

**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

Tesis:

Previo a la obtención del título del PSICOLOGO CLINICO

Tema:

**“CARACTERIZACION DE LAS DIFICULTADES DE NIÑOS
ENTRE 10 Y 11 AÑOS DEL COLEGIO BUCARAM DE AIVAS
DE LA FUNDACION LIBANESA/ SIRIA, JUNIO 2011 -
ENERO 2012”**

Autor:

María Fernanda Galindo Rodríguez

GUAYAQUIL-ECUADOR

2012

~ 1 ~

PENSAMIENTO:

“No es el futuro lo que preocupa, es lo que dejamos a los niños como herencia lo que agobia al presente y deja al futuro en incertidumbre”

Anónimo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a mis padres por a ver guiado mi camino y apoyado durante estos cinco años de carrera y que hoy se ven ya los frutos obtenidos.

A la Universidad Católica de Guayaquil, Carrera de Psicología, por haber sido parte y puerta fundamental en este camino recorrido y culminación de mi carrera.

A maestros, amigos y a todos los que formaron parte de estos cinco años de instrucción, enseñanzas y guías para lograr concluir el camino que hoy termino junto al resto de compañeros.

Al Psicólogo José Acosta, por ser nuestro director de prácticas, propuesta de trabajo, guía, maestro, por su colaboración, paciencia y por brindarnos su conocimiento y experiencia por este camino.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres, seres humanos llenos de bondades y cualidades, con las cuales, me criaron y apoyaron siempre, por lo que les debo infinitamente la persona que soy.

RESUMEN

Este trabajo tiene como finalidad mostrar los resultados de la investigación realizada en la Institución Educativa (Bucaram de Aivas de la Fundación Libanesa-Siria), que ha permitido establecer la caracterización de las dificultades de los niños atendidos durante el periodo lectivo 2011.

Esta investigación se la desarrolla a partir de derivaciones que realizó el departamento de orientación de la Institución para ello se utilizó el Método Clínico, buscando consolidar un modelo de intervención psicológica elaborado al inicio de las prácticas, el cual cuenta con los soportes teóricos acumulados a lo largo de nuestra formación en la Carrera; donde la observación, la escucha y entrevistas fueron herramientas fundamentales para el trabajo.

Los resultados del trabajo clínico permitieron identificar en los niños derivados a consulta, la siguiente sintomatología: conversiones, angustia, síntomas depresivos, problemas de comportamiento, problemas escolares, baja autoestima y desestructura familiar.

PALABRAS CLAVES: Problemas de aprendizaje, Problemas de conducta, síntoma, angustia, conversión.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
Caratula	1
Pensamiento	2
Agradecimientos	3
Dedicatoria	4
Resumen	5
Índice	6
Introducción	8
Ubicación del problema en su contexto	11
Planteamiento del problema	11
Objetivo del estudio	11
Objetivos específicos	12
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	12
1. MARCO TEÓRICO	14
1.1 Angustia	16
1.2 Represión	17
1.3 Síntoma	18
1.4 Depresión	19
1.5 Conversión	20

2. METODOLOGÍA	26
2.1 Método de Investigación	26
2.2 Población	27
2.3 Muestra	27
2.4 Instrumentos de Investigación	27
2.4.1 Observación	27
2.4.2 Entrevista Psicológica	29
3. RESULTADOS	30
3.1 Análisis e interpretación de los resultados	30
3.2 Análisis global de los casos	39
4. CONCLUSIONES	42
5. RECOMENDACIONES	43
6. BIBLIOGRAFIA	46
7. ANEXOS	47

INTRODUCCION

Vivimos momentos críticos, donde la sociedad, por los efectos de la globalización muestra los signos de la postmodernidad, en que la subjetividad debilitada cada día incrementa la fragilidad de los hogares, produciendo cambios en la estructura familiar observando que uno de los padres se hace cargo de los hijos o delega su responsabilidad a terceros, en los divorcios y malas relaciones se incrementan en los niños los síntomas que impactan en su vida personal, en sus relaciones o en sus actividades escolares,

En esta época, cuando las relaciones básicas para el funcionamiento de los niños se ha visto deteriorado en la medida que estas familias pierden vínculos los unos con los otros, donde la estructura como tal se va perdiendo y dejando a su paso ciertas consecuencias no leídas por los padres, sino por terceros que son los que terminan en el trabajo de la escucha, descubriendo aquello que aqueja a estos niños, lo que genera en ellos un malestar poco perceptible a la escucha ligera del "OTRO". Es en la escucha profunda y atenta donde se ve la angustia y síntomas donde el niño empieza a tener su quiebre.

Freud, dice de la angustia, que el sujeto se encuentra ante una situación de excitación que no pueda manejar mediante la descarga (es decir, tramitarla según el principio que tiende a reducir la tensión y recuperar la homeostasis) se reactualizará el factor traumático y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia.¹

En estos casos tenemos a niños que ven como, frente a ellos, sus padres se desbordan al no poder manejar sus problemas y estallan las crisis, sus efectos que logran marcar al niño, forzándolo a una situación de riesgo, de culpa, porque piensan que ellos son los responsables de la separación de sus padres, de las agresiones que observan, de esos que son sus objetos de amor y que inscriben en ellos huellas dolorosas, desde temprana edad.

La familia, como tema en el cual se centra la mayoría de las inscripciones del niño y su desarrollo, hace del mismo a un niño sano, o con problemas. En este trabajo se encontraron muchas problemáticas que van desde el desarrollo personal del niño hasta los efectos en lo educativo. En la mayoría de los casos la proyección de los problemas vividos se muestra frente a los maestros.

Todo aquello que el niño reprimía por falta de una estructura familiar que lo sostenga se veía proyectado en problemas de aprendizaje, conducta, angustia, y hasta en, ciertos casos, síntomas depresivos fuertemente marcados.

La familia como estructuradora y formadora en esta época toma tonalidades grises, no solo para el desarrollo y formación de los niños, sino como la misma que puede llegar a generar en ellos problemas, que se verán proyectados por ellos en algún punto para liberar la tensión. En este caso esta tensión pudo ser reducida gracias al trabajo realizado durante varias sesiones con los niños, donde la escucha como

herramienta y la clínica como método fueron vitales para la ayuda de reducción de la angustia y mejora de otros aspectos en los niños atendidos durante el periodo de las prácticas pre- profesionales.

Estos niños contaron con la ayuda que se les brindó por parte del centro educativo al dar espacio a la aplicación de la técnica aprendida en los años de estudios guiados por la formación que la carrera nos brinda, ya que si bien hacemos clínica, nuestras bases son y vienen de la teoría psicoanalítica, la cual nos da herramientas y conceptos con los cuales trabajar y llegar a diagnósticos mejor elaborados y con responsabilidad.

Estos niños no contaron con la ayuda de sus padres, ni de los familiares a cargo. Los pedidos de ayuda fueron derivados a causa de comportamientos poco usuales en ellos y por preocupación de los maestros que están siempre atentos a los cambios y logros de ellos.

UBICACIÓN DEL PROBLEMA EN SU CONTEXTO

El trabajo se realizó en el Colegio Bucaram de Aivas, de la Fundación LIBANESA-SIRIA. Nace en el año 2001 el jardín de infantes particular “Claire Bucaram de Aivas” y la escuela particular “Claire Bucaram de Aivas” con una infraestructura acogedora y completa, la misma que cumple las exigencias de las leyes educativas para conseguir bienestar de los niños y niñas que se educan en la institución.

En el 2003-2005 ante el deseo expresado por los padres de familia para que sus hijos continúen sus estudios en esta institución educativa, dado al alto nivel académico que este les brindaba, la nueva directiva en este periodo, quien junto a su directiva y con la colaboración de verdaderos mecenas emprendieron la construcción de 8vo a 10mo año de educación básica, la oficina de rectorado, dos canchas deportivas y se obtuvo la creación del COLEGIO PARTICULAR “CLAIRE BUCARAM DE AIVAS” de la Fundación LIBANESA-SIRIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Describir los problemas que atraviesan los niños entre los 10 y 11 años atendidos en el Colegio Bucaram de Aivas fundación LIBANESA-SIRIA.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Caracterizar las dificultades que presentaron los niños entre 10 y 11 años del Colegio Bucaram de Aivas de la Fundación LIBANESA-SIRIA atendidos en el periodo de junio 2011 a enero del 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar las dificultades psicológicas, presentadas por los niños de la fundación Libanesa/Siria.
2. Describir las características identificadas.
3. Delimitar la semiología diferencial de las características detectadas.
4. Explicar la sintomatología descriptiva y diferencial de los casos atendidos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Niños entre 10 y 11 años del Colegio Bucaram de Aivas en el periodo 2011-2012.
2. Niño con problemas de autoestima.
3. Niños con padres divorciados.
4. Niños con padres migrantes.
5. Niños criados por terceras personas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Niños que no volvieron a consulta después de la primera entrevista.

La muestra del presente estudio fue de 14 niños entre 10 y 11 años. Se planteó la necesidad de investigar porque estos niños empezaron a tener

problemas sin razón aparente, y de cómo empezaron a tener dificultades por los cuales fueron derivados a consulta.

Los niños a analizar son: niños maltratados físicamente, niños con padres divorciados, niños con padres migrantes, niños criados por terceros.

Se busca demostrar la sintomatología más común presente en este grupo de estudio. Estos síntomas pueden ser la angustia, síntomas depresivos, problemas de aprendizaje y de conducta.

1. MARCO TEORICO

Este trabajo recoge y se respalda en la teoría psicoanalítica y otras fuentes que nos permiten encontrar fundamentos indispensables para la elaboración del trabajo y explicación de conceptos.

La teoría psicoanalítica recoge conceptos importantes al tratar de explicar porque el sujeto llega en un determinado momento a perder su estado de normalidad llevado por un conjunto de hechos que logran desequilibrarlo.

Existen conceptos fundamentales que Freud trabajo como el de inconsciente, represión, angustia, proyección, mecanismos defensivos, entre otros que ayudaron a explicar mucho de la forma como el sujeto responde frente a lo traumático (o lo que en el causa en determinado momento un malestar, una ruptura o algo de lo que no quisiera hablar, y lo hace reprimiéndolo).²

Es importante también señalar a Melanie Klein y winnicott también exponentes de la teoría psicoanalítica y con particularidades diferentes.

Melanie Klein considera que el desarrollo temprano de la conciencia del niño son parte de los procesos mentales que subyacen al desarrollo de la conciencia del individuo, que la práctica psicoanalítica ha confirmado en cada caso que, la conciencia de la persona es un precipitado o representante de sus primeras relaciones con los padres.³

Donald Winnicott, también nos habla del desarrollo del niño, que existe en una etapa muy temprana el funcionamiento del yo el cual debe considerarse un concepto inseparable del de la existencia del infante como persona. La vida instintiva que exista al margen del funcionamiento del yo puede ignorarse, porque el infante no es todavía una entidad que tenga experiencias. No hay ningún ello antes del yo. Sólo a partir de esta premisa se justifica el estudio del yo.⁴

Estas teorías nos hablan del desarrollo normal del niño, tema importante ya que aun habiéndose dado estas etapas de desarrollo, los cambios de un estado a otro en condiciones favorables, existe más adelante elementos y componentes que van a generar en los niños situaciones que están muy alejadas de poderlos resolver solos.

Normalmente se les permite desarrollar, se pasa el proceso de inscripción, corte y restablecimiento de lo normal lo que permitirá en el niño lograr instaurar nuevas maneras para vivir dentro de la normalidad. Se habla de un desarrollo en cuanto a lo psíquico, dentro de la rigurosidad el niño crece normalmente en espacios que le permiten desarrollarse dentro de la normalidad, crecer en lo sano y vivir su niñez como le corresponde.

La normalidad se rompe cuando los niños atraviesan situaciones que los desequilibran y generan en ellos un estado de malestar, ansiedad y angustia hacia una situación o situaciones que no pueden controlar y que van a generar en ellos un pedido de ayuda no leído ni escuchado a simple

vista la minuciosidad del que está presente frente al niño podrá descubrir lo que está generando el problema y así ayudar a reducir el estado de represión en el que se encuentran.

Estos tres autores efectivamente hablan del desarrollo del niño desde la normalidad, desde los procesos por los cuales se pasa de un estado a otro para lograr su desarrollo, es decir, el niño crecerá y pasara de la niñez a la adolescencia sin problemas.

A continuación se hablara de ciertos conceptos fundamentales para el desarrollo del trabajo ya que todos nos llevan al tema central de los problemas y dificultades que atraviesan los niños.

1.1 ANGUSTIA

La angustia es generalizada en los niños, es parte de lo que aqueja y lleva al sujeto a un estado de alerta de nervios, de alteración que logra mantenerlo en un proceso de internalización, donde el solo es el que está sufriendo o padeciendo. Lo que genera la angustia podría hablarse de muchas consecuencias respecto a lo que la genera en el sujeto, generando un quebranto en su normalidad. Freud hablo sobre la angustia a partir de otros conceptos en los cuales trabajó con la inhibición y síntoma, pero es aquí donde logra profundizar el concepto de la angustia.

Freud en "Lecciones introductorias al psicoanálisis" va a conceptualizar a la angustia como "señal de alarma" desencadenada por el yo: "Sabiedo que el desarrollo de la angustia es la reacción del yo ante el peligro y constituye la señal para la fuga; también en la angustia neurótica busca el

yo escapar a las exigencias de la libido y se comporta con respecto a este peligro interior del mismo modo que si de un peligro exterior se tratase".⁵

Por lo tanto la angustia será un mecanismo que ayudara al sujeto a defenderse de algo, actuara como alerta para indicar que algo está sucediendo y así mismo ayudara a protegerse sobre aquello. La angustia es vivida en los niños entonces, como un mecanismo defensivo, es decir, es su señal de que algo que está pasando no está bien, que algo que ha surgido se está movilizando y aunque no lo sepan muy bien ya están actuando sobre ello.

1.2 REPRESION

La represión trabajada como mecanismo defensivo en los niños tiene su base psicoanalítica, existe todo un trabajo que le da valor como mecanismo defensivo. Este mismo utilizado en los niños como forma de protegerse de hechos u experiencias que por su valor o significación se ha reprimido, se ha dejado oculto en algún lugar ya que causa en ellos un malestar.

Freud hablo de la represión "es simplemente la imposibilidad de recordar una situación, persona o evento estresante. Esta defensa también es peligrosa y casi siempre va acompañada de otras más".⁶

Entonces, si la represión es esa imposibilidad de recordar, también surge de ahí el malestar en la persona, o es al conectar un evento nuevo que le dará peso o el despertar del anterior que se encontraba hasta entonces "dormido".

También se hablaría de una represión secundaria: esta se da cuando fracasa el intento de reprimir o de hallar otra vía de desahogo; se produce entonces una tendencia a reprimir todo suceso vinculado asociativamente al material originariamente reprimido; una tendencia a reprimir los derivados de la misma manera como antes fue reprimida la exigencia originaria.⁷

1.3 SINTOMA

El síntoma es aquello que hace el sujeto para cubrir o escapar de la angustia. En los niños se maneja el mismo proceso. El niño que atraviesa por una situación cualquiera que marque un aspecto negativo, poco placentero que lo desequilibra genera síntomas.

Síntoma que ayudara a manejar la angustia creada por aquello displacentero en el, pero no solo es un canalizador sino un candado en aquello que por alguna razón no queremos saber.

Ahí donde se va a generar la tristeza, el llanto las palpitaciones la respiración cortada es ahí donde el síntoma tendrá su lugar.

Entonces la formación de síntomas esta para cubrir la angustia y así ambas coexisten. Son aliados ya que una existe gracias a la otra; una funciona en rechazo de la que viene a poner en peligro la estabilidad.

El síntoma está para eludir la angustia, y la ejemplifica mostrando, por ejemplo, que si impedimos al obsesivo lavarse las manos siente angustia, lo que prueba que el síntoma tapaba la angustia, El síntoma protege de la angustia y de la situación de peligro que la había generado. La situación

de peligro es interna (aunque se pueda proyectar en el exterior). Ya que está en el mismo impulso instintivo. El yo, para hacer a éste inofensivo, lo desvía de su fin.⁸

Entonces la importancia del síntoma para protegernos de la angustia es un proceso que ayudara y mantendrá al sujeto en un estado de normalidad regularizada, es decir, reducirá la tensión ahí donde podría generarse un desencadenante que lleve al sujeto a la pérdida, dolor y al vacío.

1.4 DEPRESION

La depresión es un estado que existe en casi todas las neurosis, es como un sentimiento de sumisión.

Cuando se habla de depresión se habla de todo un proceso que se ve involucrado donde el sujeto lo vive de diferentes maneras, la autoestima se ve llevada a un estado bajo donde peligra el sujeto.

Cuando el sujeto se encuentra en este estado, los síntomas que aparecen son en la mayoría de los casos el de privarse de las acciones básicas vitales para estar bien, como el de alimentarse o el de ansiedades físicas y malestares que afectan al cuerpo aun sin existir un daño físico.

Melanie Klein habla de un proceso de duelo normal y anormal, de que cuando desaparece un objeto amado en la vida adulta (objeto que, a un nivel más profundo, representa siempre una figura paterna o fraterna) vuelven a despertar en el sujeto los conflictos de la posición depresiva.⁹

Estas pérdidas en la vida adulta funcionan como un despertador de aquellas pérdidas que a temprana edad aun siendo niños despertaron síntomas depresivos, y que ya en la vida adulta vienen hacer un eco de esas experiencias pasadas vividas nuevamente.

En los niños entonces, estas experiencias de perdidas (duelos aun si no hubiese muerto la madre o padre) son vividas también con extrañezas, tristezas y dolor dejando entonces síntomas depresivos y no una depresión o como en el caso que Klein habla una posición depresiva, lo que se entendería como severa y mucho más profunda; de la cual sería mucho más difícil de salir o maniobrar ya que la depresión es un estado profundo donde la culpa, y melancolía forman un cuadro más difícil de tratar.

1.5 CONVERSION

La conversión se da cuando ocurre a nivel físico e inconscientemente la salida de impulsos instintivos reprimidos. La conversión como síntoma se caracteriza por hacer que el "YO" se desestabilice o volqué sobre el movimiento (motilidad) y descargas físicas.

El síndrome de conversión tiene una base que es particular para cada individuo que son y hacen parte de su pasado. Es lo que en el pasado se ha dejado encerrado y reprimido.

La conversión actuaría entonces como un hacia adentro que hace el sujeto, no proyectados, es decir sus síntomas se verán reflejados en

alteraciones y malestares fisiológicos aun sin encontrar una base orgánica que los justifique.

El sujeto hace una interiorización de aquello que lo llega a desequilibrar, por lo tanto este hacia adentro no es más que una forma de mostrar que algo está ocurriendo, que está surgiendo un síntoma ya existente, sino que estaba reprimido y que al surgir nuevamente va a generar este estado en él.

La conversión es entonces un estado donde el sujeto los vive afectado por una situación que lo enferma aun sin existir un problema físico, pero que gira entorno a generar un malestar internalizado reflejado en su cuerpo enfermo.

Está también el caso donde muchos sujetos pueden poner a su favor este estado, y terminar manipulando la situación con su estado.

La conversión viene a estar en el lugar donde el sujeto responde desde una situación que le genera rabia, coraje, y cualquier otra situación que le genere un conflicto sin resolver.

Con el tiempo pueden haber cambios en estos síntomas, toman otras tonalidades se sigue reprimiendo y buscando mecanismos para mantener eso oculto, pero también a medida que se busca reprimir aquello también se buscara nuevas formas de aplacarlo. Es decir los significados y significantes de un síntoma.

Según la OMS, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁰

Es totalmente admisible al hablar de salud mental no solo en la ausencia de afecciones o enfermedades, hablar de salud mental es hablar de un estado pleno de desenvolvimiento, de realización en el sujeto que lo lleva a un equilibrio mental y estabilidad plena para su desarrollo personal e interpersonal.

La OMS revela en sus cifras que existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos humanos para la atención de salud mental en el mundo. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios.

Existen varias instituciones que han realizado estudios sobre el maltrato infantil, leyéndose por maltrato no solo al físico u acción de dar un golpe motivado por las circunstancias que sea, si no del maltrato emocional u

psicológico que va tras la acción de cualquiera que sea el motivo para hacerlo.

Existen diferentes posiciones frente a la definición del maltrato psicológico ya que en muchos países, el maltrato físico es el que tiene peso y no el emocional, es decir, el de la palabra accionada y dirigida que marque en el sujeto una herida.

La mayoría de las investigaciones los últimos años frente al maltrato infantil habla, de un crecimiento frente al maltrato hacia los niños y sobre las consecuencias hacia la víctima. Se habla que el maltrato físico y psicológico llega a afectar al desarrollo evolutivo del niño muchas de las representaciones de cómo se manifiestan los síntomas sobre los niños afectados son: angustia, represión, problemas de conducta, pesadillas, problemas escolares y conductas regresivas.

El estudio realizado por la Universidad de Valencia España con el título El Impacto Psicológico del Maltrato: PRIMERA INFANCIA Y EDAD ESCOLAR, revela como conclusiones que el maltrato infantil es en varias etapas.

Desde la perspectiva de la paternidad, cuando las prácticas de la socialización son inadecuadas por una disciplina abusiva, verbal y física, o por un abandono físico o emocional, al niño no se le proporciona la seguridad emocional y afectiva que precisa para ir dando cumplimiento satisfactorio a sus tareas evolutivas.

Desde la perspectiva dinámica del niño, este tratará de adaptarse por sobrevivir psicológicamente en la matriz relacional en la que se encuentra y en la faceta conductual, según su temperamento y su género, entre otros factores se le presentan dos vías: la lucha o la retirada, lo que denominamos de otro modo, problemas externalizantes y problemas internalizantes.¹¹

Este estudio resulta muy certero al tratar de hablar sobre las posiciones que tiene el niño frente al maltrato, y si bien es cierto que tiene la habilidad de buscar la solución o salida frente a lo que le está produciendo una descarga descontrolada de emociones, el niño también es capaz de vivir este proceso de angustia desde una posición muy personal. Cada niño vive su experiencia a su manera no habrán dos niños sintiendo de igual manera o viviendo igual un hecho. Cada manifestación en ellos será distinta y hasta los resultados de las mismas.

La descarga del problema resultado del hecho violento, traumático que marcara al niño será respondido con firmas únicas, y a si mismo será tramitado, y más aún el final que le den será al nivel de escapatoria frente al hecho, el niño será capaz de resolverlo o permitirá que esto afecte su vida siempre.

En el desarrollo del niño, ¿que está en juego?, ¿qué es lo normal? ¿Qué es lo anormal? ¿Que sería la marca?, ¿la herida?, ¿el momento que aterroriza y pone al niño en un estado de vulnerabilidad?

La familia que lo representa o hace que el niño genere representaciones propias a partir de cómo se inscribe en sus primeros años de vida lo que llegara a definirlo en la adultez. Decir que todo lo que se inscribe en los primeros años de vida define, pues sí, es cierto pero en el desarrollo existirán factores externos también que harán que estas inscripciones tomen mayor fuerza.

El niño como clave de la familia y la familia como protectora y benefactora de la salud e integridad de él son sincronías y armonización de lo llamado familia, donde rigen normas y funcionamientos para cada uno de ellos, para el desarrollo grupal y personal de cada uno de los individuos que hacen parte de la misma.

La sincronía de la familia es la que entonces dependerá gran parte del desarrollo del niño. Es importante decir que no todos los resultados, reglas y normas actuaran de igual manera en la vida del niño. Es la posición y vivencias que darán el quiebre e individualidad a la formación y solo en ella se verán reflejadas si fueron las mejores o no.

2. METODOLOGIA

2.1 METODO DE INVESTIGACION

Este trabajo se realizó bajo el método clínico, que aplica herramientas que son usadas para estudiar y obtener resultados mediante el método de las entrevistas, observación y análisis del comportamiento general del sujeto.

El método clínico nos ayudó a obtener a través de la entrevista información y datos del sujeto con los cuales logramos obtener un mejor cuadro para llegar al diagnóstico o acercarnos a él mientras obtenemos mayor información.

Luego de recoger información se hace una evaluación sobre el caso, sobre lo dicho en las entrevistas, sobre lo que se movilizó en ellas, lo cual nos ayudara a manejar una mejor perspectiva clínica sobre el diagnóstico y psicoterapia más provechosa.

Se presentaran tres casos de los catorce atendidos para ejemplificar el trabajo en el periodo de prácticas en el Colegio Bucaram de Aivas de la fundación LIBANESA-SIRIA.

Se detallara datos de filiación, procedimiento, motivo de consulta, diagnóstico dinámico, diagnóstico descriptivo, mecanismos defensivos análisis global de los casos.

2.2 POBLACION

La población atendida son los niños entre 10 y 11 años que acudió a consulta deriva por el departamento de psicología del Colegio Bucaram de Aivas de la Fundación LIBANESA-SIRIA.

2.3 MUESTRA

Nuestra muestra fue tomada a partir de los 14 casos atendidos entre edades de 10 y 11 años.

Se toman en cuenta las siguientes variables:

1. Niños entre 10 y 11 años del Colegio Bucaram de Aivas en el periodo 2011-2012.
2. Niño con problemas de autoestima.
3. Niños con padres divorciados.
4. Niños con padres migrantes
5. Niños criados por terceras personas.

Se excluyeron del estudio a aquellos niños que no volvieron a consulta después de la primera entrevista.

2.4 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

2.4.1 OBSERVACION:

El método de observación es una herramienta básica y fundamental en la obtención de información que queremos sobre el paciente. Es un método

donde la mirada entra en juego entre las dos personas que están involucradas en la entrevista.

En la entrevista se da el juego de mirada del que observa y el que no quiere ser observado, cuando se da la entrevista cada movimiento, gesto o mirada sirve para la obtención y recopilación de información que nos ayudara más adelante llegar a ciertas conclusiones.

La observación es un instrumento entonces que nos ayudara y permitirá ver las expresiones y así de lo que el sujeto este sintiendo.

Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

La vestimenta de los niños: el uso del uniforme e higiene del mismo.

Aspecto físico: peso, altura, posición, movimientos.

Habla: velocidad, pausas, agilidad, comprensión, coherencia, articulación de oraciones completas.

Capacidad de comunicación: si lograba expresar lo que quería, grado de dificultad.

Grado de concentración.

Percepción del niño: como se veía, lo que pensaba de él.

Emociones: llanto, tristeza, irritabilidad, disposición al trabajo.

Frente a la entrevista: colaborador o evasivo.

2.4.2 ENTREVISTA PSICOLOGICA:

La entrevista psicológica es una técnica muy importante para obtener información del paciente. Es importante que entre el entrevistado y el entrevistador se origine una buena interrelación ya que esto ayudara al proceso.

Para el método clínico la entrevista psicológica, es una herramienta que ayudara a la obtención de información para la elaboración del diagnóstico pero también para el desarrollo del diagnóstico y a la buena práctica de la psicoterapia.

En cada entrevista se realizara la técnica de entrevista abierta y semidirigida teniendo en cuenta que aquí el psicólogo puede intervenir y empezar a movilizar ciertos aspectos que se necesiten para el desarrollo del dialogo y así obtener mayor información que nos pueda ayudar.

En las entrevistas con los niños se manejó un tiempo prudencial, con cada uno de ellos se respetó los espacios y las cosas dichas, dejando claro que aquello de lo que se hable ahí quedaba para nosotros. Así los niños lograron reducir la angustia que les causaba el estar frente al psicólogo y la expectativa de aquello que se iba hablar.

En las entrevistas se movilizaron aspectos muy importantes en los niños lo que ayudo a llegar a diagnósticos más certeros.

3.RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo psicoterapéutico, tomando en cuenta todas las variables en cada uno de los niños y en el marco que sustenta este trabajo, es que los niños manifiestan dificultades en su desarrollo a causa de factores que giran en torno a la familia. Estos problemas son ecos de la posmodernidad donde vivimos.

Se puede decir que frente a los conceptos recogidos en este trabajo en donde impera una desorganización familiar, donde existen estructuras resquebradas donde el niño llega a sintomatizar, se hace presente el problema. Resultado de esto que aqueja a los niños y las manifestaciones de estos se dan en diferentes posiciones y vividas de diferentes maneras en cada uno de ellos.

3.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A continuación se ejemplifican tres entrevistas realizadas:

CASO 1

- **Datos de filiación:**

Edad: 10 años

Lugar de nacimiento: Guayaquil

Escolaridad: sexto grado

Hermanos: hija única

Procedimiento:

La primera entrevista fue con la maestra, la segunda con la psicóloga principal del D.O.B.E, y la tercera con la niña, donde se recogieron datos e información general y donde se le explico el motivo por el cual fue derivada al servicio de consultoría.

Motivo de consulta:

La niña es llevada por las constantes quejas de su maestra, por el comportamiento de la niña últimamente desinteresado y poca colaboración en clase; por lo cual, la niña es inmediatamente derivada a la consulta psicológica y desde ahí se inicia a trabajar con ella.

Antecedentes Familiares y personales:

La niña viene de un hogar donde madre y abuela viven juntas, es hija única y pasa la mayor parte de su tiempo con su abuela ya que la madre trabaja todo el día y solo llega en las noches a supervisar que la niña tenga todo listo para la escuela. De su padre se sabe poco ya que el abandono el hogar cuando ella aún era bebe y desde ahí no se sabe nada de él.

La niña invierte la mayor parte de su tiempo en ver televisión, y jugando con su amiga que vive al frente de su apartamento, dispone muy poco de su tiempo para tareas de la casa o sus obligaciones de la escuela, por la cual se encuentra muy desmotivada y hasta sus notas han bajado impresionantemente hasta el punto de arriesgar el próximo año su cupo para continuar dentro de la institución.

En las siguientes entrevistas con la niña sale mucho de su problema que prácticamente gira en torno a saber más de su padre y lo que su ausencia ha hecho en ella, dice que lo piensa mucho y que “no se explica cómo pudo abandonarla a ella y a su madre”, que le duele enormemente no saber de él y que siente que su madre le miente sobre la vida de su padre, cosa que le duele mucho más. La niña muestra tristeza en las siguientes entrevistas hasta su disposición y atención varían.

Se realizó dos entrevistas con la madre donde el tema que se tomó en ambas entrevistas es la ausencia del padre y de “ciertas mentiras”, que ella ha tenido que decirle a su hija solo por calmar su curiosidad, pero lo que en vez de aliviar a la niña ha empeorado la situación de la menor; lo que ha llevado que baje sus promedios, poca atención en clases y poca participación también.

- **Diagnostico descriptivo:**

La paciente es de contextura gruesa, alta para su edad colabora en las entrevistas, muy dispuesta hablar sobre lo que la tiene mal lo que hizo que el proceso se llevara de mejor manera.

- **Diagnóstico clínico dinámico:**

Paciente con rasgos histéricos y síntomas depresivos.

- **Mecanismos defensivos:**

Represión: no podía expresar al principio mucho de lo que le pasaba lo que impedía avanzar en el tratamiento.

Proyección: la niña proyecta su inconformidad, su malestar de no saber de su padre, aun preguntándole a su madre y ella ignorando estas peticiones, lo que lleva a la niña a bajar notas, a tener mal comportamiento con las maestras y hasta bajar de promedios por no cumplir con tareas.

Conversión: por su forma de llamado de atención

Introyección: se reconoce la culpa por los síntomas depresivos

Evolución del tratamiento:

Se logró trabajar con la niña alrededor de quince sesiones donde se tocaron temas relacionados con su padre y el abandono y de cómo esto afectaba ahora después de muchos años su estado de ánimo y entorno. También se buscó que la niña hablara de eso de darle el espacio para que se exprese.

Se logró en dos sesiones finales que la madre estuviera presente y pudieran enfrentar junto con la niña el tema del abandono del padre se logró que ambas se sinceraran lo que ayudo a reducir el nivel de angustia de la niña y de la madre, ya que esta situación estaba poniendo a la señora también mal, logrando así que cada encuentro o discusión entre ambas se tornara ya casi violenta.

Después de las sesiones se les pidió volver antes de finalizar el año y se pudo conversar con ambas y se habló de los avances y retrocesos, pero en general tanto la niña como la madre han logrado superar estos inconvenientes lo que ha hecho que su relación mejore.

CASO 2

- **Datos de filiación:**

Edad: 11 años

Escolaridad: sexto grado

Hermanos: dos hermanos

Procedimiento:

Se realizó alrededor de trece sesiones con la niña, fueron entrevistas semidirigidas alrededor de 30 minutos por sesión. Ni madre ni padre acudieron a una sola entrevista.

Motivo de consulta:

La niña es derivada por la maestra, ya que se encuentra preocupada por la niña debido a que últimamente la ve triste y distraída.

Antecedentes familiares y personales:

Vive en casa con los padres y hermanos, su padre trabaja independiente mientras su madre se queda en casa atendiendo las labores. El padre y madre discuten muy seguido ya que cuando el padre llega siempre discute por el desorden de la casa y por decirle a la señora que no es capaz ni de mantener la casa limpia, la hermana mayor vive con los abuelos ya que no es hija del mismo matrimonio y el padre no la acepta, así que la señora decidió dársela a los abuelos hace muchos años solo se reúnen con la niña para ocasiones especiales.

La niña se encuentra muy angustiada cuando relata las discusiones entre sus padres y por la relación con su hermana mayor, ya que le gustaría que viva con ellos pero que su padre no lo permite, también comenta como las peleas constantes entre sus padres la desestabilizan y hacen sentir muy mal ya que cuando esto ocurre ella corre al cuarto llevándose a su hermanito el menor y encerrándolos para que no escuchen las “groserías” que se dicen ambos padres.

- **Diagnostico descriptivo:**

La niña es de contextura delgada, de pequeña altura, su rostro denota angustia, llega a sus sesiones puntuales y aunque se le dificulto al inicio tocar ciertos temas, después logro manifestarlas.

- **Diagnóstico clínico dinámico:**

Presenta síntomas depresivos con rasgos histéricos, por la situación en su hogar durante tanto tiempo que la ha llevado a mantenerse en absoluta tristeza y poca motivación lo que se ve a simple vista en la niña.

- **Mecanismos Defensivos:**

Proyección: proyecta su tristeza y malestar en clases desmotivada totalmente en sus actividades por lo cual sus maestras se dan cuenta y van a pedir ayuda para la niña.

Represión: como cualquier persona al inicio, trata de esquivar el problema pero es en el transcurso de las entrevistas donde de a poco va saliendo aquello que la aflige.

Conversión: como toda salida en el niño, utiliza a sus hermanos para poder hablar de su problema los canaliza a través, de ellos y así sacar lo que a ella le afecta.

Introyección: asume responsabilidades, culpa como mecanismo defensivo.

Evolución del tratamiento:

Se logró que la niña hablara de a poco de lo que la tenía mal, luego a medida que avanzaba el tratamiento se pudo lograr que la niña expresara todo aquello que la atormentaba y la tenía en ese estado de tristeza y poca motivación frente a los estudios, entre otras cosas. En las entrevistas finales se pudo ver a una niña más contenta mayormente involucrada en actividades en clases, mejoro sus notas y se pudo hablar con ella de temas como que los problemas de sus padres eran de ellos y que ella era aún muy niña para que se haga cargo de esa situación y que de lo único que ella tenía que ser responsable es de ser buena alumna, jugar y ser una niña feliz.

Parece que la niña logro ubicar los roles, que le correspondían tanto a sus padres y sobre todo los de ella que al ser niña no tenía por qué asumir o dejar que estas fuertes discusiones la afectaran tanto.

CASO 3

- **Datos de filiación:**

Edad: 10 años

Escolaridad: sexto grado

Procedimiento:

La niña es llevada al departamento de psicología ya que la maestra la encuentra llorando en el baño, y sin dar respuestas algunas de lo que le pasaba.

Motivo de consulta:

La niña es derivada a consulta porque la maestra la encuentra llorando en el baño, la menor no quería hablar con nadie y frente a las preguntas que le realizaba la maestra no dio respuesta alguna.

Antecedentes familiares y personales:

La menor vive con padre, madre y hermano, el padre trabaja en una empresa de la ciudad y la madre se queda en casa, son tres hermanos, la niña es la segunda hija del hogar. La niña expresa que es muy pegada a su hermanito pequeño y que con su hermana mayor es poco lo que se hablan ya que ella vive aparte.

La menor se encuentra angustiada al momento de hablar de su padre, empieza a contar que su padre constantemente le pega a ella y a su hermano con lo que encuentre y que en muchos casos le deja la piel

marcada y que su madre no hace nada para detenerlo y que en muchas ocasiones hasta las insulta a su madre.

- **Diagnostico descriptivo:**

La niña es de contextura delgada, estatura promedio para su edad, su rostro es de tristeza y de angustia cuando habla de su padre y los maltratos hacia ella.

- **Diagnóstico clínico dinámico:**

Presenta angustia generalizada y síntomas depresivos a causa del maltrato que recibe del padre.

- **Mecanismos defensivos:**

Proyección: la niña proyecta el maltrato a través del llanto y su falta de concentración en las actividades académicas, habla poco.

Represión: la niña guarda internalizando el problema y lo que el maltrato vertido por el padre hacia ella le hace.

Introyección: la culpa como generalizadora ya que ella cree que es culpable de los castigos que le hace el padre, asume que ella los merece así estos sean motivados o no por razones verdaderas.

Conversión: la niña canaliza todo lo que sucede a través de ella, enferma, sus actividades sociales se reducen y sus actividades y notas bajan.

Evolución del tratamiento:

Se logró a medida que se trabajó con la niña en las sesiones programadas reducir su grado de tensión y angustia. Se buscó que lograra expresar los sentimientos que tenía hacia su padre cada vez que la golpeaba y de lo mal que se sentía.

Se trabajó alrededor de catorce sesiones con la niña, en las cuales se fue viendo mejoría, se dio apoyo terapéutico y se logró que la niña mejorara su rendimiento académico y social el cual se había deteriorado y estaba afectándola. Se buscó explicar que muchas veces el comportamiento de los adultos no tiene explicaciones, que a su edad sería más difícil el entender y actuar de los adultos. que ella debía vivir en función a su edad y niñez y que sus únicas preocupaciones eran el de tener un buen rendimiento académico e interactuar con sus amigas.

3.2 ANALISIS GLOBAL DE LOS CASOS Y CUADROS

El análisis de los casos ejemplificados en este trabajo fue obtenido con el método clínico, el cual nos ayudó a la obtención de datos importantes sobre cada uno de los casos para llegar a diagnósticos asertivos y procedimientos.

La herramienta fundamental de la entrevista en todo trabajo clínico, permitió el acercamiento hacia la génesis de los problemas que se

trataron en cada uno de los casos. Se buscó ser rigurosos frente a cada entrevista, observar con detalle desde posturas y dichos que salían en cada una de las sesiones con los niños.

Es importante hablar que el ambiente en el cual crecen y se desenvuelven estos niños se dan en muchos de los casos en familias, donde estaban a cargo terceras personas, abuelos, o solo madre o padre haciendo las funciones proveedoras de estos niños.

Se destacaron características muy repetitivas en algunos casos, existía el maltrato físico, verbal y en casi la mayoría el emocional ejercidos por las personas a cargo del cuidado de ellos.

En el cuadro número 1 se trató de detallar las características de los niños que acudieron a consulta:

- Niños maltratados físicamente: un total de 8
- Padres divorciados: 3
- Criados por terceros: 2
- Padres migrantes: 1

Cuadro número 2 detalla cuantos niños presentaban ciertas sintomatologías:

- Angustia: 14
- Problemas de conducta: 11

- Problemas de aprendizaje: 8
- Conversión: 7
- Síntomas depresivos: 5

Como se ve la angustia se vio generalizada en el 100% de los casos ya que todos llegaban con cierto grado de ansiedad frente al proceso terapéutico más lo que los afectaba jugo un papel importante para una angustia mayor. (Cuadro 2, grafico 2).

Los problemas de conducta y aprendizaje también fueron en la mayoría de los casos un factor frente al problema que presentaba cada niño, ya que se veía ahí una parte del síntoma del niño o manifestaciones de que existía un problema y que solo a través del proceso y trabajo realizado se pudo indagar más.

Los problemas de conducta y aprendizaje eran el canalizador de la situación que proyectaba la existencia de un problema mayor que salía a través de esta vía.

4. CONCLUSIONES

En la actualidad en tiempos donde la postmodernidad hace gala factores que inciden en el desarrollo y formación del sujeto se presenta un problema aún más delicado como lo es la familia y los hijos. Donde el concepto de familia se ve desdibujado por nuevas formas de vida y de hogares.

En una época donde la mirada del niño se volca hacia nuevas formas de ver y vivir en familia hace que nuevos conceptos aparezcan sobre la familia, lo normal, proveedora de protección y formación de los hijos.

Notamos que todo lo que trae consigo la postmodernidad y sus rupturas se ven reflejadas en los niños que llegan a interiorizar todo aquello que los marca dando paso a la formación de estructuras, de sintomatologías que resquebrajan la condición de normalidad en el niño dando paso al desequilibrio y a estados de angustia que logran salir en un momento donde el niño ya no es capaz de sostenerse y es necesario aliviar algo de aquello que causa en ellos extremo desconcierto. Es aquí donde los cuestionamientos surgen, donde el niño volcado en síntomas pierde su estabilidad e inicia un estado formador de síntomas que lo tocan y traspasan la barrera de aquello que puedan manejar por si solos.

5. RECOMENDACIONES

Es importante y necesario la rigurosidad del trabajo del psicólogo clínico en el área institucional, su aporte y beneficios seria de enormes beneficios para el espacio de la escucha personalizada, respetuosa y positiva para ayudar a niños y adolescentes que se encuentran afrontando situaciones que se escapan de la capacidad de cada uno de ellos.

Es necesario reforzar un mecanismo donde el psicólogo clínico tenga un espacio privilegiado en estas áreas educativas donde se presenta sin duda alguna mayores incidencias de problemas en los estudiantes.

Este trabajo representa la necesidad de ampliar el trabajo del psicólogo clínico con herramientas de intervención fundamentadas que se dan en la carrera universitaria, dando espacio a la formación de mayor criterio de trabajo e intervención y así las escuelas y colegios nos habrán con mayor confianza los espacios para el trabajo que realizamos.

El objetivo es que en los próximos años los espacios que se den institucionalmente estén provistos de psicólogos clínicos bien formados con herramientas solidas de intervención que den resultados efectivos a la población educativa que es donde en mayor incidencia se encuentran casos de carácter urgente donde nuestro papel se hará responsablemente en el alivio y reducción de lo que aqueja al estudiante.

Este trabajo, es inicial, sería conveniente que se tome esta investigación para el desarrollo posterior de una investigación más amplia que permita determinar alternativas para la intervención psicológica.

6Bibliografía

España, U. d. (sf). *El Impacto Psicológico del Maltrato: primera infancia y edad escolar* . Valencia E.: Ministerio de Educacion y Ciencia .11

Freud, S. (1916). *Lecciones Introductorias al Psicoanálisis*. sl: se.5

Freud, S. (1968). *Inhibicion, Sintoma y Angustia* . España : Paidos .

Freud, S. (1968). *Inhibicion, Sintoma y Angustia* . sl: se.8

Freud, S. (1988). *Teoria Psicoanalítica de la Neurosis* . España: paidos.7

Freud, S. (sf). *Inhibicion, Sintomas y Angustia*. España: Paidos.

Freud, S. (sf). *mecanismos Defensivos "Represion"*. sl: se.6

Freud, S. (sf). *trauma* . sl: se.1

Klein, M. (1933). *El Desarrollo Temprano de la Conciencia en el niño*. sl: se.3

Klein, M. (1979). *La Posicion Depresiva* . sl: Fontana.9

Salud, O. M. (2003). *Salud Mental* . sl: Edita Medicos, sa EDIMSA .10

Winnicott, D. (1962). *La Integracion Del YO en el Desarrollo del Niño*. sl: se.4

7.ANEXOS

MENORES QUE ACUDEN A TERAPIA		
CONSULTAS	CASOS	%
Niños maltratados físicamente	8	57,14
Padres divorciados	3	21,43
Criados por terceros	2	14,29
Padres migrantes	1	7,14
TOTAL	14	100

Cuadro 1

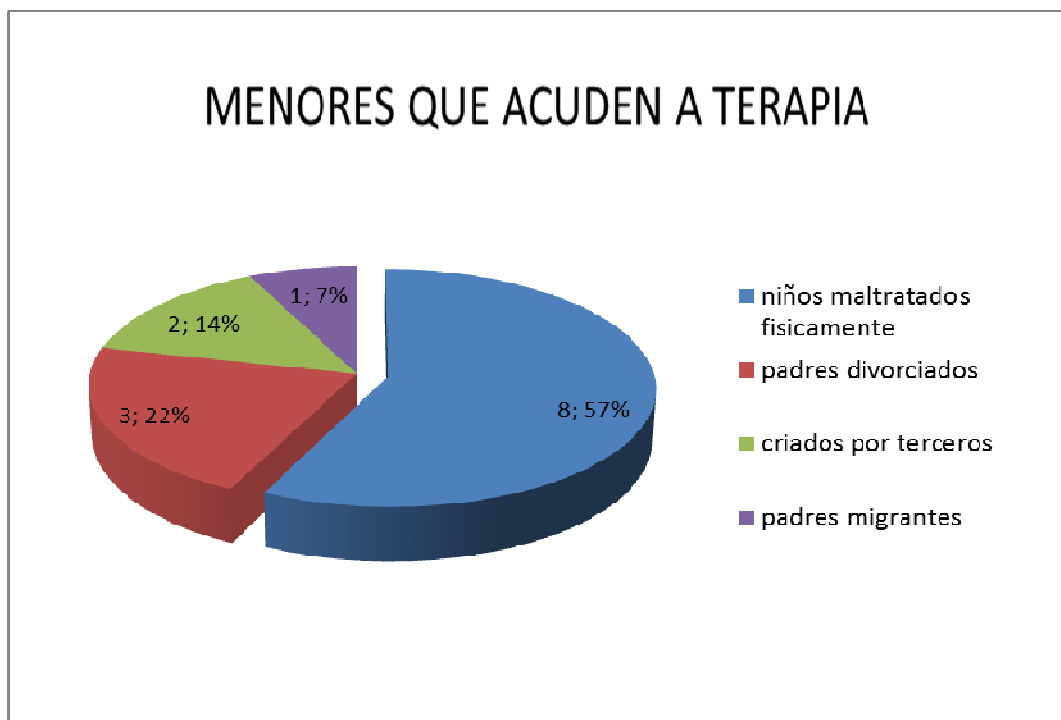


Grafico 1

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR LOS MENORES		
ANGUSTIA	14	100%
PROBLEMAS DE CONDUCTA	11	78,57%
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	8	57,14%
CONVERSION	7	50,00%
SINTOMAS DEPRESIVOS	5	35,71%
PACIENTES	14	

Cuadro 2

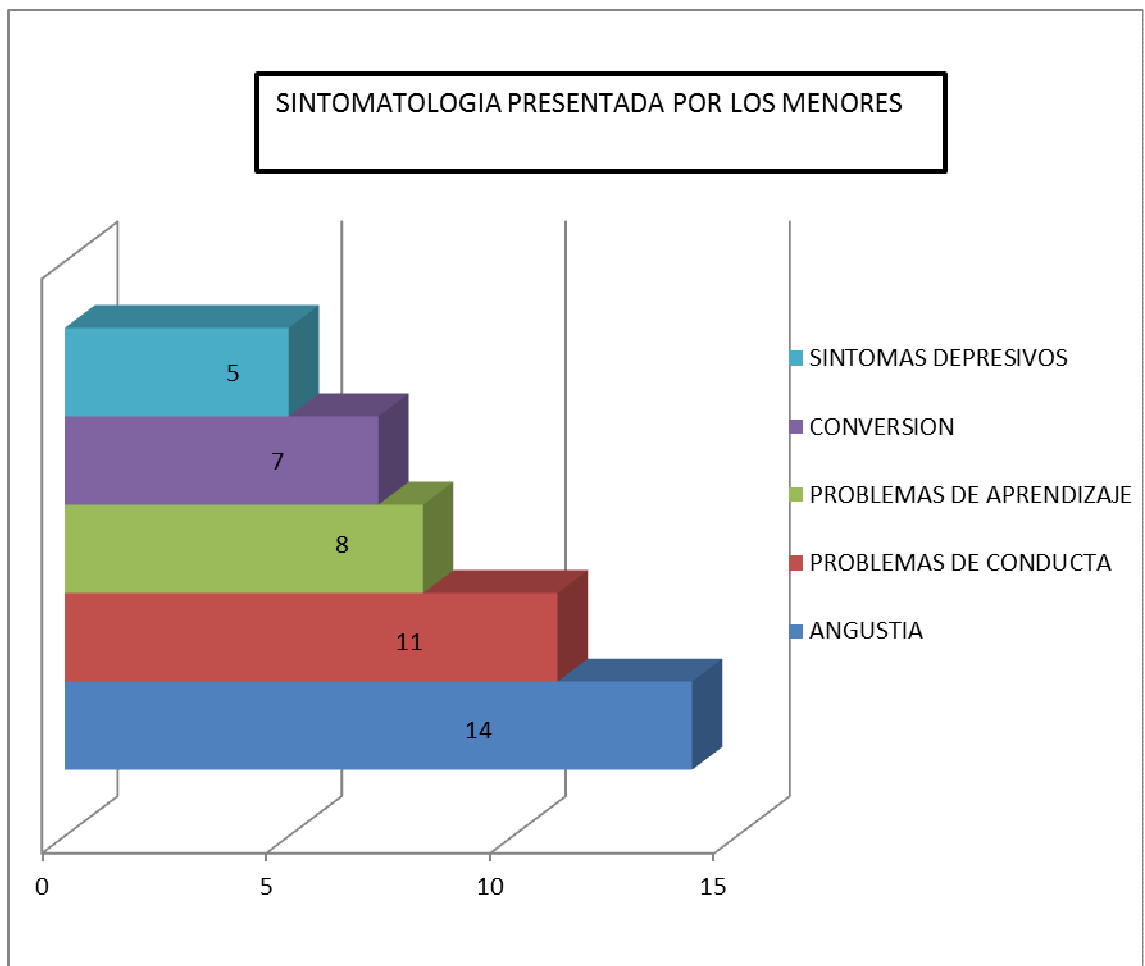
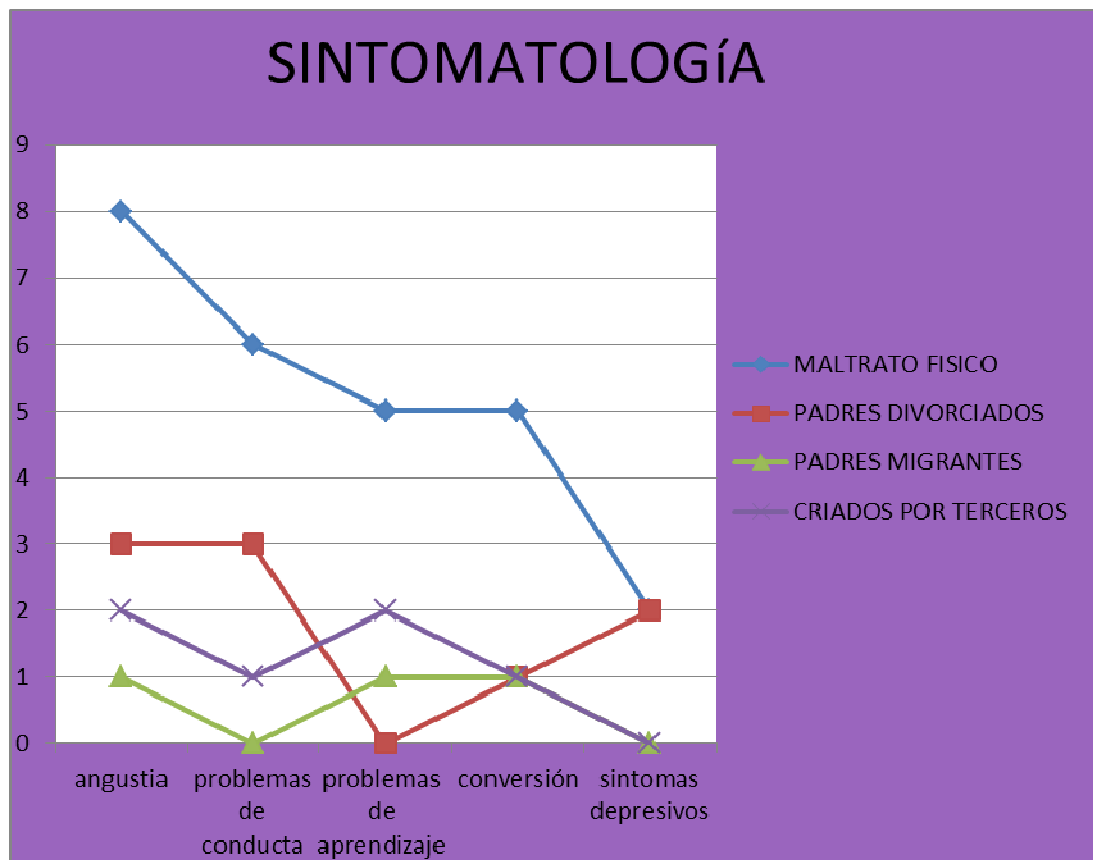


Grafico 2

SINTOMATOLOGIA	MALTRATO FISICO	PADRES DIVORCIADOS	PADRES MIGRANTES	CRADOS POR TERCEROS
	8	3	1	2
angustia	8	3	1	2
problemas de conducta	6	3	0	1
problemas de aprendizaje	5	0	1	2
conversión	5	1	1	1
síntomas depresivos	2	2	0	0

Cuadro 3



Grafico