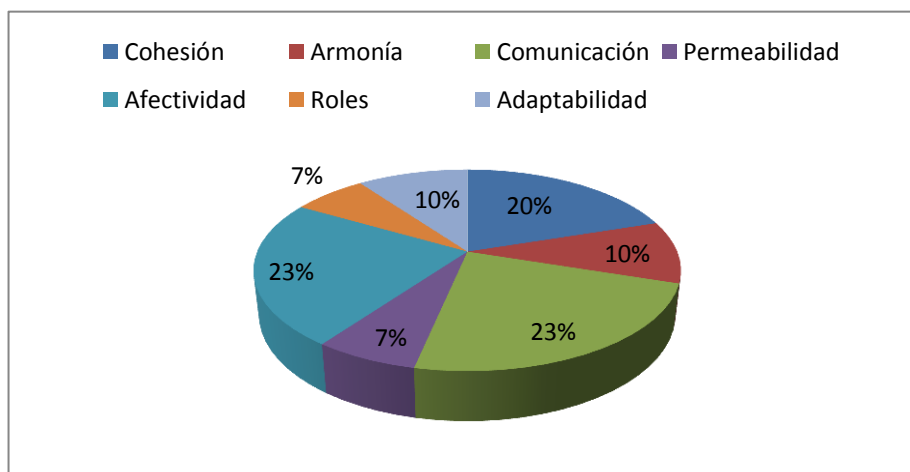
Variable	N° Casos	Porcentaje
Cohesión	6	20%
Armonía	3	10%
Comunicación	7	23%
Permeabilidad	2	7%
Afectividad	7	23%
Roles	2	7%
Adaptabilidad	3	10%
Total	30	100%

**Fuente:** Test (FF-SIL) aplicado a las familias

#### Análisis

El cuadro indica que del 100%, de las familias encuestadas; el 23% indica que el área más alterada corresponde a la comunicación, y en el área de afectividad, el 20% en el área de cohesión, el 10% coincide en las áreas de armonía y adaptabilidad, por último en las áreas de roles y permeabilidad un 7%.

#### Grafico N° 3



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

## **Interpretación**

Analizando el gráfico estadístico resulta preocupante que la comunicación, que es una de las áreas fundamentales para las relaciones interpersonales en el núcleo familia, sea la más afectada en el sistema familiar, es decir, los miembros de la familia no son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. De la misma manera ocurre con la afectividad lo cual significa que todos o la mayoría de los miembros de la familia no tienen la capacidad de evidenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Mientras que en la cohesión las familias presentan dificultad para enfrentar las diferentes situaciones como decisiones, así parece ser que a medida que se ve afectada la familia, crecen las posibilidades de que sean disfuncionales.

**4.1.2 Análisis e interpretación del test basado en los criterios diagnósticos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al Trastorno Negativista Desafiante (TND) y la APA, asigna el código 313.81 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR) para la Diagnosis del Trastorno Negativista Desafiante (Anexo 3)**

**Observación:** la encuesta fue aplicada a los padres de familia y terapeutas, para obtener información fidedigna y así detectar trastorno negativista desafiante, cada una de la sintomatología o parámetros deberá presentarse durante más de 3 meses en el contexto familiar y escolar.

### **Ítems de lo datos de los Síntomas Psíquicos de los Niños**

#### **1. A menudo el niño se encoleriza e incurre en rabietas.**

**Cuadro N° 4**

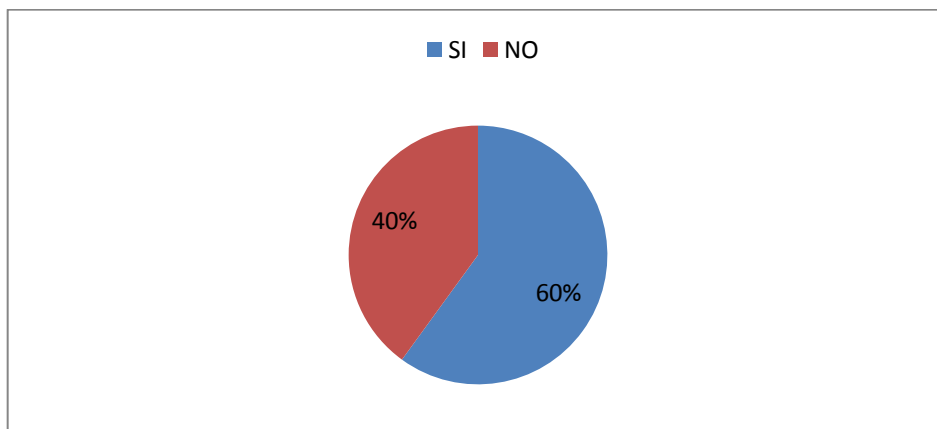
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	18	60%
NO	12	40%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

Del 100%, el 60% de niños muestran reacciones de ira e incurren en rabietas seguidos por 40% que no presentan la sintomatología.

**Grafico N° 4**



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación**

Es predominante las reacciones de ira y rabietas en los niños, siendo una sintomatología propia del Trastorno Negativista Desafiante. El niño no puede conducir o expresar efectivamente sus emociones de ira o frustración posiblemente porque en el contexto familiar no se expresan emociones.

#### **2. A menudo observa que el niño discute con adultos.**

**Cuadro N° 5**

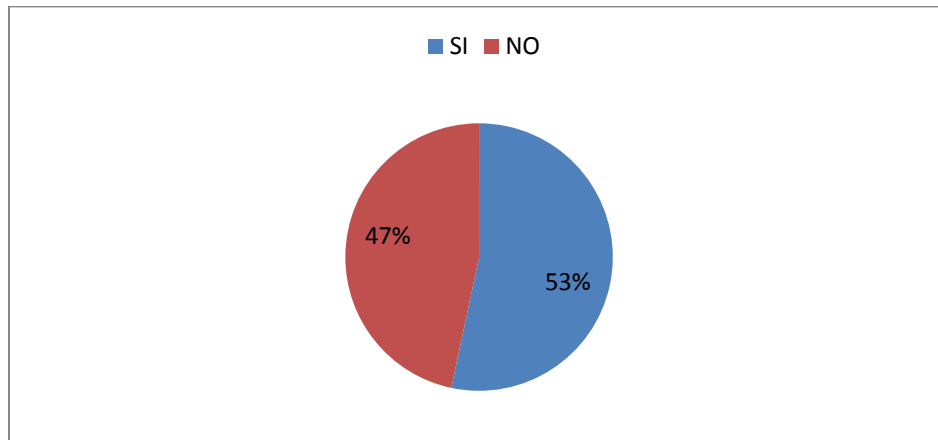
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	16	53%
NO	14	47%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

Del 100%, el 53% de niños si incurrir en discusiones con los adultos, mientras que el 47% no lo hace.

**Grafico N° 5**



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación**

Se obtiene un mayor porcentaje de niños que discuten con los adultos, lo cual indica un serio conflicto de respetar la autoridad, característica importante del Trastorno Negativista Desafiante; lo cual indica dificultad en el reconocimiento de reglas específicas y límites definidos en el contexto familiar.

### **3. A menudo el niño desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.**

**Cuadro N° 6**

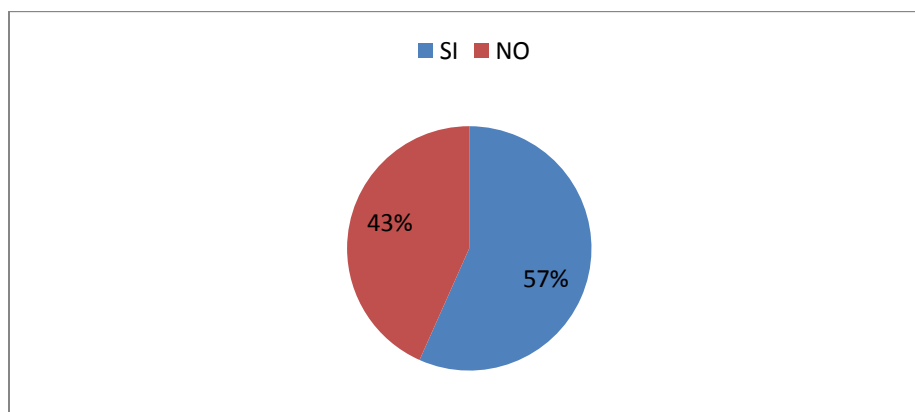
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	17	57%
NO	13	43%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

Del 100%, el 57 % de los niños si desafían y rehúsan a cumplir la demanda de los adultos, mientras que el 43% no evidencia la sintomatología.

**Grafico N° 6**



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación**

La llamada de la atención como el desconocimiento del infante de cumplir las órdenes de los padres genera en el ambiente familiar e inestabilidad en los progenitores en cuanto al manejo de su rol; siendo frecuente la conducta desafiante y opositora. Que puede relacionarse a la dificultad de manejo de reglas adecuadas que no se están transmitiendo claramente al niño por canales comunicativos adecuados.

#### **4. A menudo el niño se molesta deliberadamente con otras personas.**

**Cuadro N° 7**

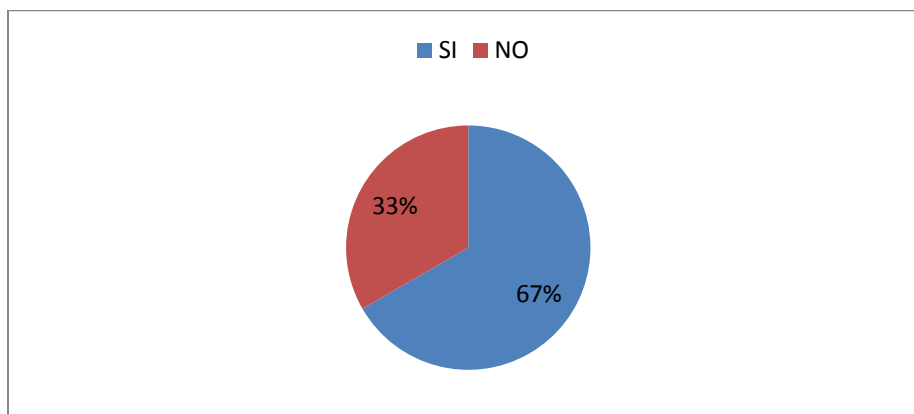
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	20	67%
NO	10	33%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

Del 100%, el 67 % de la muestra si presenta conflictos con las personas de su entorno; seguido por el 33% que no denota esta característica.

**Grafico N° 7**



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación**

El mayor porcentaje, a que los niños si se molestan con otras personas de manera continua, lo que indican una dificultad en contener las ideas y afectos de otras personas como en comunicar sus propias emociones; lo que se relaciona con un defecto de comunicación en el hogar y dificultad en la expresión adecuada de emociones.

### **5. A menudo observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.**

**Cuadro N° 8**

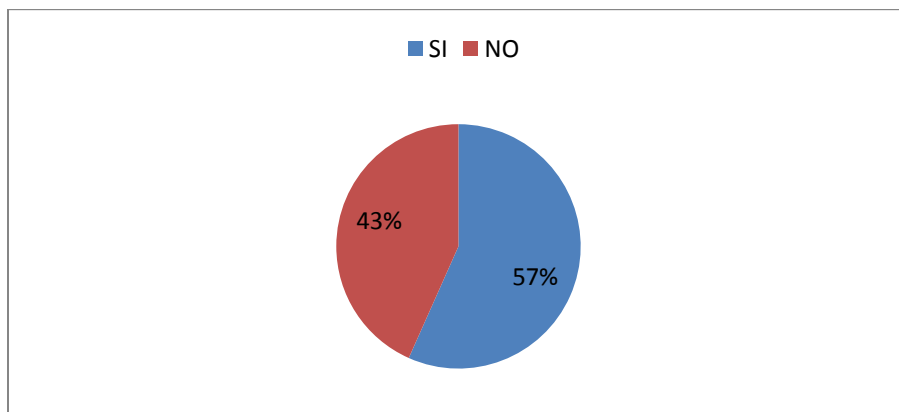
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	17	57%
NO	13	43%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

Del 100%, el 57 % de los encuestados presentan desacuerdos entre sus compañeros; mientras que 43% no lo indica.

### Grafico N° 8



Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Interpretación

De acuerdo al cuadro estadístico la mayoría de niños tienen, dificultad de asumir la responsabilidad de sus actos culpabilizando a otros de sus errores, característica que se relaciona en la falta de límites en el contacto familiar.

### 6. A menudo observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros.

#### Cuadro N° 9

Variable	N° Casos	Porcentaje
SI	20	67%
NO	10	33%
Total	30	100%

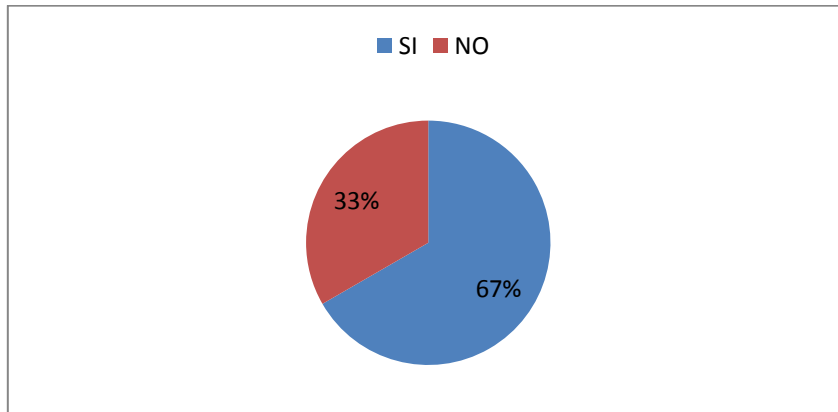
Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Análisis

Del 100%, el 67% de los niños son susceptibles, mientras que 33% lo manejan parcialmente.



### Grafico N° 9



Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Interpretación

Existe vulnerabilidad afectiva en el infante por el manejo inadecuado de sus emociones que puede ocasionar episodios de maltrato físico y psicológico. Lo que indica dificultad en el manejo de la frustración, propio de emociones no expresadas o canalizadas desde el contexto familiar.

### 7. A menudo el niño es colérico y resentido.

#### Cuadro N° 10

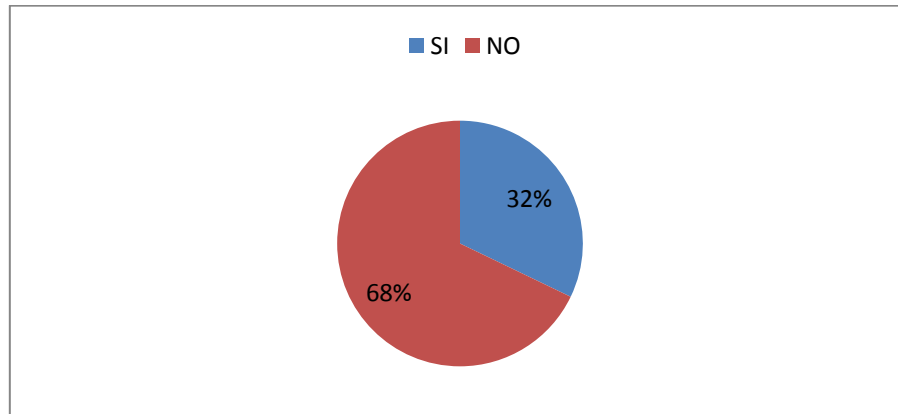
Variable	N° Casos	Porcentaje
SI	19	68%
NO	10	32%
Total	30	100%

Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Análisis

Del 100%, el 68% de los niños son coléricos y resentidos, mientras que el 32% lo maneja parcialmente.

### Grafico N° 10



Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Interpretación

El mayor porcentaje de niños son coléricos y resentidos, lo que indica que si existe conductas negativas de falta control del infante, desafía, y provoca enfrentamientos con los adultos, con los hermanos y compañeros se vuelve resentido; comprobados en la primera pregunta (cuadro 1).

### 8. A menudo observa que el niño es rencoroso o vengativo.

#### Cuadro N° 11

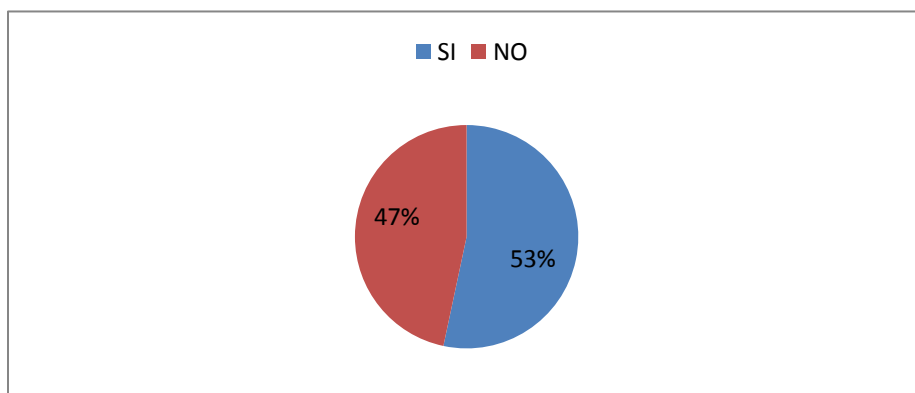
Variable	N° Casos	Porcentaje
SI	14	47%
NO	16	53%
Total	30	100%

Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Análisis

El 53% de los niños no son rencorosos ni vengativos, mientras que 47% si predominan.

**Grafico N° 11**



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Interpretación**

El mayor porcentaje de niños no es rencoroso y vengativo lo que indica que no existen conductas violentas hacia los otros niños, sin embargo existe un porcentaje alto de niños que presentan esta sintomatología lo cual puede ser efecto de la dificultad en la expresión y asimilación de emociones.

### **9. A menudo reniega y utiliza lenguaje obsceno.**

**Cuadro N° 12**

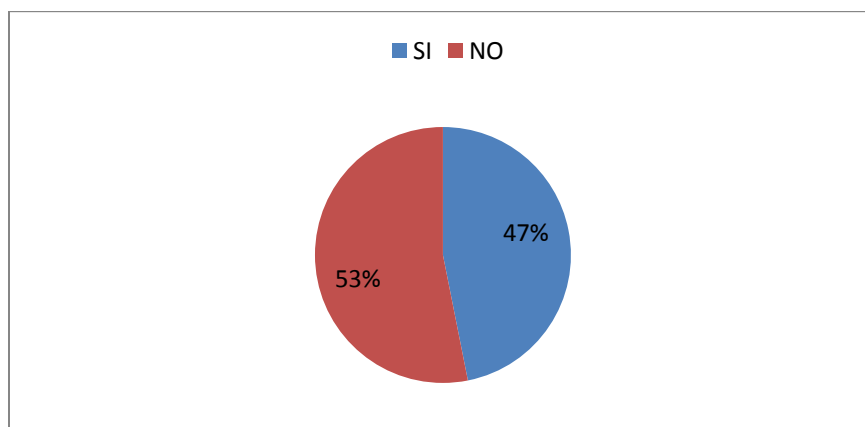
<b>Variable</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	15	47%
NO	17	53%
Total	30	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

### **Análisis**

El 53% de los niños no se reniegan ni utilizan lenguaje obsceno, mientras que 47% si presentan.

## Grafico N° 12



**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

## Interpretación

El mayor porcentaje de niños no presentan un lenguaje obsceno, posiblemente por el contexto cultural rural en el que se encuentra, sin embargo un porcentaje parcial presenta esta característica como efecto de un lenguaje aprendido en el contexto familiar o escolar.

## Resultado Final

Resultado de la apreciación final de los casos que cumplen con la sintomatología del trastorno negativista desafiante siguiendo los criterios diagnósticos.

## Cuadro N° 13

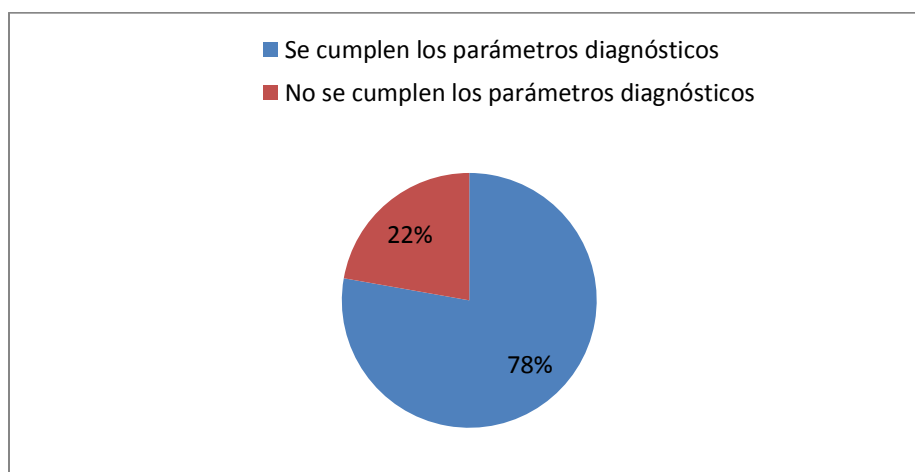
Variable	N° Casos	Porcentaje
Se cumplen los parámetros diagnósticos	7	78%
No se cumplen los parámetros diagnósticos	2	22%
Total	9	100%

**Fuente:** Realizado por Segovia (2011)

## Analisis

Del 100%, de la muestra estudiada el 78% de los niños cumplen los parámetros diagnosticados según el tiempo y el contexto en donde se produce la sintomatología lo cual indica que poseen trastorno negativista desafiante, seguidos de un 22% que no cumplen dichos criterios y por lo tanto se descarta el trastorno negativista desafiante siendo su sintomatología propia de un desajuste conductual que sin embargo debería ser analizado.

### Grafico N° 13



Fuente: Realizado por Segovia (2011)

### Interpretación

En la muestra estudiada el mayor porcentaje presenta el trastorno negativista desafiante caracterizado por:

- A menudo el niño se encoleriza e incurre en rabietas.
- A menudo observa el niño discute con adultos.
- A menudo el niño desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- A menudo el niño se molesta deliberadamente a otras personas.
- A menudo observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

- A menudo observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- A menudo el niño es colérico y resentido.

Lo que indica que es el resultado de un desajuste familiar evidente, en cuanto no existe reglas claras y la comunicación es asertiva, característico de una disfunción familiar; en cuanto al menor porcentaje no pertenece al trastorno negativista desafiante pero se reconoce como un desajuste conductual que podría estar relacionado con la familia moderadamente funcional.

## **4.2 Verificación de Hipótesis**

### **4.2.1 Hipótesis General**

- La disfunción familiar influye en el 60% de la sintomatología del trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011.

### **4.2.2 Hipótesis Específicas**

- La disfunción familiar afectan los roles paterno y materno.
- Determinar si la sintomatología que manifiestan los niños, genera el Trastorno Negativista Desafiante.

## **Verificación**

Una vez revisados los test, obtenemos los siguientes resultados:

1. De acuerdo a los datos obtenidos de la historia clínica que 33% de la muestra pertenece a familias extendidas, es decir que el sistema familiar además de estar compuesto por padre y madre también incluye la presencia de abuelos y otros familiares lo que indica que los roles no se manejan adecuadamente en cuanto a los padres podrían por las actividades laborales encomendar a los abuelos u otros el cuidado de los hijos; para esto se comprueba en el test funcionamiento familiar FF – SIL anexo 2; que el 77% de la muestra pertenece a una familia disfuncional encontrando las áreas de conflicto tales como comunicación afectividad y cohesión; es decir que no existe una comunicación asertiva clara que permite la expresión de sentimientos esto conlleva a que cada miembro viva en incertidumbre; en cuanto a la afectividad no existe expresiones adecuadas determinantes para el autoestima del niño; en cuanto a la cohesión se define

que las familiares se encuentran demasiado fusionadas alterando posiblemente los roles y existiendo alianzas o a su vez la familia se encuentra disgregada. Resultados que más tarde dan origen a la presencia del trastorno negativista desafiante con el 78% de niños que cumplen los parámetros establecidos en los criterios diagnósticos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al Trastorno Negativista Desafiante (TND) y la APA, asigna el código 313.81 en la identificación del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR): a menudo el niño se encoleriza e incurre en rabietas, el niño discute con adultos, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, se molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros, es colérico y resentido.

2. Por tanto se cumple con la hipótesis, en cuanto la disfunción familiar si influye en un 60% y en cuanto a la sintomatología del trastorno negativista desafiante también se da por las razones antedichas.
3. Con el análisis porcentual que nos arroja los datos obtenidos en el test de Disfunción Familiar, el 77% de la muestra, comprobamos que en la familias extendidas si afecta la disfunción familiar, en los roles paterno y materno de los distintos hogares que nos han sido útiles en nuestro estudio.
4. Los resultados del test (CIE-10 y DSM-IV) determinan que el 78% de los niños, si presentan la sintomatología del trastorno negativista desafiante en su comportamiento.



## CAPÍTULO V

### 5.1 Conclusiones

Entre las principales conclusiones están las siguientes:

1. Se comprueba la hipótesis en cuanto a la disfunción familiar, si incide en el 60% y más de la sintomatología del trastorno negativista desafiante.
2. El tipo de familia según la historia clínica pertenece a familias extendidas que además de los padres existe la presencia de abuelos u otros familiares.
3. Se comprueba que el mayor porcentaje de familias es disfuncional siendo sus áreas de conflicto la ausencia de comunicación y la dificultad en la expresión de afecto, siendo familias altamente cohesionadas o disgregadas.
4. Se comprueba que el trastorno negativista desafiante 78% de la muestra que cumple los parámetros diagnósticos según el diagnóstico descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al Trastorno Negativista Desafiante (TND) y la APA, asigna el código 313.81 en la identificación del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR): A menudo el niño se encoleriza e incurre en pataletas, discute con adultos, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, se molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros.

5. Para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante se ha recurrido a la experiencia de los padres de familia y los terapeutas de la fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo para comprobar que el trastorno se presenta en el contexto familiar y escolar.
6. El sistema familiar es un determinante para la conducta que tengan los hijos y su desarrollo personal adecuado dentro de lo sociedad es decir a nivel escolar y social.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Al reconocer en la experiencia clínica a familias disfuncionales se deberá identificar los posibles riesgos que representen para los hijos entre ellos trastorno negativista desafiante.
2. El tipo de familia a los que pertenecen los niños es influyente a la comprensión de la funcionalidad y disfuncionalidad en el caso de la investigación el tipo de familias extendidas deben reconocer sus roles, responsabilidades, comunicación etc., para que sus relaciones no representen conflicto.
3. Ante familias disfuncionales se debe trabajar en la conciencia de la problemática, los roles que se manejan, la comunicación, afectividad la existencia de límites, reglas y la cohesión misma que deberán ser específicas claras y definidas respectivamente.
4. Para el trastorno negativista desafiante se debería trabajar clínicamente con la causa que lo genera es decir la disfunción familiar y posteriormente con una terapia conductual que modifique la conducta y permita una mejor adaptación familiar y social del niño al hogar.

5. Se debe realizar programas de orientación familiar basados en funciones asertivas que debe ejercer la familia en el sostenimiento de sus hijos para prevenir desajustes psicológicos conductuales y sociales en el desarrollo de sus hijos.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

#### 6.1 Datos Informativos

##### 6.1.1 Tema:

Aplicación de Terapia Sistémica Familiar de Minuchin para la disfunción familiar con un enfoque Cognitivo Conductual para la modificación de conductas en los niños de 4 a 8 años que presentan Trastorno Negativista Desafiante que asisten en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo Diciembre –Mayo de 2012.

##### 6.1.2 Institución Ejecutora:

Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

##### 6.1.3 Beneficiarios:

###### Directos:

- Padres y Niños de 4 a 8 años con Trastorno Negativista Desafiante que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo.

###### Indirectos:

- Familiares de los pacientes, maestros y sociedad.

#### **6.1.4 Ubicación:**

Instalaciones de la Fundación de Niños Especiales “San Miguel de Salcedo” ubicado en la ciudad de Salcedo, en la provincia de Cotopaxi.

#### **6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución:**

Es de 5 meses.

#### **6.1.6 Equipo Técnico Responsable:**

- Psicología de la Fundación: Dra. Mónica Aguilar
- Trabajadora Social: Roció Carillo
- Autora de la Investigación: Consuelo Segovia

### **6.2 Antecedentes de la Propuesta**

Mediante el proyecto con el tema “La disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo de Enero - Julio de 2011”, se pudo determinar de acuerdo a las conclusiones establecidas en el capítulo cinco en cuanto a:

1. Se comprueba la hipótesis en cuanto a la disfunción familiar, si incide en el 60% y más de la sintomatología del trastorno negativista desafiante.

2. El tipo de familia según la historia clínica pertenece a familias extendidas que además de los padres existe la presencia de abuelos u otros familiares.
  
3. Se comprueba que el mayor porcentaje de familias es disfuncional siendo sus áreas de conflicto la ausencia de comunicación y la dificultad en la expresión de afecto, siendo familias altamente cohesionadas o disgregadas.
  
4. Se comprueba que el trastorno negativista desafiante 78% de la muestra que cumple los parámetros diagnósticos según el diagnóstico descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al Trastorno Negativista Desafiante (TND) y la APA, asigna el código 313.81 en la identificación del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR): a) a menudo el niño se encoleriza e incurre en pataletas, b) observa que el niño discute con adultos, c) desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, d) el niño se molesta deliberadamente a otras personas, d) observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, e) observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros, f) el niño es colérico y resentido, g) observa que el niño es rencoroso o vengativo, a menudo reniega y utiliza lenguaje obsceno.

### **6.3 Justificación**

Es factible realizar la terapia familiar sistémica bajo los lineamientos del modelo de Salvador Minuchin mediante las técnicas de diagnóstico, reestructuración y apoyo anexado además a fortalecer la comunicación en la intervención sistémica con la finalidad de obtener una estructuración familiar adecuada dentro del hogar; la participación de un trato adecuado entre los miembros del sistema, fortalecerá la comunicación, las relaciones intrafamiliares, así la delimitación de reglas específicas, roles claros, afectividad, armonía, y cohesión positiva.

Se aplicara además terapia cognitivo conductual, en cuanto se trata de modificar la conducta mediante técnicas terapéuticas, tales como: la economía de fichas, tiempo fuera, técnicas alternativas de descarga de energía emocional y reforzamiento positivo que puede emplearse para inhibir la expresión de las conductas que los niños presentan; las técnicas alternativas canalizaran y disminuirá la ira de las conductas negativas, la falta de control en los límites conductuales inadecuados y control de emociones. Para el seguimiento se aplicara técnicas como el modelamiento el mismo que permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación como indica Bandura y otros autores cognitivos. Direccionar la construcción de conductas a partir de la acción del niño permitirá el desarrollo individual acompañado de formas de disciplina adecuadas; la participación en el control de las actividades de una manera constante; apoyar los logros de manera positiva, aplicar un horario respectivo, prestarle atención y dialogar seguidamente.

La aplicación de la propuesta cuenta con el espacio físico para la aplicación de la terapia, con la predisposición de los niños y la autorización de los padres de familia, además existe colaboración del centro, del personal administrativo conjuntamente de los terapeutas e investigadora. El inicio de la aplicación de la terapia se dará desde Diciembre a Mayo del 2012.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 General**

- Aplicar Terapia Sistémico Familiar de Minuchin para la disfunción familiar con un enfoque Cognitivo Conductual de modificación de conductas en niños de 4 a 8 años que presentan Trastorno Negativista Desafiante que asisten en la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo Diciembre – Mayo de 2011.

### **6.4.2 Específicos**

- Definir las metas terapéuticas en la familia.
- Estructuración del sistema familiar mediante redirección de estilos comunicativos reglas claras, expresiones de afecto y cohesión; que contribuya al adecuado sostenimiento de los hijos.
- Orientar hacia el cambio y contener posibles situaciones de crisis, (ante la movilización) evaluando la disminución de disfunción familiar.
- Aplicar técnicas cognitivas conductuales, tales como economías de fichas para modificar trastorno negativista desafiante.
- Evaluar cambios en la familia y en el comportamiento de los niños.



## **6.5 Fundamentación Teórica**

### **6.5.1 Introducción**

En el campo de la práctica e investigación de la Psicología Clínica, existen diversos modelos y técnicas.

Salvador Minuchin, nació en Argentina, el año 1921. Creció en una familia de inmigrantes judíos-rusos. Se graduó en 1946 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. En 1950 se trasladó a los EE.UU para estudiar psiquiatría. Es un destacado terapeuta familiar y creador de la “terapia familiar estructural”. Sus concepciones acerca de la familia yacen en la importancia de las estructuras y los límites en los contextos familiares; en su trayectoria; se impusieron en el medio de los psicoterapeutas de los años '60 que habían comenzado recientemente a tratar familias. En su obra la recuperación de la familia (1994), señala que la terapia familiar se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia, para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen.

La terapia cognitiva conductual se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante de autores como (Hart y Morgan 1993); la teoría de aprendizaje de Rotter, 1982, Pavlov, Skinner, Bandura 1990, Actualmente la investigación clínica ha avanzado contamos con medios información que nos sirven de apoyo para proponer la aplicación de técnicas y asociar a otras según la necesidad.

La aplicación de Terapia Sistémica Familiar de Minuchin para la disfunción familiar con un enfoque Cognitivo Conductual para la modificación de conductas en los niños se basa en la atención a la familia constituye una necesidad para la promoción, prevención y recuperación de la salud mental en la atención de la práctica clínica. El carácter mediador de este grupo familiar así lo justifica. No debe existir un vacío conceptual y metodológico en la atención de salud familiar; por el contrario ampliar conocimientos, combinar y utilizar técnicas alternativas beneficiara a familia como a sus integrantes.

### 6.5.2 Modelo Terapéutico Sistémico

MINUCHIN, S. (1984), en su obra *Técnicas de Terapia Familiar*, indica “que el objetivo del modelo estructural es la reorganización de la estructura familiar”.

Así “el modelo estructural de la terapia familiar trabaja sobre tres componentes estructura, subsistema y límites”.

- *Estructura*: es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia
- *Subsistema*: el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia
- *Límites*: de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Señala “que la familia como un sistema tiende a la defensa de su estabilidad ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas lo que suele favorecer la disfuncionalidad familiar mediante mecanismos de mantención del sufrimiento en la familia o de alguno de sus miembros”. (Ibíd.)

Añade además “que el restablecimiento de jerarquías, la formulación de límites claros, la definición de roles y funciones y la disolución de alianzas o triángulos ayudaría regresar a una estructura familiar funcional como sugiere Minuchin. Indica además que una familia está funcionando bien cuando es organizada”:

- “*Los límites* son claramente marcados”.
- “El *subsistema marital* tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos”.
- “El *subsistema parental* tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario a los padres”.

- “El *subsistema de hermanos* tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar”.
- “*El limite entorno* de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales sociales y económicos. Varía grandemente el grado en que se admiten parientes o agentes de instituciones sociales en general”.  
(Ibíd.)

Refiere además “que una familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas, a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son”:

- a) Formación de la pareja
- b) La pareja con hijos pequeños
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes
- d) La familia con hijos adultos

### **6.5.3 Técnicas Terapéuticas Sistémica**

Para MINUCHIN, S. (1984), en su obra *Técnicas de Terapia Familiar*, “las estructuras familiares son conservadoras pero modificables, manifiesta tres procesos que se deben dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse”:

1. “Acercamiento o incorporarse a la familia
  - a) Posición cercana
  - b) Posición media o iracking (participando)
  - c) Posición alejada o disengaged (distanciándose)

2. Mapa de la estructura familiar o “Familiograma”.
3. Técnicas de intervención”.

### **6.5.3.1 Acercamiento**

El incorporarse en la familia es el primer paso que debe dar el terapeuta en lo que se refiere al acercamiento; “recibir a la familia en una posición de experto y conocedor con la finalidad de que la familia reciba al terapeuta como el indicado para resolver sus conflictos”. La familia por lo general es referida a terapia “por un problema identificado o confuso con uno de sus miembros, llamado paciente identificado (PI). Minuchin considera a toda la familia como disfuncional, ya que las familias forman patrones rígidos de homeostasis patológica”.

El terapeuta “al trabajar con al tratamiento de una familia representa un reto y una confrontación por lo que deberá lograr aceptación y comprensión, ya que en las familias varias veces la familia o uno de sus integrantes pone resistencia o rechaza el tratamiento, presentándose con un comportamiento defensivo y recalando que él no es el enfermo; el objetivo terapéutico será integrarlo a las sesiones”.

Minuchin determina tres tipos de acercamiento a la familia, “la aplicación de cada técnica dependerá de la idiosincrasia y estructura familiar, y también hasta qué punto permite ésta el acercamiento del terapeuta”.

- a) *Posición cercana*: “en este nivel el terapeuta puede llegar a afiliarse a los miembros de la familia, inclusive hacer una coalición con alguno de ellos”.
- c) *Posición media o iracking (participando)*: “el terapeuta interviene a la familia en una posición neutral, escuchándola y ayudándola a hablar, entrando y saliendo del sistema familiar”.
- d) *Posición alejada o disengaged (distanciándose)*: “el terapeuta no participa como actor, únicamente como director”.

La estructura de la familia “se podrá estudiar únicamente durante la interacción. Lo que importa es la dinámica de la acción de ésta y no lo que dicen que pasa o lo que el terapeuta cree que sucede. La familia tiene que hablar de ella para que emerja la dinámica”.

La estructura familiar “podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico de la terapia estructural, éstos son las jerarquías, los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio, la geografía y los subsistemas”.

- **Jerarquías.-** “Hace referencia al miembro con mayor poder en la familia. Para los profesionales que aplican el modelo estructural, el poder deberá encontrarse en la diada parental”.
- **Límites.-** “Están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento nos permite delimitar funciones y responsabilidades de cada miembro de la familia”.

“Los límites pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles. Familias funcionales, límites definidos, sin llegar a los extremos de amalgamamiento-desvinculación”.

- **Mito familiar.-** “Es un número de creencias bien sistematizados y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Algunos mitos parecen haber sido transferidos de generación en generación, es posible que la asignación de un rol implicado en el mito familiar juegue algún papel en la elección y aceptación de la pareja”.
- **Alianzas.-** “Se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie. El terapeuta deberá observar las alianzas existentes entre dos o más miembros de la familia”.

Éstas pueden ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes, contra uno o más integrantes de la familia.

- **Coaliciones.-** “Es la unión de dos miembros contra un tercero, o es un acuerdo establecido por mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero, esta divide a la triada en dos compañeros y un oponente, el objetivo es perjudicar a un tercero”.
- **Territorio.-** “Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas; una, cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y, la otra, cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia”.
- **Geografía.-** “Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, cómo duermen, cómo comen, etc. Esto se refleja también en la manera de sentarse en las sesiones de terapia”.

### **6.5.3.2 Mapa de la estructura Familiar o “Familiograma”**

El *método de Minuchin* es “trazar el mapa del terreno psicopolítico de una familia. El diagnóstico estructural de la familia se puede esquematizar a través de un instrumento conocido como el mapa de la estructura familiar o familiograma. El Familiograma es un instrumento estático y tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia, es decir como representa su patología”.

Minuchin define al familiograma “como una poderosa simplificación que ayuda al terapeuta a organizar el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros”.

El familiograma “se esquematiza en forma de árbol genealógico de hasta tres generaciones, su forma vertical arroja proyecta información a través de las generaciones, mientras que la horizontal nos muestra los cambios originados en una familia durante su ciclo de vida”.

El terapeuta estructural tiene “las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de relaciones en la familia. Minuchin muestra su propio método de seguir la huella de los grupos familiares”.

### **6.5.3.3 Construcción de un Familiograma**

Minuchin realiza la construcción del familiograma en base a tres niveles:

1. *Mapeo de la estructura familiar.*- “Aquí se representa las diferencias biológicas, su relación legal, edad y psicopatología, utilizando para ello las nomenclaturas que tendrá significado para los profesionales de este campo”.
2. *Recoger información familiar.*- “Luego de definirlo, se pueden añadir datos sobre la demografía, el funcionamiento y evento críticos. La demografía tiene que ver con las edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación. El funcionamiento se refiere a las conductas de cada miembro, sus datos médicos y funcionales. Los eventos críticos, son las crisis de las familias, emigración, accidentes y sucesos que pudieran afectarla”.
3. *Delimitar las relaciones familiares.*- “Estas se determinarán de acuerdo con la observación directa del terapeuta y el reporte de la familia. Se refiere a los límites, las coaliciones, el involucramiento”.

### **6.5.4 Técnicas de Intervención**

Minuchin, trabaja bajo tres técnicas.

1. Técnica de diagnóstico.
2. Técnica de reestructuración.
3. Técnicas de Apoyo.

#### 6.5.4.1 Técnica de Diagnóstico

Dentro de la técnica de diagnóstico se trabaja.

1. **Dramatización:** “se trata de la técnica por medio de lo cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así poder obtener información importante que muchas veces la familia no lo considera así”, esta dramatización puede ser:
  - a) **Espontánea:** “después del proceso de acercamiento el proceso de espontaneidad se presenta inevitable en la primera sesión”.
  - b) **Interpretaciones provocadas:** Minuchin “provoca que las cosas pasen, la técnica será establecer un nuevo escenario para cambiar la secuencia de la interacción”.
  - c) **Interacción alternativa:** “técnicas que con variantes del mismo tema, 1) si las cosas no ocurren hay que hacer que ocurran, 2) el terapeuta explora la posibilidad de desarrollar una transacción poco común en la familia, 3) mantener la distancia durante la interacción de la familia”.
2. **Focalización:** por su observación de la familia “el terapeuta recibe información, que deberá seleccionar y darle un significado, se observa los límites las fuerzas los problemas y se determinan en el familiograma así como la estrategia terapéutica, seleccionando primeramente el foco y en segundo lugar, se desarrolla el tema terapéutico de trabajo”.
3. **Intensidad:** es la técnica “por medio de cual el terapeuta hace escuchar el mensaje de la familia, más de las fuerzas defensivas de esta técnicas se pueden dar”:
  - a) **Repetición del mensaje:** “realizar el mensaje las veces que sean necesarias para que se comprenda”.



- b) **Mensaje isomorfo:** “mensajes que superficialmente parecen diferentes pero en su estructura profunda son similares”.
- c) **Cambio del tiempo o ritmo de la familia:** “esta desarrolla una estructura con noción propia del tiempo y del movimiento la técnica será modificar esto”.
- d) **Cambio de distancia:** “las familias desarrollan a través del tiempo, el sentido de distancia o aproximación de cada uno de sus miembros. La técnica será que el terapeuta se acerque o se aleje de la familia, para enfatizar o relajar la intensidad”.
- e) **Resistencia a la presión de la familia:** la técnica será establecer el liderazgo ante la familia quiera sino lo que el terapeuta haya planeado”.

#### 6.5.4.2 Técnicas de Reestructuración

Estas técnicas “cuestionan la estructura familiar los límites, la manera en que hace las cosas la familia, sus interacciones y su forma de solucionar los problemas”.

1. **Límites** “dar la permeabilidad a los límites que separa los subsistemas”; esto se puede dividir en:

- a) **Distancia psicológica:** “generalmente la manera en que los miembros de la familia se sientan durante la sesión terapéutica, reflejan los índices durante la sesión terapéutica, reflejan los índices de las afinidades, las diadas, triadas y distancia que existan entre ellos. El terapeuta deberá aplicar sus conocimientos y realizar movimientos que establezcan nuevos límites en la familia”.
- b) **Tiempo de interacción:** “extender o acortar el proceso es una técnica para aumentar la intensidad y demarcar o separar sistemas”.

Es más importante que ocurra la transacción que el contenido del proceso.

2. **Desbalance** “el objetivo terapéutico será cambiar la relación jerárquica de los miembros de un sistema. Existe dos problemas con esta técnica: primero es poco ética y por definición injusta, segundo la necesidad de apoyo que tiene la familia respecto al terapeuta”. Esta técnica puede tener cuatro categorías de acuerdo a lo que la familia requiera.

- a) **Afiliación con miembros de la familia:** “la posición del terapeuta, de experto de confianza, le permite hacer intervenciones dentro de la familia”.
  - b) **Alternado afiliaciones:** “alternar afiliación con dos subsistemas en conflicto es una técnica complicada pero muy eficaz”.
  - c) **Ignorar a miembros de la familia:** “esta técnica va en contra de algunos principios terapéuticos, ya que consiste miembros de la familia fueron visibles por lo que solo se utiliza en estructuras patológicas muy rígidas”.
  - d) **Coalición:** “contra los miembros de la familia está en desventaja en relación a los demás, el terapeuta hará coalición con el primero para darle más tiempo”.
  - e) **Paradojas:** el uso de la paradoja “se basa en la comprensión de tres conceptos: a) familia como un sistema autorregulador. b) los síntomas como función autorregulador y c) la resistencia de un sistema al cambio; como consecuencia de las 2 anteriores las paradojas se usaran como”.
- *Intervenciones directas*, “referidas a consejos, explicaciones, sugerencias e interpretaciones y tareas a realizar”.
  - *Intervención paradójica*, “donde se dice lo apuesto a lo que se requiere que realice”.
  - *Intervención reversible*, “una persona cambia de opinión respecto de algo para que los demás comprendan en forma paradójica”.

#### 6.5.4.3 Técnicas de Apoyo

1. **Construcción:** “la familia tiene su organización cognitiva y constituye su versión del mundo. El terapeuta le ofrece una realidad diferente, utiliza las verdades de la familia

para reconstrucción de una nueva realidad diferente utiliza las verdades de la familia para la reconstrucción de una nueva realidad de su mundo, con esta técnica el terapeuta cuestiona la concepción del mundo que tiene la familia y son: las construcciones cognitivas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia”.

2. **Realidades:** “la familia no solo tiene una estructura sino un esquema cognitivo legítimo para la organización familiar. Al llegar la familia a terapias, desea que el terapeuta pule y repare su organización. El terapeuta como creador de nuevos mundos, ofrecerá a la familia otro mundo con otra realidad para lo cual utilizara realidades que son para todas las familias”; como son:

- a) **“Símbolos Universales:** verdades que son del dominio universal.
- b) **Verdades familiares:** la manera en que se desarrolla las estructuras familiares son análogas a como se desarrollan los procesos sociales.
- c) **Consejo de especialista:** consejos del terapeuta como experto en la materia”.

### **6.5.5 La Comunicación en la Intervención Sistémica**

Según BRENSON, L. (1991), en su escrito *Intervención única en Psicoterapia sistémica*, indica “que la simbiosis y patología a nivel de comunicación se manifiesta en la incongruencia y la subsecuente calibración de la comunicación con otros. No hay sinergia entre los tres canales del sistema semiótico (lenguaje, para lenguaje y quinesia) ni entre sus subsistemas. Los fenómenos del juego psicológico, mini –guion, profecía autor realizadora, reflejan una redundancia de ambivalencia interna e incongruencia, una vuelta calibrada o “circulo vicioso”, de comunicación, ocurre cuando el C.E.C del individuo contiene grandes porciones de representaciones internas o arcaicas: una retroalimentación cerrada. Cuando la incongruencia de una persona se engancha con la otra, la comunicación calibrada es como si las dos estuvieran operando con “piloto automático”: un C.E.C con datos no discriminados de las realidades, más una serie de anclas naturales”.

## Comunicación Calibrada

## Comunicación Generativa

Incongruencia

—————> Congruencia

Equivocación entre parte  
mensaje (algunos para mensajes)  
y todo.

—————> percepción de todos los padres  
mensajes congruentes entre  
si o no

Generalizaciones para logísticas  
fijas rígidas.

—————> Generalizaciones flexibles,  
actualizadas y comprobadas  
sensorialmente.

Conducta inapropiada, improductiva  
e irrelevante.

—————> conducta adecuada, apropiada y  
Relevante al contexto.

Sistema cerrada.

—————> Sistema abierto.

### 6.5.5.1 Bases Psicolingüísticas de Intervención

Brenson indica “que una desempoderamiento puede ocurrir a nivel de mapa debido a una generalización para logística y o a nivel de la conducta verbal, debido a que las dos personas no logran acordar significado común acerca de cierto símbolo (palabra o conjunto de palabras)”.

Señala “que cada desempoderamiento a nivel de mapa va a reflejarse en un desempoderamiento lingüísticos, pero no todos de estos van a tener raíz en el mapa. Podemos hablar de una jerarquía de tres niveles lógicos de desempoderamientos”.

<b>Nivel lógico</b>	<b>Desempoderamientos</b>	<b>Implicados</b>
Lógica Semántica <div style="text-align: center;">           ↓            actúa sobre         </div>	Causalidad atribuida adivinación subordinación presuposición No acordada redefinición.	Casi siempre impide Acordar significados y muchas veces muestra unos paralogismos.
Limite Sintáctico <div style="text-align: center;">           ↓            actúa sobre         </div>	Distorsión nodal autoridad perdida pasivización sintáctica.	Muchas veces impide acordar significado y a veces muestra un paralogismo.
Laguna sintáctica	Índice referencial nominalización interrogativización.	Muchas veces impide acordar significado y a veces muestra un paralogismos.

### 6.5.5.2 Nivel de Lógica Semántica

A continuación Brenson, “presenta una síntesis funcional de los desempoderamientos más comunes, el Auto – reempoderamiento y reempoderamiento transaccional de ellos y ejercicios escritos para practicar. Recomendamos que los ejercicios se hagan por escrito y verbalmente (hablado y escuchado), el objetivo de ellos es sensibilizar al estudiante primero a reconocer la existencia de la estructura del desempoderamiento, visual y auditivamente, luego a decidir si esta estructura realmente representa un desempoderamiento y finalmente a reempoderarse a sí mismo y a reempoderar a la otra persona.

El primer paso es la sensibilización, algo que en nuestra experiencia, solo logra con práctica escrita y verbal”.

## A) Causalidad atribuida:

1. **Definición:** “la causalidad atribuida es una distorsión de lógica que se lleva a cabo por medio de una frase semántica malformada debido a una generalización para logística, la cual atribuye una relación causa - efecto entre dos fenómenos que ocurren simultáneamente o secuencialmente, sin que exista tal relación fuera del mapa del interlocutor”.

2. Ejemplos: “considere las siguientes frases:

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| D1: Juan me hizo medir dos metros    | (X causa y sea Z)        |
| D2: Juan me hizo sentir muy culpable | (X causa que y sienta Z) |
| D3: Lloro porque Juan me regana      | (X causa que y haga Z)   |

Las tres frases son igualmente ilógicas, ya que atribuye a Juan lo que realmente está fuera de sus control (sentir y querer llorar son experiencias internas que pueden ser relacionados con un estímulo externo, sin que este las causas)”.

3. **Auto – reempoderamiento:** “Asumir la responsabilidad de los sentimientos, pensamientos y acciones propias en lugar de atribuirlos a fuentes o personas externas”.

AR 1: Me sentí culpable cuando Juan me crítico.

AR2: Lloro cuando Juan me regaña.

4. **“Reempoderamiento Transaccional:** Usar una estructura lingüística ( para frases o interrogación) que desafie la causalidad”:

a) Escuchar la estructura superficial.

- b) Determinar si esta afirma que la otra persona está haciendo algo que causa que el individuo experimente alguna emoción o algún pensamiento.
- c) Responder preguntando como, específicamente ocurre este proceso.

D: Juan me hizo sentir muy culpable.

RT1: Que hace el con lo cual te sientes culpables.

RT2: Entonces te sentiste culpable cuando Juan te crítico, así es.

## B) Adivinación

1. **Definición:** “La adivinación es otra distorsión por medio de una frase semánticamente malformada, en la cual una persona cree saber a ciencia cierta los pensamientos o sentimientos de otra. Es muy posible que alguien haya comentado sobre lo que se siente, o que la otra persona haya intuido correctamente “leyendo pensamientos de otra persona”.
2. **Ejemplos:** En la frase: “Sé que se disgustó cuando le pedí aumentado”, es posible que la otra persona haya dicho que se disgustó o que cierta quinesia o para lenguaje correctamente se lo comunico. También es posible que el interlocutor haya interpretado equivocadamente y que la quinesia o el para lenguaje lo que realmente represento fue preocupación, susto, miedo, inadecuación, etc. Cuando hay comprobación específica de la adivinación, entonces deja de ser un desempoderamiento: “Sé que se disgustó, me lo dijo”.
3. **Auto – reempoderamiento:** “Presumir que Ud. No sabe los sentimientos y pensamientos de otros hasta que tenga una verificación explícita:

AR1: Me parece que se disgustó. Voy a preguntarle.

AR2: Me imagino que se disgustó”.

#### 4) **Reempoderamiento transaccional:**

- a) “Escuchar la estructura superficial.
- b) Determinar si esta involucra el contenido del pensamiento o sentimiento de otra persona”.

C) **Subordinación:** “En la representación lingüística de la experiencia, podemos distorsionar por medio de las cláusulas de coordinación subordinación, o extensión”.

“El más común entre los desempoderamiento por cláusulas es el de la subordinación con la conjunción “pero”. La palabra “pero”. Generalmente, esto es resultado de una incongruencia”.

**Observación:** Para el trabajo de Niños con Trastorno Negativista Desafiante se utilizara durante el trascurso de la terapia sistémica diversas técnicas de Modificación de Conducta que más adelante se describen:

### 6.5.6 Técnicas Alternativas

#### 6.5.6.1 Psicodrama

GLORIA REYES (2006), en su libro *Paradigma teoría y método –Psicodrama*, es una técnica que indica que la realización de la acción que involucra al protagonista y a los roles complementarios, tiene como “propósito vivenciar y tomar conciencia del conflicto”, intentando integrar en la experiencia elementos ideativos, afectivos y corporales. Constituye “un dispositivo terapéutico que permite el despliegue de la fantasía interna”.

Aquí el director debe tener “la capacidad vincular-tele terapéutico para que la escena fluya, y detenerla e intervenirla en los momentos necesarios, para la profundización y exploración de lo latente”. Los componentes de la técnica “están referidos a elementos



constituyentes en la psicoterapia, según el caso a tratar; antes, durante y después; se puede utilizar una serie de técnicas, dependiendo de lo que la escena vaya requiriendo, técnicas como intervenciones verbales y no verbales psicodramáticas; dentro de los recursos se utilizará también la inversión de roles, el solo quío”. (Ibíd.)

#### **6.5.6.1 Role Playing**

ROBERT, D. (2005), en su libro *Práctica clínica- conceptos esenciales*, es una técnica que facilita “el entrenamiento en habilidades sociales” y permite ver emociones y pensamientos significativos. “Procurar que la simulación sea lo más realista posible”. Para obtener una buena información de base sobre el papel que representamos, debemos hacer preguntas concretas”. Si hacemos “el papel de un amigo, un padre, esposo (a) tenemos que saber varias cosas del personaje que interpretamos”. En esos casos para conocerlo mejor, “pedirle al niño que nos diga lo que podría decir, cómo podría reaccionar, qué gestos suele hacer, qué cosas le gustan y cuáles no le gustan”.

### **6.6 Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual**

Desde la década de los 50 hasta los 70 se desarrollaron modelos y técnicas basadas en las teorías de Pavlov y Skinner, Rotter, Bandura; con la finalidad de atender problemas. La actuación del modelo Terapéutico Cognitivo conductual como orientador es la de mediar o facilitar los procesos de aprendizaje en el niño; modificar o cambiar su repertorio de conductas. La acción se enfoca en varias direcciones según las situaciones, en algunos casos se verá la necesidad de implantar o facilitar la aparición de conductas que no existen en el repertorio, consistirá también en fortalecer y mantener aquellas que ya existen en otros casos se tendrá que centrar en reducir o extinguir las conductas no deseadas o no aceptadas socialmente; la psicoterapia involucra al niño individualmente y a la familia.

## **6.6.1 Técnicas Terapéuticas Cognitivo Conductuales**

Según la teoría cognitiva las técnicas son aplicables para la modificación de la conducta y aplicables para la intervención directa en contextos diversos clínicos.

Primero nos centraremos en las técnicas de modificación cognitivo conductual y después en las alternativas de la psicología científica.

### **6.6.1.1 Fases de un Programa de Modificación Cognitivo Conductual**

1. *Evaluación previa al tratamiento*: “se realiza una evaluación conductual para saber la dimensión del problema antes de la introducción del programa de modificación de conducta. Supone la recogida y análisis de datos e información con el fin de identificar y describir los objetivos comportamentales, especificar las causas probables del comportamiento, elegir las estrategias de intervención más adecuadas para modificarlo y evaluar los resultados del tratamiento”.
2. *Fase de tratamiento*: “una vez evaluada la conducta problemática se ideara un programa para lograr la mejora de esa conducta. Los programas de modificación de conducta implican la observación y el registro continuo del comportamiento a lo largo del tratamiento”.
3. *Fase de seguimiento*: “En esta última fase se observa atentamente si se mantienen los avances conseguidos en el tratamiento una vez concluido éste”.

### **6.6.1.2 Características de la Conducta a Registrar**

- Topografía: descripción del campo de estudio.
- Cantidad: frecuencia, duración.
- Intensidad.

- Control
- Latencia.
- Calidad.

### 6.6.1.3 Estrategias para Registrar la Conducta

Para registrar la conducta se utilizan las siguientes estrategias:

- “**Registro continuo:** recoge todas las apariciones del comportamiento durante un periodo de tiempo concreto.
- **Registro por intervalos:** se selecciona un periodo de tiempo específico en el que se va a observar y registrar todas las apariciones del comportamiento.
- **Registro de intervalo parcial:** sólo se registra la conducta de manera dicotómica (si aparece la conducta en un intervalo de tiempo concreto o no aparece).
- **Registro de intervalo completo:** sólo se registra la conducta si persiste durante un intervalo de tiempo completo.
- **Registro de muestreo temporal:** se puntúa una conducta como presente o ausente en intervalos de tiempo breves y temporales.
- **Muestreo temporal momentáneo:** registro dicotómico de momentos puntuales, como por ejemplo; las horas en punto.
- **Observación y registro:** se puede dar un tiempo breve para observar y el mismo para registrar las conductas”.

## 6.6.2 Técnicas de Intervención para Reducir o Extinguir Conductas Inadecuadas

### 6.6.2.1 Economía de fichas

JESSICA, M. (2005), en su libro *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños*, indica es una técnica para “reducir o extinguir conductas inadecuadas cuyo objetivo es el de eliminar conductas que interfieren en la dinámica familiar, escolar y social”.

Los reforzadores que se usan son “fichas que después se intercambiarán por algo que al sujeto le guste”. Para eliminar la conducta indeseable se hará a través de la pérdida de las mismas.

- a) Dejar claros los objetivos que se van a trabajar.
- b) Los premios a los que se podrá acceder (mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos).

Tener en cuenta distintos aspectos:

- “Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta
- El tipo de fichas dependerá de las características y gustos del individuo.
- La persona ha de poder elegir entre diversos premios.
- Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan.
- El precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico.
- Es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro.
- Puede usarse tanto a nivel individual como grupal”.

a) **Uso de la técnica**

“No ayuda a que el niño obtenga regalos o juguetes de forma fácil pese a que presenta comportamientos disruptivos o desobedientes”. Forma parte de “un tratamiento más global, la técnica denominada de “economía de fichas” funciona “para regular los refuerzos que recibe el niño”.

b) **Procedimiento**

Para obtener “un premio (juguete, salida a parque temático, excursión) deberá efectuar una serie de conductas deseadas (o dejar de hacer otras) que deben concretarse (portarse bien, obedecer, estudiar, ordenar sus cosas)”.

“Tras efectuar esta conducta se le dará inmediatamente un reforzador (puntos, fichas) que

el niño ira recogiendo hasta llegar a una determinada cantidad, momento en el que se le entregará el premio final”. También se pueden “pactar pequeños premios inmediatos para ciertas conductas deseadas al tiempo que se acumulan puntos para el premio mayor (refuerzo demorado)”. Lo importante es conseguir que el niño se dé cuenta que obtiene mayores beneficios y privilegios actuando de forma correcta.

**c) Puntos Claves para el Buen Funcionamiento:**

1. “Dichos premios deben estar pactados de antemano, ser claros y atractivos para el niño. Buscar realmente cosas que le gusten (no sirve pretender que se gane algo que necesita, por ejemplo, unos nuevos lápices para la escuela)”.

2. Asegurar que “al principio pueda ganarlos más fácilmente para motivarle. La entrega de estos premios debe ir acompañada de un halago sincero “estoy muy contento”, “lo haces muy bien” y, evidentemente, nunca deben ir acompañados de verbalizaciones negativas del tipo “a ver cuánto dura” Cuanto más pequeño sea el niño o más inquieto, más cortos deben ser los períodos en los que se evalúa la conducta (no funcionará prometerle algo si aprueba el curso dentro de tres meses)”.

3. En todos los casos, “si se entrega una ficha como reforzador, ésta podrá ser intercambiada (al menos al principio) inmediatamente por algún objeto de su deseo (pequeño juguete, golosinas)”.

4. Es importantes que “se cree una lista o cartel, donde se puedan visualizar el estado de los puntos obtenidos y los que le faltan para llegar al premio, cuando éste se demora según el plan establecido. En el caso de la aparición de una mala conducta puede también utilizarse la retirada de alguno de los puntos (coste de la respuesta)”.

5. Ser constante “en la aplicación de ésta técnica y no dejarse llevar por la frustración en el primer contratiempo. Se necesita tiempo para cambiar hábitos mal adquiridos y no hay soluciones mágicas al respecto”.

6. Las instrucciones al niño, “se debe hacer de forma clara y concreta, sin contradicciones y de forma que sean comprensibles para su edad”.

#### **6.6.2.2 Tiempo Fuera**

JESSICA, M. (2005), en su libro *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños*, el tiempo fuera consiste en “retirar al sujeto de la situación en la que realiza la conducta que se desea eliminar”. Por ejemplo, si el niño tira arena a sus amigos, la madre dice ¡eso no se hace! o ¡no se tira arena! y le sienta un rato a su lado. “Durante ese tiempo no se le dirige la palabra al niño, ni se le echa la bronca durante y después del periodo de aislamiento. Luego se da opción a seguir jugando”.

Se describen algunas pautas para su aplicación:

1. “La primera vez que se aplique, dejar claro al sujeto que no se le dejará de aislar hasta que la conducta cese.
2. Antes de aplicar el aislamiento debemos intentar controlar la conducta de modo verbal.
3. El tiempo de aislamiento debe ser de minuto por año de edad y puede aplicarse así hasta los 15 años. De esta manera evitaremos que pueda entretenerse con la invención de alguna actividad.
4. No reforzaremos ni positivamente ni negativamente antes o después del aislamiento.
5. Si esta técnica no resulta en una semana debemos cambiar el procedimiento.
6. Esta técnica supone una variación de la anterior en tanto es una técnica que utiliza básicamente la retirada de atención, por lo que muchos de los principios allí expuestos son válidos aquí pero con algunas matizaciones”.

### **a) Procedimiento**

Delante episodios de “lloros, rabietas o travesuras más subidas de tono (por ejemplo, cuando se produce el descontrol), puede utilizarse la técnica de “tiempo fuera”, en el que el niño se le retira físicamente del espacio actual para trasladarlo a su habitación u otro lugar, por un breve espacio de tiempo. También pueden ser los padres los que se retiran del lugar donde esté el niño (cuando es posible, p.e. en el comedor de la casa)”.

### **b) Puntos Claves para el Buen Funcionamiento**

1. “El sitio al que lo retiremos temporalmente debe ser un sitio en el que no tenga al alcance juegos u otras compañías para entretenerse. No se trata de buscarle un sitio hostil sino un sitio que sea aburrido con escasas posibilidades de que pueda hacer algo para pasar el tiempo”.

2. Debemos “trasladarlo inmediatamente después de aparecer la conducta o en el momento que ha llegado a un punto insostenible (por ejemplo, discusión entre hermanos que llega a un punto de descontrol)”.

3. “No discuta con él, no entre en recriminaciones ni calificativos despectivos como: “Eres muy malo y te voy a castigar” o “Me tienes harta, no tienes remedio”. Sí puede explicarle, con un tono calmado pero seguro e imperativo, el motivo de su retirada. Para ello decir concretando su queja “Como has pegado a tu hermanito no vas a poder jugar con él”. Hacer caso omiso de sus protestas o promesas. Recordar mostrar enfado pero no fuera de control. La idea es lanzarle un mensaje muy claro de que ha hecho algo mal y que estamos disgustados con él. Al respecto y de forma muy breve puede también decirle (ajustando el mensaje a la edad del niño) “me has decepcionado tanto que, en estos momentos no quiero estar contigo. Me siento muy triste”.

4. “No permitir que salga antes de tiempo del lugar de aislamiento. Si lo hace adviértale de consecuencias más negativas como que deberá estar más rato en esta situación”.

5. “El tiempo de aislamiento normalmente se calcula en base a un minuto por año del niño con un máximo de 20 minutos. Sin embargo, esto debe ser valorado por los padres. No se aconsejan tiempos más largos ya que pueden producir la conducta contraria a la que queremos eliminar”.

6. Cuando “lo vamos a buscar nos vuelve a regalar con conductas inadecuadas, hay que advertirle que si quiere salir deberá estar al menos 15 segundos sin efectuarlas. Manténgase firme en la decisión. Si pasa la prueba es muy posible que los episodios remitan, si cede aumentarán con toda probabilidad”.

7. “En el caso de que haya provocado desperfectos en el interior del habitáculo (ha desordenado o roto alguna cosa) deberá reponerlo o corregirlo con alguna acción antes de salir”.

La *primera técnica* de la economía de fichas en su aplicación intenta promover el *control de las conductas* del niño su ámbito familiar y el escolar. La aplicación no conlleva a que se trate que el mismo aprenda a funcionar siempre a base de premios sino por el contrario darle, al principio, motivos suficientes para iniciar un cambio en sus conductas; posteriormente se espera que en el futuro permanezcan las conductas adecuadas y que se mantengan no por los premios sino por lo que llamamos reforzadores naturales.

El niño puede empezar a no efectuar las conductas inadecuadas por ganarse el premio, pero este cambio de comportamiento puede hacer que funcione mejor con sus amigos y esto convertirse en un corto tiempo en un reforzador potente que el premio inicial. Las conductas pasan a ser controladas por las consecuencias positivas que se generan en su entorno. Como se entiende en los textos y en la teoría cognitiva es posible tratar los problemas conductuales si trazamos objetivos de tratamiento que conduzcan a una intervención adecuada con el apoyo de técnicas adecuadas para lograr tratar trabajar en los objetivos que se tracen.



Así también la *segunda técnica* del tiempo fuera tiene de igual manera efectividad; la técnica, independientemente de que se le está *retirando la atención*, se está despertando, contingentemente la aparición de las conductas no deseadas. Los textos nos ayudan a comprender que uno los “fantasmas infantiles” más presentes en la etapa infantil es la ansiedad de separación. El niño conoce que no será abandonado realmente por sus padres, pero el hacerle revivir esta ansiedad puede dispararle interiormente ciertas alarmas. Así lo que ahora puede temer no es la separación física sino la emotiva; el niño corregirá su conducta actual y futura no por las razones de los padres sino por las suyas temor a perder el respaldo emocional de los padres. En la retirada de atención, es necesario introducir momentos de atención hacia el niño para la aparición de conductas deseadas. El refuerzo verbal y físico como halagos, abrazos, manifestación de alegría, entrega de algún premio ayudara en este proceso que funcione; posteriormente la aplicación de otras técnicas permitirá la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

### **6.6.3 Técnicas Alternativas para Facilitar la Descarga de Energía Emocional.**

Según BOLAGAY, O. (2002), en su libro de *Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil*, sugiere “que en la modificación de conductas se pueden aplicar las siguientes técnicas, aplicar a partir de los 4-5 años de edad, antes de esta edad, el niño todavía no logra entender bien los términos y acciones a ejecutar”.

#### **6.6.3.1 Rayado**

**El método:** decirle “al niño que raye todo el pliego de papel con su lápiz, como si se tratara de un niño de 3 años de edad, que lo raye sin descanso, sin levantar la mano, si no puede continuar con la mano que inició, continuar con la otra, así hasta que lo llene completamente (negree completamente). Cuando el menor se torna muy “quejoso”, dice estar agotado, se enoja, menciona dolerle el brazo o la mano y no desea culminar, para ello se mencionará frases de estímulo como: ¡qué bien!, ¡tú puedes!, ¡está bonito!, ¡sigue!, haces

mejor que otros niños”. Esta acción realizada en la consulta, “se debe enviar a casa, bajo el control de la madre o del pariente cercano, una hoja (pliego) por día, las mismas que deberán ser presentadas al psicoterapeuta en la siguiente cita”.

### **6.6.3.2 Punteado**

El **método:** decirle “al niño que tome el lápiz en la mano hecho un puño (no como que va escribir) y puntear golpeando la hoja (utilizar una hoja de papel bond tamaño inen) y dejar toda llena de puntos. En las primeras sesiones no siempre llenan la hoja, pero posteriormente sí. No olvidar tener a la mano otro lápiz, porque rompen las puntas a veces intencionalmente”.

### **6.6.3.3 Recortado de Papel**

El **método:** “en un pliego de papel periódico, decirle al niño que recorto (rompa) con sus manos (dedos) trozos pequeñitos, a manera de picadillo, hasta acabar con toda la hoja. De igual manera esta acción debe ser realizada en el domicilio y traer en la siguiente sesión en una funda”.

### **6.6.3.4 Lanzado**

El **Método:** “el terapeuta tomando una hoja de papel bond tamaño inen, le arruga, dobla frente al niño hasta obtener “una pelota” y se lo entrega diciendo, lánzala con todas tus fuerzas contra esa pared, una y otra vez, a cada momento, apenas topa el piso, recoge pronto y otra vez lánzala, este juego vamos a hacer por unos 10 minutos. Percatarse que para esta acción, la pared utilizada no deba contener gráficos, cuadros u otros objetos. La frase utilizada siempre será “coge rápido y lanza, coge rápido y lanza”. Para las siguientes sesiones el tiempo a emplearse debe ir en aumento, hasta completar entre 15 y 20 minutos. Esta acción debe ser aplicada en casa y siempre con vigilancia. Las cuatro técnicas señaladas, se deben realizar cuando el menor haya culminado sus deberes y repasos

escolares, previo horario establecido con los padres y el paciente (en casa mínimo se debe aplicar dos técnicas) o antes”.

## 6.6.4 Técnicas para Incrementar Conductas Deseables

### 6.6.4.1 Reforzamiento Positivo.

Bolagay indica “para aumentar la frecuencia de las respuestas aceptadas socialmente se necesita la administración de reforzadores o estímulos agradables. Los resultados son unánimes en cuanto a la duración de sus efectos, es larga cuando se aplica adecuadamente”:

- **Un reforzador positivo:** “puede ser cualquier cosa, acción o situación. Y su naturaleza puede ser muy diversa”.
- **Los reforzadores naturales:** “corresponden a la satisfacción de una necesidad: ejemplo, comer cuando se tiene hambre, recibir una felicitación”.
- **El reforzador artificial:** “se aplica con la intención de incrementar una conducta deseada: Dar un caramelo a un niño cuando ha recogido su habitación por ejemplo”.
- **Los reforzadores secundarios:** “requieren ser aprendidos. Algunos de los denominados básicos también han sido aprendidos. Aprendemos a ser atendidos, aprendemos a comer”.

“El deseo de ser atendido permanece a lo largo de toda la vida. Los reforzadores se han de aplicar siguiendo unas reglas”:

- **Contingencia.-** “Significa que el reforzador se ha de aplicar después de la acción que se quiera incrementar, nunca antes”.
- **Inmediatez.-** Aplicación inmediata. “El tiempo que se deja pasar atenúa los efectos del reforzador”.
- **Información.-** “Informar a la persona de lo que queremos de ellos y cuáles son las consecuencias o reforzadores que se les va aplicar”.

- **Credibilidad.** “La eficacia de los reforzadores está relacionada con la actitud de quien los aplica”.

**Método:** Cada vez que “el niño cumpla a cabalidad las acciones que vamos aplicando, si se aprecia que ha disminuido la actividad, la inatención, le reforzamos positivamente, con una acción proporcional a favor de él (economía de fichas)”.

Por ejemplo si las 4 primeras acciones mencionadas anteriormente “las realiza bien se le reforzará con palabras cariñosas, abrazos, un dulce, aclarándole que se le elogia no por haber realizado correctamente una acción si no por su comportamiento se observara que está más tranquilo y atento y se le puede reforzar dos veces en el día si lo hace correctamente”. Se debe “ir aumentando los refuerzos positivos, estos refuerzos irán aumentando en significado, así una funda de papas fritas, emparedados, helados, sin permitir que el niño chantajee a los padres con juguetes tecnificados de mucho valor a cambio de portarse bien por una semana, ese no es el fin. Si al tercer mes se ve notable mejoría se puede programar un paseo corto a donde él desee y le agrade”.

## **6.6.5 Técnicas Alternativas para Facilitar la Aparición de Conductas Deseables**

### **6.6.5.1 El Modelado**

Es una técnica que se utiliza desde la perspectiva cognitiva; Bandura indica “que tiene una finalidad doble”, por una parte la aparición de nuevas conductas y por otra aumentar la frecuencia de otras que *ya existen*. Consiste “en exponer al niño *a la conducta del modelo* observando lo que este hace y las recompensas (reforzadores) que recibe el modelo y observador cuando realizan la conducta esperada y aceptada”. Para que sea eficaz se ha de tener en cuenta:

1. “El modelo ha de gozar de prestigio reconocido por el observador.
2. Utilizar modelos competentes y con experiencia.

3. El modelo ha de ser de mayor edad que el observador.
4. Tanto las conductas del observador como las del modelo han de ser reforzadas positivamente”.

“Una variante del modelado el *modelado encubierto* utilizado en terapia familiar; consiste en la observación del modelo a través de la imaginación. La duración de los efectos es larga si las imitaciones que el modelo hace de la persona cuya conducta queremos modificar se refuerzan de manera intermitente”.

Otra variante “es pretender que las conductas aprendidas se mantengan cuando *desaparecen los reforzadores* que facilitaron su aparición. Consiste en eliminar progresivamente y suavemente todas las ayudas externas comenzando por la guía física, continuando con la instigación verbal y finalizando con los reforzadores hasta que la conducta se mantenga con los estímulos naturales. La técnica permite mantener los aprendizajes y generalizarlos a situaciones diversas. Se utiliza en la relación de padres hijos”.

#### **6.6.5.2 Moldeamiento de Construcción de Conductas Nuevas**

De igual manera esta técnica cognitiva del lineamiento de Bandura “parecida a la del modelado se aplica cuando la conducta que se quiere adquirir no está en la persona. Se trata de un proceso en el que no se trata tanto de imitar a alguien externo sino de *construir conductas* a partir de la propia acción del niño”. Esta técnica está orientada para adquisición de hábitos:

- “El modelo será la propia persona; para ello hemos de descomponer el objetivo final en varias partes y cuando la persona se aproxima con su conducta a estas partes se le refuerza y recompensa”.
- “Al principio puede ser de tipo ensayo error pero después conforme la persona va interiorizando que conductas son las que se recompensa se ira aproximando al

objetivo final. Cuando estimamos que ya tiene las conductas adecuadas iremos desvaneciendo los refuerzos hasta la conducta de éxito”.

Consta de diferentes fases:

1. *Fase:* especificación del objetivo final o conducta.
2. *Fase:* descomponer el objetivo final en partes o conductas intermedias. Prevención de reforzadores que se administraran a cada aproximación y los criterios que servirán de indicadores de éxito.
3. *Fase:* elección de una de las conductas de la persona para que sirva de punto de partida.
4. *Fase:* aplicación de la técnica reforzando los primeros ensayos. A medida que el objetivo de la fase se alcanza se disminuyen los reforzadores y los estímulos.
5. *Fase:* refuerzo de todos los ensayos hasta que el objetivo de fase se alcanza, en este momento se inicia el desvanecimiento de los reforzadores.
6. *Fase:* se trabajan las secuencias que faltan para la consecución final”.

La aplicación de la terapia sistémica y las técnicas cognitivo conductual tienen su finalidad específica referente al tratamiento sobre la disfunción familiar y el trastorno negativista desafiante los objetivos principales de la terapia sistémica trabajar en la estructuración familiar, mediante las técnicas de diagnóstico, restructuración, apoyo; más las técnicas alternativas del psicodrama y role playing. Conjuntamente trabajar el apareamiento de la conductas negativistas desafiantes; mediante procedimientos, métodos, fases y parámetros a seguir de las técnicas de intervención para reducir o extinguir conductas inadecuadas; más la utilización de técnicas alternativas para descargar la ira; apoyado del reforzamiento positivo; así como también aplicar otras técnicas que colaboren en la aparición de conductas deseables y una construcción de conductas a partir de la propia acción del niño en el seguimiento de los casos.

## 6.7 Metodología – Plan de Acción

Etapa	Objetivos	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo
I	1. Datos Informativos de la investigación.  Dar a conocer los resultados de la investigación para la concientización del contexto familiar y conductual de las familias y niños de la fundación de niños especiales san miguel de salcedo.	Presentar las conclusiones recomendaciones de la investigación a los directivos terapeutas y familia de la fundación de niños especiales san miguel de salcedo	- Humanos. - Materiales: - Infocus - Salón - Hojas	Investigadora	Diciembre  1ra Semana
	2. Logística  Dar a conocer a los miembros administrativos del espacio que se necesitara así como de los recursos humanos y técnicos que se utilizara.	Preparación del material a utilizar teórico y práctico.	- Físicos - Humanos. - Materiales: - Infocus - Salón - Hojas	Investigadora	2 da Semana

II	3. Rapport y empatía -Crear y proporcionar un ambiente positivo con las familias y niños.	Conocer las expectativas del grupo de investigación.	- Humanos. - Materiales: - Salón - Hojas - Esferos	Investigadora	3ra Semana
	4.Objetivos y establecimiento del tratamiento  -Establecer el encuadre terapéutico con las familias y niños del presente estudio.	Realizar un encuadré terapéutico para establecer horarios de las sesiones y definir las metas terapéuticas.	- Humanos. - Materiales: - Salón - Hojas - Esferos	Investigadora	4ta y 5ta Semana
III	5. Desarrollo y aplicación de la Técnicas Terapéuticas de Intervención Sistémicas.  1. Acercamiento a la familia. 2. Mapa de la estructura de la familia. 3.Tecnicas de Apoyo	Identificar la estructura familiar mediante la elaboración del genograma familiar para conocer la estructura familiar e interrelaciones con los miembros:  -Mapeo de la estructura familiar. -Delinear relaciones familiares.	- Humanos. - Materiales: - Salón - Hojas Esferos	Investigadora	Enero 6ta, 7ma y 8va Semana



IV	<p>6. Establecer un diagnóstico familiar para conocer la situación actual de la familiar.</p> <p>Fase 1</p> <p>-Técnicas de Diagnóstico.</p>	<p>Realizar un diagnóstico de la situación familiar mediante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dramatización</li> <li>- Espontanea</li> <li>- Interpretaciones provocadas</li> <li>- Interacción alternativa.</li> <li>- Focalización</li> <li>- Intensidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos.</li> <li>- Materiales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas</li> <li>- Muñecos</li> <li>- Lápices</li> <li>- Esferos</li> <li>- Grabadora</li> </ul> </li> </ul>	Investigadora	9ta y 10ma Semana
	<p>Fase 1</p> <p>7. Establecer la Evaluación conductual dirigido a los niños con trastorno negativista desafiante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer la dimensión del problema antes del programa de modificación de conductas.</li> <li>- Recogida y análisis de datos:</li> <li>- Características de la conducta registrada (cantidad, frecuencia, intensidad, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material de oficina.</li> <li>- Humanos (familias - terapeuta)</li> </ul>	Investigadora	Febrero 11va Semana

V	<p>Aplicación de la Técnica.</p> <p>Fase 2</p> <p>-Técnica de Restructuración Familiar.</p>	<p>Trabajar con los límites, interacciones, formas de solucionar los problemas familiares mediante las siguientes técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distancia psicológica.</li> <li>- Tiempo de interacción.</li> <li>- Desbalance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos.</li> <li>- Materiales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas</li> <li>- Grabadora</li> </ul> </li> </ul>	Investigadora	12va 13va y 14 va Semana
	<p>Fase 2</p> <p>- Establecer la fase de tratamiento para los niños con trastorno negativista desafiante <i>Economía de fichas</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación y registro continuo de comportamiento del niño a lo largo del tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la economía de fichas conjunta con los Padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartulina, colores, gráficos, estiquers.</li> </ul>	Investigadora	Ojo La economía de fichas se mantendrán durante el tiempo que dure la propuesta, duración.

VI	<p>Aplicación de la Técnica</p> <p>-Técnica <i>Reestructuración Familiar</i>.</p>	<p>Trabajar con la comunicación familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los desempoderamientos.</li> <li>- Concientizar a la familia.</li> <li>- Sobre la equivocación en la comunicación.</li> <li>- Reempoderar la comunicación.</li> <li>- Trabajar con expresiones corporales mediante el psicodrama.</li> <li>- Role playing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos</li> <li>- Materiales</li> <li>- Hojas</li> <li>- Escritorio</li> <li>- Monigotes</li> <li>- Disfraces</li> </ul>	Investigadora	<p>Marzo</p> <p>15va, 16va y 17</p> <p>Semana</p>
	<p>Fase 3</p> <p>Aplicar la Fase de Tratamiento a los niños <i>Tiempo fuera</i>.</p>	<p>Explicar a los padres de familia el manejo de la técnica tiempo fuera, para su ejecución en esta etapa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos</li> <li>- Materiales</li> <li>- Escritorio</li> <li>- Silleta</li> </ul>	Investigadora	<p>Ojo</p> <p>Tiempo fuera será una técnica que se aplicara cuando la conducta negativa del niño se presente.</p>

VII	Aplicar la Reestructuración Familiar.	Trabajar en las expresiones de afecto, mediante técnicas sicométricas para las expresiones de afecto.  - Role playing. - Fortalecer la intimidad de pareja.	- Humanos. - Materiales: - Monigotes - Hojas - Diario para la familia.	Investigadora	Abril 18 va, 19va y 20va Semana
	Fase 4 Aplicar la Fase de Tratamiento a los niños.	Trabajar con la <i>descarga de energía emocional</i> mediante: - Rayado - Punteado - Recortado de papel - Lanzado	- Papeles - Periódicos - Lápices.		
VIII	Aplicar la Reestructuración Familiar.	- Fortalecer los roles mediante: - Técnicas psicodramáticas. - Role playing - Silla vacía	- Humanos - Escritorio - Sillas - Hojas esferos	Investigadora	Mayo 21va, 22va y 23va Semana
	Fase 5 Aplicar la Fase De Tratamiento a los niños.	Trabajar con los <i>reforzamientos positivos</i> cada vez que el niño cumpla una buena conducta a través de la economía de fichas.	Objetos establecidos por los padres para restablecer la conducta.		

	<p>Fase 3  Establecer <i>Técnica de Apoyo</i> para la  Reestructuración Familiar.</p>	<p>Trabajar con la construcción y realidades familiares sistema.  Medir cambios en el sistema Familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos</li> <li>- Materiales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escritorio</li> <li>- Hojas</li> <li>- Esferos</li> </ul> </li> </ul>	<p>Investigadora</p>	
	<p>Fase 6  Establecer la Fase de Seguimiento.</p>	<p>Observación de los cambios conductuales realizados y su secuencia.  Aplicación de Técnicas alternativas para facilitar la aparición de conductas deseables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelado</li> <li>- Moldeamiento</li> </ul> <p>construcción de conductas a partir de la propia acción del niño.</p>			

## 6.8 Marco Administrativo

### 7.8.1. Recursos

#### 7.8.1.1. Humanos

Actividad	N°	Valor/hora	Tiempo/hora	Valor/activ
Investigadora	1	-	-	-
Trabajadora Social	1	-	-	-
Terapeuta	1	-	-	-
<b>Total</b>				-

#### 6.8.1.2 Físicos e Institución

	N°	Valor Unit	Valor total	Valor/recurso
Oficina	1	-	-	-
Salón	1	-	-	-
Total				-

#### 6.8.1.3 Materiales

Recursos	N°	Valor Unit.	Valor	Valor/recurs
Historia Clínicas	30	0.02	1.80	1.80
Reactivos Psicológicos	90	0.02	2.40	2.40
Fichas de Observación	30	0.02	0.60	0.60
Cuestionarios	10	0.02	0.20	0.20
Otros	60	0.02	1.20	1.20
Total				6.20

#### 6.8.1.4 De escritor

<b>Recursos</b>	<b>N°</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Tiempo /hora</b>	<b>Valor / Recurso</b>
Computadora	1	0.50	100 horas	50.00
Impresiones	1	0.05	-	64.00
Papel		0.01	-	7.00
Copias		0.02	-	75.00
Perforadora, engrapadora, saca grapapas.	3	10.50	-	12.00
Esferos y lápices	10	0.25	-	2.50
Otros	2	-	-	62.00
<b>Total</b>				<b>270.00</b>

#### 6.8.1.3 Otros Recursos

<b>Recursos</b>	<b>N°</b>	<b>Valor Unit</b>	<b>Valor total</b>	<b>Valor/recurso</b>
Subsistencia		2.00	96.00	96.00
transporte		1.00	100.00	100.00
Otros		0.50	36.00	36.00
<b>Total</b>				<b>232.00</b>

### 6.8.1.3 Presupuestó y Financiamiento

N°	RECURSOS	VALOR
1	Humanos	-
3	Físicos e institucionales	-
3	Materiales	6.20
4	Escritorio	270.00
5	Otros recursos	232.00
	10% de imprevistos	100.00
	Total	608.20

### 6.9 Previsión de la Evaluación

La previsión de la evaluación se desarrollara en dos momentos:

Primer momento:

- Evaluación de los cambios en la estructura familiar mediante la observación de la dinámica familiar, cumpliendo las metas familiares establecidas, modificación de



conducta en sus hijos. Todo ello se verificara finalmente con la recopilación del test de funcionamiento familiar.

Segundo momento:

- Evaluación de los cambios conductuales del niño con trastorno negativista desafiante en el contexto familiar y académico; mediante:
  - Registro de conducta.
  - Duración de la conducta positiva.
  - Disminución de síntomas desafiantes manipuladores, que concluirá con la reevaluación del test basado en los criterios diagnósticos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al TND y la APA, asigna el código 313.81 en la identificación del TND en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR) para la Diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante.
  
- Con ello finaliza la predicción de la evaluación.

## Bibliografía

1. ALMONTE V., MONT S. Y CORREA D. (2006), Psicopatología Infantil y de Adolescencia, Ediciones primera 2005, segunda 2006, Editorial Mediterráneo Chile, Pág. 49-56
2. BALAREZO, CH. (2003), Manual de Sicoterapia, Editorial Centro de Publicaciones Pontificia de la Universidad Católica del Ecuador, Segunda edición, Quito, Pág.306 – 307.
3. BALAREZO Y MANCHENO (2003), Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico, Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito. Pág. 6 -14.
4. BANUS, S. Trastornos de la conducta, Biblioteca Abierta, (en línea) Cataluña España, 2010 (fecha de acceso 30 de Agosto del 2011) Disponible en <http://www.psicodiagnosis.es/acercadelaweb.php>.
5. BOLAGAY (2002), Psicología Clínica y Psicorehabilitación Infantil, Segunda Edición, Editorial Universitaria, Quito, Pág., 55-61y 137.
6. CAMACHO Z. Y JÁCOME V. (2008), Mapeo de las Comisarías de la Mujer y la Familia, Editorial Ceplaes –IDRC, Centro de Planificación y Estudios Quito - Ecuador. PDF, Pàg.18-22-48
7. CANTÚ LEYVA (2000), Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil, Editorial Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario, Red de Revistas Científicas de América Latina Redalyc México. PDF, Pág.2-3
8. DICCIONARIO ILUSTRADO DEL CONOCIMIENTO NORMA, 6, DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2006), Sociedad, Editorial LAROUSE, Pág. 21-33.
9. CIE-10 (2000), Guía de Bolsillo de la Clasificación del CIE-10, Reimpresión, Editorial Panamericana, Madrid España, Pág. 211
10. DSM VI (2008), Manual Psicodiagnostico, Editorial el Manual Moderno S.A de CV, primera reimpresión de la primera edición, 2008. Pág. 565

11. ESQUIVEL (2006), Psicodiagnostico del Niño, Segunda Edición, Editorial Manual Moderno, Bogotá, Pág., 112- 213.
12. FRIEDBERG – MCLURE (2005), Practica de la Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes, Todas las ediciones, Editorial Paidos, Buenos Aires, Pàg.164
13. GARCÉS PRETTEL (2010), La Comunicación Familiar en Asentamientos Subnormales, Universidad Tecnológica de Bolívar (Colombia), Editorial Red de Revistas Científicas de América Latina Redalyc, el Caribe, España y Portugal. PDF, Pág. 3
14. GARRY MARTIN; JOSEPH PEAR (2007). Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Editorial Pearson. Madrid. PDF, Pág. 7- 297-298
15. GALLEGOS (2007), La familia como Sistema, Editorial Revista Paceaña Familiar Uruguay, PDF, Pág. 113
16. HERRERA, P. (1997). La Familia Funcional y Disfuncional, un Indicador de Salud. Editorial Revista Cubana de Medicina Integral, PDF, Pág. 6
17. HERNÁNDEZ (2008), Trastornos del comportamiento, Editorial Red de Revistas Científicas de América Latina Redalyc, el Caribe, España y Portugal. (en línea), PDF, Pág.949-951
18. HOFFMAN, (2005), Fundamentos de la Terapia familiar, Reimpresión 2005, traducida de Juan José Utrilla, Editorial Fondo de Cultura Económica México, Pàg.147-149.
19. LEMOS GIRÁLDEZ (2003), Psicopatología de la Infancia y de la Adolescencia, ISN versión impresa, Editorial Revistas Científicas de América Latina y Caribe Redalyc México, PDF Pág. 19-22
20. LELIWA E SCANGARELLO, (2008), Psicología y Educación, Segunda edición, Editorial Brujas. Argentina Pág.20
21. Naciones Unidas (ONU). La familia y salud en el contexto del décimo aniversario del año Internacional de la familia. informe 113va reunión de la

ONU: WDC: OMU, Biblioteca abierta (en línea) 2007 (fecha de acceso 23 de Agosto del 2011). Disponible en url: <http://.who.int/gbpdf>.

22. MINUCHIN, (1986), Familias y Terapia Familiar primera edición 1979, segunda edición, Editorial Gedisa. Buenos Aires, Pág. 78-138.
23. MINUCHIN S. (1974), “*Families and family therapy*”, primera edición, Editorial Rev. Pacea Med. Fam. 2007; 4(6): Harvard University Press, PDF, Pág.111
24. MINUCHIN, S. (1979), Familias y Terapia familiar, segunda edición, Editorial, Red de revistas científicas América Latina y Caribe Redalyc Barcelona, PDF, Pág. 78 - 138
25. MINUCHIN, S. (1990), Familias y Terapia familiar, tercera edición, Editorial, Red de revistas científicas América Latina y Caribe Redalyc Barcelona, PDF, Barcelona, Pág. 88 - 89.
26. MINUCHIN, S. Y FISHMAN, CH. (1984), Técnicas de Terapia Familiar, segunda edición, Editorial Paidos, México, Pág. 86-89
27. MINUCHIN, (1994), La Recuperación de la Familia, traducida por Michael P. Nichols 2006, Primera Edición, Editorial Paidos Ibérica S.A, Barcelona Buenos Aires México. Pág. 13 - 29 - 47.
28. MADANES - CLOE (2007), Terapia Familiar Estratégica, Primera edición cuarta reimpresión, Editorial Amorrato Buenos Aires, Pág. 30-45
29. REYES C. (2005), Psicodrama, Segunda Edición Corregida y Aumentada en el 2006, Editorial Cuatro Vientos Castilla 131, Correo 29, Santiago de Chile, Pág,32-41
30. GARCÍA-NONELL C, Y RIGAU-RATERA. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Biblioteca Abierta, (en línea) Barcelona, Edición [REV NEUROL 2010;42 (Supl. 2):S83-S88] PMID: 16555222 - Revisión - Fecha de publicación: 13/02/2006(Fecha de ingreso 31 de Agosto del 2011) , Disponible: <http://www.revneurolog.com/sec/deAutor.php?auof=12808&i=e>

31. RECIO R. Día Internacional de la familia. Biblioteca abierta (en línea) 2003 (fecha de acceso 19 agosto del 2011). Disponible en url: <http://www.bvs.slda.cu.htm>.
32. VEITÍA - CÁRDENAS, (2003), Recibido: 19 de octubre. Aprobado: 12 de julio de 1998; recibido 12 Noviembre. Aprobado 20 de noviembre de 2003, Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), Municipio Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba, Pág. 165-166

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO**

**HISTORIA CLÍNICA PSICOLOGICA**

**I DATOS DE FILICACIÓN:**

**Nombres y Apellidos:**.....  
**Edad:** .....  
**Fecha de Nacimiento:**.....  
**Instrucción:**.....  
**Ocupación:**.....  
**Estado Civil:**.....  
**Religión:**.....  
**Cédula:**.....  
**Dirección:**.....  
**Teléfono:**.....  
**Fecha de atención:**.....  
**Fecha de evaluación:** .....

**II GRUPO FAMILIAR**

**1. Tipo de hogar**

Organizado.....  
Desorganizado.....  
Otros.....

**2. Conformación Familiar grupo de Origen**

.....  
.....  
.....

**Relaciones afectivas**

.....  
.....  
.....

**3. Genograma**

**4. Condiciones de Vida**

- Vivienda:
- Urbana.....Suburbana..... Rural.....Propiedad.....Arrendada
- Servicios de Infraestructura
  - Agua potable..... Luz eléctrica..... Servicios Higiénicos.....
  - Otros.....

**III MOTIVO DE CONSULTA**

.....

.....

.....

.....

**IV HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

.....

.....

.....

.....

**V PSICO ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA**

**Prenatal:**.....

.....

.....

**Natal:**.....

.....

.....

**Infancia:**.....

.....

.....

**VI PSICO ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL**

.....

.....

.....

**VII PSICO ANAMNESIS PATOLOGICA:**

.....

.....

**VIII APLICACIÓN DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS**

.....

.....



**IX EXAMEN DE FUNCIONES**

Conciencia:.....  
Atención:.....  
Sensopersepciones:.....  
Memoria:.....  
Afectividad:.....  
Inteligencia:.....  
Pensamiento:.....  
Voluntad:.....  
Instintos:.....  
Hábitos:.....  
Juicio y Razonamiento:.....

**X DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

.....  
.....

**XI EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

.....  
.....

**XII DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

.....  
.....  
.....

**XIII DIAGNOSTICO DEFINITIVO:**

.....  
.....  
.....

**XIII POSIBILIDADES APTITUDINALES - OCUPACIONALES**

.....

Firma

## ANEXO 2

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL, Cárdenas)

Se utilizó el test FF-SIL que fue diseñado y valorado en Cuba con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: De 70 a 57 familia funcional, de 42 a 28 familia disfuncional.

Respetuosamente me dirijo hacia Usted para solicitar su colaboración con esta encuesta.

Por favor conteste el siguiente test, el mismo que no tiene respuestas buenas o malas; servirá para determinar el mejor trabajo como profesional de la salud mental.

<b>Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado</b>					
Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5	
					1 2 3 4 5
1.-Se toman decisiones para las cosas importantes de la familia					
2.- En mi casa predomina la armonía					
3.-En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					

4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.-Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6.-Podemos aceptar los efectos de los demás y sobre llevarlos.					
7.-Tomamos en consideración las experiencias de otras personas ante situaciones diferentes.					
8.-Cuando alguien de la familia tiene problemas los demás lo ayudan.					
9.-Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.- Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

-----  
FIRMA DE RESPONSABILIDAD

*Gracias por su Colaboración*

### ANEXO 3

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Test basado en los criterios diagnósticos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al Trastorno Negativista Desafiante (TND) y la APA, asigna el código 313.81 en la identificación del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR) para la Diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante

Respetuosamente me dirijo hacia Usted para solicitar su colaboración con esta encuesta.

Por favor conteste el siguiente test, el mismo que no tiene respuestas buenas o malas; servirá para determinar el mejor trabajo como profesional de la salud mental.

**Ítems:**

1. A menudo el niño se encoleriza e incurre en rabietas.  
SI –  
NO --
1. A menudo observa el niño discute con adultos  
SI --  
NO --
2. A menudo el niño desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas  
SI --  
NO --

3. A menudo el niño se molesta deliberadamente a otras personas  
SI --  
NO --
4. A menudo observa que el niño acusa a otros de sus errores o mal comportamiento  
SI --  
NO --
5. A menudo observa que el niño es susceptible o fácilmente molestado por otros  
SI --  
NO --
6. A menudo el niño es colérico y resentido  
SI --  
NO --
7. A menudo observa que el niño es rencoroso o vengativo.  
SI --  
NO --
9. A menudo reniega y utiliza lenguaje obsceno.  
SI --  
NO --

-----  
FIRMA DE RESPONSABILIDAD

*Gracias por su Colaboración*

**ANEXO 4**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN SD**

**Objetivo:** registrar el comportamiento de manera completa sensitiva en continuo sin prejuicio teórico con permanencia.

NOMBRE DEL OBSERVADO.....EDAD.....

ESTABLECIMIENTO.....FECHA.....

1.- CONTEXTO DE LA ESCENA:

2.- MIEMBROS PARTICIPANTES:

3.- REGISTRO DESCRIPTIVO:

4. COMENTARIOS:

-----  
OBSERVARADORA

**ANEXO 5**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**GUÍA DE ENTREVISTA**

**Objetivo:** registrar información respecto a la problemática de la disfunción familiar y su incidencia en el trastorno negativista desafiante.

NOMBRE DEL ENTREVISTADO(A).....EDAD.....  
INSTITUCIÓN.....FECHA.....  
ESPECIALIDAD.....

**Cuestionario:**

- 1.- Hace cuánto tiempo funciona esta institución?.
- 2.- Cuál es el porcentaje aproximado de pacientes atendidos en consulta?
- 3.- Qué tipo de servicios terapéuticos proporciona la institución?.
- 4.- Ha tratado la problemática de la disfunción familiar?.
- 5.- Existen casos de trastorno negativista desafiante en su consulta?.
- 6.- Existen casos de trastornos de conducta en su Institución?
- 7.- Cómo reaccionan los docentes y autoridades frente a problemas conductuales?.

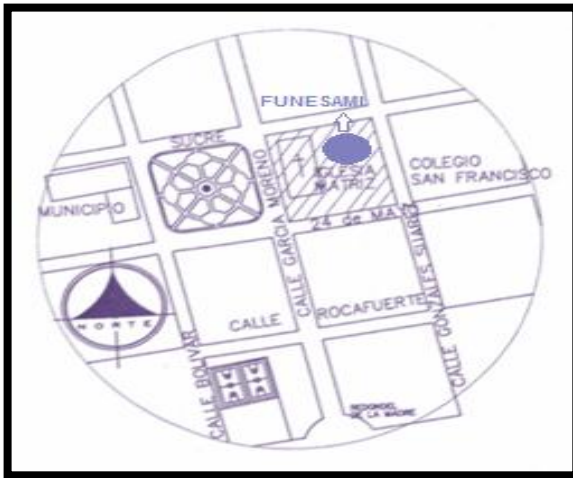
**Nota:** Se orientan en la entrevista las preguntas a dos instituciones distintas, según nuestro propósito de investigación.

-----  
ENTREVISTADORA

**ANEXO 6**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DE SALCEDO**

**CROQUIS DE LAUBICACIÓN**



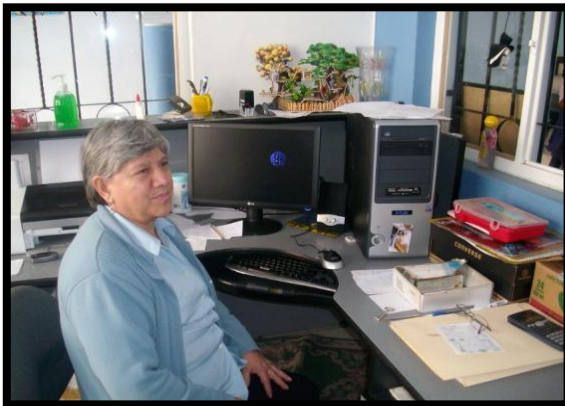
Fuente: Realizado por Flores (2003)

**INSTITUCIÓN**



Fuente: Segovia (2011)

**LA ADMINISTRACIÓN**



Fuente: Segovia (2011)

**PSICÓLOGA DE LA INSTITUCIÓN**



Fuente: Segovia (2011)



## PARTICIPACIÓN EN LA TERAPIA



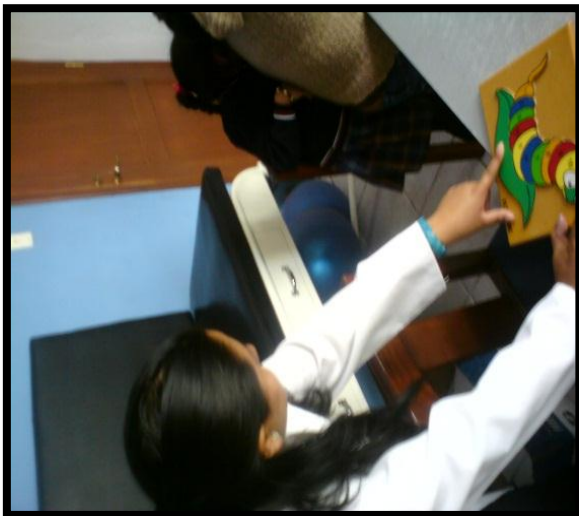
Fuente: Segovia (2011)

## ENTREVISTA CON LOS PADRES 1



Fuente: Segovia (2011)

## ENTREVISTA AL NIÑO(A)



Fuente: Segovia (2011)

## ENTREVISTA A LOS PADRES 2



Fuente: Segovia (2011)