

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE CASOS DE NIÑOS Y NIÑAS USUARIOS DEL
SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO DEL BATALLÓN DE
A.S.P.C Nro. 14 “CACIQUE PIPATÓN”. DE LA DECIMA CUARTA BRIGADA**

Nora Ángela Castellanos Monsalve

Monografía :

**En la Modalidad de Proyecto de Grado como Requisito para Optar el Título de
Especialista en Psicología Clínica**

Asesora:

Dra. Ana Fernanda Uribe

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
PSICOLOGIA DE LA SALUD
BUCARAMANGA**

2010

DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme el don de la vida y ser mi luz y refugio espiritual en este largo camino.

A mi madre quiero hacerle un homenaje muy especial aunque no esta en lo terrenal, pero estoy segura que esta muy orgullosa de haber hecho en mi su obra maestra, donde con su gran amor y lucha continúa me brinda siempre la mejor proyección de vida y gracias a ella hoy soy una profesional.

A mi esposo Orlando a quien amo y admiro con todo el corazón y quien con su amor y compañía siempre me apoyo en este proceso de crecimiento personal y profesional.

A mis hijos Mateo, María J. y hermanos, los cuales siempre me han respaldado y apoyado en todas las decisiones y en especial en la especialización y de los cuales me siento muy orgullosa y feliz de tenerlos a mi lado en la culminación de esta nueva etapa que inicia hoy en mi vida.

A mis niños y padres de familia quienes me acompañaron y me permitieron entrar en sus vidas.

A la Dra. Ana Fernanda Uribe, por ser mi maestra y guía; por brindarme su apoyo entregándome siempre lo mejor de sí en lo personal y en lo profesional.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE CASOS DE NIÑOS Y NIÑAS USUARIOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO DEL BATALLÓN DE A.S.P.C NRO. 14 “CACIQUE PIPATÓN”. DE LA DECIMA CUARTA BRIGADA.

AUTOR: NORA ÁNGELA CASTELLANOS MONSALVE

FACULTAD: Especialista en Psicología Clínica

DIRECTOR: DRA. ANA FERNANDA URIBE

RESUMEN

Este estudio evalúa las características de niños y niñas estudiantes entre 5 y 9 años de edad usuarios del dispensario médico del Batallón de ASPC Nro. 14 “Cacique Pipaton”; se pretende en este específicamente, indagar cómo se perciben y se intervienen los comportamientos que están directamente relacionados con el fracaso escolar, desobediencia, dificultades en el desarrollo del aprendizaje, desajuste en las relaciones familiares y sociales, depresión, déficit de atención con y sin hiperactividad y desajustes en el comportamiento. Los resultados mostraron que la percepción inicial de los padres de familia y profesores acerca de las dificultades en los niños fue en promedio negativa y que estaba caracterizada por niveles relativamente bajos de afecto y altos niveles de conflicto y dependencia. Segundo, se encontró que los problemas de comportamiento predicen dimensiones negativas en la relación con otros, pero cuando estos comportamientos son modificados se generan habilidades sociales en familia y ámbito escolar. La forma de intervenir estos comportamientos determina la oportunidad de mejorar las relaciones afectivas en casa y en la escuela y a mejorar el desempeño y competencia de los niños.

PALABRAS CLAVES: Percepción de padres y profesores, relaciones afectivas, problemas de comportamiento, contexto escolar, desadaptación.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITULO: CLINICAL CHARACTERIZATION OF CASES OF CHILDREN OF SERVICE USERS PSYCHOLOGY OF THE BATTALION MEDICAL CLINIC ASPC NRO. 14 "CACIQUE PIPATON. " BRIGADE OF THE FOURTEENTH.

AUTHOR: NORA ÁNGELA CASTELLANOS MONSALVE

FACULTY: Specialist in Clinical Psychology

DIRECTOR: DRA. ANA FERNANDA URIBE

ABSTRACT

This study evaluates the characteristics of children between 5 and 9 students aged users of the medical clinic of the No. 14 Brigade, was claimed in this specifically, how involved are perceived and behaviors that are directly related to school failure, disobedience, difficulty in learning growth, imbalance in social and family relationships, depression, attention deficit hyperactivity with and without disturbances in behavior. The results showed that the initial perception of parents and teachers about the difficulties in children was on average negative and was characterized by relatively low levels of affection and high levels of conflict and dependency. Second, we found that behavior problems predict negative dimensions in relation to others, but when these behaviors are modified are generated social skills in family and school environment. How to intervene these behaviors determines the opportunity to improve intimate relationships at home and in school and improve the performance and competence of children.

KEYWORDS: Perception of parent-teacher, relationships, behavior problems, school context, mismatch.

INTRODUCCION

El Batallón de Servicios “Cacique Pipatón”, situado en Puerto Berrío (Ant.) pertenece a la Decima Cuarta Brigada del Ejército Nacional; aproximadamente forman parte de este Batallón 1500 hombres de los cuales el 30% han construido una familia nuclear y quienes por motivos laborales algunas de estas familias se encuentran dispersan, en vista de que existen militares que se encuentran en el área de operaciones, razón por la cual la presencia del psicólogo clínico juega un papel fundamental en la vida del personal militar y sus familias.

Al servicio de psicología del dispensario médico del Batallón de Servicios le interesa la salud de todos los miembros de la institución y en especial la de los niños y niñas que son atendidos en su mayoría por solicitud hecha por los padres. Se ha encontrado que en el contexto militar existen dificultades en las relaciones de pareja que en ocasiones se expresan a través de actos violentos entre el conyugue y la conyugue que afectan el normal desarrollo de los hijos.

Entre los principales motivos de consulta de los niños y niñas consultantes con edades que oscilan entre los 5 y 9 años se tienen los siguientes: fracaso escolar, desobediencia, dificultades en el desarrollo del aprendizaje, desajuste en las relaciones familiares y sociales, depresión, déficit de atención con y sin hiperactividad y desajustes en el comportamiento.

El interés por el estudio de niños con dificultades en el comportamiento surgió a raíz de la remisión de estos por parte de los profesionales de la salud del propio dispensario médico del Batallón de Servicios. En el dispensario médico sólo se trabajaba con los niños y adolescentes usuarios que demandan el servicio a través de sus padres o por solicitud directa de los médicos; esto obedece a las directrices del Plan Maestro de salud mental que permite ofrecer una atención integral tanto a los militares como a sus beneficiarios. De ésta manera se buscó brindar atención

en la parte psicológica durante el desarrollo de nuestra práctica clínica, trabajando en las relaciones sociales y afectivas, áreas generalmente deterioradas en las familias de los niños.

1.1 FUNDAMENTACIÓN DE LA TEMÁTICA

El ciclo de vida propio de los niños y niñas de los 5 a 9 años está marcado por las identificaciones con sus padres, educadores y personas cuidadoras, no obstante, las diferencias en el comportamiento de niños y niñas no son un producto exclusivo de la presión sociocultural, sino que se deben a una estrecha interacción entre ésta y nuestra herencia específica; de hecho, aunque existe una considerable variación de una sociedad a otra con respecto a los comportamientos considerados como propios de cada género (Deaux & Major, 1987; Sternberg, 1993 citados por Braza et al, 2006), también parecen existir algunas diferencias universales en el comportamiento de niñas y niños (Maccoby & Jacklin, 1974; Maccoby, 1988; Citado por Braza et al, 2006).

1.1.1 Las relaciones familiares y sociales de los niños y niñas.

Los niños y las niñas hoy día en nuestro contexto comunitario están manifestando mayores dificultades en su interacción con el grupo familiar y social, ello se ha evidenciado en diversas investigaciones que reportan la relación directa entre relaciones afectivas y desajustes con el medio social en el que se desenvuelve la persona; es por esto que el desarrollo infantil es un proceso complejo en el cual se requiere considerar la influencia de variables individuales y de diferentes relaciones significativas dentro de los espacios de socialización, como lo es la familia, la escuela, el barrio. (Bronfrenbrenner, 1996 citado en Maldonado y Carrillo, 2006).

De igual forma, se sabe que las primeras experiencias afectivas con los padres permite en el proceso de crecimiento, mejores condiciones para la interacción social, esto de acuerdo a las investigaciones en el área del desarrollo social y emocional que han mostrado que relaciones adecuadas con los cuidadores durante los primeros años de vida constituyen un factor protector contra problemas de comportamiento y adaptación en la edad escolar (Howes & Hamilton, 1992; Pianta, 1999; Citado en Maldonado y Carrillo, 2006). Los recursos sociales y afectivos que los niños adquieren por medio de las relaciones tempranas con los cuidadores van a ser cruciales para su ajuste y para el establecimiento de relaciones con pares y maestros una vez ingresen al contexto escolar. Diversas condiciones sociales, laborales y culturales han llevado a que los padres busquen el apoyo de otros cuidadores desde muy temprano y, en muchos casos, han forzado el ingreso de los niños al medio escolar a edades cada vez menores.

Incluso se puede mencionar la importancia que tienen las relaciones afectivas entre los niños y las niñas en edad escolar con sus profesores, debido a los hallazgos en anteriores investigaciones, las cuales sugieren que la competencia social, la sociabilidad, la competencia académica y los problemas de conducta de tipo internalizante están asociados con mejores niveles en la calidad de la relación profesor estudiante en el primer año de educación escolar. Por el contrario, los problemas de conducta de tipo externalizante y la participación de los niños en actividades recreativas extracurriculares están asociadas con relaciones profesor-estudiante menos positivas y afectivas (Maldonado y Carrillo, 2006).

Por otro lado, según la investigación realizada recientemente en la ciudad de Bogotá acerca del ajuste psicológico y las relaciones familiares, se encontró que las prácticas parentales como el

monitoreo, la aceptación y la disciplina inductiva, se asocian fuertemente con el desarrollo de comportamientos pro sociales y la inhibición de comportamientos problemáticos (Cabrera y Guevara, 2007). Lo que quiere decir claramente que es directamente proporcional un mejor acompañamiento y crianza por parte de los padres y los mejores comportamientos o la adaptación de los hijos en diversas situaciones del ciclo de vida. De manera contraria las practicas parentales como el retiro del afecto, el control restrictivo y la afirmación del poder, se han asociado con comportamientos problemáticos y la inhibición de comportamientos pro sociales (Cabrera y Guevara, 2007).

1.1.2 Depresión en niños y niñas.

El comportamiento del síndrome depresivo depende y está influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos y síntomas, así como características socio demográficas, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo y las formas de enfrentamiento ante los problemas. (Caraveo Anduaga, Martínez, Rivera y Polo, 1997 citado por Vásquez, 2001. En éste sentido los niños y las niñas a pesar de su proceso de crecimiento y maduración están influenciados por diversos factores y por los recursos psicológicos con los que cuentan para enfrentar las situaciones problemáticas a que están expuestos.

De acuerdo a las nuevas concepciones acerca del aprendizaje desde la infancia y que ayudan a comprender como cada persona encuentra significados en cada acción de su vida, se dice que un niño aprende mucho más de la observación que realiza de su entorno que de los vínculos que establece. Cuando sus padres están en conflicto, con miedo a perder su situación social, con dificultades económicas y con problemas vinculares, discuten y se amenazan de diferente

manera. Esta situación es generadora frecuentemente de miedo, de inseguridad, de irritabilidad, de frustración y de agresividad en sus hijos, a pesar de intentar mantenerlos alejados del conflicto y de generar espacios vinculares positivos: Salidas, juegos, compromiso con sus actividades, etc. Los niños tienden a reproducir los comportamientos familiares, como un modo de refrendarlos y de sentirse pertenecientes y pertinentes al grupo familiar. (Krawchik et al., 2006)

Cuando se trata de niños, la escasa seguridad que el medio en el que se desarrollan les brinda, la poca contención y las normas poco claras producen diferentes modos de reacción. Cuando la más observada está expresada en conductas inadecuadas en las diversas circunstancias, con agresividad, rechazo a las normas, desafío constante y aislamiento, se dice en el ámbito de la clínica psicológica que está cursando un estado depresivo. La depresión en los niños es esencialmente diferente de la observada en la persona adulta. El niño desarrolla una actitud negativista, desafiante y agresiva. Se enoja permanentemente, especialmente con los referentes adultos (padres, maestros), es inestable y con humor variable. Muchas veces se torna vulnerable a las enfermedades circunstanciales. Puede producir problemas alimentarios o trastornos del sueño. Todo depende de la edad en que se manifiesten estos problemas. Estas conductas no son correctamente interpretadas por los adultos, que tienen sus propios problemas, se frustran y evitan esta situación, bien a través de castigos o de consultas a profesionales especializados. El hecho es que no pueden resolverlo, situación que aumenta el estado de vulnerabilidad en el niño que siente que sus propios padres no lo pueden ayudar, no lo comprenden y que se enojan con él (Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, 2003 citado en Krawchik, Mías y Querejeta, 2006).

1.1.3 Fracaso escolar.

Podría pensarse que en algunos casos el fracaso escolar puede estar influenciado por rasgos de trastornos de ansiedad, los cuales son muy comunes en la infancia y adolescencia (Albano, Chorpita y Barlow, 1996), estos suscitan una demanda muy elevada en los servicios de salud mental (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Citado en Orgilés et al, 2008).

Algunos miedos, como los relacionados con el fracaso y castigo escolar, aumentan incluso de los niños más pequeños a los más mayores. En la mayoría de estudios basados en pruebas de auto informe (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998 citados por Orgilés et al, 2008) se sugiere que el volumen de miedos es más frecuente en niños más pequeños que en los de mayor edad.

Las relaciones conflictivas entre los padres en las que se han experimentado separaciones temporales, se considera como factor determinante en los comportamientos de los niños y niñas; pues también se sabe que después de un divorcio suele producirse una alteración en las pautas y normas establecidas por los progenitores, aumentando en ocasiones la coerción y la incongruencia educativa (De Garmo y Forgatch, 1999 citado en Orgilés et al, 2008).

Es indiscutible que la presencia o no de las figuras parentales y las condiciones en que se convive con el niño o niña, favorecen o desfavorecen la construcción de recursos para adaptarse o no las situaciones del ambiente familiar o social. Así, por ejemplo, se ha constatado en

estudios previos que la percepción de los hijos de un elevado apoyo parental favorece el ajuste escolar (Domitrovich y Bierman, 2001 citado por Martínez et al, 2008).

En síntesis, la evidencia empírica disponible permite afirmar que tanto las variables familiares, el apoyo parental y la autoestima familiar; así como las escolares la actitud hacia la escuela y la autoestima escolar, están relacionadas con la expresión de comportamientos violentos en la escuela. Sin embargo, y a pesar de su relevancia, son pocos los trabajos que analizan específicamente la influencia conjunta de estos dos escenarios con sus dimensiones antes descritas en la conducta violenta. Además, no se conoce suficientemente el rol que desempeñan la percepción de injusticia en la escuela y la minusvaloración de los estudios en esta interacción entre el contexto familiar y escolar y la violencia en los adolescentes.

1.1.4 Déficit de atención e hiperactividad.

De manera general y sin ninguna valoración profesional, tanto docentes como padres de familia tienden a señalar que los niños y las niñas poseen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, cuando el dinamismo de los niños y cierta impulsividad, demuestra débiles estrategias de los adultos para focalizar el interés de estos en actividades escolares y de la vida cotidiana. Es urgente que los profesionales de la psicología intervengan de manera pedagógica señalando los criterios para determinar la presencia de dicho trastorno, considerando las alternativas para la modificación de los comportamientos perturbadores y designando un plan de tratamiento apropiado; ya que se tiene siempre la expectativa que un niño considerado hiperactivo o con déficit atencional estará metido en aprietos con sus compañeros, maestros, familia y comunidad (Whalen, 1983 citado por Davison, 2005). Sin embargo, existen

posibilidades de tratamiento psicoterapéutico que permiten mejorar el desempeño individual y social de estos niños; para lo cual se requiere suficiente compromiso de los padres de familia y los educadores para aplicar estrategias educativas que complementen la acción eficaz de los medicamentos prescritos para este trastorno.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general:

Realizar la caracterización clínico-psicológica de un grupo de niños usuarios del dispensario médico del Batallón A.S.P.C “Cacique Pipatón” de la Brigada 14.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conocer las características clínicas de los niños y niñas consultantes en la brigada.
- Reconocer las formas de intervención de los padres y/o acudientes frente a las dificultades de los niños y niñas.
- Plantear hipótesis para el tratamiento y transformación de los conflictos.

2. MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES.

Los participantes de este estudio son siete (7) consultantes, 5 niños (71.4%) y 2 niñas (28.6%); con edades que oscilan entre los 3 y 9 años, para una edad promedio de 7 años. Los cuales fueron remitidos al servicio de psicología por problemas como: fracaso escolar, desobediencia, dificultades en el desarrollo del aprendizaje, desajuste en las relaciones familiares y sociales, depresión, déficit de atención con y sin hiperactividad y desajustes en el comportamiento.

Las familias de los niños y niñas atendidas son de estrato socioeconómico 1 y 2 en su gran mayoría, hijos e hijas de soldados profesionales ausentes del hogar por motivo del trabajo. Todos los participantes se encuentran en edad escolar y asisten a una institución educativa en el momento de utilizar el servicio de psicología. Las madres de los niños y niñas son mujeres jóvenes entre 20 y 35 años de edad, muchas de ellas estudian, trabajan de manera independiente o se dedican a las labores domésticas.

2.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos a utilizar en este estudio se han adaptado de acuerdo a las herramientas facilitadas por la institución militar, como es el caso de la historia clínica breve, la planilla para el registro de la atención y los materiales para la aplicación de las pruebas psicotécnicas que a continuación se mencionan. A partir de las situaciones problemáticas objeto de estudio como lo son los comportamientos desadaptativos, la depresión, el bajo rendimiento académico, se aplicará a los niños y niñas el siguiente protocolo de técnicas que facilitarán esclarecer las aproximaciones diagnósticas.

- Entrevistas: Las entrevistas serán semi- estructuradas y abiertas para generar mayor confianza con los consultantes y permitir obtener mayor información que se pueda triangular.
- Dibujo de la Figura Humana de K. Machover: figuras infantiles y primitivas, desproporción entre los elementos que componen la figura, dibujos tipo célula, pobre elaboración, falta de control motor.
- Wartegg - Prueba de personalidad gráfico-proyectiva. Análisis de aspectos dinámicos de la personalidad como el posicionamiento frente al medio y así mismo, las relaciones interpersonales, el manejo de ansiedades y frustraciones, expectativas, ambiciones y proyecto de vida, estilo de raciocinio y afiliación social.
- BAS-2. Batería de Socialización. Las técnicas serán aplicadas en el orden descrito en 1 o 2 sesiones de trabajo con el paciente, con los padres y docentes si es necesario.

2.3 PROCEDIMIENTO

Una vez se apliquen las pruebas mencionadas y entrevistas se describirán las situaciones problemáticas de cada paciente, expresando los focos de intervención y postulando las diferentes hipótesis hacia el mejoramiento de la situación problemática.

2.4 FASES

2.4.1 Contacto con la institución

La Institución venía realizando la atención clínica psicológica con los niños y niñas usuarios del dispensario médico del Batallón de servicios Nro. 14, sin embargo en los últimos cuatro meses no se contaba con un profesional en área de psicología. Por tanto, se vio la oportunidad proponerle al jefe del dispensario y a su comandante para que se diera continuidad con el servicio por la demanda

permanente de este por parte de los padres o por solicitud de los profesores, y la remisión que hacían los médicos.

Por el contacto permanente que se tenía con la institución, se pudo constatar la necesidad creciente de atender a los niños y brindarles la atención requerida. Cabe señalar que el batallón de servicios es una unidad táctica dedicada a aspectos logísticos y administrativos al servicio de otras unidades o batallones adscritos a la brigada 14. Por su ubicación en el centro urbano poblado en el Municipio de Puerto Berrío, el dispensario médico atiende también a todos los usuarios – familiares de los militares que se encuentran en otras localidades y zonas del país. Por esto es frecuente encontrar usuarios, hijos o familiares de soldados profesionales, suboficiales y oficiales, que no tienen cerca a sus padres, hecho que puede estar directamente relacionado con las situaciones problemáticas en los niños objeto del presente estudio.

Luego de presentar el proyecto y obtener la aprobación de los comandantes del Batallón para la intervención clínica con los niños usuarios del dispensario médico, se procedió a perfeccionar el proyecto de práctica con la asesoría de los docentes de la Universidad Pontificia Bolivariana, el cual posteriormente, tomaría el nombre de “Caracterización clínica de casos de niños y niñas usuarios del servicio de psicología del dispensario médico del batallón de servicios Nro. 14 de la Decimocuarta Brigada”.

2.4.2 Selección de la muestra

De todos los usuarios niños y niñas atendidos durante el mes de febrero y marzo del presente año, algunos de ellos remitidos por los médicos del dispensario y los demás remitidos por sus familias; se seleccionaron siete (7) de estos casos para desarrollar el estudio. Los criterios para la selección

fueron los siguientes: Edades de los niños y niñas comprendidas entre los 5 y 9 años, la disponibilidad de la familia para acompañar y comprometerse en el proceso terapéutico, prioridad en la atención.

2.4.3 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación comienza desde el instante en que se pacta la primera cita, ésta es programada por un enfermero en la oficina de información del dispensario médico ante la solicitud directa y voluntaria de los padres de familia. Posteriormente se informa al profesional psicólogo responsable de la práctica clínica el orden de la agenda para la atención con la fecha y horas asignadas a cada paciente. Previamente a la atención se organizan los instrumentos a utilizarse en cada una de las sesiones. Cabe señalar que los criterios para la selección antes mencionados, como las edades de los niños y niñas comprendidas entre los 5 y 9 años, la disponibilidad de la familia para acompañar y comprometerse en el proceso terapéutico, así como la prioridad en la atención, permitieron una selección adecuada de la muestra en concordancia con el objeto del presente estudio.

Para todos los casos se tuvo en cuenta la aplicación del protocolo antes descrito:

- Las entrevistas serán semi- estructuradas y abiertas con los niños, niñas y padres de familia.
- Aplicación del Test de la Figura Humana de K. Machover.
- Aplicación del Test WARTEGG - Prueba de personalidad gráfico-proyectiva.
- Aplicación del BAS-2 Batería de Socialización

Sin embargo se aclara que por razones particulares de cada niño, como edad y grado de escolaridad, algunas de estas pruebas no se aplican de manera estricta.

2.4.4 Análisis de resultados de la evaluación .

Del total de pacientes atendidos durante mes y medio, fueron seleccionados siete casos para el estudio, estos cumplieron con aspectos importantes que tienen que ver con las relaciones conflictivas con el padre o la madre, con los hermanos, con los profesores y/o con los compañeros de estudio. En la mayoría de estos casos el motivo de consulta es similar y la percepción del niño o niña por parte de los padres y los docentes es con predominancia negativa.

2.4.5 Diseño de la intervención

Cuadro 1. Fase 1: evaluación de variables psicológicas a partir de pruebas psicológicas

FASE I. EVALUACION	Entrevista	Figura humana	Wartegg	Bas-2
Objetivo	Identificar las características sociodemográficas de los pacientes y los factores incidentes o desencadenantes de las situaciones problema.	Conocer el manejo de la norma, afectividad, agresividad e inseguridad en los niños y padres de familia consultantes.	Identificar rasgos de personalidad, proyecto de vida, estilo de raciocinio y afiliación social y afectividad.	Identificar las creencias irracionales y percepciones negativas hacia los niños.
Duración	30 minutos	Tiempo libre	45 minutos	Tiempo libre
Metodología	Aplicación del formato de historia clínica para identificación y análisis del problema. Análisis de la interacción psicólogo-paciente. Entrevista con padres de los menores para ampliar la situación problema.	Indicaciones para la aplicación del instrumento. Socialización de las razones por las cuales se escogieron los respectivos dibujos.	Indicaciones para la aplicación del instrumento. Socialización del dibujo más fácil, el más difícil y el que más le gusto. Por último, se elaboraron preguntas y reflexiones.	Indicaciones para la aplicación del instrumento. Aplicación del test de 0 a 105 grados que permite identificar la relación afectiva con su hijo. Socialización acerca del tema.
Resultados	La primera sesión permitió conocer y vincular a los padres y niños que se encuentran atravesando por un proceso de adaptación al ambiente familiar, social y escolar; las cuales de forma voluntaria decidieron hacer parte de la intervención y el proceso terapéutico. De igual forma, formular el caso clínico.	La expresión de las emociones de los niños mediante el dibujo. Identificándose vínculos afectivos mas fuertes hacia sus pares que ante sus padres. Se instauraron las normas que se deben tener en cuenta durante la terapia individual, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento de las mismas. Una vez aclarados estos aspectos se establecieron las relaciones de trabajo y las técnicas y estrategias con las cuales funcionaran las diferentes sesiones terapéuticas.	Se tuvo un tiempo baste amplio de aplicación, principalmente por las manifestaciones de los niños de no poder cumplir la tarea y a una evaluación negativa. Se inició un proceso de sensibilización sistemática, permitiendo expresar sus emociones ante la falta de sensibilidad e irritabilidad.	Se evidencio el acompañamiento por parte de los padres y los docentes frente a las dificultades de los niños. Encontrándose falta de afecto, de acompañamiento, cuestionando sus habilidades parentales y establecimiento de vínculos afectivos y expresiones de afecto.

Cuadro 2. Fase 2: intervención en habilidades de sociales (comunicación, interacción y resolución de problemas)

FASE 2. INTERVENCION	HABILIDADES DE COMUNICACION	HABILIDADES DE INTERACCION	RESOLUCION DE PROBLEMAS
Objetivo	Implementación de herramientas y estrategias, como la técnica de los tres deseos, la técnica de la isla desierta y la técnica de señalamiento, con el fin de ayudar a los niños que son rehuentes hablar con el terapeuta.	Utilización de técnicas de socialización, en actividades que tengan relación con el ambiente familiar, social y escolar área generalmente deterioradas en las familias de los niños.	Sensibilización de los padres ante el ambiente social y los grupo primarios de apoyo.
Duración	45 minutos	45 minutos	45 minutos
Metodología	Completar la lista de las frases incompletas acerca de historias de relatos de ellos mismos o de alguna otra persona, con el fin de interactuar más con los demás y saber cuáles son sus pensamientos acerca de ellos. Estos datos nos dan pistas para modificar patrones de respuestas ante el ambiente familiar, social y escolar.	Se le da la oportunidad al niño de que exprese sus emociones, mediante el juego libre, esto nos arroja resultados significativos acerca de la tolerancia a la frustración y otras emociones que repercuten en la cotidianidad de su ciclo de vida.	Aprendizajes de habilidades sociales, hábitos y el incremento en las relaciones afectivas con el grupo familiar y los docentes predicen mejoras.
Resultados	En los resultados obtenidos se pudo observar que los pacientes han mejorado e implementado conductas, sentimientos y pensamientos además del control de normas establecidas en la casa.	En la actualidad se les hace más fácil compartir sus experiencias, con sus familiares, y con la intervención individual, se empezó a construir nuevas estrategias de cambio, conllevando de esta manera a realizar un manejo adecuado de los sentimientos, pensamientos y emociones que se reflejan en los comportamientos inadecuados que venían presentando.	Se llevo a buen término el proceso de sensibilización y acompañamiento de los padres ante los conflictos y las dificultades que presentaban los niños

Cuadro 3. Fase 3: evaluación del impacto (seguimiento 1 y 2)

FASE 3. EVALUACION DE IMPACTO	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
Objetivo	Evaluar con los padres la eficacia de la intervención a partir de indicadores de la calidad de vida, estabilidad emocional, estilo de raciocinio, afiliación social y buen análisis cognitivo –racional.	Es importante, de ser posible, realizar un seguimiento al mes, a los tres y seis meses y al año.
Duración	45 minutos	45 minutos
Metodología	Mantenimiento del contacto con la Institución acerca del procedimientos y resultados que se dieron en la terapia, con el fin de mantener activo el servicio psicológico ante la consecución de posibles intervenciones psicológicas.	Crear nuevas alternativas de actuaciones frente a las limitaciones que se evidencian dentro del servicio psicológico de la Unidad; como actualizaciones en las pruebas y test para niños, lo anterior con el fin de dar un mejor desarrollo, aplicación y eficiencia en los resultados, y de esta manera mejorar las condiciones de vida de los consultantes.
Resultados	Los resultados han sido notorios, se vio el interés y dinamismo de los consultantes antes este proceso terapéutico, se sienten realmente acompañados y respaldados por la psicóloga según sus manifestaciones.	Los consultantes y sus familias se encuentran satisfechos con el proceso terapéutico que se desarrollo y con el seguimiento que se ha venido realizando con los niños, los cuales les da mucha tranquilidad y seguridad ver que aunque se culmino y se dio finalidad al proceso a un se ven los resultados positivos.

2.4.6 Análisis de resultados de la intervención

Se elaboró un informe para la entidad, el cual fue socializado ante el director del dispensario médico. En este documento escrito se esbozan algunas consideraciones para que en futuras intervenciones clínicas con niños desde el servicio de psicología se pueda contar con pautas efectivas tanto para los padres como para los docentes en el ámbito escolar, cuando se trate esta tipología de casos.

3. RESULTADOS

3.1. INTEGRACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Tabla 1. Resultados de pruebas Paciente 1.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos neuróticos: Tensión emocional Rasgos depresivos: Sentimientos de inseguridad e inferioridad. (Impresión Diagnostica) Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales. Evidencia conflictos relacionados con el Superyó.
Entrevista y aplicación del Wartegg	<p>1. Campo del Ego: Ausencia de detalles lo que indica relación fría, dificultad para la comunicación, clarificación de sentimientos y pensamientos.</p> <p>2. La afectividad es vivenciada de manera negativa. Refleja necesidad de protección y apoyo. Necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad.</p> <p>3. Expansión del Yo: Rasgos de una personalidad diluida, apagado, inhibido, con falta de confianza en si mismo.</p> <p>4. Relación con su inconsciente: Necesidad de expansión interna, intensificación de las actividades interiores, ansiedad, angustia.</p> <p>5. Energía Vital: Dibujos con sentidos descendentes que revelan tendencias auto agresivas, dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla</p>

	hacia el medio.
	6. Existe indicación de capacidad de asociación y síntesis.
	7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad.
	8. Unión, armonía, compromiso: Refleja sentimiento de desprotección.

Tabla 2. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 1

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al ambiente social: Se muestra ansioso y en la escuela manifiesta comportamientos agresivos con sus compañeros. • Problemas de indisciplina. • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultades en la interacción con su hermana y la madre.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.

Tabla 3. Resultados de pruebas Paciente 2.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales.(En la relación con la madre y la abuela)
--	--

Tabla 4. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 2

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
-------	---

Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Abandono de la niña por parte de su padre (No se comunica con ella, no la visita cuando llega de la ciudad, disciplina o pautas de crianza inadecuadas).
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 81 y 90 por buena actividad en todas las áreas, socialmente eficaz, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (desobediencia a la madre y la abuela).

Tabla 5. Resultados de pruebas Paciente 3.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona depresiva: Diluido, apagado, inhibido para posicionarse, revela indecisión y falta de confianza en sí mismo. No expresa espontáneamente su afectividad, mostrándose cauteloso y reservado.
Entrevista y Aplicación del Test Wartegg	1. Campo del ego: Revela indecisión y falta de confianza en sí mismo.
	2. El afecto: Cauteloso y reservado.
	3. Expansión del Yo: Falta de ambición relacionada con la necesidad de protección y de apoyo.
	4. Relación con su inconsciente: Refleja necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad.
	5. Energía vital: Tendencia autoagresiva, dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla hacia el medio.
	6. Racionalidad, intelecto, síntesis: Manifiesta adecuada capacidad para la asociación y la síntesis. No se encuentra indicador de deficiencias cognitivas.
	7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad, respuesta propia en niños al evaluar esta área.
	8. Unión, armonía, compromiso: Refleja dependencia del medio, necesidad de protección, compromiso con valores.

Tabla 6. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 3

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Situación de estrés motivada por la muerte violenta del padre (Suicidio).
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.

Tabla 7. Resultados de pruebas Paciente 4.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, especialmente en su relación con los compañeros de estudio.
--	---

Tabla 8. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 4

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultad en las relaciones interpersonales que le impide una socialización adecuada. Dificultad para acatar la autoridad en el ambiente escolar.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros).

Tabla 9. Resultados de pruebas Paciente 5.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales.(En la relación con la profesora y sus compañeros de clase)
--	--

Tabla 10. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 5

Eje I	• Ninguno
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Ninguno
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, o escolar (Desadaptación al ambiente escolar).

Tabla 11. Resultados de pruebas Paciente 6.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos neuróticos: Tensión emocional, ansiedad. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, arranques de mal humor. Se dejan entrever conflictos relacionados con el Superyó.
Entrevista y aplicación del Wartegg	1. Escasa utilización del espacio indica que la persona es poco emotiva y poco comunicativa. Ausencia de detalles que indica relación fría, dificultad para la comunicación, clarificación de sentimientos y pensamientos. 2. La afectividad es vivenciada de manera negativa. Refleja necesidad de protección y apoyo. Necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad. 3. Sus dibujos se caracterizan por ser esquematizados que indican mayor distanciamiento en la integración con los demás, falta de interés genuino por las personas, falta de espontaneidad, dificultades para establecer una relación satisfactoria. 4. Relación con su inconsciente: Necesidad de expansión interna, intensificación de las actividades interiores, ansiedad, angustia. 5. Dibujos que revelan dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla hacia el medio, la persona utiliza pocos recursos para lograr sus objetivos por limitación propia o falta de empeño. 6. El tipo de raciocinio es concreto, representando por lo general objetos en la mayoría de los campos. 7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad, respuesta

	propia en niños al evaluar esta área.
	8. Refleja dependencia del medio, necesidad de protección, compromiso con valores.

Tabla 12. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 6

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al ambiente social: Se muestra ansioso y en la escuela manifiesta comportamientos agresivos con sus compañeros. • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultades en la interacción con sus hermanos y la madre.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.

Tabla 13. Resultados de pruebas Paciente 7.

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, especialmente en su relación con el hermano mayor.
--	--

Tabla 14. Diagnóstico Multiaxial – DSM IV - Paciente 7

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos de personalidad histriónico
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultad en las relaciones interpersonales que le impide una socialización adecuada. Dificultad para acatar la autoridad en el ambiente escolar.

Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma).
-------	---

3.2. CAMBIOS EN FUNCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Paciente 1.

El principal logro en la intervención es el mejoramiento en el cumplimiento de la norma en casa y el mejoramiento en la interacción con su hermana y sus compañeros de clase. Se incrementan las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hijo, la integración para compartir en familia. Aprendizaje de estrategias de afrontamiento para la ansiedad a partir del aprovechamiento del tiempo libre.

Paciente 2.

El principal logro en la intervención es el mejoramiento en el cumplimiento de la norma en casa y el mejoramiento en la interacción con su madre y abuela. Se mejoran las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hija, hija – padre ausente. La integración para compartir en familia, en especial la comprensión por parte del padrastro de la construcción gradual de ese vínculo con su hijastra. Aprendizaje de estrategias con la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad. Se espera que al asumir la importancia de la comunicación con el padre, la familia permita a la niña de manera libre y espontánea hacerse una imagen del padre, sin que en ello juegue la presión del grupo familiar al intentar dar una imagen negativa de éste, por sus actos o ausencia.

Paciente 3.

Es supremamente importante la insistencia en que el grupo de apoyo asuma un rol activo en el fortalecimiento de las relaciones afectivas, toda vez que existe en el mismo grupo familiar un grado alto de afectación por la situación de duelo que se vivencia. El desarrollo de diversas técnicas cognitiva-conductuales con el niño permitió un proceso de desensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar sus emociones, ante la falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo e irritabilidad.

De igual forma, la participación activa del niño en actividades de interés, le ayudan a salir de la situación depresiva orientando sus expectativas de vida y descentrándolo de la angustia y la tristeza. El logro significativo es el cambio de actitud frente a las actividades escolares, ya inicia las actividades, se relaciona con otros, participa en clase, en los juegos, se muestra ego sintónico.

Paciente 4.

El desarrollo de diversas técnicas cognitiva-conductuales con el niño le permite un proceso de desensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar las emociones, ante la falta de sensibilidad y la irritabilidad. En el uso de verbalizaciones como: Tengo que detenerme a pensar antes de actuar, que otros planes puedo probar, cómo me iría si siguiera este otro camino, entre otras; se logra mantener un control de los impulsos. De igual forma, la participación activa del niño en actividades de interés, le ayudan a salir de la situación impulsiva, canalizando su energía. Se logra a través de las entrevistas la modificación de los pensamientos y las emociones de la madre hacia el niño. Un hecho que fue determinante en la modificación del comportamiento perturbador en el niño fue el cambio voluntario de colegio por

parte de la familia, la nueva profesora es más afectuosa y esto permitió al niño cambiar su patrón de respuesta en el ambiente escolar. A la vez, porque se tienen más en cuenta las potencialidades del niño, que antes eran ignoradas.

Paciente 5.

El principal logro en la intervención es el mejoramiento en el comportamiento en el colegio y el mejoramiento en la interacción con su profesora. Se tornan adecuadas las relaciones con sus compañeros, participa de los juegos con algunos de ellos. Otro logro significativo es el aprendizaje de estrategias con la familia en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad. Se logra cambiar la percepción negativa que la profesora tenía de la niña, lo que favoreció iniciar el proceso de adaptación de manera paulatina. La niña comprende que la escuela es un espacio para compartir, comunicarse y aprender sobre asuntos de su interés.

Paciente 6.

A pesar de la dificultad para iniciar el proceso, por la resistencia del propio niño, se logró mejorar las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hijo, la integración, el compartir en familia. El Aprendizaje de estrategias cognitivas conductuales de afrontamiento para la ansiedad permitió el descentramiento y la canalización de energía hacia otras actividades de interés. Se sugirió a la familia y a la profesora evitar situaciones extremas en las cuales se pudiera estar reforzando y detonando la conducta negativista desafiante. Esto permitió al niño conocer cuando tiene un problema e intentar solucionarlo, además, comprender mejor las instrucciones una vez se había calmado.

Paciente 7

Se logra a través de las entrevistas la modificación de la situación de desesperanza en la madre. Se dieron orientaciones precisas a la madre y a la profesora para trabajar con el sistema motivacional, reforzando los comportamientos adecuados y desestimulando los inadecuados. Ello ayudó a tener más en cuenta las potencialidades del niño en ese proceso de adaptación al medio escolar. El desarrollo de diversas técnicas cognitiva-conductuales con el niño le permite un proceso de sensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar las emociones, ante la falta de sensibilidad y la irritabilidad. En el uso de verbalizaciones como: Tengo que detenerme a pensar antes de actuar, que otros planes puedo probar, cómo me iría si siguiera este otro camino, entre otras; se logra mantener un control de los impulsos. De igual forma, la participación activa del niño en actividades de interés, le ayudan a salir de la situación impulsiva, canalizando su energía.

En forma general para todos los casos, fue significativo que a partir de la segunda sesión ya se manifestaban comentarios positivos de los niños y niñas. Actitudes positivas frente al proceso por parte de estos, pero también mejores percepciones de los padres y educadores empezaron a incidir en la modificación paulatina de los comportamientos inadecuados.

4. DISCUSIÓN

Según Bronfrenbrenner (1996) citado por Maldonado y Carrillo (2006) es fundamental la evaluación e intervención desde lo individual y su influencia del contexto como es la familia y la escuela. Luego de desarrollar el presente estudio se puede cotejar que ésta afirmación

coincide con los planteamientos con los motivos de consulta; los padres y docentes caían en la generalización, juzgando a priori, al descalificar a los niños y no a los comportamientos, descuidando los aspectos particulares de cada uno y los recursos de que disponen para enfrentar las situaciones conflictivas. Al empezar el proceso terapéutico, se modificaron las creencias irracionales y las percepciones negativas de los adultos que alimentaban la situación conflictiva en los niños, a su vez, incrementó en los niños y niñas otras alternativas de actuación.

De igual forma, en el caso de las relaciones de los niños con sus profesores y la manera como ellos concebían la eficacia de la intervención, lo que se pudo observar en este estudio, es que existe consistencia con otros estudios que han señalado que los problemas de conducta externalizantes o comportamiento de desadaptación de los niños y niñas son un predictor importante de los niveles de conflicto en la relación profesor-estudiante (Maldonado y Carrillo, 2006).

Al realizar la caracterización clínico-psicológica de un grupo niños usuarios del dispensario médico del Batallón de Servicios “Cacique Pipatón” de la Brigada 14; se buscaba cumplir los objetivos de conocer las vivencias y actitudes conflictivas fundamentales de los niños y niñas consultantes, reconocer las formas de intervención de los padres y/o acudientes frente a las dificultades de los niños y niñas y plantear hipótesis para el tratamiento y transformación de los conflictos. Objetivos estos, a pesar de modestos, constituían un reto desde el rol profesional de la psicología clínica, sobre todo en el contexto del servicio de psicología del dispensario médico militar. **Ya que dentro del ámbito militar y de sus usuarios, no se tiene la concepción de la**

psicología como una disciplina, que ayude en la resolución de las dificultades de la salud mental de los niños y las niñas.

Con tal presupuesto, se tenía la oportunidad a través de éste proyecto y su realización, para estimar y promover la imagen del trabajo que hace el psicólogo en la significación de las relaciones afectivas y sociales que van configurando los niños y niñas con las personas que están a cargo de su cuidado, o que comparten tiempos y espacios desde la primera y segunda infancia y que son fundamentales para su supervivencia y desarrollo.

Según los diferentes motivos de consulta, se puede establecer que las principales causas de consultas psicológicas se ven fundamentadas en los problemas de establecimiento de normas, manejo afectivo de los padres y el desarrollo emocional de los niños. Por tanto, es fundamental enfatizar en el trabajo con padres y docentes frente al desarrollo afectivo de los niños y en especial cuando se presentan dificultades (Maldonado y Carrillo, 2006).

En este sentido el estudio presente pudo constatar ésta consideración, por cuanto al incrementar las posibilidades de mejor trato y de comunicación entre los niños(as) y su grupo familiar, los comportamientos externalizantes en el colegio se tornaban más adecuados, no solo con los docentes sino también entre los pacientes y sus compañeros de estudio. Al entrenar a los padres y a los niños(as) en la adquisición de habilidades sociales, hacia el afrontamiento de situaciones problemáticas, se logró aportar recursos para que estas personas aprendieran hábitos y pautas de comportamiento pro sociales.

En todo momento durante la intervención con los casos seleccionados, se evidenció la mejoría en los pacientes; ello era referido por las propias madres, quienes a su vez se referían a los comentarios positivos hechos por parte de los docentes. El cambio hacia la percepción positiva y a las posibilidades de recursos brindados a los niños(as) por sus padres y docentes, acrecentó el afecto y la confianza entre ellos, facilitando así la modificación de los comportamientos desadaptativos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El presente trabajo permitió el cambio de la percepción negativa de los docentes y padres de familia hacia los niños y niñas, que antes eran vistos como problema y de los cuales se tenían pronósticos desfavorables.

Cuando se modifican las percepciones negativas y se opta por mejores expectativas, tanto padres como educadores posibilitan al(a) niño(a) el reconocimiento de sus potencialidades.

La intervención clínica psicológica con los casos seleccionados evidenció que es necesario atender de manera oportuna las dificultades que presentan los niños y las niñas en la socialización familiar y escolar.

En el dispensario médico de la Décima Cuarta Brigada se requiere mantener activo el servicio psicológico para la atención de los niños y niñas familiares del personal militar.

En la mayoría de los casos, de acuerdo con los motivos de consulta señalados desde la primera sesión, las situaciones bloqueaba a las personas que imposibilitaban soluciones acordes para el

ciclo vital de los niños y niñas. Con la intervención en el trabajo clínico se demostró que tales actitudes desesperanzadoras se convierten en barreras para el proceso de socialización de éstos.

El aprendizaje de habilidades sociales, hábitos y el incremento de relaciones afectivas con el grupo familiar y los docentes, predicen mejoras en el comportamiento y el rendimiento escolar por parte de los niños y las niñas.

5.2 Recomendaciones

En lo relacionado con los factores que generan el desajuste o comportamientos desadaptativos, es pertinente establecer en los programas de prevención como de intervención, componentes que afecten la familia, la escuela y la comunidad.

Aspecto central a tener en cuenta por la implicación en la conducta desajustada de los niños y niñas, es la interacción y acuerdo en el grupo familiar, en lo referente a las reglas. La instauración de éstas juega un papel importante en el ajuste. Los programas eficaces deben contemplar la concientización, capacitación y entrenamiento a padres y docentes sobre este factor y el impacto en la socialización.

Debe revisarse en general cuáles de los factores asociados al desajuste o comportamientos desadaptativos, se presentan específicamente en esta población para mejorar los programas creados para intervenir o prevenir el desajuste y la conducta agresiva. Muy especialmente tener en cuenta la revisión de las relaciones afectivas con los padres, docentes y pares.

En el dispensario médico del Batallón de servicios debe haber disponibilidad de un profesional psicólogo para atender de manera oportuna los requerimientos de todos los niños y niñas usuarios, teniendo en cuenta que el bienestar de estos es proporcional al de la familia, y por ende al de sus padres.

5.3 Reflexión

Desde el primer momento cuando se propuso éste proyecto, hubo cierta resistencia por parte de algunos colegas del servicio militar, al considerar que el trabajo terapéutico con los niños era complejo y no se contaba con la disposición, ni el profesionalismo para ejercer la labor clínica psicológica con los niños y las niñas. Cabe señalar que el plan de salud mental de las fuerzas militares dentro de sus estrategias y material psicométrico en la localidad de Puerto Berrío, no maneja instrumentos para la valoración e intervención clínica con niños y niñas, por lo cual era otro factor en contra del proyecto.

Este trabajo ha significado una gran satisfacción, pues la terapia infantil siempre fue un gran reto, en la vida profesional del autor de este estudio, por el conocimiento, la cercanía, los miedos, la ternura, los afectos y la complejidad al generar la empatía con ellos. Ganar la confianza en los niños y niñas no es fácil, se requiere carisma, potencial humano, habilidades, estrategias y manejo alternativo de la comunicación, en otras palabras, estar al nivel de ellos para interactuar, escuchar, verlos llorar y comprender sus dificultades. Toda esta vivencia, de compartir una parte de sus vidas en pocas sesiones, se convirtió en un desafío por minimizar el sufrimiento en cada una de las situaciones conflictivas que estos experimentaban. Gracias a la oportuna intervención y al

compromiso adquirido de las familias y los propios niños y niñas, se llevó a buen término los objetivos terapéuticos propuestos.

6. REFERENCIAS

Braza, P., Carreras, R., Braza, F., Muñoz, J. M. (2006). Androginia, amplitud de comportamiento y ajuste social en niños y niñas de educación infantil. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1, 177-188.

Cabrera G. V. y Guevara, M. I. (2007). *Relaciones familiares y ajuste psicológico. Dos estudios en adolescentes de familias colombianas*. Bogotá: Uniandes.

Vázquez, M. A. (2001). Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana Médica*, 17(3), 227-233.

Davison, G. C. y Neale, J. M. (2005). *Psicología de la conducta anormal*. México, D. F.: Limusa Wiley.

Krawchik, R., Mías, D. y Querejeta, A. (2006). Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes. El discurso de la violencia. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1, 2.paginas

Maldonado, C.C. y Carrillo, A.S. (2006). Educar con afecto: características y determinantes de la calidad de la relación niño-maestro. *Revista de Infancia, Adolescencia y Familia*, 1, 39-60.

Martínez, F.B., Murgui, P., S. Musitu, O. G. y Monreal, G., M. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of clinical and health psychology*, 8, 679-692.

Orgilés, M., Espada, J. P., Méndez, J. y García, J. M. (2008). Miedos escolares en hijos de padres divorciados. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 693-703.

Plan maestro de salud mental para las Fuerzas Militares. (2007-2010). Bogotá. D.C 2007.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE CASOS DE NIÑOS Y NIÑAS USUARIOS DEL
SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO DEL BATALLÓN ASPC NO.
14 DE LA DECIMOCUARTA BRIGADA

Yo _____, con documento de identidad No. _____, por medio de la presente acepto participar en el programa de intervención **Caracterización clínica de casos de niños y niñas usuarios del servicio de psicología del dispensario médico del batallón ASPC Nro. 14 de la Decimocuarta Brigada**, cuyo objetivo es realizar un proceso psicoterapéutico de los diferentes aspectos mencionados.

Se me ha explicado que mi participación consiste en diligenciar los respectivos cuestionarios, en disponer de una hora a la semana para el tratamiento psicoterapéutico, en cumplir con las tareas asignadas y los compromisos establecidos; así mismo se me ha informado que seré participe de un proceso de intervención de acuerdo al diagnóstico arrojado por las pruebas y la historia clínica psicológica.

Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán arrojados de manera individual. Adicionalmente, la psicóloga Nora Ángela Castellanos Monsalve estará atenta en todo momento a responder las dudas y preguntas en caso de presentarse.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia. Se me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del proceso de intervención, pues se garantiza mi derecho al anonimato.

Firma del Paciente

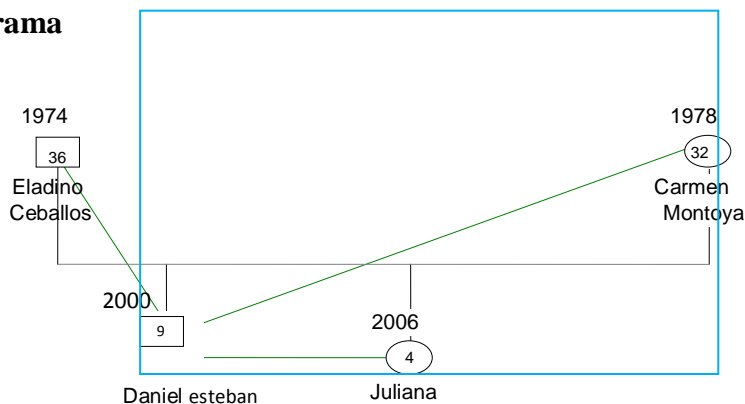
Firma de la Psicóloga.

ANEXO 2

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 1.**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente masculino, de 9 años de edad, cursa cuarto de primaria, en la Institución Educativa Bomboná, del Municipio de Puerto Berrío. Vive con su madre y hermana, su padre permanece ausente por motivo laboral. Desde su ingreso al preescolar el niño ha manifestado desadaptación en la interacción con los demás niños. En casa posee una relación conflictiva con su hermana y con su madre.

B. Genograma

C. Motivo de consulta: Es llevado por su madre a la consulta por la queja de su profesor: "El niño es muy brusco con sus compañeros". Se muestra ansioso y en la escuela manifiesta comportamientos agresivos con sus compañeros. Estos comportamientos iniciaron en el grado de preescolar cuando se le dificultó la adaptación al medio escolar.

D. Ciclo de vida

Embarazo deseado y a termino normal; Infancia: es el mayor de un hermana de 04 años, su infancia la trascurre en el municipio de Puerto Berrio Ant. Cursa cuarto de primaria sin dificultad académica en la actualidad, la relación de los padres aunque es distante por razones laborales es buena, el padre al igual maneja buena comunicación y la relación

afectiva con sus hijos es buena, a la vez es constante con las llamadas a su familia, la madre manifiesta que aunque tiene su cónyuge lejos; ella es cabeza del hogar pero que existen momentos en que dice perder el control y la autoridad frente a sus hijos en vista de que su esposo no vive permanentemente con ellos; ella siente que debe ser más estricta y exigente con ellos, por tal motivo Daniel relata que su madre es sobreprotectora y demasiado psicorigida, hasta tal punto que él descargaba todas sus emociones negativas reprimidas con Juliana su hermana de tan solo cuatro años. Daniel siempre manifestó que quería tener un hermano, y esta inconformidad con el sexo de su hermana, fue en gran medida el detonante del comportamiento agresivo de Daniel.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Tiene buena salud e higiene de sueño, con antecedente familiar de un tío paterno, por consumo de sustancias psicoactivas, sin tratamiento farmacológico.

Área Familiar: Tiene una hermana menor de 4 años de edad, la cual se encuentra en pre jardín, vive con su hermana y sus padres. Apego a su padre, con su progenitora es distante por actitud sobreprotectora, perfeccionista en el hogar y exigente en su nivel académico. Daniel se ha visto afectado, desde el nacimiento de su hermana, manifiesta que siempre deseo un hermano para jugar fútbol con él.

Área académica: Cursa cuarto de primaria, en la Institución Educativa Bomboná, del Municipio de Puerto Berrío Ant. Refiriendo tensión por la pérdida de la disciplina, manifestando tristeza y preocupación por la amenaza de su madre, de castigarlo al no dejarlo salir a jugar por un periodo largo de tiempo, los padres le critican que a raíz de su comportamiento agresivo, el mal genio y la falta de autocontrol en sí mismo es que tiene bajo rendimiento académico.

Área social y recreativa: Persona triste, reprimida, restricción de amigos y salidas por sus padres, antecedentes con un amigo que lo ha incitado en varias ocasiones a fumar, la madre lo mantiene aislado del contexto social. Daniel manifiesta que quiere ser como su amigo que no tiene padres que lo cohíben, ni reglas y normas que cumplir.

F. Hipótesis Diagnóstica: (Instrumentos aplicados)

La evaluación se desarrolla en tres sesiones de entrevista con la madre del menor y cuatro con el menor.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Test de Figura Humana
- Test Wartteg
- Bas-2 (Batería de Socialización)

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	<p>Rasgos neuróticos: Tensión emocional</p> <p>Rasgos depresivos: Sentimientos de inseguridad e inferioridad. (Impresión Diagnostica)</p> <p>Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales.</p> <p>Evidencia conflictos relacionados con el Superyó.</p>
Entrevista y aplicación del Wartegg	<p>1. Campo del Ego: Ausencia de detalles lo que indica relación fría, dificultad para la comunicación, clarificación de sentimientos y pensamientos.</p> <p>2. La afectividad es vivenciada de manera negativa. Refleja necesidad de protección y apoyo. Necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad.</p> <p>3. Expansión del Yo: Rasgos de una personalidad diluida, apagado, inhibido, con falta de confianza en sí mismo.</p> <p>4. Relación con su inconsciente: Necesidad de expansión interna, intensificación de las actividades interiores, ansiedad, angustia.</p> <p>5. Energía Vital: Dibujos con sentidos descendentes que revelan tendencias auto agresivas, dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla hacia el medio.</p> <p>6. Existe indicación de capacidad de asociación y síntesis.</p> <p>7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad.</p> <p>8. Unión, armonía, compromiso: Refleja sentimiento de desprotección.</p>

DSM IV diagnóstico:

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al ambiente social: Se muestra ansioso y en la escuela manifiesta comportamientos agresivos con sus compañeros. • Problemas por bajo rendimiento académico. • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultades en la interacción con su hermana y la madre.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número uno se observa rasgos de agresividad, inseguridad, necesidad de afecto, rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan depresión, inseguridad.

G. Objetivos terapéuticos.

- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Brindar estrategias para mejorar la interacción con otros.
- Facilitar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista y aplicación del Wartegg
3	Entrevista y aplicación del Bas-2
4	Entrevista e Implementación de estrategias para mejorar la interacción con otros.

5	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y académico.
6	Evaluación de progresos, repases de técnicas aprendidas.
7	Evaluación de progresos, repases de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención es el mejoramiento en el cumplimiento de la norma en casa y el mejoramiento en la interacción con su hermana y sus compañeros de clase. Se mejoran las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hijo, la integración para compartir en familia.

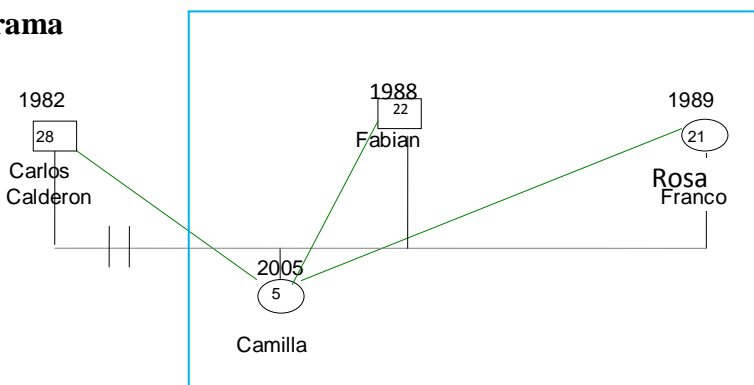
Aprendizaje de estrategias de afrontamiento para la ansiedad a partir del aprovechamiento del tiempo libre.

ANEXO 3

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 2.**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Niña de 5 años de edad, cursa el grado de preescolar, en la Institución Alfonso López, del Municipio de Puerto Berrío. Vive con su madre y su padrastro, su padre ya no convive con ese grupo familiar.

B. Genograma

C. Motivo de consulta: Es llevada a consulta por su madre porque es muy desobediente, no acata la norma.

D. Ciclo de vida

Embarazo a término normal. Infancia; es única hija, siempre ha vivido en el municipio de Puerto Berrio, Ant. Cursa preescolar sin dificultad académica. Vive con la madre y el padrastro, la relación comunicativa de la madre con el padre es poco satisfactoria, no existe dialogo, razones por el cual Camila no tiene buena relación afectiva con su progenitor, la madre manifiesta que Camila desde el abandono por su padre y al dejarlo de ver por dos años, la niña se hizo una idea desagradable de él, hasta tal punto que dice que él no es el padre, que es la persona que actualmente vive con la madre. Camila de esta manera manipula a su madre y a la abuela con ser una niña desobediente, esta es la manera de revelarse cuando la madre le insiste por decirle que el papá de ella no es Fabián si no Carlos, donde ella siempre menciona que no lo quiere y tampoco desea decirle papá. Además “no quiere tener dos papás”.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud e higiene de sueño, sin antecedentes familiares.

Área Familiar: Vive con la madre y el padrastro, permanece casi todo el tiempo con la abuela. Apego a su madre, con su progenitor es distante por alejamiento y mala relación entre los padres. Camila es afectada, desde la separación de los padres y el distanciamiento de él hacia Camila.

Área académica: Cursa el preescolar, en la Institución educativa Alfonso López, del municipio de Puerto Berrio, le va bien en el colegio, los profesores no expresan dificultad alguna en cuanto a su comportamiento.

Área social y recreativa: Es alegre, expresiva, restricción de amigos y salidas por su madre. Posee habilidades sociales adecuadas, los fines de semana los disfruta en familia y grupo de amigas de su edad.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales.(En la relación con la madre y la abuela)
--	--

DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Abandono de la niña por parte de su padre (No se comunica con ella, no la visita cuando llega a la ciudad, disciplina o pautas de crianza inadecuadas.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 81 y 90 por buena actividad

	en todas las áreas, socialmente eficaz, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (desobediencia a la madre y la abuela).
--	---

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número dos se observan rasgos de agresividad, inseguridad, necesidad de afecto, rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan estos rasgos. Sin embargo no se evidencian indicadores de rasgos psicopatológicos. Es una persona que manifiesta dificultades en la adaptación a la norma, posiblemente por la influencia del grupo familiar, donde no se ejercita la autoridad y se es flexible constantemente ante sus peticiones.

G. Objetivos terapéuticos.

- Revisar las pautas de crianza por parte de la madre y la abuela.
- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Orientar a la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
- Facilitar la comunicación permanente con el padre ausente.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista y aplicación del Bas-2, e Implementación de estrategias con la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
3	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar.
4	Evaluación de progresos, repases de técnicas aprendidas.
5	Evaluación de progresos, repases de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

Resultados y logros de intervención psicológica:

A pesar de realizarse apenas cinco sesiones, el principal logro en la intervención es el mejoramiento en el cumplimiento de la norma en casa y el mejoramiento en la interacción con su madre y abuela.

Se mejoran las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hija, hija – padre ausente. La integración para compartir en familia, en especial la comprensión por parte del padrastro de la construcción gradual de ese vínculo con su hijastra.

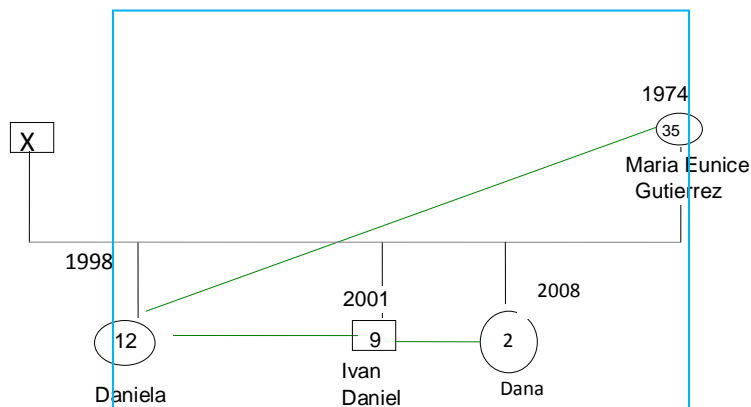
Aprendizaje de estrategias con la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad. Se espera que al asumir la importancia de la comunicación con el padre, la familia permita a la niña de manera libre y espontánea hacerse una imagen del padre, sin que en ello juegue la presión del grupo familiar al intentar dar una imagen negativa de éste, por sus actos o ausencia.

ANEXO 4

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 3**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente de 9 años de edad. Vive con su madre y dos hermanas de 12 y 2 años de edad. Su padre ha muerto hace 4 meses y tiene desmotivación por el estudio.

B. Genograma:

C. Motivo de consulta: Es llevado a consulta porque los profesores lo ven deprimido, sin ganas de estudiar, se pasa las clases con la cabeza recostada en el puesto, y no es alegre como antes.

Ciclo de vida:

Embarazo a termino normal; Infancia : es el mediano de dos hermanas, su hermana mayor de 12 años y su hermana menor de dos años, su infancia la transcurre en el municipio de Puerto Berrio Ant, cursa tercero de primaria, con dificultad académica, su padre se suicido hace 04 meses, desde ese entonces a Daniel se le evidencia cierto retraimiento, la relación con la madre se volvió de difícil manejo al igual que sus hermanas, la madre se encuentra preocupada por la falta de interés y de emotividad que muestra Daniel, piensa que tiene que ver con la pérdida del padre pero que él no pronuncia nada al respecto, y esa es la mayor angustia que ella siente.

A. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud e higiene de sueño. Sin antecedentes familiares

Área Familiar: Tiene una hermana de 12 años y una de 02 años, su hermana cursa el grado octavo de bachillerato y su otra hermana en pre jardín. Vive con sus dos hermanas y su madre su padre falleció, con su progenitora es distante por actitud perfeccionista en el hogar y exigente en su nivel académico. Es afectado por la pérdida de su padre y por el cambio tan radical en el hogar a raíz de la ausencia de su padre. Del cual no le gusta hablar y cuando se le menciona el tema es cabizbajo.

Área académica: Cursa tercero de primaria, refiriendo tensión por el bajo rendimiento académico donde ha desmejorado. Manifiesta tristeza y preocupación por la falta de compromiso y de responsabilidad ante la angustia de la madre, la cual lo amenazo con disciplinarlo al no dejarlo salir ni compartir con los amigos, hasta que modifique el comportamiento que viene presentando.

Área social y recreativa: Se muestra triste, retraído, poco expresivo y social, no participa en algunos juegos con sus compañeros. Sin embargo se ha evidenciado el deseo por querer sobresalir frente a sus compañeros.

B. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona depresiva: Diluido, apagado, inhibido para posicionarse, revela indecisión y falta de confianza en sí mismo. No expresa espontáneamente su afectividad, mostrándose cauteloso y reservado.
Entrevista y Aplicación del Test Wartegg	1. Campo del ego: Revela indecisión y falta de confianza en sí mismo.
	2. El afecto: Cauteloso y reservado.

	3. Expansión del Yo: Falta de ambición relacionada con la necesidad de protección y de apoyo.
	4. Relación con su inconsciente: Refleja necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad.
	5. Energía vital: Tendencia auto agresiva, dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla hacia el medio.
	6. Racionalidad, intelecto, síntesis: Manifiesta adecuada capacidad para la asociación y la síntesis. No se encuentra indicador de deficiencias cognitivas.
	7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad, respuesta propia en niños al evaluar esta área.
	8. Unión, armonía, compromiso: Refleja dependencia del medio, necesidad de protección, compromiso con valores.

DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Situación de estrés motivada por la muerte violenta del padre (Suicidio).
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número tres se observan rasgos de inseguridad, necesidad de afecto, rasgos de trastorno depresivo por pérdida de su padre (Hace 4 meses). Podría pensarse en un presuntivo duelo no elaborado.

C. Objetivos terapéuticos.

- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Desarrollar actividades de reflexión que permitan al niño elaborar el duelo.
- Orientar al niño y su familia en la realización de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre y la canalización de energía vital.

D. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista y aplicación del Wartegg
3	Entrevista y aplicación del Bas-2 a los padres de familia
4	Entrevista e Implementación de actividades de reflexión que permitan al niño elaborar el duelo.
5	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y académico.
6	Orientar la realización de actividades para la canalización de energía vital.
7	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención fue incrementar la motivación hacia el estudio y lograr una mejor interacción con sus pares; por medio de estrategias se desarrollaron diversas técnicas cognitiva-conductuales que permitieron un proceso de sensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar sus emociones, ante la falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo e irritabilidad.

En acuerdo con su madre se le recomienda supremamente importante la insistencia en que el grupo de apoyo que asuma un rol activo en el fortalecimiento de las relaciones afectivas, toda vez que existe en el mismo grupo familiar un grado alto de afectación por la situación de duelo que se vivencia.

.

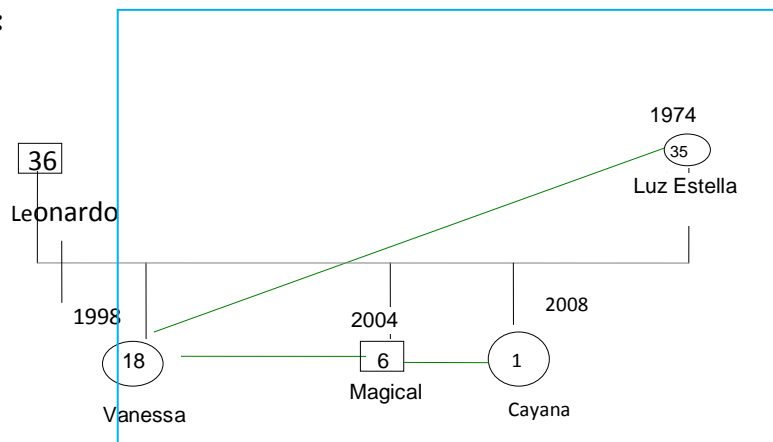
De igual forma, la participación activa del niño en actividades de interés, le ayudan a salir de la situación depresiva orientando sus expectativas de vida y descentrándolo de la angustia y la tristeza.

ANEXO 5

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 4**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Niño de 6 años de edad. Vive con su madre y dos hermanas de 12 y 2 años de edad. Su padre por razones del trabajo se encuentra ausente. Viene presentando desinterés y desmotivación por el estudio. El colegio no le agrada, la madre argumenta en la entrevista que es por culpa de la frialdad de la profesora, según dice ella eso le ha manifestado Maicol.

B. Genograma:

C. Motivo de consulta: Es llevado a consulta porque se torna agresivo en el aula de clase, le pega a los compañeritos. No quiere volver al colegio, le parece muy aburridor.

D. Ciclo de vida: Embarazo a término normal. Infancia; es el menor de 03 hermanas, su hermana mayor de 18 años, y su otra hermana de 14 años, su infancia la transcurre en el municipio de Puerto Berrio, Ant. Cursa primero con dificultad académica. Vive con la madre y las hermanas, el padre se encuentra ausente por motivos laborales, la relación

comunicativa de la madre con el padre es satisfactoria, al igual con todos los hijos la relación es buena. existe dialogo permanente, razones por el cual la madre de Maicol no se explica del comportamiento y del cambio que Maicol ha dado, desde el inicio del año escolar ha mostrado cierta resistencia para asistir a clase.

Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud, con buen apetito e higiene de sueño, con antecedentes familiar de un tío materno con epilepsia en tratamiento médico.

Área Familiar: Tiene un hermano de 18 años y una de 14 años, su hermano se graduó hace un año y su hermana cursa el grado octavo. Vive con sus dos hermanos y su madre su padre se encuentra ausente por razones laborales. Apego a su madre demasiado dependiente a ella, con su progenitor aunque la relación afectiva es buena es distante por razones laborales. Es afectado por la falta de interés hacia la escuela y la insatisfacción con la profesora, la cual se muestra muy antipática y poco expresiva, generándole cierta angustia y fobia a la escuela a Maicol.

Área académica: Cursa primero de primaria, refiriendo tensión por el bajo rendimiento académico. Manifiesta tristeza y preocupación por la falta de compromiso y de responsabilidad ante la angustia de la madre, la cual lo amenazo con disciplinarlo al no dejarlo salir ni compartir con los amigos, hasta que modifique el comportamiento que viene presentando. Al cual manifiesta cierta inconformidad ante la profesora.

Área social y recreativa: Se muestra alegre, expresivo, posee habilidades sociales adecuadas, cuando participa en algunos juegos con sus compañeros de colegio. Y se le llama la atención se torna negativista desafiante. Los fines de semana los dedica a la interacción familiar.

E. Hipótesis Diagnóstica:

En la prueba aplicada se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, especialmente en su relación con los compañeros de estudio.
--	---

DSM IV diagnóstico:

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultad en las relaciones interpersonales que le impide una socialización adecuada. Dificultad para acatar la autoridad en el ambiente escolar.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma).

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número cuatro se observan rasgos de agresividad, impulsividad, necesidad de afecto, rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan estos rasgos. Sin embargo no se evidencian indicadores de rasgos psicopatológicos.

Objetivos terapéuticos.

- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Entrenar a la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
- Enseñar al niño pautas para seguir instrucciones, esperar el turno.
- Orientar al niño y su familia en la realización de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre y la canalización de energía vital.

F. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista. Aplicación del Bas-2 para padres, e Implementación de estrategias con la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
3	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y social.

4	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
---	--

Resultados y logros de intervención psicológica:

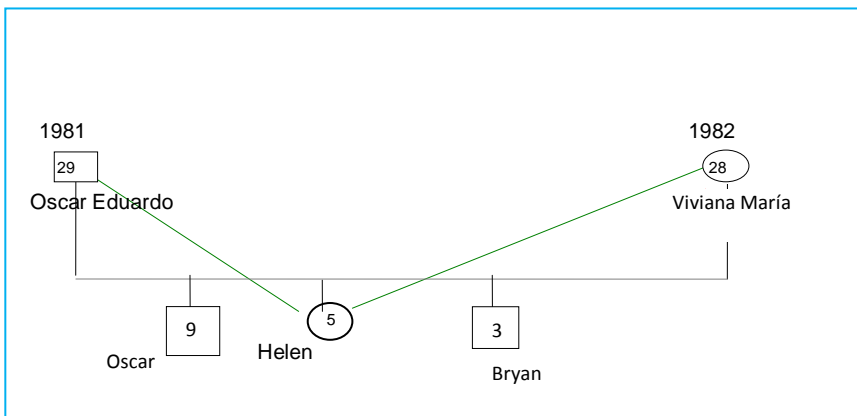
El principal logro en la intervención es la modificación de los pensamientos y las emociones de la madre hacia el niño. Un hecho que fue determinante en la modificación del comportamiento perturbador en Maicol fue el cambio voluntario de colegio por parte de la familia, por medio estrategia y técnicas para mejorar el rendimiento académico y motivación a él y esto permitió al niño cambiar su patrón de respuesta en el ambiente escolar. El desarrollo de diversas técnicas cognitiva-conductuales con el niño le permiten un proceso de sensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar las emociones, ante la falta de sensibilidad y la irritabilidad.

Anexo 6.

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 5.**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Niña de 5 años de edad, cursa el grado de preescolar. Vive con su madre, padre y hermanos. Su proceso de adaptación al colegio ha sido muy difícil. La profesora le pone quejas a la mamá todos los días por el comportamiento de la niña.

B. Genograma

C. Motivo de consulta: Es llevada a consulta porque hace pataletas con frecuencia, no se está portando bien en el colegio, no está participando de las actividades y no hace caso a la profesora.

D. Ciclo de vida

Embarazo deseado a término por cesárea. Infancia; es la mediana de 02 hermanos, su hermano mayor de 09 años, su otro hermano de 03 años, su infancia la transcurre en el municipio de Puerto Berrio, Ant. Cursa preescolar con dificultad académica. Vive con los padres y hermanos, la relación afectiva con la familia es satisfactoria, existe dialogo permanente, razones por el cual la madre no entiende el comportamiento que tiene en el colegio. Hellen manifiesta que su madre es sobreprotectora y no la deja compartir con

sus amigas. Por eso ella comparte en el colegio con las amigas y en algunas ocasiones no presta atención a los llamados de la profesora.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud, con buen apetito e higiene de sueño, sin antecedentes familiar.

Área Familiar: Tiene un hermano de 09 años y el menor de 03 años, su hermano cursa el grado cuarto de primaria y su hermana cursa pre jardín. Vive con sus dos hermanos y sus padres. Apego a su madre, con su progenitor es distante por actitud perfeccionista en el hogar y exigencia en su nivel académico. Es afectada por la falta de confianza y demasiada exigencia hacia la escuela, además su profesora se muestra poco expresiva, generándole cierta angustia y fobia a la escuela.

Área académica: Cursa el grado de preescolar, refiriendo tensión por la falta de interés en el colegio y el bajo rendimiento académico. Manifiesta que su profesora es poco cariñosa y se muestra antipática con los niños. Motivo por el cual Hellen no obedece a la profesora y hace continuas pataletas.

Área social y recreativa: Se muestra alegre, expresiva, posee pocas habilidades sociales, aunque participa en algunos juegos con sus compañeros no interactúa adecuadamente. Cuando se le llama la atención se torna negativista desafiante. Los fines de semana los dedica a la interacción familiar

F. Hipótesis Diagnóstica:

En la prueba aplicada se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales.(En la relación con la profesora y sus compañeros de clase)
--	--

DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno
-------	-----------

Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Ninguno
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, o escolar (Desadaptación al ambiente escolar).

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número cinco no se evidencian indicadores de rasgos psicopatológicos, se observan rasgos de agresividad y rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan estos rasgos. Sin embargo. Es una persona que manifiesta dificultades en la adaptación a la norma, a la socialización con otros. Resultados que están relacionados con los comportamientos propios de su ciclo vital.

G. Objetivos terapéuticos.

- Revisar las pautas de crianza en familia.
- Entrenar a los padres en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
- Facilitar estrategias a la profesora para reforzar el proceso de socialización de la niña.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista y aplicación del Bas-2 para padres, e Implementación de estrategias con la familia en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
3	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y escolar.
4	Evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas.
5	Evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención es el mejoramiento en el comportamiento en el colegio y el mejoramiento en la interacción con su profesora. Se tornan adecuadas las relaciones con sus compañeros, participa de los juegos con algunos de ellos.

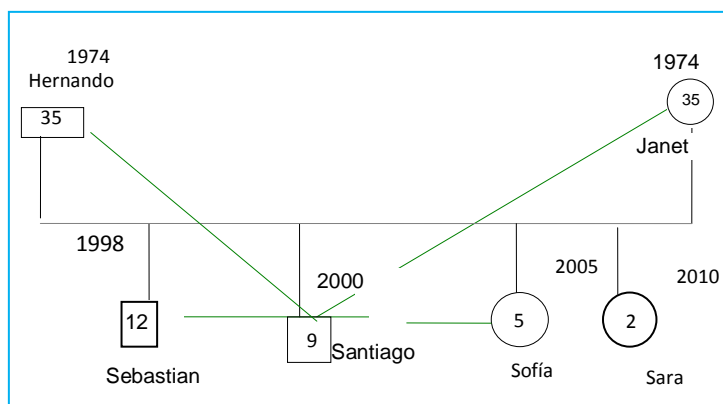
Otro logro significativo es el aprendizaje de estrategias con la familia en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad. Se logra cambiar la percepción negativa que la profesora tenía de la niña, lo que favoreció iniciar el proceso de adaptación de manera paulatina. La niña comprende que la escuela es un espacio para compartir, comunicarse y aprender sobre asuntos de su interés.

Anexo 7.

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 6.**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente masculino, de 9 años de edad, cursa cuarto de primaria, en el Municipio de Puerto Berrío. Vive con sus padres y hermanos. Siempre se ha caracterizado por ser malgeniado, hecho que en la vida actual le representa dificultades tanto en casa como en el colegio.

B. Genograma

C. Motivo de consulta: Es muy malgeniado, le gusta gritar y llamar la atención, a veces es desobediente. Estos comportamientos le generan dificultades en la interacción con los chicos de su edad y en su grupo familiar.

D. Ciclo de vida

Embarazo deseado a término normal. Infancia; es el segundo de 04 hermanos, su hermano mayor de 12 años cursa el grado séptimo de bachillerato, su hermana de 05 años el preescolar y la menor de 02 meses, su infancia la transcurre en el municipio de Puerto Berrío, Ant. Cursa el grado cuarto de primaria, sin dificultad académica. Vive con los padres y hermanos, la relación afectiva con la familia es satisfactoria, existe dialogo

permanente, razones por el cual la madre no entiende el comportamiento que manifiesta Santiago en la casa. Santiago manifiesta que su madre es sobreprotectora y demasiado exigente en la parte académica, no lo deja compartir con sus amigos y salir de casa, siente que su madre no le dedica el tiempo que el necesita por estar cuidando a su hermana de tan solo 02 meses, dice que desde el embarazo de su madre y el nacimiento de su hermana la armonía de la casa cambio, se torna rutinaria y por todo lo regañan y lo disciplinan, desde entonces él siente que su carácter ha cambiado y por todo se enoja.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud, con buen apetito e higiene de sueño. Con antecedentes familiar de una tía paterna con esquizofrenia con tratamiento farmacológico.

Área Familiar: Su núcleo familiar está compuesto por sus padres, un hermano mayor de 12 años, y dos hermanas menores, una de ellas de 5 años y la otra de 2 meses de nacida. Es afectado desde el nacimiento de su hermana menor, porque manifiesta que su madre solo dedica tiempo al cuidado de su hermana y muy poco a los demás e inclusive a él, que desde ese momento su madre ha cambiado es una persona poco extrovertida malgeniada y desafiante.

Área académica: Cursa cuarto de primaria. Sin dificultad académica, su problema reduce a la obediencia de la norma en casa.

Área social y recreativa: Es alegre, expresiva y dedica tiempo a su grupo de estudio, restricción de amigos y salidas por sus padres, posee habilidades sociales adecuadas, Se divierte jugando con amiguitos cerca de la casa. Los fines de semana los dedica a la interacción familiar.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos neuróticos: Tensión emocional, ansiedad. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, arranques de mal humor. Se dejan entrever conflictos relacionados con el Superyó.
Entrevista y aplicación del Wartegg	1. Escasa utilización del espacio indica que la

	<p>persona es poco emotiva y poco comunicativa. Ausencia de detalles que indica relación fría, dificultad para la comunicación, clarificación de sentimientos y pensamientos.</p>
	<p>2. La afectividad es vivenciada de manera negativa. Refleja necesidad de protección y apoyo. Necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de angustia, ansiedad y excitabilidad.</p>
	<p>3. Sus dibujos se caracterizan por ser esquematizados que indican mayor distanciamiento en la integración con los demás, falta de interés genuino por las personas, falta de espontaneidad, dificultades para establecer una relación satisfactoria.</p>
	<p>4. Relación con su inconsciente: Necesidad de expansión interna, intensificación de las actividades interiores, ansiedad, angustia.</p>
	<p>5. Dibujos que revelan dificultad para enfrentar obstáculos, para canalizar la energía y dirigirla hacia el medio, la persona utiliza pocos recursos para lograr sus objetivos por limitación propia o falta de empeño.</p>
	<p>6. El tipo de raciocinio es concreto, representando por lo general objetos en la mayoría de los campos.</p>
	<p>7. Sensibilidad, sensualidad, erotismo: Falta de sensibilidad, poca elaboración a nivel afectivo, cierta irritabilidad, respuesta propia en niños al evaluar esta área.</p>
	<p>8. Refleja dependencia del medio, necesidad de protección, compromiso con valores.</p>

DSM IV diagnóstico:

Eje I	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje II	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje III	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Eje IV	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relativos al ambiente social: ninguno • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultades en la interacción con sus hermanos y la madre.
Eje V	<p>La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de</p>

	la norma a nivel familiar). Posee algunas relaciones interpersonales significativas.
--	--

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número seis se observan rasgos de agresividad, inseguridad, necesidad de afecto, rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan inseguridad, ansiedad, temor a dejarse afectar por estímulos externos.

G. Objetivos terapéuticos.

- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Brindar estrategias al niño para mejorar la interacción con otros.
- Dar estrategias para afrontamiento del estrés y la ansiedad.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista y aplicación del Wartegg
3	Entrevista, aplicación del Bas-2 para padres, e Implementación de estrategias para mejorar la interacción con otros.
4	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y académico.
5	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
6	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención fue mejorar las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hijo, la integración, el compartir en familia. Por medio de es de

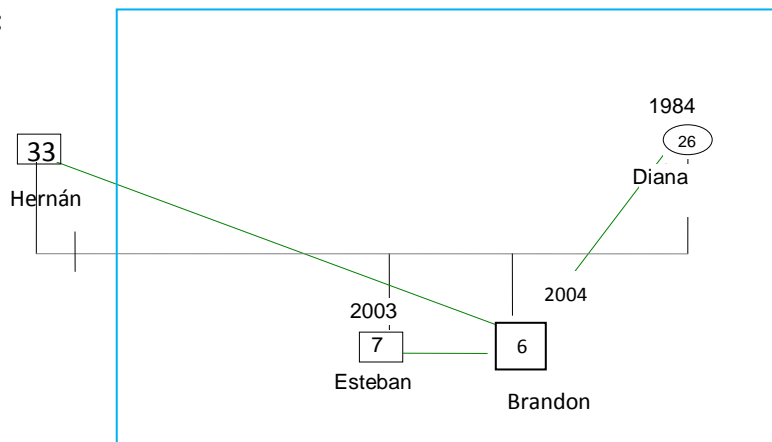
estrategias cognitivas conductuales de afrontamiento para la ansiedad permitió el descentramiento y la canalización de energía hacia otras actividades de interés.

Anexo 8.

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 7**

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Niño de 6 años de edad. Cursa el grado primero de primaria; Vive con su madre y su hermano de 7 años de edad. Su padre por razones del trabajo se encuentra por fuera de la ciudad. Viene manifestando un comportamiento perturbador en el colegio, la mamá dice que la profesora no sabe qué hacer con él en el colegio. La madre se encuentra desesperada por el comportamiento del niño.

B. Genograma:

C. Motivo de consulta: Es muy inquieto, cuando se le habla no presta atención, manifiesta lo que más le gusta de la escuela es el descanso. La queja de la profesora a la madre es que no sabe qué hacer con él, porque no se queda quieto y que el niño es hiperactivo.

D. Ciclo de vida: Embarazo deseado a término normal. Infancia; es el menor, su hermano mayor de 07 años cursa el grado segundo de primaria, su infancia la transcurre en el municipio de Puerto Berrio, Ant. Cursa el grado primero de primaria, con dificultad académica. Vive con la madre y hermano, el padre se encuentra ausente por razones laborales, la relación afectiva con la familia es satisfactoria, existe dialogo permanente

con el padre, razones por el cual la madre no entiende el comportamiento que manifiesta Brandon en el colegio. Brandon manifiesta que su madre es sobreprotectora y demasiado exigente en la parte académica con él, que dedica más tiempo a su otro hermano y siente que a ella no le importa nada de lo que tenga que ver con él, siempre lo compara con el hermano mayor, no lo deja ser el mismo. Y es poca la atención que le presta. La relación de Brandon con su padre no es muy afianzada porque casi no lo ve.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no presenta antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud, con buen apetito e higiene de sueño. Sin antecedentes familiar.

Área Familiar: Su núcleo familiar está compuesto por sus padres, un hermano mayor de 07 años, el cual cursa el grado segundo de primaria. Su comportamiento radica desde el momento en que ve la preferencia de su madre hacia su hermano. No siente apego por ninguno de los padres, manifiesta ser distante con su progenitora por actitud perfeccionista en el hogar y mayor exigencia en el nivel académico. Es afectado por la falta de cariño y preferencia de su madre hacia el hermano.

Área académica: Cursa el grado primero de primaria, refiriendo tristeza por el rendimiento académico donde ha desmejorado, angustia ante la amenaza de sus padres de no dejarlo salir a jugar con sus amigos si pierde el año.

Área social y recreativa: Persona poco afectuosa y reprimida, no posee habilidades sociales adecuadas, los fines de semana se reúnen en familia.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En la prueba aplicada se encuentran los siguientes resultados:

Entrevista y Aplicación del Test de la figura Humana	Rasgos de persona insegura y falta de cariño. Agresividad: Dificultad en las relaciones interpersonales, especialmente en su relación con el hermano mayor.
--	--

DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Dificultad en las relaciones interpersonales que le impide una socialización adecuada.

	Dificultad para acatar la autoridad en el ambiente escolar.
Eje V	La evaluación en la actividad global puntúa entre 61 y 70 por tener algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (dificultades en la interacción con otros y desadaptación en el cumplimiento de la norma).

En el análisis clínico se puede establecer que en el paciente número siete se observan rasgos de agresividad, impulsividad, necesidad de afecto, rebeldía, el tamaño y colocación de los dibujos reflejan estos rasgos. Sin embargo no se evidencian indicadores de rasgos psicopatológicos. Se puede decir que estos comportamientos son normales en su proceso de socialización.

G. Objetivos terapéuticos.

- Fomentar el diálogo y el ambiente de acogida en familia.
- Entrenar a la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
- Enseñar al niño pautas para seguir instrucciones, esperar el turno.
- Orientar al niño y su familia en la realización de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre y la canalización de energía vital.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, Entrevista semiestructurada y Aplicación del Test de la figura Humana.
2	Entrevista, aplicación del Bas-2 para padres y e Implementación de estrategias con la madre en la forma de dar instrucciones y establecer autoridad.
3	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel familiar y social.
4	Evaluación de progresos, repases de técnicas aprendidas.

Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención es la modificación de la situación de desesperanza en la madre.

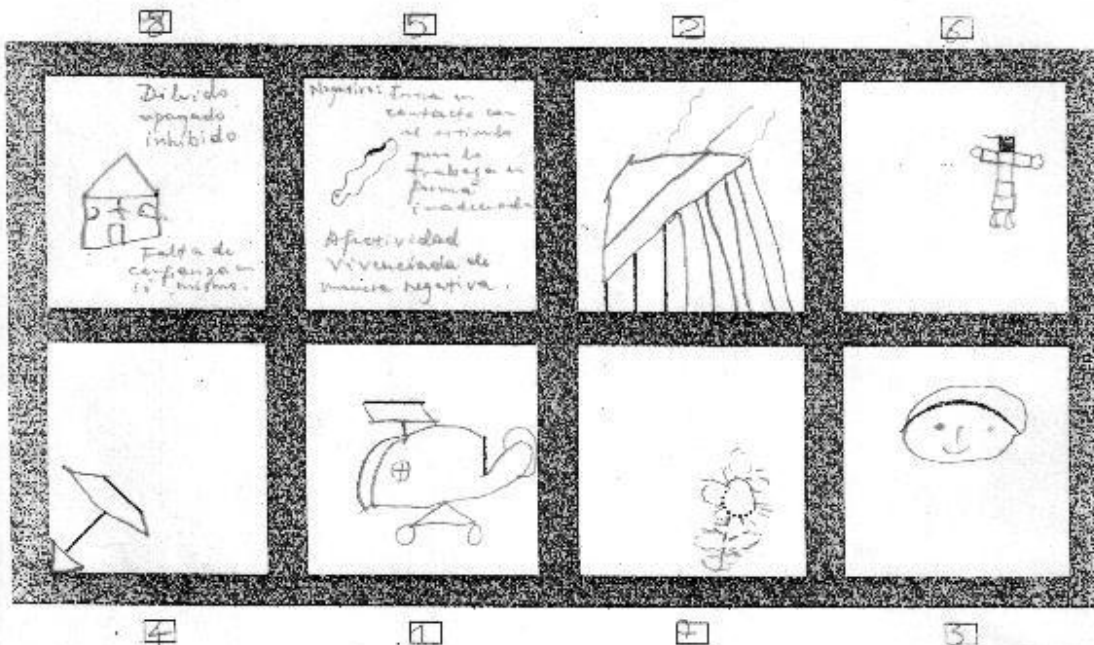
Se dieron orientaciones precisas a la madre y a la profesora para trabajar con el sistema motivacional, reforzando los comportamientos adecuados y desestimulando los inadecuados. Ello ayudó a tener más en cuenta las potencialidades del niño en ese proceso de adaptación al medio escolar.

El desarrollo de diversas técnicas cognitiva-conductuales con el niño le permite un proceso de sensibilización sistemática que va acorde con la necesidad de expresar las emociones, ante la falta de sensibilidad y la irritabilidad. En el uso de verbalizaciones como: Tengo que detenerme a pensar antes de actuar, que otros planes puedo probar, cómo me iría si siguiera este otro camino, entre otras; se logra mantener un control de los impulsos.

De igual forma, la participación activa del niño en actividades de interés, le ayudan a salir de la situación impulsiva, canalizando su energía.

TEST WARTEGG

Nombre Daniel Esteban Ceballos Fecha 2002
 Edad 9 Sexo Femenino Grado de Instrucción cuarto 4º C
 Profesión estudiante Lugar de Nacimiento en berio



TITULOS DIBUJOS

- 1 el abicho
- 2 la casa con espejos
- 3 la abuela
- 4 yo yo
- 5 culebra
- 6 raba
- 7 un tulipan
- 8 una casa

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO el helicoptero
el raba

Daniel ceballos 9 años.



Tenir de
emocional



2010/04/06

Batería de Socialización**CUADERNILLO PARA PADRES**

En esta Escala se presenta una serie de conductas que pueden observarse en los niños en su vida cotidiana. Con la ayuda de esta Escala se puede hacer una evaluación de su hijo/a que le será útil para revisar su propio conocimiento de él/ella.

Lea el contenido de cada cuestión e intente responder de forma precisa. Muchas cuestiones son similares, pero reflejan matices distintos del comportamiento de su hijo.

Para cumplimentar la Escala, utilice la Hoja de respuestas que se adjunta. Señale, poniendo una cruz en la parte superior derecha, la versión (BAS-2) a la que contesta y cumplimente los datos de identificación de su hijo. A continuación, responda a todas las cuestiones.

Si su hijo ha ido cambiando con el tiempo en relación con alguna de las cuestiones, conteste según **su comportamiento más actual**, no sobre el pasado. En todo caso, es importante que tenga en cuenta la **conducta observable** de su hijo, que sea esta conducta observable la que determine su contestación y no posibles inferencias o interpretaciones sobre él.

Cada cuestión tiene cuatro posibilidades o alternativas:

Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
A	B	C	D

En la Hoja de respuestas marque la letra de la alternativa más adecuada a cada caso.

Recuerde: ¡No deje ninguna cuestión sin contestar!



Autores: F. Silva Moreno y M.^a C. Martorell Pallás.

Copyright © 1983, by TEA Ediciones, S. A., que se reserva todos los derechos - Prohibida la reproducción total o parcial -
 Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.;
 Madrid-2 - Depósito legal: M. - 21.169 - 1983.

MARQUE SUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS**Parte 1.ª**

1. Deja a los demás trabajar o entretenerse sin molestarles .
2. Se presenta como una persona alegre.
3. Hace nuevas amistades con facilidad.
4. Se le ve jugando más con otros niños/as que solo.
5. Le agrada organizar nuevas actividades.
6. Anima a los otros niños/as para que superen sus dificultades.
7. Sabe escuchar a los demás.
8. Muestra interés por lo que les sucede a los demás.
9. Pide la palabra y espera su turno para hablar.
10. Su apariencia es afable y tranquila.
11. Se muestra amable con los otros niños/as cuando ve que tienen problemas.
12. Sugiere nuevas ideas.
13. Cuando un niño/a es excluido del grupo se acerca a él e intenta ayudarlo.
14. Es capaz de discutir reglas o normas que le parecen injustas.
15. Acepta como amigos a aquellos que rechaza la mayoría.
16. Cuando está con un adulto y habla con él, lo hace con respeto.
17. Acomete tareas difíciles con moral de éxito.
18. Sabe cuándo tiene que hablar y cuándo no en las reuniones con otros niños.
19. Al corregir a un niño/a, lo hace con delicadeza.
20. Conversa y discute serenamente, sin excitarse.
21. Cuida de que los otros niños/as no sean dejados al margen.
22. Es educado/a y cortés en su comportamiento con los demás.
23. Intercede en favor de otro/a o permanece a su lado.
24. Le gusta hablar con otros niños/as, lo hace con agrado.
25. Intenta organizar un grupo para trabajar junto a otros/as.
26. Anima, alaba o felicita a otros niños/as.
27. Sabe esperar su turno sin mostrar impaciencia.
28. Se entiende bien con otros niños/as.
29. Muestra paciencia ante la demora o las equivocaciones de los demás.
30. Es de palabra fácil.
31. Aunque esté ocupado en sus cosas, las pospone cuando se le pide ayuda.
32. Hace sugerencias a otros niños/as.
33. Acepta sin protestar las decisiones de la mayoría.
34. Se comporta con los demás de modo espontáneo y natural.
35. Contribuye para que el trabajo sea más interesante y variado.
36. Se le ve contrariado/a cuando otro niño tiene problemas.
37. En sus comentarios con los demás niños/as, subraya los aspectos positivos, en vez de criticar puntos débiles.
38. Tiene facilidad y soltura para expresarse verbalmente.
39. Es popular entre los demás niños/as.
40. Ante una discusión o problema, intenta ponerse en el lugar de los demás.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

41. Los demás niños le eligen como árbitro o juez para dirimir sobre sus problemas.
42. Cuando hace una cosa mal, lo sabe y reconoce su responsabilidad.
43. Defiende a otros niños/as cuando se les ataca o critica.
44. Ayuda a los demás niños/as cuando se encuentran en dificultades.
45. Le agrada estar con otros niños/as, se siente bien entre ellos.
46. Es considerado/a con los demás.
47. Los demás niños/as le eligen como jefe en las actividades de grupo.
48. Se le ve trabajando más con sus amigos/as que solo.
49. Reconoce y se corrige cuando le demuestran que está equivocado.
50. Expresa simpatía hacia los demás niños.
51. Acepta lo que se le encarga con seriedad y responsabilidad.
52. Es un chico/a de sonrisa fácil.
53. Tiene confianza en sus propias fuerzas.
54. Los demás niños/as le consideran un modelo a imitar en muchos aspectos.
55. Respeta las cosas de los demás niños/as, cuidando de no estropearlas.
56. Es honrado/a con los demás y consigo mismo.
57. Tiene buenos amigos/as.
58. Cuenta chistes o cosas divertidas.
59. Toma la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo.
60. Es capaz de plantear discusiones sobre temas de actualidad (deportes, sucesos, cine, etc.).
61. Le agrada dirigir actividades de grupo.

UTILICE EL SEGUNDO RECUADRO DE LA HOJA DE RESPUESTAS

Parte 2.ª

1. Le cuesta hablar. Incluso cuando le preguntan algo le cuesta responder.
2. Rompe pronto cualquier cosa que caiga en sus manos.
3. Es envidioso/a de los demás niños.
4. Es terco/a. Hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás, va a lo suyo.
5. Es violento/a y golpea a sus compañeros.
6. Se ruboriza con facilidad. Es vergonzoso.
7. Anda cabizbajo/a y como ensimismado.
8. Es tímido/a y sumiso.
9. Echa la culpa a los demás por las cosas malas que le suceden.
10. Es impulsivo/a en su comportamiento: intenta hacer lo que cree que debe hacer en un moment sin tener paciencia para esperar.
11. Su mirada es triste, sin brillo.
12. Molesta a los otros/as cuando están trabajando.
13. Tiene problemas con los demás niños/as al poco tiempo de hablar con ellos.
14. Entra en casa sin saludar y mirando hacia abajo.
15. Parece aletargado/a, sin energías.
16. Su vocabulario es burdo, grosero.
17. Se mantiene distante, sin querer hablar.
18. Tiene miedo y evita algunas cosas que no causan miedo a los demás niños/as.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

19. Es ruidoso/a: grita o chilla con facilidad.
20. Se muestra nervioso/a (tembloroso, lívido, intranquilo) cuando debe decir algo delante de la gente.
21. Protesta de palabra o de hecho cuando le mandan hacer algo.
22. Lloro con facilidad, pero sin ruido.
23. Muestra vergüenza, específicamente, ante los niños del otro sexo.
24. Cuando se le llama la atención se siente confundido/a, sin saber qué hacer.
25. Cuando tiene que hacer algo lo hace con miedo (tembloroso/a, indeciso).
26. Permanece mucho tiempo sin establecer contacto con las personas que le rodean.
27. Le afectan mucho las bromas de los demás niños/as.
28. Insulta a los demás niños/as.
29. Cuando se encuentra en grupo se le ve con la mirada perdida, como mirando a ninguna parte.
30. Es difícil motivarle para que haga algo.
31. Rehuye a los demás niños/as.
32. Cuando está con los demás es él/ella quien crea los problemas de disciplina.
33. Se aparta cuando hay muchos niños/as juntos.
34. Se retrae cuando se trata de realizar actividades de grupo.
35. Se pelea con los chicos/as más pequeños que él/ella.
36. Juega solo/a, aparte del grupo.
37. Quien busca pelea es él/ella.
38. Amenaza a los demás, les intimida.
39. Tiene que ser obligado/a por los demás para integrarse a un grupo.
40. Se le ve apático/a.
41. Busca la mirada de aprobación de los mayores.
42. Dice que nadie le quiere.
43. Suele estar solo/a y apartado de los demás.
44. Planta cara y adopta una postura desafiante ante los mayores si se le llama la atención seriamente.
45. Parece triste y deprimido.
46. Desiste cuando tropieza con una dificultad, sin buscar solución.
47. Busca estar en lugares poco visibles o concurridos.
48. Permanece sentado/a, como abatido, durante largo rato.
49. Se muestra asustado/a ante una tarea o cuando no sabe la respuesta correcta.
50. Cuando se le llama la atención toma una postura irónica, algo cínica.
51. Es miedoso/a ante cosas o situaciones nuevas.
52. Tiene un modo de hablar apagado, monótono.
53. Prescinde con facilidad de los demás.

**REVISE LA HOJA DE RESPUESTAS PARA COMPROBAR SI HA
DEJADO ALGUNA CUESTION EN BLANCO**

N.º 130

BAS BAS-1. Profesores BAS-2. Padres

Hoja de respuestas

(Marque versión aplicada)

Apellidos y nombre Edad Sexo Curso

Centro Evaluador Fecha
(V-M)

CLAVE: Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
 A B C D

Parte 1.^aParte 2.^a

PD.

1. A B C D	34. A B C D
2. A B C D	35. A B C D
3. A B C D	36. A B C D
4. A B C D	37. A B C D
5. A B C D	38. A B C D
6. A B C D	39. A B C D
7. A B C D	40. A B C D
8. A B C D	41. A B C D
9. A B C D	42. A B C D
10. A B C D	43. A B C D
11. A B C D	44. A B C D
12. A B C D	45. A B C D
13. A B C D	46. A B C D
14. A B C D	47. A B C D
15. A B C D	48. A B C D
16. A B C D	49. A B C D
17. A B C D	50. A B C D
18. A B C D	51. A B C D
19. A B C D	52. A B C D
20. A B C D	53. A B C D
21. A B C D	54. A B C D
22. A B C D	55. A B C D
23. A B C D	56. A B C D
24. A B C D	57. A B C D
25. A B C D	58. A B C D
26. A B C D	59. A B C D
27. A B C D	60. A B C D
28. A B C D	61. A B C D
29. A B C D	Sólo en BAS-1
30. A B C D	62. A B C D
31. A B C D	63. A B C D
32. A B C D	64. A B C D
33. A B C D	65. A B C D

1. A B C D	34. A B C D
2. A B C D	35. A B C D
3. A B C D	36. A B C D
4. A B C D	37. A B C D
5. A B C D	38. A B C D
6. A B C D	39. A B C D
7. A B C D	40. A B C D
8. A B C D	41. A B C D
9. A B C D	42. A B C D
10. A B C D	43. A B C D
11. A B C D	44. A B C D
12. A B C D	45. A B C D
13. A B C D	46. A B C D
14. A B C D	47. A B C D
15. A B C D	48. A B C D
16. A B C D	49. A B C D
17. A B C D	50. A B C D
18. A B C D	51. A B C D
19. A B C D	52. A B C D
20. A B C D	53. A B C D
21. A B C D	
22. A B C D	
23. A B C D	
24. A B C D	
25. A B C D	
26. A B C D	
27. A B C D	
28. A B C D	
29. A B C D	
30. A B C D	
31. A B C D	
32. A B C D	
33. A B C D	

Li
Jv
Ss
Ra
At
Ar
An
Cs

En Cs de BAS-1

21 + - =
1. ^a 2. ^a

En S de BAS-2

45 - =
2. ^a

BAS - Perfil

 BAS-1. Profesores

 BAS-2. Padres

(Marque versión aplicada)

Rodee los centiles obtenidos por el sujeto

1	3	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
1	3	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
1	3	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
1	3	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
99	97	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	3	1
99	97	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	3	1
99	97	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	3	1

1	3	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	97	99
---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

PC	PD	Escala
		Li
		Jv
		Ss
		Ra
		At
		Ar
		An
		Cs

COMENTARIOS/RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Autores: F. Silva Moreno y Mª C. Martorell Pallás.

Copyright © 1983 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - *Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión en el suyo propio, NO LA UTILICE.* - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 21171 - 1983.