

**ESTUDIO DE CASO DE UN TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, DESDE LA  
PERSPECTIVA SISTÉMICA EN EL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE LA UPB,  
EN BUCARAMANGA.**



**GIMEL DEL PILAR MURILLO GUERRA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA BUCARAMANGA**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**2019**

**ESTUDIO DE CASO DE UN TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, DESDE LA  
PERSPECTIVA SISTÉMICA EN EL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE LA UPB,  
EN BUCARAMANGA.**

**Ps. GIMEL DEL PILAR MURILLO GUERRA**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ASESORA**

**Mg. LINA PATRICIA MÉNDEZ MORENO**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA BUCARAMANGA ESPECIALIZACIÓN  
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**2019**

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
<u>Objetivo general.....</u>	<u>19</u>
<u>Objetivos específicos.....</u>	<u>20</u>
<u>METODOLOGÍA.....</u>	<u>20</u>
<u>Participantes.....</u>	<u>20</u>
<u>Instrumentos .....</u>	<u>21</u>
➤ <u>Exploración .....</u>	<u>21</u>
➤ <u>Instrumentos de evaluación individual.....</u>	<u>22</u>
➤ <u>Instrumentos de evaluación sistémica familiar.....</u>	<u>22</u>
<u>Procedimiento.....</u>	<u>24</u>
<u>FORMULACIÓN DE CASO.....</u>	<u>25</u>
<u>Motivo de consulta.....</u>	<u>25</u>
<u>Genograma.....</u>	<u>26</u>
<u>Definición del problema.....</u>	<u>28</u>
<u>Análisis descriptivo .....</u>	<u>29</u>
<u>Análisis Explicativo .....</u>	<u>30</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>36</u>
<u>Resultados del proceso.....</u>	<u>42</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>43</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>48</u>
<u>RECOMENDACIONES.....</u>	<u>49</u>

REFERENCIAS.....51

ANEXOS.....56

## **LISTADOS DE TABLAS**

Tabla 1. Datos de Familiares.....	27
Tabla 2. Descripción Procesos Terapéutico.....	34
Tabla 3. Resultados APGAR Familia.....	36
Tabla 4. Resultados del Proceso Terapéutico .....	42

**LISTADO DE GRÁFICOS**

Ilustración 1. Genograma.....26

## **LISTADO DE ANEXOS**

Anexo1. Historia Clínica.....	56
Anexo2. Formato Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 6-12 años. Escuela.....	66
Anexo3. Formato Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 6-12 años. Familia.....	67
Anexo 4. Formato Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 8-12 años. Auto informe...	68
Anexo 5. Formato de prueba APGAR familiar.....	69

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** ESTUDIO DE CASO DE UN TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA EN EL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE LA UPB, EN BUCARAMANGA.

**AUTOR(ES):** GIMEL DEL PILAR MURILLO GUERRA

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** LINA PATRICIA MENDEZ MORENO

### **RESUMEN**

La presente monografía describe la intervención sistémica de un caso de trastorno negativista desafiante en el Instituto de Familia y Vida de la UPB, en Bucaramanga, Santander. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la interrogación sistémica, las pruebas psicológicas, SENA. Test APGAR Familiar y Test dibujo de la familia. Se elaboraron hipótesis sistémicas en relación con la influencia de la familia en el desarrollo, aparición y mantenimiento de las conductas sintomáticas, pautas de interacción disfuncionales, problemas en la estructura y organización del sistema familiar, y la no adaptación a la separación parental como evento no normativo del ciclo vital del sistema. Se hizo la intervención desde los modelos estructural, estratégico y evolutivo, promoviendo la reestructuración del sistema y la mejoría de los síntomas.

### **PALABRAS CLAVE:**

Familia, Intervención, Síntoma, Perspectiva Sistémica.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

### **GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** CASE STUDY OF A CHALLENGING NEGATIVIST DISORDER, FROM THE SYSTEMIST PERSPECTIVE IN THE UPB FAMILY AND LIFE INSTITUTE, IN BUCARAMANGA.

**AUTHOR(S):** GIMEL DEL PILAR MURILLO GUERRA

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** LINA PATRICIA MENDEZ MORENO

### **ABSTRACT**

The present monograph entitled study of a defiant negativist disorder, in the Institute of Family and Life UPB, in Bucaramanga, Santander. As evaluation instruments, systemic interrogations, psychological tests, SENA, Family APGAR Test and Family drawing test were used. Systemic hypotheses were developed in relation to the influence of the family on the development, appearance and maintenance of symptomatic behaviors, dysfunctional interaction patterns, problems in the structure and organization of the family system, and non-adaptation to parental separation as a event no normative of the life cycle of the system. The intervention was made from the structural, strategic and evolutionary models, promoting the restructuring of the system and the improvement of the symptoms.

### **KEYWORDS:**

Family, Intervention, Symptom, Systemic Perspective

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

La presente monografía describe la intervención de un caso de trastorno negativista desafiante en el marco de la práctica clínica realizada en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana en Bucaramanga.

El Instituto de Familia y vida, apoya los procesos de docencia, investigación y proyección social de la universidad, a través de la oferta de atención psicológica oportuna, segura y efectiva a población de riesgo y vulnerabilidad de los estratos menos favorecidos de la región. Como sitio de formación, esta institución posibilita la realización de la práctica en psicología en pregrado y postgrado, así como el desarrollo de competencias clínicas y éticas, contribuyendo a la formación de profesionales competentes e íntegros y la ratificación de los valores desde el humanismo cristiano, para el bien de la comunidad.

Para llevar a cabo la práctica en el Instituto de Familia y Vida, y teniendo en cuenta la demanda de personas que solicitan una intervención oportuna, fue necesaria la apropiación de elementos teórico-prácticos desde el enfoque sistémico, especialmente a partir de una mirada valorativa del recurso, comprensión de las problemáticas en el contexto de las relaciones de los consultantes, así como la intervención contextual de estos.

El estudio de caso escogido para esta monografía es el de un trastorno negativista desafiante entre otras razones, porque los trastornos de la conducta son de alta prevalencia y constituyen un problema en nuestra población y consecuentemente, es una de las problemáticas más frecuentes en los servicios de atención psicológica.

## **Marco Teórico**

Las conductas agresivas llevan a los niños y jóvenes a presentar comportamientos hostiles y agresivos con los cuidadores y los adultos, manifestando síntomas que son evidenciados en los contextos en los que el individuo se desarrolla. Para Pelegrina y Moreno (2011) estos problemas se encuentran relacionados con trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, en ese orden de ideas, son los trastornos del comportamiento los que se identifican como un frecuente y grave problema en la sociedad contemporánea afectando a nivel familiar y escolares en un grado importante.

El trastorno negativista desafiante (TND), tiene como característica principal la presencia de un patrón recurrente de conducta hostil, desafiante y desobediente con respecto a los padres y figuras de autoridad, por otra parte, el trastorno hace presencia durante la infancia, caracterizado por la dificultad en el desarrollo de las siguientes áreas: social, emocional, académico y en el ámbito familiar. Monsalve et al. (2017). Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) explica el trastorno negativista desafiante dentro de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, el cual se caracteriza por presentar un patrón de enfado, actitud desafiante o vengativa, que dura por lo menos seis meses. Monsalve et al. (2017).

Según la American Psychiatric Association (APA, 2002) citado por Angulo et al. (2010), el TND es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia, con una prevalencia de entre el 2 y el 16%. En general este trastorno suele tener presencia o empezar a mostrar sus primeros rasgos antes de los ocho años y nunca debiera emplearse más allá de la adolescencia.

Su inicio suele ser gradual y mantenerse durante meses o incluso años.

La comorbilidad del TND con los trastornos de conducta es muy alta siendo ubicada entre un 40 y un 60%, según los estudios. El diagnóstico psiquiátrico comórbido más frecuente es el de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Redondo & Javaloyes, 2014). Además, es frecuente que el uso de sustancias tóxicas o psicoactivas y la presencia de episodios depresivos y trastornos de ansiedad hagan presencia en este tipo de patología.

También existe una comorbilidad alta del TND con los trastornos de conducta y los problemas específicos de aprendizaje, el retraso mental ligero y los trastornos generalizados del desarrollo; la comorbilidad hace que el pronóstico sea más negativo y las intervenciones más complejas, razón por la cual es muy importante que en la evaluación se detecte la patología comórbida para definir la intervención más pertinente y efectiva (Redondo & Javaloyes, 2014).

En relación con las explicaciones que hay sobre el trastorno, Peña y Palacios (2011), refieren que es posible identificar tres tipos de factores que intervienen en estos trastornos de la conducta: los biológicos, los psicológicos y los sociales. Los primeros, están referidos a patrones rastreados a través de antecedentes familiares de psicopatología comórbidos con trastornos como el TDAH, trastorno por uso de sustancia y/o trastornos afectivos. De esa forma el tratamiento farmacológico para el TND se dirige principalmente a la comorbilidad existente con el TDAH, el Trastorno Disocial (TD) o la sospecha de un trastorno afectivo y/o ansioso que sea sub-sindromático.

Vazques et al. (2010) refiere que existe un grado de correlación significativa entre aquellos niños y adolescentes con problemas de conducta y componentes hereditarios de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico, que, si bien no determinan la conducta, si los predisponen a conductas inmaduras, infantiles y de baja tolerancia a la frustración. Esta correlación, estima que la conducta agresiva se encuentra relacionada con factores bioquímicos y hormonales.

Con respecto a los factores psicológicos, éstos se han asociado con postulados teóricos como el apego inseguro y los deficientes cuidados parentales. Es importante anotar que los niños agresivos muestran fallas en habilidades sociales y en el reconocimiento de las reglas que direccionan la interacción, además de una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, dificultando la interacción y la solución de problemas. (Peña & Palacios, 2011).

Se identifica, además, que los factores sociales como la pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad contribuyen al diagnóstico del TND y se convierten rápidamente en factores de riesgo que pueden propender por la aparición de trastornos de la conducta (Peña & Palacios, 2011).

Desde una óptica contextual e interaccional, el TND se puede abordar como un problema sobre la forma en que los miembros de la familia interaccionan y las conductas son parte de circuitos recursivos que se realimentan; se contempla además, que los adultos aplican una multitud de estrategias para mejorar la conducta de los niños sin conseguir buenos resultados,

estas son las llamadas “*soluciones intentadas*” (SI); que serían aquellas soluciones que los cuidadores realizan para reducir las conductas disfuncionales de forma inmediata, pero inefectivas a largo plazo, son principalmente normativas y se pide directamente el respeto de las reglas. Cuando las normas no son respetadas se recurre a castigos, cada vez más duros, sin embargo, a pesar de no tener éxito, las SI se repiten, provocando que los niños aumenten el nivel de sus desafíos, el nivel de resistencia al castigo, con un aumento de los castigos por parte de los adultos y una pérdida de la efectividad de los mismos. Las SI más frecuentes son: pedir obediencia a las reglas y a la autoridad, llamar, reprochar, prohibir, castigar, quejarse y pedir ayuda a otras personas o profesionales (Sierra & Garrido, 2009).

Según Viaplana et al., (2016), los síntomas, desde esta perspectiva interaccional sistémica, son vistos como parte de este patrón comunicacional, y por tal razón una característica del sistema y no únicamente del que lo sufre. Es así como, se tiende a trabajar con toda la familia y orientar la intervención a alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobra sentido. Desaparece así, el paciente como objeto de la intervención y también el terapeuta, como entes separados, ya que se suele trabajar en equipo. Para esta perspectiva, un sistema familiar, en la etapa específica de su ciclo evolutivo, combinado con sus características particulares y su contexto sociocultural pueden ser propicios para la evolución de patologías (Iturrieta, 2001).

En el enfoque sistémico el paciente es identificado por el contexto como el portador del síntoma, pero el objeto de estudio e intervención es la familia, en la que ciertamente se dan unas pautas de comunicación y las interacciones que la suscitan, en las cuales “ocurre” que uno de los miembros se comporta de forma sintomática. (Viaplana, et al., 2016). El modelo sistémico se fundamenta en la causalidad circular, en la que se tiene en cuenta como las consecuencias

influyen, a su vez, en las causas. Desde una óptica circular las nociones de responsabilidad, o culpa son cuestionadas para dar a entender la corresponsabilidad del mismo sistema y, por lo tanto, la misma respuesta. Los sistémicos conceptualizan los problemas en términos de patrones interaccionales complejos y recurrentes. Por ejemplo, podríamos decir, que una madre sobreprotectora genera ansiedad en su hijo, pero en realidad los dos hacen parte de un patrón en el que cualquiera de los dos es importante para resolver el problema, los miedos del niño despiertan la atención preocupada de la madre, lo cual exagera los miedos del mismo, haciendo que esto preocupe más a la madre, y así sucesivamente. Esta descripción resulta demasiado simple. Podríamos incorporar en el esquema lo que dice o hace el padre cuando está presente, cuando los observa, o bien simplemente cuando se lo cuenta la madre. Y así ir asumiendo niveles crecientes de complejidad. Este patrón (irreducible a una de sus partes) es la unidad de análisis y de intervención, aunque el punto de entrada pueda ser actuar en tan sólo uno de los comportamientos o actitudes. (Viaplana, et al., 2016).

El enfoque sistémico, de corte estratégico, comprende los problemas como un conjunto de síntomas expresados a manera de respuesta a una interacción familiar disfuncional. Tiene especial interés en conocer y comprender cómo intenta resolver sus problemas una familia, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave (Viaplana, et al., 2016).

Los planteamientos del enfoque sistémico estratégico identifican, además, que las familias actúan de la forma en que lo hacen, o bien porque consideran que es la vía más pertinente o porque desconocen otras actuaciones, e incluso ambas puede estar presentes. En estos casos la

intervención del terapeuta tiene que ir dirigida a interrumpir las soluciones ineficaces intentadas y proponer un giro de 180° que enfoque los recursos con los que cuenta la misma familia en dirección a una vía que sea más eficaz en su propósito (Sierra & Garrido, 2009).

Es así como Nardone y Fiorenza (citados por Bolmida, 2018), plantean que las estrategias que funcionan en estas situaciones pueden llegar a ser contradictorias, y lo primero que se tiene que evitar a toda costa es caer en la trampa del desafío, dónde la resistencia de las partes es puesta a prueba, pero no conduce a ninguna opción posible. En lugar del conflicto, usar una declaración de impotencia tales como: “nos gustaría mucho que pudieras ponerte a leer... pero ya sé que no lo harás” podría formular un enfoque distinto al problema. En este caso si el niño no lee, no estaría oponiéndose y por lo tanto su conducta estaría vacía de contenido. Al revés, si quisiera oponerse, debería empezar a leer, esto crea una paradoja que abre la posibilidad para modificar las interacciones existentes.

Minuchin & Fishman (1983, citados por Rojas, 2012), desde el enfoque sistémico de tipo estructural, refieren que los problemas se encuentran dispuestos entre el sujeto y sus contextos; entonces las técnicas terapéuticas se proponen alterar la estructura familiar, modificando así las posiciones, permitiendo desplazar las relacionales y alterar las concepciones subjetivas del problema. Desde allí se cimienta junto a la familia el reenfoque de sus problemas y se reestructuran las interacciones a través de desequilibrar jerárquicamente al sistema. El cambio sucede cuando el sistema enfrenta tal desequilibrio.

Si predominan las conductas opositoras en la intervención se recomienda la realización de

pequeños sabotajes, por ejemplo, cuando el niño no recoge sus juguetes, los padres hacen desaparecer algún juguete y luego se disculparán por el despiste: “disculpa hijo me habré equivocado”. Si predominan en cambio conductas provocativas es deseable usar la técnica de premiar el comportamiento disfuncional, o la frustración del síntoma: “qué bien, mi niño hoy está en el día del NO, vale, no te preocupes, no te lo tendremos en cuenta”. Todo esto dicho con una sonrisa cómplice. El cambio en las estrategias de solución por parte de los adultos puede de forma inicial provocar el aumento de la intensidad de las provocaciones, sin embargo, por la ausencia de contenido de las conductas, al poco tiempo, se reducen el número y la intensidad de los conflictos (Bolmida, 2018).

Desde este modelo estructural de Minuchin & Fishman (citados por Chinchilla, 2015), se proponen tres estrategias básicas:

Cuestionamiento del síntoma: El terapeuta busca con la familia, nuevas pautas de interacción que den respuesta a las demandas del grupo familiar y modifiquen las interacciones, para lo cual se pueden usar técnicas como el enfoque, la escenificación y la intensidad.

Cuestionamiento de la estructura familiar: El terapeuta es un ente que se introduce en el sistema familiar desequilibrando las dinámicas y llevando a buscar una mejor competencia familiar, para lo cual se es necesario entender las interacciones y proponer pequeños cambios que se generen en diferentes niveles de funcionamiento. Para esto se hace fijación de fronteras, el desequilibrio y la complementariedad.

Cuestionamiento de la realidad familiar: A través de los constructos cognitivos, la intervención paradójica, y los lados fuertes se conectan con la realidad misma del sistema

familiar, por ejemplo, sobre los constructos cognitivos interviene la visión de mundo del sistema a través del cambio de posiciones en las sesiones, donde el terapeuta juega el papel de delimitar las fronteras entre los subsistemas; respecto a la intervención paradójica, se prescriben tareas con la intención de no ser cumplidas; finalmente respecto a los lados fuertes, se busca aquellos elementos positivos, virtudes o fortalezas que toda familia tiene como recurso para trabajar desde allí.

Por otro lado, desde la perspectiva sistémica evolutiva Cowan & Cowan, (2012; Falicov, 1991 citados por Cracco & Blanco, 2015) hacen referencia a la importancia de contemplar el ciclo vital o de desarrollo de los sistemas, que marca cambios en la composición de la familia y exigen una reorganización de roles y reglas.

Montalvo, Espinoza & Pérez, en el 2013, hacen referencia a que el sistema familiar posee una evolución que se compone de cuatro etapas a lo largo de las cuales sufre variaciones direccionadas por el tiempo y crecimiento de sus miembros; así mismo es importante comprender que estos mismos períodos provocan transformaciones al sistema y por lo tanto conllevan a un salto a una etapa nueva y más compleja. Estas 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 .

Cada una de estas etapas requiere que se redefinan reglas de la interacción familiar, tanto a nivel interior como exterior del sistema. Sin embargo, puede verse que el cambio de una etapa a

otra no se realice adecuadamente, produciendo un estancamiento en alguna de estas etapas, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, entre otros. Este mismo estancamiento en alguna etapa del ciclo vital conlleva, generalmente, a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas por el sistema y sus miembros (Minuchin, citado por Montalvo, Espinoza & Pérez, 2013).

En este orden de ideas, la familia juega un rol fundamental en la aparición y mantenimiento de los síntomas del TND, así como en el proceso de intervención para el cambio.

Se hace relevante comprender la función vital que juegan las interacciones dentro del hogar, porque la disfuncionalidad familiar, es considerada como un factor de estrés importante en el desarrollo infantil, que puede conllevar a que los conflictos existentes afecten a los niños y presenten la sintomatología del trastorno negativista desafiante (Plazas, 2010 citado por Beltrán et al., 2016).

De la misma manera, Vásquez et al. (2010 citados por Beltrán et al., 2016), enfatizan en la importancia que el rol de la familia tiene en la superación del trastorno, señalando que la terapia más usada para el TND, involucra a la familia del menor y consiste principalmente en introducir cambios en las dinámicas del sistema familiar, para promover un mejor funcionamiento.

La familia puede ser la propiciadora y perpetuar los problemas conductuales, por lo que es muy importante mantener e intervenir de forma directa en las relaciones familiares, y mantener a los niños(as) al margen de problemas que no les competen (Beltrán et al., 2016).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Evaluar las intervenciones desde el enfoque sistémico un caso de Trastorno Negativita Desafiante atendido en el Instituto De Familia Y Vida de la UPB desde un enfoque sistémico.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar a partir de la evaluación psicológica las características más relevantes de la sintomatología del paciente.
2. Formular hipótesis a partir de las interacciones que se evidencian dentro del sistema familiar que expliquen la aparición y mantenimiento del trastorno.
3. Realizar un proceso de intervención desde el modelo sistémico, con el paciente y su sistema familiar.

## **Metodología**

### **Participantes**

El estudio de caso único se llevó a cabo con un consultante de nueve años, de sexo masculino, que se encuentra cursando tercero (3°) de primaria. Asiste a uno de los programas de infancia vulnerable del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en horas de la mañana, donde a veces tiene problemas de conducta en el aula y con los compañeros. En las tardes asiste al colegio donde también presenta el mismo tipo de comportamiento, en el hogar presenta

problemas para seguir normas y cumplir responsabilidades, este tipo de conductas presentes hace 7 meses.

El paciente vive con su mamá y un hermano, sus padres están separados, el padre al parecer tiene un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, esto manifestado por la madre, quien también manifiesta que este se encuentra en situación de habitante de calle. La relación con su hermano en ocasiones es agresiva y hostil y con la madre es desafiante y no acata las reglas, el padre se ha mantenido periférico, refiere la madre: “hace ya un buen tiempo que no sabemos nada de él”. La madre acude al centro de atención de manera voluntaria buscando ayuda para los problemas de conducta ya referidos.

### **Instrumentos**

El proceso de evaluación con J.D. se orientó a determinar cómo eran las relaciones e interacciones familiares entre los miembros de la familia, además de cómo estas influían en el comportamiento del consultante. Esto fue realizado mediante los siguientes instrumentos que fueron analizados desde el enfoque sistémico tales como:

#### **a. Exploratorios.**

***Interrogatorio circular.*** La técnica de preguntas circulares, muy productiva para investigar relaciones familiares, esta técnica fue ideada por la Escuela de Milán, de Selvini Palazzoli y asociados, basada en la afirmación que hace Bateson, (citado por Maffia, 2013) respecto a cuál información es diferencial, y donde la técnica de cuestionamiento circular, permite acoplar una amplia información sobre la familia de forma rápida. Esta misma ayuda a formular y legitimar hipótesis sobre la estructura y las interacciones de la familia, donde los miembros expresan sus puntos de vista de las relaciones.

**Historia clínica.** La historia clínica es aquel documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. El seguimiento, formulación y registro de la misma constituye una recopilación de datos valiosos para el personal profesional involucrado que, dispuestos de una forma ordenada, permiten el establecimiento de hipótesis diagnósticas aun cuando el paciente no está presente o ha tenido ingresos previos, esta historia sirve como una fuente vital para el análisis por otros facultativos. En este instrumento no solo se hace anotación de la discusión diagnóstica, sino también permite percibir la evolución y el tratamiento de los mismos pacientes (Cabrera et. al., 2010).

### **Instrumentos de evaluación individual**

**1. Prueba Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA).** La prueba fue diseñada con el objetivo de detectar un amplio espectro de problemas emocionales y de la conducta en pacientes que van desde los 3 hasta los 18 años. Entre los problemas que busca detectar se encuentran: problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión; problemas exteriorizados: de atención, hiperactividad-impulsividad, de control de la ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial; problemas contextuales: en el ámbito familiar, escolar y con los compañeros; y problemas específicos: como consumo de sustancias, de la conducta alimentaria, retraso en el desarrollo, de aprendizaje, esquizotimia o comportamiento inusual. También la prueba cuenta con la posibilidad de explorar algunas áreas de vulnerabilidad que pueden contribuir al mantenimiento o inicio de algunos problemas o trastornos más graves, entre los cuales se encuentran la identificación de la regulación emocional, la rigidez, el aislamiento, las dificultades de apego y la búsqueda de sensaciones y asimismo, evalúa la presencia de ciertos recursos personales que actúan como factores protectores ante diferentes problemas y que

pueden utilizarse para apoyar la intervención. Estos recursos son la autoestima, la integración, la competencia social, la inteligencia emocional, la disposición al estudio y la conciencia de los problemas (Pinto, et al. 2015).

### **Instrumentos de evaluación sistémica familiar**

**1. *El Dibujo de La Familia.*** Corman (1961, citado por Farías & Polonioli, 2011), concibe al test del dibujo de la familia como una herramienta vital en la exploración de las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la misma vida familiar en su cotidianidad. Este test es de carácter proyectivo desde una perspectiva un poco más psicodinámica, que busca evaluar y reflejar fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar. Como herramienta funciona de forma complementaria a las evaluaciones familiares de los pacientes y permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y el de su entorno.

**2. *Prueba APGAR Familiar.*** Para Suarez & Alcalá (2014), el APGAR (Ver anexo 5), es un instrumento que identifica la forma en cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, esto incluye a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Este test evalúa cinco funciones básicas de la familia: la adaptación, la participación, el gradiente de recurso personal, el afecto, y los recursos disponibles. Con respecto a la adaptación se concibe como la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares en la resolución de problemas de las situaciones de estrés familiar o periodos de crisis; la participación hace referencia a la implicación que los miembros familiares poseen respecto a la toma de decisiones y las responsabilidades relacionadas con el

mantenimiento familiar; el gradiente de recursos contempla el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de un sistema familiar gracias a al apoyo y asesoramiento mutuo; la afectividad es la relación de cariño, amor existente entre los miembros de la familia; y finalmente los recursos o la capacidad resolutiva denota el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia que generalmente implica compartir unos con otros los ingresos y espacios.

### **Procedimiento**

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 11 sesiones, distribuidas en un lapso de cinco meses; sin interrupciones ya que el paciente tenía disponibilidad de horarios para acercarse a las consultas, se desarrollaron en compañía de la familia la cual estuvo presente durante la mayoría de las intervenciones.

El proceso terapéutico se ejecutó en cuatro etapas, que se describen de la siguiente manera:

Primera etapa: Comprensión del problema, se llevó a cabo en las sesiones 1, 2, 3 en las que se trabajó la apertura de la historia clínica, los aspectos generales del comportamiento en los contextos significativos y la aplicación de APGAR para determinar el funcionamiento familiar.

Segunda etapa: Evaluación de síntomas en el consultante y evaluación sistémica, sesiones 4, 5, 6 en las que se aplicaron las pruebas como el SENA y el Dibujo de la Familia, para conocer las conductas del PI en todos los contextos afectados por los comportamientos desafiantes.

Tercera etapa: Se formulan hipótesis explicativas y se implementan estrategias de intervención sistémica en sesión, además de asignar tareas terapéuticas para trabajar en casa.

Cuarta etapa: Evaluación de logros, se continúa con las tareas en casa y se realiza cierre del proceso.

## **Formulación de caso**

### ***Información General***

Este estudio de caso corresponde a un niño, J.D. de nueve años, estudiante de tercero de primaria, ocupa el segundo lugar entre dos hermanos, pertenece a una familia monoparental con la madre como cabeza de hogar, de ocupación manicurista y empleada doméstica, el otro hijo cursa cuarto de primaria en el mismo colegio del consultante; en horas de la mañana el paciente asiste al programa de infancia vulnerable de ICBF, donde también ha evidenciado problemas de conducta.

Los padres se encuentran separados hace aproximadamente hace 11 meses, el padre es consumidor de sustancias psicoactivas y al parecer actualmente es habitante de calle. El consultante presenta problemas de conducta y dificultades para acatar las órdenes de la madre, presenta también conflicto con su hermano mayor.

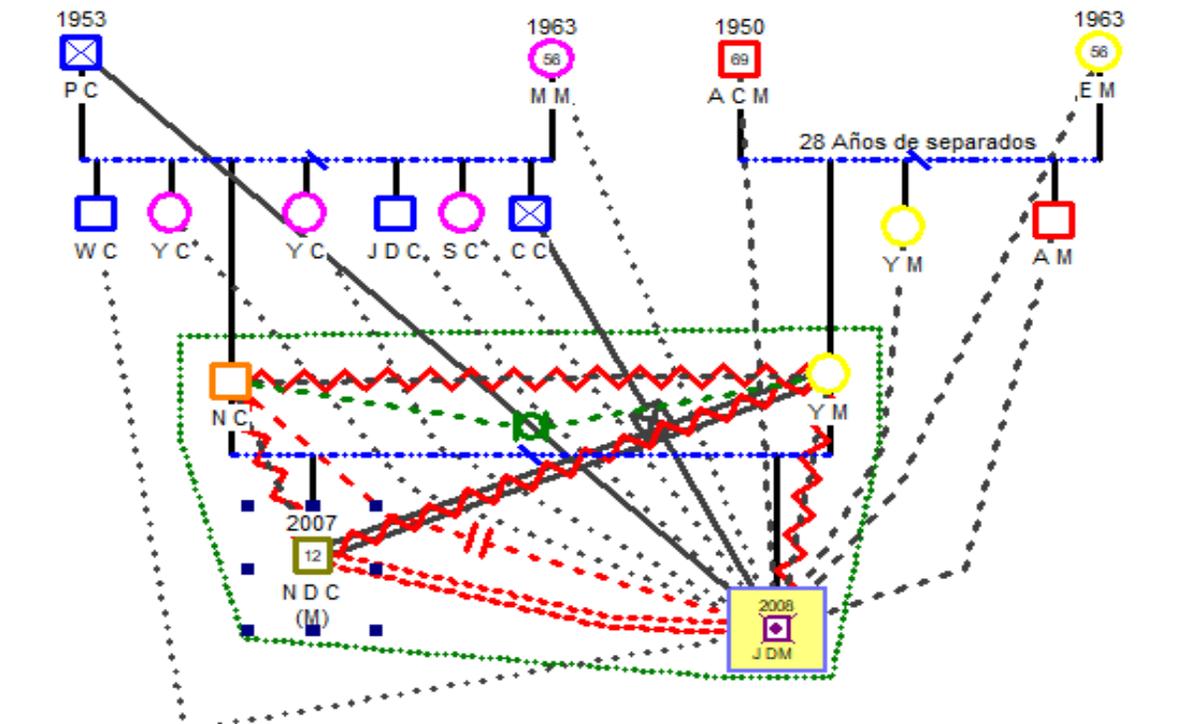
J.D. evidencia conductas disruptivas y desafiantes en el aula, donde la profesora manifiesta que no se queda quieto y tiene problemas con sus compañeros. Esto ha sucedido en el colegio y en el programa de infancia vulnerable de ICBF, al que asiste, ya que la madre no puede tenerlo a su cuidado en los horarios diurnos por motivos de trabajo.

### Motivo de consulta

La madre de J.D. asiste a consulta inicialmente con sus dos hijos y refiere: “yo veo que J.D. a mí no me hace caso, estoy muy preocupada, no quiere acatar que soy la líder de la casa, hace de cuenta que yo no mando, no le puedo dar órdenes, con el hermano también es grosero, le dice palabras feas, manipulándome con el estudio, dice que no estudia porque es aburrido, él iba bien y después de vacaciones se desmejoró muchísimo”

### Genograma

**Gráfico 1. Genograma Familiar**



**Tabla 1. Datos familiares**

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>
P. C.	Abuelo paterno	65	Ninguna (fallecido)
M. M.	Abuela paterna	55	Ama de casa
Y. C.	Tía paterna	40	ama de casa
W. C.	Tío paterno	44	Vendedor
J. C.	Tía paterna	30	ama de casa
J. D. C.	Tío paterno	35	Vendedor
S. C.	Tía Materna	30	Ama de casa
C. C.	Tía paterna	28	fallecido
N. C.	Padre	40	ninguna
Y. M.	Madre	40	Manicurista
N. C. M.	Hermano	11	Estudiante
Á. M.	Abuelo materno	69	Ninguna
E. M.	Abuela materna	55	Ama de casa
Y. M.	Tía materna	36	Ama de casa
Án. M.	Tío materno	30	Taxista

El genograma expone elementos importantes de las relaciones familiares del paciente identificado (PI). En el momento de la evaluación, el sistema familiar estaba compuesto por la madre y el hermano mayor, conformando así una familia de tipo monoparental.

Los ingresos de la familia provienen principalmente del trabajo de la madre; ella refiere no tener relación con su expareja, está divorciada hace un año, al parecer, principalmente, por los problemas de adicción y consumo.

Con respecto al tío paterno, de la misma manera que la abuela la relación es distante porque no hay espacios de comunicación, la relación con el abuelo materno es distante, ya que no convive con abuela del niño; con la abuela materna a pesar de que PI. la visita en su lugar de residencia en vacaciones la relación es distante, por otra parte, los tíos maternos también mantienen una relación distante con la familia ya que pocas veces se comunican con ellos, por tal razón el apoyo y ayuda no está presente cuando necesita dejar los niños al cuidado de alguien para salir a trabajar.

La relación entre los niños y su madre, es cercana pero hostil, con J.D. presenta un poco más de conflicto, ya que con los cambios de conducta del niño en los últimos 7 meses, se ha ido deteriorando el vínculo entre ellos y el problema con los límites, las normas y la reglas, ha llevado a la madre del paciente identificado a ejercer su autoridad de manera hostil y coercitiva.

La relación entre el PI y su padre es distante, pues éste último es habitante de calle y dejó de ejercer algún rol paterno. EL vínculo del PI con su hermano es conflictivo, hostil y distante afectivamente.

### **Definición del Problema**

El comportamiento desafiante del PI, su bajo rendimiento académico, la relación conflictiva con su madre y su hermano, el no acatamiento de las normas se podría explicar desde varios elementos:

La familia está ajustándose a un evento no normativo que es la separación parental con un factor agravante que es el consumo de sustancias del padre, su situación de calle y el consecuente abandono de su rol parental. El consultante experimenta confusión e incertidumbre frente a la situación actual, y el sistema tiene dificultades para ajustarse al cambio en la organización interna.

Al parecer, es un sistema familiar con recursos de afrontamiento que en el momento actual están colapsados, por la doble exigencia a la que se ve enfrentada la madre, por un lado, trabajar para la supervivencia y, por otro lado, ejercer un rol parental eficaz con sus dos hijos.

La expectativa frente a la terapia es lograr adaptación a su nueva forma de organización sin el padre, que los hijos se adapten al nuevo rol de autoridad de la madre, para así lograr el manejo adecuado de las reglas y las normas dentro del hogar y que esto contribuya a la mejoría de las conductas desadaptativas de PI.

### **Análisis Descriptivo**

La pareja parental de PI, se conformó hace 14 años, y al año de convivencia nace el primer hijo, hermano mayor de PI. La pareja vivía con el abuelo paterno de PI, tenían dificultades económicas y de convivencia.

El embarazo de PI, lo define la madre como no deseado ni planeado. En ninguno de los dos embarazos al parecer las familias de origen han apoyado a la madre.

Con respecto al desarrollo psicomotor, la madre no refiere dificultades, al parecer PI tuvo un desarrollo normal en todas las esferas. En el proceso de escolarización de PI, iniciando la primaria se empiezan a manifestar algunos problemas de comportamiento.

El PI asiste actualmente en las mañanas a un hogar del ICBF donde también presenta problemas de conducta y de comportamiento agresivo con sus compañeros, en las tardes asiste a la escuela donde ha disminuido su rendimiento académico, hay incumplimiento con la ejecución de las tareas, y descuido en su higiene personal.

La madre está sobrecargada con el sustento y la crianza, mientras trabaja sus hijos permanecen solos y al parecer no recibe apoyo ni afectivo ni instrumental de las familias de origen de cada uno.

### **Análisis Explicativo**

Desde la perspectiva sistémica los problemas de agresividad y desafío del PI, se pueden explicar a partir de la escasa claridad en cuanto al rol de autoridad ejercido por la madre, ella refiere que tiende a dar instrucciones de manera repetitiva, sin embargo, PI no acata la orden en un primer momento, la instrucción pierde el efecto correctivo y su incumplimiento no trae consecuencias. Esto sucede igualmente, con los límites dentro de la nueva estructura familiar, lo cual hace que PI reaccione de manera agresiva y desafiante ya que los límites, las reglas y las instrucciones no han sido planteadas de manera eficaz y el funcionamiento del sistema se hace caótico.

Esta familia cambia su configuración con la salida del padre del hogar, y cualquiera que sea la causa de la mono-parentalidad origina una disrupción del ciclo vital dando lugar a cambios en las reglas, en los límites y en las relaciones, lo que evidencia la necesidad de reorganización del sistema familiar. El grado de afectación de la familia depende de la etapa del ciclo vital del sistema, y este sistema en particular está en la etapa de familia con hijos pequeños y escolares porque la edad del hijo mayor es de 11 años, esta etapa en términos de crianza es muy exigente,

y la madre debe asumir dos responsabilidades vitales, la supervivencia y la crianza, en este orden de ideas en aras de desarrollar la primera se puede estar afectando la crianza por su falta de tiempo, disposición y estrategias eficaces de acompañamiento.

Los problemas comportamentales del PI, se exacerbaban a través de la pauta de interacción madre hijo, en la que la madre busca obediencia y sumisión a través de la coerción, esto genera en PI, una respuesta más desafiante, ante lo cual, la madre aumenta la intensidad de la coerción, retroalimentando la conducta desafiante y agresiva del P.I., frente a esta situación la madre refiere que : “ tengo que hablarse varias veces para que me hagan caso, debo repetir mucho las cosas y termino gritando para que hagan las cosas”. “empezó a irle mal en el colegio, no quiere estudiar, desmejoró mucho después de las vacaciones”.

De acuerdo al análisis explicativo se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Las dificultades de PI. son una expresión de las alteraciones en el funcionamiento familiar por la dificultad de adaptación de la familia relacionados con la salida de uno de los miembros del sistema.
2. El comportamiento agresivo y desafiante de PI. es la expresión analógica del malestar generado por la imposibilidad de la madre para ejercer la doble responsabilidad del sustento y la crianza efectiva.
3. El comportamiento de PI. podría explicarse por la escasa claridad y especificación de roles y el ejercicio de autoridad, límites, jerarquía, dentro del sistema.
4. Los problemas comportamentales del PI, se exacerbaban a través de la pauta madre hijo, que se retroalimenta en un circuito de coerción- desafío-coerción, aumentando la intensidad el conflicto.

## **Impresión Diagnóstica según DSM-5**

### ***1. Trastorno Negativista Desafiante. 313.81(f913)***

El paciente cumple con los siguientes criterios diagnósticos.

Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta en los siguientes síntomas:

- ***Enfado/irritabilidad***

- I. A menudo pierde la calma.
- II. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
- III. A menudo está enfadado y resentido.

- ***Discusiones/actitud desafiante***

- I. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
- II. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el paciente o en otras personas de su entorno social inmediato específicamente familia y escuela.

Moderado: Algunos síntomas como: perder la calma, molesto con facilidad, enfado, discusiones con adultos y rechazo a las normas a petición de las figuras de autoridad, todos estos aparecen en dos entornos por lo menos (familia, escuela).

- ***V61.03(263.5) Ruptura Familiar Por Separación o Divorcio***

Se aplica cuando los miembros de una pareja de adultos viven separados a causa de problemas de relación o están en proceso de divorcio.

### **Fases de Intervención**

El proceso terapéutico inicia el día 23 de agosto de 2017 y culmina el día 11 de diciembre de 2017, la pauta de tratamiento se planteó semanalmente. El tiempo de duración de las sesiones oscilaba entre 40 minutos y una hora y en cada una de ellas se involucraron diferentes miembros de la familia. En el trabajo inicial se exploró la historia familiar de J.D. las relaciones familiares y las pautas de comportamiento.

La intervención estuvo formulada bajo los siguientes objetivos terapéuticos:

- Crear un contexto conversacional para redefinir el síntoma ubicado en PI.
- Evaluar los síntomas y comprender el problema desde el enfoque sistémico.
- Reestructurar el sistema familiar a nivel de reglas, roles y límites.
- Coadyuvar en el proceso de adaptación de la familia a la nueva situación y conformación del sistema.
- Bloquear la pauta conflictiva entre madre e hijo.

El proceso terapéutico se desarrolló de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1. Comprensión del problema.

Fase 2. Selección de instrumentos a aplicar

Fase 3. Generación de hipótesis

## Fase 4. Aplicación de técnicas en consulta y tareas en casa

## Fase 5. Cierre

**Tabla 2. Descripción del proceso terapéutico.**

No. DE SESIONES	FECHA	OBJETIVO TERAPEUTICO	DESARROLLO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS
1	23/08/2017	Generar un contexto de intervención que permita realizar una exploración clara del motivo de consulta.	Encuadre terapéutico, recolección de información para apropiación del caso, motivo de consulta y apertura de historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica.</li> </ul>
2	30/08/2017	Comprensión de la problemática familiar desde la información brindada por el sistema.	Análisis narrativo con la madre del consultante sobre historia prenatal y desarrollo del PI. Dinámica familiar y percepción del menor de la situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica.</li> </ul>
3	06/09/2017	Identificar y evaluar el funcionamiento familiar, y como esto está incidiendo en el comportamiento del PI.	Se realiza la aplicación de la prueba APGAR familiar Se continúa explorando la narrativa familiar para comprensión de la situación haciendo énfasis en los compartimentos agresivos dentro y fuera del hogar. Utilizando las técnicas de interrogación sistémica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de prueba APGAR familiar e interrogación sistémica. (¿con quién tienes mejor relación?, ¿qué hace tu mamá cuando no quieres hacer lo que ella te pide?)</li> </ul>
4	21/09/2017	Conocer las fortalezas Familiares para hacer énfasis en el fortalecimiento del vínculo madre e hijo.	Se socializan resultados de la prueba APGAR familiar con el consultante y miembros de la familia. se identifican las fortalezas y se hace énfasis en estas para utilizarla como recursos familiares para su mejoría.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialización de prueba psicológica.</li> </ul>
5	27/09/2017	Conocer la percepción que el paciente tiene de la familia y cómo esto puede estar manteniendo la función del síntoma en el sistema.	Aplicación de la prueba psicológica el Dibujo de la Familia. Se indaga de cómo eran las relaciones familiares antes de la salida del padre del sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de prueba psicológica Dibujo de la familia.</li> </ul>

6	05/10/2017	Lograr empoderar a la madre Con autoridad dentro del sistema familiar a través de ejercicios en casa.	Aplicación de la prueba psicológica SENA, a la familia y de manera individual, se le entrega formato de la escuela, además de realizar análisis narrativo de la madre con respecto a la conducta del PI en relación con el hermano, además de manifestar que tiene dificultades en acatar normas y reglas en diferentes contextos. Asignación de tareas breves. “Mano de hierro, Guante de seda”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de SENA.</li> <li>• Tareas prescritas en casa “mano de hierro, guante de seda”.</li> </ul>
7	03/11/2017	Analizar el genograma a partir de la historia familiar y la conformación de la pareja.	Retroalimentación de la tarea en casa “mano de hierro guante s de seda”, además el Análisis narrativo de la historia de conformación familiar y los motivos de ruptura de la relación de pareja y la historia de consumo del padre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma familiar.</li> </ul>
8	27/11/2017	Analizar las funciones de cada miembro, y como esto está influenciando en la conducta agresiva como Síntoma manifestado del PI.	Se socializa los resultados de la prueba Dibujo de la Familia, donde se identifican la relación entre los roles adoptados y las funciones de cada miembro del sistema, se trabaja en cuanto a la identificación de roles claros y las reglas y nueva conformación familiar en base a los resultados de la pruebas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de prueba psicológica.</li> <li>• reconocimiento de roles familiares y las nuevas normas y reglas en cuanto al a nueva conformación familiar.</li> </ul>
9	01/12/2017	Conocer la interacción y funcionalidad del sistema en su cotidianidad y en situaciones donde el síntoma emerge.	Se realiza retroalimentación de la Prueba psicológica SENA. Seguidamente, se invita a los miembros reproducir una escena familiar conflictiva. Dirigido por el terapeuta, generando 3 movimientos en los cuales se observa la interacción entre los miembros, luego se le plantea a la familia una interacción más funcional y al final se expresan las ideas frente al ejercicio planteado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos en la estructura familiar para entender el funcionamiento y las nueva conformación del sistema.</li> </ul>
10	6/12/2017	Lograr que la madre tenga autoridad al momento de dar órdenes o corrija al PI y así mejorar la comunicación entre los miembros sin que tengan que llegar a desafíos y discusiones con el mismo.	Se asigna tarea breve: “El bastón de hablar”, con el fin de mejorar la comunicación y no terminar en discusiones en ninguna situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas prescritas para la casa “el bastón de hablar”.</li> </ul>

11	11/12/2017	Se realiza retroalimentación de la tarea de la sesión anterior, con la cual se pudo lograr un mejor manejo de las peticiones y órdenes de la madre, así mismo una respuesta menos agresiva por parte del PI.	• Cierre.
----	------------	--	-----------

## Resultados

### Pruebas Psicométricas.

**Tabla 3. Prueba APGAR Familiar**

MIEMBRO DE LA FAMILIA	APGAR	INTERPRETACIÓN
Madre	8	Funcional
PI	6	Disfuncional
Hijo mayor	9	Funcional

La puntuación obtenida evidencia que PI, muestra una percepción de disfuncionalidad de tipo moderado en relación con el funcionamiento familiar, lo que podría estar indicando que tiene una mediana satisfacción frente a las variables adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y capacidad resolutiva. La madre y el hermano mayor puntúan en un nivel de funcionalidad normal, es decir, muestran una alta satisfacción con el funcionamiento familiar. Lo que podría indicar que, aunque hay conductas sintomáticas que actúan como disruptores de la dinámica familiar.

## **Resultados prueba SENA.**

### ***Descripción del Auto informe***

**Índices Globales:** Las puntuaciones en todos los índices del SENA se sitúan en niveles muy cercanos a la media con excepción del índice global de recursos personales, en las que se observa una puntuación media baja. Esto evidencia ciertas dificultades del niño en cuanto a los recursos que tiene para la resolución de los problemas.

**Escalas de Problemas:** Las escalas de problemas interiorizados: Depresión, Ansiedad, Ansiedad social y Sintomatología postraumática, se encuentran en niveles medios; cabe resaltar que el único de estos problemas que se encuentra en niveles medios-altos son las quejas somáticas y podría estar afectando al niño en su desempeño en todas las áreas. Así mismo, las escalas de problemas exteriorizados como: hiperactividad, problemas de control de la ira y agresión se sitúan en los niveles medios respectivamente, no obstante, se debe tener en cuenta que los problemas de atención y conducta desafiante se encuentran en niveles medios altos, por tal razón se evidencia en el niño la presencia de conductas problemáticas.

**Escala de Problemas Contextuales:** especialmente en problemas familiares se obtuvo una puntuación alta mientras que la puntuación en problemas con los compañeros y con la escuela se encuentra en niveles medios, por esta razón se considera que los problemas familiares son uno de los principales factores que mantienen las dificultades del niño.

**Escala de Vulnerabilidad:** en esta escala los problemas de regulación emocional se encuentran en el nivel medio, motivo por el cual no son representativos clínicamente.

**Escalas de Recursos Personales:** La puntuación del consultante en autoestima también se sitúa en el rango medio y las competencias sociales se encuentran en un nivel medio-bajo.

### *Descripción del informe de la escuela*

El cuestionario establecido para el ámbito escolar fue diligenciado por la profesora del menor, al ser la figura de autoridad que pasa más tiempo con el niño y quien dispone de oportunidades para observar su comportamiento en la escuela. Los resultados fueron:

**Escala de Control:** Las puntuaciones en las distintas escalas de control se encuentran en un nivel normal, evidenciando que no se tiene ningún tipo de impresión ni negativa ni positiva del niño por parte del docente.

**Índices Globales:** Las puntuaciones en índice global de problemas y funciones ejecutivas se encuentran en un rango medio alto. Por otra parte, el índice de problemas emocionales e índice de problemas conductuales presentan un rango medio y el índice de recursos personales puntúa en nivel medio-bajo.

**Escalas de Problemas:** La mayoría de las escalas de los problemas interiorizados ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas se encuentran en un nivel medio, por el contrario, la depresión se evidencia en niveles altos. Por otra parte, los problemas exteriorizados como lo son problemas de ira y problemas de agresión se encuentran en niveles medios, seguidamente los problemas de hiperactividad, de atención, de conducta desafiante y otros problemas (problemas de aprendizaje y comportamiento inusual) puntúan en niveles medio-altos.

**Escalas de Vulnerabilidad:** Las puntuaciones obtenidas en esta escala se encuentran en un nivel medio.

**Escalas de Recursos Personales:** Los niveles de disposición al estudio e inteligencia emocional puntúan en rangos medios-bajos, por el contrario, las integraciones de competencia social puntúan en niveles medio.

### *Descripción del informe familiar*

El cuestionario establecido para el ámbito familiar fue diligenciado por la mamá del menor, al ser la figura significativa que pasa más tiempo con el niño y quien dispone de oportunidades para observar su comportamiento en el hogar. Los resultados fueron:

**Escala de Control:** Las puntuaciones en las distintas escalas de control: inconsistencia, impresión negativa e impresión positiva se encuentran dentro del rango normal.

**Índices Globales:** Las puntuaciones en los índices de problemas emocionales e índice global de problemas se sitúa en un rango alto; por otra parte, en los índices de problemas conductuales e índice de problemas en las funciones ejecutivas se sitúan en niveles medios altos y los índices de recursos personales se encuentran de manera significativa en niveles bajos.

**Escalas de Problemas:** Las escalas de problemas interiorizados como: ansiedad, ansiedad social y quejas somáticas del consultante puntúan en niveles medios altos, aunque cabe resaltar que en este perfil indica una puntuación muy alta en depresión, lo cual podría considerarse un punto significativo clínicamente.

En cuanto a la ansiedad social y quejas somáticas se encuentran en el rango medio y medio alto respectivamente. Por otra parte, los problemas exteriorizados como problemas de atención y control de la ira se encuentran en niveles medios altos; hiperactividad e impulsividad y agresión se muestran en un rango promedio y conducta desafiante arrojan puntuaciones altas, indicando presencia de sintomatología significativa.

**Escala de Vulnerabilidad:** En estas escalas se puede evidenciar que todas se encuentran en un nivel medio- alto.

**Escala de Recurso Personales:** Los niveles de inteligencia emocional y disposición para el estudio se muestran con niveles bajos, por el contrario, la integración y competencia social es identificada con niveles medios.

Al contextualizar los resultados, se destaca que en los contextos familia y escuela coinciden en señalar que el área de mayor problematicidad en el evaluado es la referida a los problemas interiorizados y exteriorizados, específicamente en depresión y las conductas desafiantes.

Son evidentes por entrevista clínica los problemas de conducta del evaluado en los ambientes mencionados. Esto podría deberse a las dificultades que se han presentado en la familia debido a las dificultades de la pareja conyugal, al evento no normativo de la separación, y a la manera como la madre ha asumido su rol como única autoridad.

Igualmente, en el auto informe hay reporte significativo de problemas familiares. Otro aspecto fundamental es que, tanto en el colegio como en el informe familiar, se evidencian niveles bajos de inteligencia emocional y disposición al estudio, lo que se está viendo reflejado

en las dificultades que se han venido presentando a nivel académico en algunas áreas en las cuales ha tenido que recuperar para lograr los objetivos escolares.

Por último, cabe resaltar que en los dos informes (auto informe, y familia) los ítems que hacen referencia a quejas somáticas se encuentran en el mismo rango medio –alto, área que es necesario indagar en mayor profundidad durante el proceso terapéutico.

### **Resultados Test Dibujo de la Familia**

#### ***Plano Gráfico.***

- **Trazo**, se evidencia un trazo fuerte y corto en la realización del dibujo.
- **Amplitud**, el trazo del dibujo se plasma de manera corta y sin expansión.
- **Sector–Ubicación**, el dibujo se realiza en la parte superior de la hoja, mostrando una percepción idealista de la familia.

#### ***Plano Estructural.***

- **Tipo Sensorial**, se presentan líneas curvas en el dibujo que expresan dinamismo y espontaneidad.
- **Valorización**, Se evidencia que el niño se dibuja a sí mismo en el primer lugar, identificándose como el principal, en el sistema familiar.
- **Distancia**, en el dibujo el consultante aparece lejos del padre evidenciando dificultades en la relación con él.

En relación a los resultados es preciso determinar que el consultante tiene distanciamiento emocional con el padre y tiene tendencia a idealizar la familia en cuanto a su conformación, como resultado de no adaptarse al evento de separación de sus padres.

### Resultados del Proceso Terapéutico

**Tabla 4. Resultados del proceso terapéutico**

Resultado	Evidencias
<p>Redefinición del trastorno ubicado en el consultante como un problema individual, a comprender la sintomatología en el contexto de las relaciones familiares.</p>	<p>Al inicio de las sesiones la madre ubicaba el síntoma solo en el PI, solucionando los problemas de comportamiento con gritos e indicaciones que debía repetir sin obtener ningún resultado, en las siguientes sesiones se redefine el síntoma donde la madre manifiesta : “ él me culpa de que el papá ya no esté con nosotros, por eso creo que es su comportamiento conmigo” , seguidamente la madre reconoce que en algunas ocasiones su manera de relacionarse con el PI no es la adecuada refiriendo: “ yo a veces lo grito mucho y le digo varias veces lo mismo y él se comporta mal y es a no hacerme caso”, por tal razón se empieza a mirar el problema desde la salida del padre del sistema y además desde el vínculo desgastado entre madre e hijo donde las ordenes son dadas de manera incorrecta y el niño no acata y rechaza la norma , generando el</p>

	<p>comportamiento agresivo y hostil. Es así como las conductas sintomáticas empiezan a verse desde una perspectiva relacional y no solo en el niño, permitiendo a la familia buscar soluciones que ayuden al sistema y a su portador.</p>
<p>Reestructuración en la familia, en cuanto a las normas, límites y comunicación, dentro del sistema</p>	<p>En cuanto a la nueva conformación monoparental el sistema se adapta y se realizan cambios en las normas y reglas de convivencia con tareas realizadas en casa, se establecen normas claras para los miembros en cuanto a responsabilidades en el hogar, para lo cual la madre refiere que: “entendí que debo actuar y dejar la cantaleta y la pelea, tener clara la consecuencia cuando no se cumple la regla y hacerla cumplir sin pelear”. Otra de las normas que se establecieron fue la hora de regreso cuando PI estaba jugando fuera de casa; la madre manifiesta “antes, yo lo llamaba para que se entrara, le gritaba y no me hacía caso, me tocaba buscarlo a la cancha, pero ahora ya sabe cuál es la consecuencia y ha empezado a cumplir, ya no es tan difícil para mí hacer que regrese a la casa”.</p> <p>En cuanto a la comunicación se realizaron tareas en casa, para promover unas condiciones que favorecieran el poderse escuchar, el no raparse la palabra, el</p>

	esperar su turno para hablar. Entre lo que PI refiere: “fue bueno hablar así, porque cada uno pudo decir las cosas bien y sin terminar gritando.”
Clarificación de roles de cada uno de los miembros en relación a la función que debe cumplir cada uno en el sistema.	Se realizaron prescripciones en las que debía mantenerse firme a las peticiones y asumir el rol de autoridad en el hogar; esta postura firme tuvo un efecto favorable en los hijos porque empezaron a tener claridad frente a qué se esperaba de ellos y las consecuencias de no cumplir con lo asignado. En relación con esto la madre evidencia que “antes era muy difícil que hicieran caso, ahora es menos la dificultad porque hay menos peleas, las cosas las están haciendo más tranquilos”.
Bloqueo de la pauta de interacción negativa entre madre e hijo.	Con tareas y actividades prescritas en terapia para realizar en casa, se establece el manejo de las estrategias para lograr mejorar la relación entre la madre y el hijo, teniendo en cuenta la manera de establecer las ordenes y los espacios del compartir, tratando de no llegar a los gritos sino más bien verbalizando de manera clara las instrucciones y las expresiones de cariño entre ellos.
Reorganización del sistema a partir del evento no normativo de la separación de los padres.	La familia realizó cambios internos significativos, ya que al salir el padre del sistema la madre es quien asume la

	<p>responsabilidad de la provisión económica, el cuidado y la crianza de los hijos; Con respecto a esto se le permitió a PI expresar sus sentimientos frente a la ausencia del padre, se brindó apoyo para que la mamá le expresara que entendía su malestar pero que debían adaptarse ahora a convivir solamente los tres y que ella necesitaba de su ayuda para poder salir adelante. PI refiere: “si, mi mamá es ahora que mi papá no está, la que nos cuida y nos ayuda”.</p>
--	---

Es claro que, aunque hubo mejoría, en términos de disminución de la sintomatología en PI, es conveniente plantear seguimientos, para garantizar la perdurabilidad de los cambios, y un mejor nivel de funcionamiento familiar.

### **Discusión**

Se puede evidenciar que en esta familia se logra una redefinición del trastorno ubicado en el consultante como un problema individual, al comprender la sintomatología en el contexto de las relaciones familiares, es así como el síntoma empieza a verse desde los aspectos familiares y no como un “problema solamente del niño”, posibilitando maneras de comunicación diferente..

Esto se confirma con lo que Compañ, et al., en el 2012, plantean frente a que la reformulación pretende alterar el significado que se atribuye a un determinado acontecimiento (sea un suceso, una conducta, una emoción, un síntoma, etc.) sin modificar necesariamente a

priori dicho acontecimiento. Para ello, el terapeuta propone un marco de referencia alternativo al que sostiene el paciente; un significado diferente, pero coherente a su vez, con el sistema de construcción del paciente y el sistema. Para que una reformulación resulte aceptable para la persona es necesario que ésta sea compatible con su sistema de construcción. Es decir, introduce una diferencia en el significado, pero lo hace desde la perspectiva de la realidad del paciente y del sistema.

Otros de los resultados significativos fue la reestructuración en la familia, en cuanto a las normas, límites y comunicación, elemento fundamental como lo expresa Rojas (2011), para lograr una funcionalidad familiar eficaz; todo esto en materia de las normas de comunicación y la buena convivencia dentro del sistema, identificando los roles de cada uno de los miembros en relación a la función que se debe cumplir en cada uno en el sistema; es allí donde la terapia estructural plantea, que para que exista un cambio en relación a las posiciones, se requiere que haya movimientos relacionales y se modifique las percepciones subjetivas acerca del problema en el que se encuentra el sistema. Esto permite que el terapeuta resignifique los problemas del sistema familiar.

Así, el cambio se genera cuando el sistema enfrenta el desequilibrio introducido usando sus propios recursos y abordando de una nueva y diferente forma el problema. De aquí que el conflicto en este modelo de intervención se vea como un recurso más para el desarrollo y crecimiento del sistema que como tan solo una dificultad molesta que erradicar. Este enfoque permitió elaborar con el sistema una perspectiva dinámica sobre el conflicto que se presentaba con uno de sus miembros para poder estimular los mismos recursos del sistema familiar.

En relación con la pauta de interacción negativa entre la madre y el PI se logra un bloqueo de la misma, a través de identificar que las soluciones intentadas por la madre pretendían mejorar las conductas de PI, pero solamente lograban aumentar el desafío y la hostilidad por parte de él, provocando que la madre aumentara la coerción, esto lo confirma Bolmida (2018b), al referir que las “*soluciones intentadas*” son aquellas que los cuidadores realizan para reducir las conductas disfuncionales y que buscan ser principalmente normativas, a través del respeto de las reglas, pero sin tener el efecto deseado; ahora, cuando las normas no son respetadas se recurre a castigos, que se incrementan en su nivel de fuerza, aumentando la resistencia y teniendo como resultado el deterioro de los vínculos familiares y sin permitir un avance en la identificación de funciones y roles dentro del sistema.

“La teoría apoya esta circularidad en la que las estrategias que se deben implementar deben estar condicionadas a ser contradictorias, evitando caer en la trampa del desafío”. (Nardone & Fiorenza, 2004 citado por Bolmida, 2018C).

En el sistema familiar objeto de la intervención, se logra promover, además, un proceso de adaptación a la nueva organización del sistema a partir del evento no normativo de la separación de los padres. En relación con esto, también es pertinente señalar que cada etapa exige una reorganización del sistema, sus roles, sus relaciones y su dirección, y los eventos normativos y no normativos que se experimentan, impactan también la organización.

En este sentido, el sistema familiar requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema; el problema radica cuando las familias permanecen atoradas en una etapa, a pesar de que el sistema requiera de una transformación ante nuevos eventos o condiciones, por ejemplo, el nacimiento de un hijo(a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito

educativo formal, el cambio de nivel escolar, el cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, separación o divorcio, entre otros (Beltrán et al., 2016a).

Finalmente queda claro que el papel fundamental que juega la familia en el desarrollo y evolución de los niños y adolescentes, y más aún si se experimentan trastornos de la conducta, razón por la cual es muy importante que a nivel de la intervención se promueva la comprensión de la evolución de las familias y se fomenten las buenas relaciones familiares (Beltrán et al., 2016).

### **Conclusiones**

La intervención desde el enfoque sistémico permitió desarrollar una mirada contextual del problema, comprendiendo el síntoma como una manifestación de la disfuncionalidad de las relaciones al interior del sistema familiar.

Comprender los síntomas como algo relacional y no solamente centrados en el portador de los mismos, permite la participación activa de los miembros del sistema, y promueve el trabajo solidario para lograr la mejoría de los problemas, como un propósito común en función de mejorar las relaciones al interior del mismo.

A partir de la experiencia terapéutica con el presente caso se puede evidenciar que descentrar el problema, disminuye la percepción de carencia que trae la familia y permite el reconocimiento y activación de los recursos del sistema consultante.

Con respecto a las limitantes del proceso es importante resaltar que el tiempo para las intervenciones es escaso, además de que los consultantes no asisten tan rigurosamente a las sesiones, esto dificulta de alguna manera el buen desarrollo del proceso terapéutico.

Claramente, es importante conocer y entrenarse en otros elementos de intervención brindados por el enfoque sistémico, siempre en pro de generar cambio y mejoría en los integrantes de las familias.

Por último, es importante resaltar que el cambio en la familia y su reorganización no solo se logra mediante un proceso terapéutico, a pesar de que como profesionales en el área clínica somos el primer paso para generar el cambio, sino que también se debe, a que la familia y sus integrantes tienen los recursos como sistema para poder avanzar y generar los cambios deseados.

### **Recomendaciones**

En relación con el caso, se recomienda seguimiento psicológico para la familia con el propósito de conocer otros avances se han logrado a partir de la terminación del proceso terapéutico.

Con relación al Instituto de Familia y Vida, sería muy útil y pertinente diseñar y ejecutar programas dirigidos a las familias de la región, encaminados al abordaje grupal de los problemas de conducta más prevalentes en niños y adolescentes, y así generar un mayor impacto.

Es importante conocer y entrenarse en otros elementos de intervención brindados por el enfoque sistémico, siempre en pro de generar cambio y mejoría en los integrantes de las familias.

Por último y en cuanto al ejercicio de la práctica clínica dentro de la institución, es deseable que se continúe con el proceso de diseñar guías y protocolos de atención de las problemáticas más prevalentes, que les permita a los practicantes un ejercicio clínico más eficaz y sistematizado.

## Referencias

- Agudelo, M. & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, Recuperado de <file:///D:/Usuario/Downloads/Dialnet-ConstructivismoYConstruccionismoSocial-5857466.pdf>
- Angulo, R., Ballabriga, J., Claustre, M., Martín, A., Viñas, F., Champredonde, A., & Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de 6 a 8 años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22(3), 455. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3752.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2016). *Manual Diagnostico y Estadístico*. España: Medica Ed. Panamericana. Recuperado de [https://www.academia.edu/17057730/Manual\\_Diagnostico\\_y\\_Estadistico\\_de\\_los\\_Trastornos\\_Mentales\\_DSM-5\\_APA\\_5ed\\_booksmedicos](https://www.academia.edu/17057730/Manual_Diagnostico_y_Estadistico_de_los_Trastornos_Mentales_DSM-5_APA_5ed_booksmedicos).
- Balmida, M. (2018,21,03). Intervención Estrategia con niños Negativista Desafiantes. [Web log post]. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/intervencion-estrategica-ninos-negativistas-desafiantes/>
- Beltrán, K., Benítez, C., Parada, V., & Reyes, K. (2016). *Metodologías y estrategias para el trabajo con estudiantes que presentan Trastorno Negativista Desafiante*. (Tesis para optar por Licenciada en Educación y al título de Profesor de Educación Diferencial mención Deficiencia Mental). Universidad de Concepción, Los Ángeles, Chile. Recuperado de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2324/Beltr%C3%A1n%20-Benitez%20-%20Parada%20-%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Blanco, M., Cracco, C. (2015). Estresores y Estrategias de Afrontamiento en Familias en las Primeras Etapas del Ciclo Vital y Contexto Socioeconómico. *Ciencias Psicológicas*, (9), 129. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9nspe/v9nspea03.pdf>
- Cabrera, A., Berovides, J., Pérez, F., Blanco, R., Figueiras, B. & Padrón, L. (2010). Aproximación a la historia clínica: una guía. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*: 8(5), 184. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1334/6100>
- Chinchilla, R. (2015). Trabajo con una Familia, un Aporte desde la Orientación Familiar. *Actualidades Investigativas en Educación*: 15(1), 8-9. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n1/a39v15n1.pdf>
- Campañ, V., Feixas, G., Muñoz, D. & Montesano, A. (2012). *La Reformulación en Terapia Sistémica*. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Barcelona.1.Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32749/1/REFORMULACION.pdf>
- Farías, N. & Poloniolli, G. (2011). “*Test de la Familia y características de la interacción familiar en niños con asma*” (tesis para optar por licenciado en psicología). Universidad Academia de Humanismo Cristiano Escuela de Psicología. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2599/tpsico466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Iturrieta, S. (2001). *Conflictos familiares. ¿Cómo resolverlos?* Chile. Centro de educación a Distancia. Ed. Universidad Católica del Norte. Recuperado de <http://www.cpihts.com/PDF/Sandra%20Olivares.pdf>
- Javaloyes, M., Redondo, A. (2014). Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. 31-32. Recuperado de [https://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_trastornos\\_comportamiento\\_negativista\\_disocial.pdf](https://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf)
- Maffia, M. (2013). Reflexiones metodológicas sobre algunas contribuciones de la terapia familiar sistémica a un estudio antropológico de la familia. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3(2), 7. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.6159/pr.6159.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6159/pr.6159.pdf).
- Montalvo, J, Espinoza, M. & Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas Psicológicas*, 3(28),15. Recuperado de <http://alternativas.me/attachments/article/37/7.%20An%C3%A1lisis%20del%20ciclo%20vital,%20de%20la%20estructura%20familiar%20y%20principales%20proble~.pdf>.
- Monsalve, A., Mora, L., Ramírez, L., Rozo, V. & Rojas, D. (2017). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Rev. Cienc. Salud*, 15(1),107. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v15n1/v15n1a09.pdf>

- Peregrino, M. & Moreno, E. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno Negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-216. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3873.pdf>
- Peña, F., & Palacios, L. (2011) Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*: 34(5), 422-424. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115d.pdf>
- Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. & del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones Recuperado de [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/SENA\\_Manual\\_aplicacion\\_Extracto.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/SENA_Manual_aplicacion_Extracto.pdf)
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*: 1(1), 90. Recuperado de [file:///D:/Usuario/Downloads/Dialnet-IntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeTrastorno-4697791%20\(2\).pdf](file:///D:/Usuario/Downloads/Dialnet-IntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeTrastorno-4697791%20(2).pdf)
- Rizo, A., Medina, C., Botero, J. & Zuluaga, E. (2015). Agresión y empatía en un grupo de niños y niños diagnosticados con trastorno negativista desafiante. *Katharsis*: 20, 126. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/%20katharsis/article/viewFile/731/1034>
- Rojas, G. (2012). *Cambios en las interacciones desafiantes y oposicionales entre padres militares y sus hijos adolescentes, a partir de un proceso psicoterapéutico y de enfoque sistémico*. (Tesis para optar por Maestría en Psicología clínica). Universidad Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/3246/RojasReyesGonzalo2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sierra, M. & Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*: 27(2-3), 342-343. Recuperado de

[http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Marcos\\_Juan.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Marcos_Juan.pdf)

Suarez, M.& Alcalá, M. (). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Med La Paz*: 20(1), 53. Recuperado de

[http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)

Vásquez, J., Fera, M., Palacios. L. & Peña L. (2010). *Guía clínica para el trastorno negativista desafiante*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fente Muñiz. (Serie: Guías clínicas para la atención en trastornos mentales). Recuperado de

[http://www.inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno\\_negativista.pdf](http://www.inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_negativista.pdf)

Viaplana, G., Muñoz, D., Compañ, F., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universidad de Barcelona, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Barcelona. 3-7. Recuperado de

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistemico\\_Enero2016.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf)



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada MinEducación</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

**3.2 Historial de la situación**


**3.3 Intentos previos para solucionarlo**


**3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado / Cuidador)**


Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada por el Ministerio de Educación</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
<p><b>3.5 Percepción de la situación desde el / la menor</b></p>	
<p><b>3.6 Redes de apoyo del / la menor</b></p>	
<p><b>4. ASPECTOS FAMILIARES</b></p>	
<p><b>4.1 Familiograma</b></p>	

	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
<b>3.5 Percepción de la situación desde el / la menor</b>	
<b>3.6 Redes de apoyo del / la menor</b>	
<b>4. ASPECTOS FAMILIARES</b>	
<b>4.1 Familiograma</b>	

Folio No.	
-----------	--

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small> <small>Tijera de Merindocacán</small>	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

#### 4.2 Observaciones generales del ambiente familiar


### 5. HISTORIAL DE DESARROLLO

#### 5.1 PRENATAL

¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo? _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? : _____	¿Cuál era la condición médica general de la mamá durante el embarazo?: Ψ Saludable <input type="checkbox"/> Ψ Con algún tipo de complicaciones. <input type="checkbox"/>
--	---	--

Describa brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la madre durante el embarazo:

--

Describa las condiciones y reacciones de la familia de la madre y del padre del menor durante el embarazo:

--

Observaciones generales:


	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

8. ESCOLARIDAD			
¿A qué edad ingreso el menor a una Institución educativa?			
¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingreso a la Institución Educativa por primera vez? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
¿Cómo ha sido el rendimiento académico del menor? Ψ Bueno <input type="checkbox"/> Ψ Regular <input type="checkbox"/> Ψ Deficiente <input type="checkbox"/>			
¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____			
¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas?			
¿Cómo es la relación del menor con sus maestros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/>			
¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/>			
¿El menor ha sido cambiado de Colegio? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____ ¿Porque razón? _____			
A parte de la actividad académica o escolar, ¿el usuario asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como danzas, futbol, entre otros? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál o cuáles? _____			
9. ANTECEDENTES MÉDICOS			
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental del <b>MENOR</b> . En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco <b>"Ninguna"</b> .			
¿Cuáles enfermedades médicas diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental de la <b>FAMILIA DEL MENOR</b> . En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco <b>"Ninguna"</b> .			
¿Cuáles enfermedades médicas han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA <small>Vigilada por el Ministerio de Educación</small></p>	<p><b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

¿Cuáles enfermedades mentales han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?	¿Cuál ha sido el tratamiento?
---	-------------------------------

¿El menor ha presentado dificultades para conciliar sueño?  
 Ψ No.       Ψ Si

¿El menor ha presentado dificultades de alimentación? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de dificultades? \_\_\_\_\_

**10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)**

Conducta	Edad de inicio	Dificultades presentadas a causa de esta situación			Alternativas para manejar la problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

**11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)**


Folio No.	
-----------	--







## Anexo 2. Formato SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 6-12 años. Escuela.

SENA
6 a 12 años

Primaria  
**ESCUELA**

DATOS DEL ALUMNO

Nombre:  Sexo:  Varón  Mujer Edad:

Centro / Colegio:  Curso:  Fecha de evaluación:

¿Cómo considera que el alumno se desenvuelve en su día a día?

Muy satisfactoriamente  
  Sin dificultades importantes  
  Con algunas dificultades  
  Con muchas dificultades

---

DATOS DEL INFORMADOR

Nombre:  Relación con el evaluado:  Tutor  Profesor  Orientador

Otro:

¿Durante cuántos MESES ha sido profesor de este alumno?

### Instrucciones

En este cuestionario encontrará varias frases que describen comportamientos que pueden mostrar los niños. Por favor, lee detenidamente cada una de ellas e indique con qué frecuencia el alumno que está valorando ha mostrado esos comportamientos durante los últimos 6 meses.

Para responder tendrá que elegir en cada frase una de las 5 opciones siguientes y marcarla en el cuestionario:

- 1. Si el alumno **NUNCA** o **CASI NUNCA** muestra esa conducta marque el 1.
- 2. Si el alumno muestra esa conducta **POCAS VECES** marque el 2.
- 3. Si el alumno muestra esa conducta **ALGUNAS VECES** marque el 3.
- 4. Si el alumno muestra esa conducta **MUCHAS VECES** marque el 4.
- 5. Si el alumno **SIEMPRE** o **CASI SIEMPRE** muestra esa conducta marque el 5.

Fíjese en los siguientes ejemplos:

<b>1</b>	Parece contento.	1 2 3 4 <b>5</b>
<b>2</b>	Habla muy deprisa.	1 2 <b>3</b> 4 5
<b>3</b>	Se muende los uñas.	<b>1</b> 2 3 4 5

En la primera frase, la persona que ha respondido este ejemplo considera que el alumno que está valorando parece contento siempre y por eso ha marcado la opción 5 (SIEMPRE o CASI SIEMPRE). En la segunda frase ha marcado la opción 3 (ALGUNAS VECES) porque en ocasiones habla muy deprisa, pero no son muchas. Por último, en la tercera frase ha marcado la opción 1 (NUNCA o CASI NUNCA) porque nunca ha visto al alumno morderse las uñas.

Para evitar sus tentaciones a cada frase debe marcar la opción que haya elegido (1, 2, 3, 4 o 5), igual que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase desea cambiar su respuesta bórrela completamente la marca y rodee la nueva opción que desee marcar.

Es importante que responda a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco. Cuando no sepa qué responder o tenga dudas, marque la opción que considere que REFLEJA MEJOR el comportamiento del alumno durante los últimos meses, aunque no esté completamente seguro.

RECORDAR: Responda a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.  
Si tiene alguna duda, pregunte a la persona que le ha entregado este cuestionario.

SENA. Copyright © 2010. Todos los derechos reservados. Este cuestionario es un instrumento de diagnóstico y evaluación. No debe ser utilizado para fines de lucro. Toda la información contenida en este cuestionario es confidencial y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso de SENA. Política de privacidad: [http://www.sena.gov.co/privacidad](#)

Anexo 3. Formato SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 6-12 años. Familia.

SENA

6 a 12 años

Primaria

  
**FAMILIA**

DATOS DEL NIÑO

Nombre:  Sexo:  Varón  Mujer Edad:   
Da Mes Años

Centro / Colegio:  Curso:  Fecha de evaluación:   
Da Mes Años

¿Tiene algún problema médico?  
 No  Sí Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez un diagnóstico psicológico o neurológico?  
 No  Sí Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cómo considera que el niño es discrecional en su día a día?  
 Muy satisfactoriamente  Sin dificultades importantes  Con algunas dificultades  Con muchas dificultades

DATOS DEL INFORMADOR

Nombre:  Relación con el evaluado:  Madre  Padre  Abuelo/a  Cuidador/a

### Instrucciones

En este cuadernillo encontrará varias frases que describen comportamientos que pueden mostrar los niños. Por favor, lee detenidamente cada una de ellas e indique con qué frecuencia su hijo o familiar ha mostrado esos comportamientos durante los últimos 6 meses.

Para responder tendrá que elegir en cada frase una de las 5 opciones siguientes y marcarla en el cuadernillo:

- Si el niño **NUNCA o CASI NUNCA** muestra esa conducta marque el **1**.
- Si el niño muestra esa conducta **POCAS VECES** marque el **2**.
- Si el niño muestra esa conducta **ALGUNAS VECES** marque el **3**.
- Si el niño muestra esa conducta **MUCHAS VECES** marque el **4**.
- Si el niño **SIEMPRE o CASI SIEMPRE** muestra esa conducta marque el **5**.

Fíjese en los siguientes ejemplos:

<b>1</b>	Parece contento.	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Habla muy deprimido.	1	2	3	4	5
<b>3</b>	Se muerde las uñas.	1	2	3	4	5

En la primera frase, la persona que ha respondido este ejemplo considera que su hijo o familiar parece contento siempre y por eso ha marcado la opción 5 (SIEMPRE o CASI SIEMPRE). En la segunda frase ha marcado la opción 3 (ALGUNAS VECES) porque en ocasiones el niño habla muy deprimido, pero no son muchas. Por último, en la tercera frase ha marcado la opción 1 (NUNCA o CASI NUNCA) porque nunca ha visto al niño morderse las uñas.

Para anotar sus contestaciones a cada frase debe marcar la opción que haya elegido (1, 2, 3, 4 o 5), igual que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase desea cambiar su respuesta por completo debe marcar y rellenar la nueva opción que desee marcar.

Es importante que responda a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco. Cuando no sepa qué responder o tenga dudas, marque la opción que considere que REFLEJA MEJOR el comportamiento de su hijo o familiar durante los últimos meses, aunque no esté completamente seguro.

**RECUERDE:** Conteste a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.  
 Si tiene alguna duda, pregunte a la persona que le ha entregado este cuadernillo.

SENA. Copyright 2010 by Fundación SENA. Todos los derechos reservados. Este cuadernillo es una herramienta legalmente protegida y no puede ser reproducida, copiada, distribuida, vendida, alquilada, prestada o utilizada de ninguna manera sin el consentimiento escrito de SENA. Todos los derechos reservados. Para más información, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente al teléfono 01 222 2222.

## Anexo 4. Formato SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes 8-12 años. Autoinforme.

SENA
8 a 12 años

Primaria  
AUTOINFORME

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:  Sexo:  Varón  Mujer Edad:

Centro / Colegio:  Curso:  Fecha de evaluación:  /  /

### Instrucciones

En este cuadernillo encontrarás varias frases sobre pensamientos y sentimientos que puedes tener y también sobre cosas que haces o que te han pasado. Nos gustaría que leyeras detenidamente cada una de ellas y nos dijeras si lo que dice la frase te pasa a ti.

Para responder tendrás que elegir en cada frase una de las 5 opciones siguientes y marcarla en el cuadernillo:

- Si lo que dice la frase **NUNCA** o **CASI NUNCA** te pasa tienes que marcar el 1.
- Si lo que dice la frase te pasa **POCAS VECES** tienes que marcar el 2.
- Si lo que dice la frase te pasa **ALGUNAS VECES** tienes que marcar el 3.
- Si lo que dice la frase te pasa **MUCHAS VECES** tienes que marcar el 4.
- Si lo que dice la frase **SIEMPRE** o **CASI SIEMPRE** te pasa tienes que marcar el 5.

Fíjate en los siguientes ejemplos:

<b>1</b>	Me pongo contento cuando me dan un regalo.	1	2	3	4	<b>5</b>
<b>2</b>	Me dan miedo los perros.	1	2	<b>3</b>	4	5
<b>3</b>	Voy al cine a ver películas de terror.	<b>1</b>	2	3	4	5

Le persona que ha respondido a estos ejemplos se pone contento **SIEMPRE** que le hacen un regalo, por lo que ha marcado la opción 5 (SIEMPRE o CASI SIEMPRE). En la segunda frase ha marcado la opción 3 (ALGUNAS VECES) porque en ocasiones le asustan los perros, pero no son muchas. En la última frase ha marcado la opción 1 porque **NUNCA** o **CASI NUNCA** va al cine a ver películas de terror.

Para anotar tus contestaciones a cada frase debes rodear la opción que hayas elegido (1, 2, 3, 4 o 5), igual que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase deseas cambiar tu respuesta borrar completamente la marca y rodear la nueva opción que desees marcar.

Es importante que respondas con sinceridad eligiendo la opción que más se ajuste a ti y a las cosas que haces. Cuando tengas dudas y no sepas qué responder, marca la opción que **MÁS SE AJUSTE** a ti y a tu forma de comportarte, sin dejar ninguna frase sin responder. No existen respuestas buenas o malas; lo importante es que respondas lo que te pasa a ti.

RECORDA: Contesta a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.  
Si tienes alguna duda, pregunta a la persona que te ha entregado este cuadernillo.

© 2016, Copyright de la UCA. Todos los derechos reservados. Este cuadernillo es una herramienta de evaluación y diagnóstico. No debe ser utilizado para fines comerciales. Para más información, contactar con el equipo de evaluación y diagnóstico de la UCA.

Anexo 5. **APGAR familiar.**

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

