

616.891.56  
T 65501

14



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION**

**INFORME DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS REALIZADAS EN EL PERIODO**  
**2010 - 2011**

**Autor:**

- **Aurelio German Tomaselly Castillo**

**Tema:**

**"EL DUELO; UNA HERRAMIENTA PARA EL PROCESAMIENTOS DE LOS**  
**PROBLEMAS ESCOLARES Y FAMILIARES"**

**Director De Prácticas:**

**Psic. José Acosta**

**2011**

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 1
CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL TEORICO .....	Pág. 3
1.1 DUELO.....	Pág. 3
1.2 ELABORACIÓ DEL DUELO.....	Pág. 5
1.3 FASES O ETAPAS DEL DUELO .....	Pág. 7
1.4 INSTITUCIÓN.....	Pág. 9
1.5 ROL DEL PSICOLOGO EN LA INSTITUCIÓN.....	Pág. 10
CAPITULO II: ANALISIS INSTITUCIONAL .....	Pág. 12
2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS .....	Pág. 12
2.2 GENERALIDADES INSTITUCIONALES .....	Pág. 14
2.3 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN .....	Pág. 15
2.4 POBLACIÓN ATENDIDA .....	Pág. 16
2.5 PROBLEMAS FRECUENTES .....	Pág. 17
2.6 EXPERIENCIA EN LA INSTITUCIÓN .....	Pág. 17
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	Pág. 18
3.1 METODOLOGIA Y TECNICA.....	Pág. 18
3.2 PSICOTERAPIA CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	Pág. 18

CAPITULO IV: ASPETO PSICOPATOLOGICO.....Pág. 22

CAPITULO V: INFORMES PSICOLOGICOS..... Pág. 25

CAPITULO VI: CONCLUSIONES..... Pág. 53

BIBLIOGRAFÍA..... Pág. 55

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo les daré a conocer de manera detallada la realización de las prácticas pre-profesionales realizadas en la Unidad Educativa Claire Bucaram de Aivas de la ciudad de Guayaquil durante el año lectivo 2010-2011 y, como objetivo principal, determinar los aspectos más importantes del proceso de duelo y las diversas maneras de cómo los estudiantes lo utilizan como una herramienta para elaborar sus problemas.

Estas prácticas nos permitieron visualizar nuestra vida profesional y cómo podría ser nuestro desempeño en nuestra área de trabajo, además de permitirnos la articulación entre la teoría aprendida a lo largo de la carrera y el trabajo práctico realizado con casos reales; esta articulación nos ayudó a analizar la necesidad de un análisis profundo en relación a qué herramientas y métodos de intervención y abordaje eran los idóneos a aplicar en cada caso particular. Además se tuvo que investigar y consultar constantemente bibliografía para enriquecernos y poder alcanzar resultados óptimos en la práctica.

No se puede dejar de lado la importancia de mantener con nuestro Director de prácticas una continua supervisión y guía de los casos trabajados dentro de la institución, ya que con su aporte profesional y experiencia nos ayudó a visualizar las problemáticas desde otro punto de vista para así poder afrontar cada uno de los desafíos presentes durante la práctica.

Continuando con lo mencionado anteriormente, la visualización de cómo puede ser nuestro desempeño como profesionales en nuestra área de trabajo estaba acompañada de la interrelación con la dinámica institucional en la que los pacientes están inmersos y a la que por consiguiente como profesionales y como parte de la institución debemos conocer.

El trabajo está dividido en diversos capítulos, en primera instancia se encuentra el marco teórico en el cual se presentan aquellos conceptos que se relacionan con ciertos aspectos que han surgido a lo largo de la práctica.

Luego se realizará un análisis institucional donde se resaltarán las características de la institución y su funcionamiento.

A continuación se desarrollará un análisis de los cuadros clínicos de las psicopatologías presentadas por los alumnos atendidos, para luego detallarlo en los informes clínicos elaborados en cada caso.

Finalmente se plantearán las conclusiones y recomendaciones dirigidas tanto a la institución como a los padres de familia.

## CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.

### 1.1 EL DUELO:

Según Freud en su trabajo sobre “Duelo y Melancolía”, menciona que el duelo es *“el estado y proceso que se sigue después de la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc”*<sup>1</sup>; esta pérdida es definitiva por lo que se la asocia generalmente con la muerte, pero también se puede dar el duelo psicológico sin la presencia de la muerte, como por ejemplo tras la ruptura de una relación amoroso, en la que por ende se traduce en perdida la ruptura, entonces se puede traducir que el duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, animal, objeto o algún tipo de evento significativo para el sujeto en donde se trata principalmente de una reacción emocional y del comportamiento, que se expresa por medio del sufrimiento y aflicción cuando este vínculo afectivo que los une se rompe.

Freud menciona en su obra que *“no porque el sujeto se vea influenciado por este tipo de reacciones emocionales y de comportamiento, podemos considerar al duelo como un estado patológico y someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trate de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal”*<sup>2</sup>, es decir que no porque existan cambios conductuales relevantes es necesario un tratamiento psicológico urgente ya que por lo general el proceso de duelo después de algún tiempo desaparece por sí solo.

En un proceso de duelo se denotan claramente características psíquicas, al igual que la melancolía, por ser un estado de ánimo profundamente doloroso y de cesación de interés por el mundo exterior, la perdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas la funciones y la disminución de amor propio, en esta ultima característica podemos observar la mayoría de

---

<sup>1</sup> Sigmund Freud Obras Completas – Tomo II – Cap XCIII “Duelo y Melancolía” [1915 – 1917] - Pag 2091

<sup>2</sup> Sigmund Freud Obras Completas – Tomo II – Cap XCIII “Duelo y Melancolía” [1915 – 1917] - Pag 2091

veces reproches y acusaciones del sujeto hacia sí mismo y pueden llegar a una delirante espera de castigo.

Es necesario mencionar que el duelo no solo es un proceso psicológico que se limita a tener componentes emocionales, sino que también posee componentes fisiológicos y sociales, y la intensidad y duración de estos procesos serán proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida; en este proceso de duelo el sujeto experimenta una pérdida real del objeto amado y en el proceso que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida y en donde el sujeto pierde el interés del mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido, Freud nos menciona esto como *“duelo intenso y que de esta manera podemos comprender que esta inhibición y restricción del yo es la expresión de su entrega total al duelo y que no deja nada a sus otros propósitos e intereses”*<sup>3</sup>.

El poder enfrentar el estado de duelo, para Otto Fenichel, *“es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan, además, de retardar, aferrándose a la ilusión de que la persona aun vive y postergando con el necesario trabajo de duelo”*<sup>4</sup>, del cual hablare más adelante, en algo en que concuerdan con Freud es que *“la falta de emoción en casos de duelo puede deberse a una identificación con la persona fallecida”*<sup>5</sup>, es decir que la ilusión de que la persona perdida siga viviendo y la identificación con la misma se hallan íntimamente relacionadas.

*“Todo sujeto que se encuentra en trance de duelo trata de simplificar su tarea mediante la creación de una especie de objeto sustitutivo dentro de sí mismo una vez que el objeto real ha desaparecido, para esto utiliza el mismo mecanismo que toda persona que ha sufrido un desengaño utiliza, inclusive los deprimidos, que es la regresión del amor a la incorporación y de la relación del objeto a la identificación; ya que se nota muchas veces que la persona que está pasando por el estado de duelo adquiere ciertas características de ese otro por el que se*

---

<sup>3</sup> Sigmund Freud Obras Completas – Tomo II – Cap XCIII “Duelo y Melancolía” [1915 – 1917] - Pag 2092

<sup>4</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – “Duelo y Depresión” - Pag 776

<sup>5</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – “Duelo y Depresión” - Pag 776

*encuentra en duelo*<sup>6</sup>, es decir pueden adquirir algún tipo de parecido físico como adquirir algún padecimiento fisiológico hablando de enfermedades que es posible que el otro allá padecido, hasta a adquirir un comportamiento parecido al de ese otro perdido, y este último es del que damos cuenta en la mayoría de los casos en donde las familias se separan o lo padres emigran a otro país, los hijos adquieren ciertas características de esos otros perdidos, aun si la pérdida es puramente imaginaria.

Todo esto indica que existe y se da una identificación con la persona fallecida, *"percibida subjetivamente como una incorporación oral que ocurre en el mismo plano que la identificación psicótica pero en menor intensidad"*<sup>7</sup>.

## 1.2 ELABORACIÓN DEL DUELO

Sin duda es muy importante el poder conocer desde donde empieza y que momentos importantes existen durante la elaboración del duelo y sin dejar a un lado como se da la finalización de este estado.

Por elaboración del duelo se entiende al transcurso del proceso desde que se produce la pérdida del objeto, persona o evento significativo, hasta que se logra superar esta etapa; esta elaboración puede empezar desde antes que se dé la pérdida del objeto persona o evento, siempre y cuando esta se pueda prever con antelación, a lo que podemos denominar pre-duelo; que no es otra cosa que la vivencia de pérdida de un ser querido anterior a su muerte.

En la elaboración del duelo podemos observar ciertos determinantes externos que participan del mismo y que influyen de diferentes maneras en este proceso como por ejemplo, el tipo de relación afectiva con el fallecido, la duración de la enfermedad mortal y la agonía si existiese,

---

<sup>6</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – "Duelo y Depresión" - Pag 777

<sup>7</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – "Duelo y Depresión" - Pag 778



grado de parentesco, carácter de la muerte, aspecto del cadáver, grado de dependencia, sexo del superviviente, soporte social en donde van incluidos el poder que poseen las redes sociales en las personas, la fe religiosa o el planteamiento filosófico vital y la presencia o no de otras experiencias de duelo.

En la mayoría de los casos las personas son capaces de resolver por sí solos este proceso, sin embargo existen sus excepciones, por ejemplo en niños es más complicada la resolución del duelo por lo que necesitan de ayuda para poder resolver esta etapa, y depende también del grado de duelo por el que esté pasando.

Existen otros determinantes que he podido comprobar a lo largo de las prácticas en la institución educativa, que son el llanto, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, que según Freud son normales en este tipo de momentos.

El término trabajo de duelo es apropiado, pues el duelo requiere de la utilización de energía tanto física como emocional, eventualmente los pacientes o las personas que pasan por esta etapa de duelo no están preparados para trabajar con sus intensas reacciones emocionales por un periodo prolongado y no comprenden la necesidad de aceptarlas y expresarlas; como tampoco se puede dejar de lado y es muy importante recalcarlo estas personas no están solas pero las personas que rodean también tienen dificultades para evaluar adecuadamente los requerimientos que este proceso exige, el que normalmente se percibe como dependiente solo del paso del tiempo.

Esto determina que las personas que rodean al deudo frecuentemente no proporcionen el apoyo social o emocional necesario para que este pueda realizar su trabajo de duelo; es decir que ni los familiares y tampoco los profesores y personal que trabaja en la institución educativa y que probablemente pueda tener algún tipo de contacto con esta persona no posee esa capacidad para proporcionar o satisfacer la necesidad de la persona que atraviesa una etapa de duelo, es más las expectativas poco realistas de nuestra sociedad y las respuestas inapropiadas

a las reacciones normales de la persona suelen hacer de la experiencia de duelo algo mucho más difícil de lo que podría ser. Por ejemplo, si no se les dijera a estas personas que sean valientes, tendrían menos conflictos con la expresión de sus emociones.

En el trabajo de duelo se incluye no solo a la persona muerta, sino también a todas las ilusiones y fantasías, las expectativas no realizadas que se tenían para esa persona y la relación con ella.

### 1.3 FASES O ETAPAS DE LA ELABORACION DEL DUELO

Como en todo proceso deben existir etapas o fases, en el caso del proceso de duelo existen tres fases en las que tres autores coinciden y a continuación se las mencionara:

- Fase inicial o de evitación:
- Fase aguda de duelo
- Resolución del duelo

*En la fase inicial la persona está agobiada por el impacto, se siente embotada, incrédula, desorientada, confundida, incapaz de comprender lo que pasó. Existe un deseo de evadir el terrible hecho de haber perdido al ser amado, una reacción de shock debido a que no es posible asimilar la realidad de la pérdida. También suele producirse una interrupción de los aspectos automáticos y cotidianos de la vida<sup>8</sup>.*

La mayoría de los autores incluye en la fase de evitación tanto el shock o embotamiento como la negación ante el reconocimiento inicial de lo sucedido. Después del shock se produciría el comienzo de un darse cuenta intelectual. Este hace aparecer la negación, que también es natural y, en este punto, terapéutico, al permitir ir absorbiendo la realidad lentamente, previniendo el verse superado.

---

<sup>8</sup> Bowlby J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998. (Publicado originalmente en Inglés en 1969).

En la fase de confrontación se sienten las emociones más intensas, aunque la expresión de estas es variable, además se caracteriza por una motivación poderosa de recuperar el objeto perdido y por la presencia de rabia.

Existe un estado de excitabilidad psicológica aumentada, que se manifiesta como irritabilidad, ansiedad, tensión y que formaría parte de la conducta de búsqueda.

*“La persona que está pasando por esta etapa de duelo repasa obsesivamente todos los hechos de la vida del ser perdido, las circunstancias de su muerte, qué se pudo y no pudo haber hecho y esta es la característica más típica del duelo e incluso se puede manifestar de manera física, a través de dolores y visiones. Se describe una sensación de sentir la presencia del ser querido y de sueños vívidos.*

*Se duda entre esta búsqueda y el desengaño repetido, la esperanza intermitente, la rabia y la culpa. Pero al mismo tiempo, en forma paralela a este proceso, habría una tristeza profunda, añoranza, congoja y accesos de llanto, como una forma de reconocer que la recuperación es imposible.”<sup>9</sup>*

Existen dos emociones habitualmente presentes en esta fase y que causan problemas por la respuesta social, la rabia, emoción que siempre se espera como respuesta a la privación de algo deseado y que se considera la emoción más importante de esta etapa; la otra emoción difícil de acoger por los demás como normal y esperable es la culpa; otra reacción habitual es el sentimiento de mutilación, que nace del concepto de que una parte del doliente ha muerto con el difunto: la parte de su vida que justamente compartían, y que no va a reemplazarse con relaciones nuevas, aunque sean de carácter similar.

Y por último la fase de resolución de duelo pero esto solo ocurre cuando se tolera la emocionalidad de la etapa previa se puede llegar a aceptar que la pérdida es permanente y a

---

<sup>9</sup> Bowlby J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998. (Publicado originalmente en Inglés en 1969).

moldear la vida con una nueva forma; esto implica renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida.

*“Esta fase es una gradual declinación del duelo, marcando el inicio de la reinserción emocional y social al mundo cotidiano. El individuo empieza a examinar su nueva situación y a considerar las posibles maneras de enfrentarla, la pérdida no se olvida, pero se pone en un lugar especial y la energía emocional se reorienta hacia nuevas relaciones”.*<sup>10</sup>

En términos del trabajo de duelo, este nuevo enfoque plantea, al igual que la postura más tradicional, que se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor, pero la diferencia se presenta principalmente en lo que se ha llamado fase de resolución, cuyo objetivo está determinado en forma importante por la concepción de lo que es un duelo elaborado.

#### 1.4 INSTITUCIÓN: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Otro concepto importante a considerar es el de institución ya que este trabajo está enfocado en el uso del proceso de duelo por parte de los estudiantes en la institución educativa, como herramienta para expresar los problemas familiares o escolares.

Como institución debemos entender aquel *“conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre; regla nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia”*, se trata de un *“conjunto de normas, pautas, y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales”*.

Es mediante la institución que el sujeto queda inscrito en un discurso y dentro de esta se entretajan vínculos y relaciones que se tornan primordiales para dicho sujeto, *“la institución forma parte de la organización subjetiva de la personalidad, cuanto más integrada la personalidad, menos depende del soporte que le presta una institución dada”*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Bowlby J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998. (Publicado originalmente en Inglés en 1969).

<sup>11</sup> Bleger, J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 77-80

Podemos coincidir y decir que toda institución nos hace parte de ella como nosotros también aceptamos ser parte de la institución al entregarnos a la filosofía que se emplea en dicho establecimiento y no solo ocurre con los estudiantes sino con todo el personal que labora o presta algún tipo de servicio a la misma institución.

Este trabajo se enfoca a como el duelo utilizado como herramienta por los estudiantes es empleado en el espacio educativo y como se manifiesta por medio de los problemas educativos esencialmente en los académicos y conductuales.

Si se plantea que la institución es pieza fundamental en la constitución del sujeto como tal y al mismo tiempo se conoce que dentro de toda institución existen condiciones conflictivas y vacíos estructurales, es menester afrontar el hecho de que las funciones y objetivos se ven muchas veces condicionados, situación que ubica al sujeto sin proveerle las herramientas necesarias, frente a una realidad institucional o familiar que lo angustia y devora , *“la institución puede verse enormemente limitada en su capacidad de ofrecer seguridad, gratificación, posibilidades de reparación y desarrollo eficiente de la personalidad”*<sup>12</sup>

### 1.5 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La actuación del psicólogo debe encaminarse a intervenir en el ámbito escolar, profesores y alumnos, y en el ámbito comunitario, familia y comunidad, y no sólo limitarse al diagnóstico de posibles anomalías o problemas de aprendizaje.

La labor a desarrollar en su intervención debe ir encaminada a prevenir posibles situaciones de conflicto entre la escuela, la familia y el niño, de forma que evite aquéllas en las que se puede dificultar el aprendizaje; lo cual puede estar motivado por varias causas:

- Los programas académicos que no se adaptan a las necesidades reales del niño.

---

<sup>12</sup>Bleger. J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 81.

- El ambiente familiar puede entrar en conflicto con la necesidad de armonía personal del niño.
- La escuela, como institución, puede estar demandando una socialización por medio de los profesores que nada o muy poco tengan que ver con la realidad ambiental del niño.

Se hace necesario, por tanto, que el psicólogo esté al tanto de la demanda que se hace al niño, del medio social, familiar y escolar en el que ha de darse el aprendizaje, y de qué tipo de servicios se le proporciona para la satisfacción de sus necesidades como por ejemplo afectividad, adaptación y salud mental.

Por ello el psicólogo no sólo aplicará tests de inteligencia, aptitud, personalidad, actitudes, etc., como un fin en sí mismos, sino que estas técnicas las utilizará como medio de conocimiento de una realidad compleja. El test arroja unos datos, en muchas ocasiones ajenos al grupo social en el que se desenvuelve el niño al que se le aplica, y por lo tanto sus resultados deben ser cotejados con esos otros niveles ambientales para poder diagnosticar, calificar o evaluar un problema.

Pero a partir de ahí el psicólogo deberá elaborar programas de enseñanza ajustados a las necesidades del niño, en función del resultado de analizar los otros niveles, integrando los datos y proponiendo a profesores y a padres unos programas de actuación conjunta, integrada y dirigida a transformar no sólo las conductas desadaptativas del niño, sino a modificar todo aquello que está impidiendo un desarrollo armónico y un aprendizaje adecuado de las habilidades sociales. Cualquier diagnóstico deberá integrar este análisis ambiental, social y familiar.

No es adecuado el diagnóstico basado exclusivamente en datos numéricos que arrojan los baremos de las tablas de los tests, porque, en muchos casos, dichos baremos responden a una población distinta de la del niño examinado, y por lo tanto con unas condiciones socio-ambientales distintas.

## CAPITULO II: ANALISIS INSTITUCIONAL

### 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

#### UNIDAD EDUCATIVA “CLAIRE BUCARAM DE AIVAS”

La Sociedad de Beneficencia de Señoras Libanesa-Siría, se inició el 30 de Agosto de 1950, conformada por un grupo de Señoras de la Colonia Libanesa siendo la presidenta la Sra. Victoria de Dumani; con el propósito de brindar su ayuda desinteresada en nobles causas que beneficien tanto a miembros de la Colonia como a diferentes personas a Nivel Nacional, tomando bajo su amparo y protección a personas desvalidas, desheredados de la fortuna.

Para poder cumplir con su misión de Beneficencia se debían reunir fondos y es así que acuerdan que realizarán actividades sociales que les permitan lograr su cometido, tales como: Bingos, Tés Bailables, Dramas, Obras de Teatro, Cockteles bailables, desfiles de moda, así como también solicitar donativos en dinero u objetos que pudieran ser repartidos entre quienes más lo necesiten.

En el año 1976 siendo la Presidenta la Sra. Laurice de Salem, se expone realizar la construcción de un Complejo Educativo “Sociedad de Beneficencia de Señoras Libanesa –Siria” el cual fue la primera ayuda a la educación por parte de las Señoras. El complejo fue entregado en 1978 al Ministerio de Educación y al D.E.C.E.

El 12 de Julio de 1988 siendo la Presidenta la Sra. Alice de Neme se pone a conocimiento de las Señoras un pedido para la construcción de una escuela atrás de los “Jardines de la Esperanza” por lo cual en 1990 se llevó a cabo la bendición e inauguración de la “Escuela República del Libano”.

En octubre de 1991 la Sra. Odette de Chedrauí presentó la moción de construir una obra que sea propiedad y mantenimiento de la institución, lo cual fue aprobado por el directorio de ese entonces.

Fue entonces que en 1994. En la presidencia de la Sra. Odette de Chedraui se lleva a cabo la inauguración y bendición de la "Guardería República de Libano", que hasta la fecha regenta la Sociedad de Beneficencia de Señoras Libanesa-Siria con gran entrega y dedicación, acogiendo a niños de 2 a 5 años, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos que confían el cuidado de sus hijos.

La Guardería estuvo funcionando en la Alborada 8va Etapa Av. Francisco de Orellana por siete años consecutivos.

Ante el pedido de los padres de Familia que siguieran educando a sus hijos, el grupo de Damas Libanesa decide enrumbarse por el nivel primario y buscan un lugar más amplio que cumpla con las exigencias de las demandas, que actualmente se encuentra ubicado en la ciudadela Samanes II etapa mz. 215 solar 913 al norte de la Ciudad de Guayaquil con una infraestructura acogedora, la misma que cumple las exigencias de los niños y niñas de la sociedad, donde se encuentra instalado el complejo educativo desde hace diez años.

Siendo en aquel entonces Alcalde el Ing. León Febres-Cordero Rivadeneira, se logra firmar un convenio en comodato para realizar este gran proyecto de obra social benéfica a los niños y niñas del nivel pre-primario y primario, cuando se inauguro la primaria entre los invitados estuvo el Sr. Ab. Jaime Nebot Saadi Alcalde de la Ciudad de Guayaquil, él mismo que le gustó la obra y ese mismo día cedió el terreno para la secundaria.



## 2.2 GENERALIDADES SOBRE LA INSTITUCIÓN:

La institución que con los años fue creciendo gracias a todos los eventos que con mucho esfuerzo, dedicación y amor por la sociedad las Sras. Libanesas han realizado para que hoy en día esta institución se convierta en lo que es la Unidad Educativa "Claire Bucaram de Aivas" teniendo a la Mg. Carmen Patiño de Miranda como directora de la institución.

**La Institución cuenta con espacios físicos de recreación para jardín, primaria, y secundaria:**

Aulas amplias para cada año básico

Dos laboratorios de computación

Un laboratorio de física y química

- Biblioteca
- Departamento del DOBE.
- Rectorado
- Departamento de administración
- Sala de reuniones
- Sala de profesores

El desarrollo de la misma se ha dado de manera agigantada debido a la gran demanda que ha tenido por los múltiples servicios y oportunidades que se les brinda a los educando y que pueden superar un horizonte de muchas expectativas.

*Cumpliendo con sus metas, este año gradúan a su primera generación de Bachilleres del Ecuador, dando por sentado la obra que empezó desde la guardería hasta la actualidad.*

### **Sociedad de Señoras Libanesa Siria**

Presidenta: Mariuxi Barcelona de Furoiani, Vicepresidenta: Mercedes Doumet de Chedraui, Secretaria: Chantal Nader de Reshuan, Tesorera: Nidia Nehme de Adum, Jacqueline Aivas de Hidalgo, Alexandra Adum Ziadé, Ivonne Issa de Reshuan, Ivonne Adum de Dassum, Teresa Chedraui de Ribadeneira, Ma. Mercedes Isaias de Amador, Amira Ward de Kozhaya, Chahla Khairallah de Garzozí, Verónica Kronfle de Santos Mercedes Huerta de Baduy, Kathia Akei de Plantón, Leila Khairallah de Antón, Cruz María de Febres Cordero, Fadia Chedraui Saab, Jazmín Adum de Bustamante, Rebeca Eljuri de Kronfle, María Cecilia Doumet de Bassil, María Dolores Abuhayar de Kozhaya, Marilú Andrade de Yúnez.

### **2.3 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN:**

#### **Misión Institucional**

La Unidad Educativa "Claire Bucaram de Aivas" tiene como misión ser una institución educativa que desarrolle intelectual, tecnológica, física, ecológica, y espiritual a sus estudiantes, a través de una malla curricular activa, constructivista e innovadora, con el desarrollo del conocimiento para llegar a la ciencia, fomentando la investigación real dentro de un pensamiento crítico y reflexivo, teniendo como eje transversal la educación en valores, formando estudiantes que se desenvuelvan con éxito en un mundo tan competitivo como el actual y con el aporte de docentes altamente calificados.

## Visión Institucional

Ser una Institución referente de la Educación que trabaja para la formación holística de sus estudiantes, líderes emprendedores de excelencia por su honestidad y responsabilidad, y orientados al servicio solidario de la sociedad ecuatoriana

### PRINCIPALES VALORES.

- Verdad
- Responsabilidad.
- Honestidad.
- disciplina.
- Respeto.
- Conciencia ambiental.

### 2.4 POBLACIÓN ATENDIDA:

NIVEL	EDADES	CANTIDADES
PRIMARIA	6 - 12	25
SECUNDARIA	13 - 18	8
	<b>TOTAL</b>	33

## **2.5 PROBLEMAS MÁS FRECUENTES:**

Los alumnos son derivados al departamento del DOBE, en su gran mayoría por problemas de disciplina, dificultades en acatar normas y límites, problemas en el rendimiento académico, conflictos con sus compañeros, problemas en relación a lo sexual, inhibición y aislamiento, sentimientos de tristeza y abandono en cuanto a la relación familiar, agresividad, familias disfuncionales, maltrato falta de supervisión y migración.

## **2.6 EXPERIENCIA EN LA INSTITUCIÓN:**

Durante el trayecto de la práctica pre-profesional se tuvo la oportunidad de trabajar dentro de una institución de gran prestigio y experiencia educativa, de manera específica dentro de la sección vespertina dirigida a una población de escasos recursos, de modo que ésta logra obtener una educación de alta calidad que bajo otras circunstancias estaría fuera de su alcance.

Una de las ventajas de trabajar con ese tipo de población fue que los representantes prestaron su colaboración y mostraron su interés a lo largo de todo el proceso del trabajo y durante las distintas convocatorias hechas por la institución pero como en toda situación existieron ciertas ocasiones en las que los representantes no podían asistir a las citas acordadas debido a sus múltiples ocupaciones.

En relación al personal docente se pudo notar una predisposición y preocupación en relación al bienestar de sus alumnos, supervisando constantemente la evolución de los casos y manteniendo una comunicación continua.

Un punto a favor fue que frente a tener ciertas dudas en relación a la práctica se contó con la guía y supervisión del director de prácticas.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA.**

### **3.1 METODOLOGÍA Y TÉCNICA.**

Durante el proceso de las prácticas pre-profesionales se aplicó la metodología fenomenológica hermenéutica con la utilización de la técnica de la entrevista clínica semi-dirigida. Dicha metodología permite interpretar, a partir del marco teórico, todo aquello que se observa y escucha durante las entrevistas así como también los antecedentes históricos de los pacientes, para la posterior obtención del diagnóstico clínico como el producto científico que nos permite entender el por qué de la problemática que se presenta ya sea en el ámbito familiar, académico o personal.

Las entrevistas clínicas semi-dirigidas se manejaron bajo el modelo de la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, a continuación se detalla dicho modelo.

### **3.2 PSICOTERAPIA BREVE CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.**

La psicoterapia breve con orientación analítica permite responder a las demandas de atención psicológica en las instituciones ya que se realiza un trabajo en un período corto de tiempo en el que se centra el proceso en aquellos síntomas, conflictos, problemáticas o situaciones perturbadoras que se presentan como puntos importantes para las instituciones, frente a los cuales se plantean metas u objetivos a corto o largo plazo dependiendo del caso.

Partiendo desde los planteamientos de Eduardo Alberto Braier, dicho autor refiere que en el proceso de la psicoterapia breve se deben tomar en cuenta conceptos teóricos como: el inconsciente, el conflicto psíquico, los mecanismos defensivos, la estructura del aparato psíquico, la transferencia, las resistencias, entre otros, que nos permitirán comprender la

problemática del paciente en el desarrollo del proceso terapéutico. Según Braier la concepción de la psicoterapia breve parte de la conferencia *“Los caminos de la terapia psicoanalítica”* de Sigmund Freud en la que mencionaba *“la necesidad de que en un futuro los psicoanalistas se ocupen de adoptar medidas para extender los tratamientos psicoterapéuticos a las grandes masas de la población”*<sup>13</sup>.

Un factor importante en la psicoterapia breve es la situación-problema, Braier la define como *“una situación que se hace presente en la vida del individuo, frente a la cual y a causa de su acción descompensadora surgen o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculo para alcanzar un desenvolvimiento y desarrollo adecuados”*<sup>14</sup>, agrega *“con relación a éstos y como consecuencia de una falta de resolución favorable, aparecen en el sujeto inhibiciones y síntomas diversos (ansiedad, miedo, depresión, trastornos corporales, etc.) que suelen constituir el motivo (manifiesto) de consulta y que podrán o no ser conectados por el paciente —y el terapeuta— con las situaciones problema que en realidad los provoca”*<sup>15</sup>.

Durante el proceso de entrevistas es importante realizar una investigación de los datos del paciente. La historia del paciente, en la mayoría de los casos relatada por lo padres, permitirá aclarar ciertos puntos en relación a la naturaleza del problema o conflicto que se presente, así como también indagar sobre acontecimientos representativos en la vida del paciente, modos de conducta repetitivos o patológicos, etc. Además de indagar sobre la historia del paciente, es importante investigar o recolectar datos sobre el motivo de derivación con las instancias pertinentes (profesora, psicóloga de la institución, etc.), de esta forma se contará con información sobre los antecedentes de la situación problema.

Los fines terapéuticos de la psicoterapia breve serán la resolución de los conflictos a través de la elaboración discursiva, para lograr la eliminación o el alivio de los síntomas. Braier refiere que

---

<sup>13</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. *“Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica”* Ediciones Nueva Visión. Pág. 27.

<sup>14</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. *“Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica”* Ediciones Nueva Visión. Pág. 53.

<sup>15</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. *“Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica”* Ediciones Nueva Visión. Pág. 54.

*“los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente, lo que ante todo implica el intento de que éste pueda enfrentar más adecuadamente determinadas situaciones conflictivas y recuperar su capacidad de autodesenvolvimiento”*<sup>16</sup>. Los objetivos que se planteen en un principio luego podrán ser reformulados de acuerdo a la evolución del caso, ya que lo que se busca es reconocer el sentido del síntoma o conflicto para manejarlo y resolverlo con el paciente. En cuanto a la duración, las terapias breves tienen una prolongación corta de tiempo, generalmente duran unos meses.

Braier menciona que los resultados favorables que se pueden evidenciar son:

1. El alivio o supresión sintomática.
2. Cambios en relación con perturbaciones propias de la situación-problema (superación de inhibiciones, desenvolvimiento más adecuado y eficaz, adquisición o recuperación de capacidad resolutive)
3. Adquisición de conciencia de enfermedad psíquica.
4. Elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima.
5. Otras modificaciones favorables (referentes a dificultades en diversas áreas de la vida del sujeto, tales como sexualidad, relaciones familiares, amistosas, estudios, etc. que no fueron mayormente abordadas de manera directa durante la psicoterapia).
6. Consideración de proyectos para el futuro (esbozo de planes respecto de diferentes actividades de la experiencia vital del sujeto).
7. Modificaciones en la estructura de la personalidad.

De igual forma acota que la psicoterapia breve puede resultar ineficaz cuando se trabaja con pacientes con patologías graves y por lo tanto se pueden presentar recaídas. Por este motivo *“es preciso que los objetivos que se propongan sean presuntivamente alcanzables, esto es, que se ajusten a las posibilidades que ofrecen paciente y terapeuta y a las condiciones generales en*

---

<sup>16</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 29

que tendrán lugar la terapia”<sup>17</sup>. El convenio sobre las metas terapéuticas, duración del tratamiento, duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones, etc. deben ser detalladas en la entrevista de contrato entre paciente y terapeuta.

Es primordial tener en cuenta el problema de las resistencias, Braier indica que las resistencias son aquellos *“obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y a su curación”*<sup>18</sup>. Freud en *“Inhibición, síntoma y angustia”* hace referencia a tres tipos de resistencias que provienen del yo: resistencias de la represión, de la transferencia y las de beneficio secundario de la enfermedad. También se presentan las resistencias del ello llamadas por Freud como *“resistencias del inconsciente”* y las del superyó. En una psicoterapia breve con orientación psicoanalítica *“surgen resistencias en el paciente, que pueden considerarse, por añadidura, como obstáculos que éste interpone al avance del proceso psicoterapéutico”*<sup>19</sup>. Durante el proceso psicoterapéutico breve es importante precisar qué mecanismos de defensa son empleados por los pacientes ya que dicha información es importante para el diagnóstico final.

Para que la comunicación se mantenga y se logren buenos resultados es necesario que el psicoterapeuta mantenga una función activa, *“con tal fin recurrirá con frecuencia a intervenciones no interpretativas. Formulará preguntas, señalamientos, efectuará sugerencias, brindará información”*<sup>20</sup>. De igual forma cuando se perturbe la comunicación *“tendrá que tomar la iniciativa en la comunicación, proponiendo el tema a tratar”*<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 90.

<sup>18</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 40.

<sup>19</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 40.

<sup>20</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 105.

<sup>21</sup> BRAIER, Eduardo Alberto. “Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica” Ediciones Nueva Visión. Pág. 106.



#### CAPÍTULO IV: ASPECTO PSICOPATOLÓGICO:

Durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales en la institución, en los casos que se atendieron se reconocieron síntomas repetitivos y puntuales en algunos casos que nos permitían establecer un diagnóstico basados en un proceso de duelo por diversos factores los mismos que a continuación los pongo a consideración:

En los casos que se han atendido en primaria:

- Pérdida física o separación de los padres
- Pérdida de la atención y apoyo de los padres

En los casos de secundaria los síntomas más repetitivos fueron:

- Separación de los padres, del hogar y de la escuela
- Separación de alguna figura o relación afectiva (novio, amigos)
- Fracaso escolar.
- Pérdida del rol de niño

Lo anterior nos hace notar que situaciones cotidianas traen consigo duelos que se deben elaborar para tener estabilidad emocional. Siendo en algunas situaciones duelos no resueltos que puede ir dificultando las siguientes transiciones de la vida originando reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, constantes episodios de llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y escolar.

Se piensa que el duelo tiene una función psicológica positiva al ayudar a las personas a adaptarse, pero un periodo de duelo prolongado en exceso acompañado de preocupación por sentimientos de inutilidad, culpa, constantes reproches a sí mismo, pueden indicar un trastorno

afectivo importante; pero también ocurre cuando *“se reprime el duelo, los individuos tienden a identificarse con la persona perdida tomando actitudes de ésta como propias”*<sup>22</sup>.

El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde *“la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso o duradero. En este último caso, la persona que sufrió una pérdida muestra una prolongación anormal de los síntomas como culpa, auto-reproches, conducta agresiva, congoja, etc”*<sup>23</sup>.

Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad. Sin embargo, un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento psicológico; esto ocurrió con algunos de los casos, en donde existió un duelo normal y se terminó el proceso de duelo pero el paciente adquirió ciertas características de la personalidad de la persona perdida, como ocurre con los pacientes hijos de padres migrantes o separados, que adquieren la misma personalidad de los padres y por ende obtienen problemas en la escuela ya que al igual que en su hogar poseen o creen tener la personalidad para imponer la autoridad, en la escuela llegan a tener problemas de autoridad con las autoridades y reglas de la institución; por ende este síntoma se transcribe como un problema de autoridad y conductual, y a la larga académico.

*“Muchos duelos van acompañados de angustia intensa que suelen provocar miedos a la soledad, a perder un familiar o amistad, a perder el propio cuerpo y hasta el miedo a perder la salud física. Este tipo de reacciones inmovilizan a los individuos ocasionando frustraciones que podrían terminar en episodios de depresión”*.<sup>24</sup> Es común observar a niños y jóvenes llorando y pidiendo que no se los deje solos, pero también observando su falta de interés por su aseo personal.

---

<sup>22</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – “Duelo y Depresión” - Pag 779

<sup>23</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – “Duelo y Depresión” - Pag 780

<sup>24</sup> Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – “Duelo y Depresión” - Pag 881

La sociedad y las redes sociales varían la duración normal del duelo, pero la depresión grave, incapacitante, rara vez continua después de los primeros tres meses. La duración de un duelo no patológico oscila entre los 3 y 6 meses; exactamente lo que puede durar un tratamiento utilizando las psicoterapias breves.

Como ya se mencionó anteriormente, todos vivimos pérdidas que requieren de duelos para poder procesar dicha pérdidas. Es importante no dejar pasar cualquier reacción prolongada o anormal que modifique la conducta de la persona en duelo ya que podría traer consecuencias mayores e irreversibles. Simplemente poder disfrutar de la vida recordando a los seres queridos sin necesidad de sufrir.

## CAPÍTULO V: INFORMES PSICOLÓGICOS:

### INFORME PSICOLOGICO No. 1

#### I. DATOS DE FILIACIÓN

<i>Nombre:</i>	Ana Paula
<i>Edad:</i>	9 años
<i>Escolaridad:</i>	4To. Básica
<i>Nombre de la Madre:</i>	Myriam <i>Edad:</i> 31 años
<i>Ocupación:</i>	Abogada
<i>Nombre del Padre:</i>	Alberto
<i>Nombre del Padrastro:</i>	Mauricio <i>Edad:</i> 31 años
<i>Ocupación:</i>	Correspondencia
<i>Número de Hijos:</i>	2 hijos

#### II. PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista dirigida con la Maestra y luego la paciente, cuya duración fue de 45 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con la Madre y el Padrastro, cuya duración fue de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, para la aplicación de test como dibujo libre, cuya duración fue de unos 30 minutos.
- La quinta entrevista para aplicación del test HTP y de la familia con una duración de 45 minutos.
- A partir de la quinta a la decima entrevista se ha ido trabajando sobre los temas familiares y personales.

- Décimo primera entrevista realizada con la Madre y el padrastro sobre recomendaciones y resultados de test. Duración de 30 minutos.
- Décimo segunda entrevista de cierre con la paciente duración de 20 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 30 minutos cada una.
- 2 entrevista de control y/o seguimiento de 30 minutos.

### III. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada a la consulta por su maestra, debido a los problemas de comportamiento que ha presentado dentro del aula y en la institución, desde hace ocho meses, tales como peleas frecuentes con los demás compañeros y actitudes desafiantes.

### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La paciente proviene de un hogar cuyo nivel socio económico es de nivel medio, ubicado en Zona Sur de la ciudad. El Padre lleva fuera del país la misma de edad que la paciente, el abandono de hogar se dio cuando la paciente y su hermana gemela tenían 6 meses de edad.

La madre labora como ayudante de un abogado por lo que el control de deberes y tareas de los niños son controlados por los abuelos maternos.

Al preguntarle sobre qué información posee de su padre biológico y si mantiene algún tipo de contacto la paciente menciona *“mi papa de verdad vive en los estados unidos y después de mucho tiempo nos llamo es la única vez que he conversado con él, sin embargo siento tristeza y resentimiento al hablar con él pues después de mucho tiempo el quiere saber sobre nosotros; hubiera preferido no saber nada y seguir pensando que mi papa actual es mi verdadero papa”*; se le pregunto si es lo que de verdad deseaba: ella refirió *“si la verdad sí, es que todo está bien ahora no se qué creer, mi mama siempre nos dijo que el (padrastro) siempre había sido nuestro papa, no nos menciona nada sobre mi verdadero papa, todo estaba bien”*

A la edad de 9 años por primera vez y una vez enterada de la realidad de su situación parental, comienza a demostrar mal comportamiento ante los profesores y compañeros incluso frente a su mamá.

Al cabo de un tiempo su mamá entabla una conversación con ella y con su hermana gemela sobre por qué durante todo este tiempo les mantuvieron oculto esta parte importante de su historia parental, su madre comenta que *“no les había dicho nada porque pensó que su padre jamás las buscaría y que ya cómo eran pequeñas y ya tenía otro compromiso era mejor omitir esa etapa de su vida”*

Una vez que existió la conversación pertinente sobre el tema del padre biológico y el padrastro, y aclarada la situación que mantenía el malestar en la relación madre hija y por ende derivando ese malestar a la institución, la situación de malestar desapareció y las actividades que antes normalmente las realizaba la paciente y su comportamientos regresaron a la normalidad.

## V. REACTIVOS

Para la valoración psicológica se aplicaron los siguientes test: Familia, HTP y Raven. Los cuales determinan un nivel de inteligencia normal o término medio, los problemas de conducta y afectivos del niño responden a la disfuncionalidad familiar, producto de un duelo no resuelto por la ausencia de su padre biológico y la presencia de un padre sustituto, en donde la dinámica de la relación del problema de falta de comunicación por parte de la figura materna.

## VI. APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

### a) Diagnóstico descriptivo

**Ana Paula**, es de contextura delgada, aunque denota cuidado personal dependiendo de su estado de ánimo, sin embargo es abordable.

Se le observaba tristeza o afligido por estar lejos de su familia, en las primeras sesiones. Sin embargo en las entrevistas sucesivas ha cambiado su estado de ánimo una vez que se va obteniendo información concerniente al abandono de hogar del padre biológico.

Cabe destacar que durante las intervenciones se le observa inquietud motora, ya que le es muy difícil mantenerse tranquila, llora cada vez que se entabla el tema conflictivo.

**La Madre**, denota un buen cuidado personal, es de contextura gruesa, actitud abordable y colaboradora en las entrevistas, por motivo de su trabajo no asiste con regularidad, acudiendo sólo hasta el momento a dos sesiones

### b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente histérica con síntomas depresivos.

- **Síntomas Históricos:** Teatralidad, manipulación y berrinches. Por ejemplo: cuando no se cumple con lo que ella quiere tiende a llorar y zapatear.

- **Síntomas depresivos:** irritabilidad, expansividad, provocado por la falta de comunicación por parte de la madre sobre su Padre biológico. Manifestándose con peleas frecuentes con los demás compañeros, actitudes desafiantes.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Regresión:** a la etapa sádico-anal y fálica, manifestándose con peleas sin razón aparente. Debido a la ansiedad o conflicto que siente en ese momento. Por el comportamiento de zapatear cuando no obtiene lo que quiere.
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, se presentan cambios de humor (berrinches) y su nivel de participación grupal es agresivo. Llorar, insultar, etc.
- **Racionalización:** cuando dice que *"siempre me han mentado"*, refiriéndose al abandono por parte de su padre biológico y que esta mejor sin él.
- **Negación:** cuando pretende ignorar las realidades desagradables para no enfrentarse a ellas. Niega sus sentimientos acerca del abandono de su padre.
- **Aislamiento:** la presencia de ideas dolorosas o censurales le llevan a ideas rígidas o repetitivas. Como el realizar una tarea tantas veces como sea posible hasta alcanzar la perfección.

d) **Diagnóstico Nosográfico:**

Soporte familiar inadecuado



## VII. PLANIFICACIÓN

### Objetivos entorno al paciente

- Lograr que la paciente pueda expresar mediante la palabra sus pensamientos (conflictos) sin miedos o temores, lo que le permitirá mejorar sus conductas con relación a su entorno.
- Orientar a la paciente sobre temas relacionados a la familia.

### Objetivos relacionados a su entorno

- Con la madre: brindar orientación para intentar establecer canales de comunicación más efectivos, con la finalidad de mejorar la relación familiar.
- Orientar a la Madre para que le explique al paciente sobre el fallecimiento de su padre, para que se pueda elaborar el duelo y mejorar su nivel de aceptación del mismo.

## INFORME PSICOLOGICO No. 2

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<i>Nombre:</i>	Allison
<i>Edad:</i>	11 años
<i>Escolaridad:</i>	6To. Básica
<i>Nombre de la Madre:</i>	Jacqueline <i>Edad:</i> 30 años
<i>Ocupación:</i>	Ama de casa
<i>Nombre del Padre:</i>	Ángel <i>Edad:</i> 34 años
<i>Ocupación:</i>	Ingeniero Mecánico
<i>Número de Hijos:</i>	6 hijos

### II. PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista dirigida con la Maestra y luego la paciente, cuya duración fue de 45 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con la Padre, cuya duración fue de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, para la aplicación de test como dibujo libre, cuya duración fue de unos 30 minutos.
- La quinta entrevista para aplicación del test HTP y de la familia con una duración de 45 minutos.
- A partir de la quinta a la decima entrevista se ha ido trabajando sobre los temas familiares y personales.
- Décimo primera entrevista realizada con el padre sobre recomendaciones y resultados de test. Duración de 30 minutos.
- Décimo segunda entrevista de cierre con la paciente duración de 20 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 30 minutos cada una.
- 2 entrevista de control y/o seguimiento de 30 minutos.

### III. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada a la consulta por su maestra, debido a los problemas de comportamiento que ha presentado dentro del aula y en la institución, además de que académicamente ha bajado en sus calificaciones y desde hace unas semanas ha llorado y se encuentra muy deprimida.

### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La paciente proviene de un hogar cuyo nivel socio económico es de nivel medio, ubicado en Zona Centro Sur de la ciudad. Es hija mayor y la responsable del cuidado de sus hermanos menores, su madre biológica abandono el hogar por motivo de separación.

Su madre no los ve mucho tiempo y por ende las labores de madre y padre son realizadas por el padre.

La paciente remite que *"estoy cansada de cuidar a mis hermanos y ver que hagan sus deberes, además cada vez que mi papa quiere castigarlos yo me interpongo y me castiga a mi también, es muy fea la situación en la casa, la ultima vez me pego tanto que me golpee la cabeza con la cama y mi papa se sintió muy mal y desde ahí no me pega"*; al ondar mas en el asunto del maltrato y del abandono del hogar de la madre a lo que respondió *"esos temas son delicados y no me gusta hablar de eso, pero bueno alguna vez lo debo hacer, es verdad mi mama se fue con otro hombre y mi papa desde ahí se ha hecho cargo de nosotros mi mama ya no nos quiere ni ver y si la vemos es rara vez y de ahí yo me hago cargo de mis hermanos"*

EL padre al asistir a la entrevista nos comento "que su hija a veces miente mucho y que si él es de carácter fuerte pero el cambio a raíz de que su esposa se fue con otro hombre, y que si él se porta así es porque piensa que es la mejor manera de corregir a sus hijos y que no lleguen a ser como su madre que es lo que menos desea"

## V. REACTIVOS

Para la valoración psicológica se aplicaron los siguientes test: Familia, HTP y Raven. Los cuales determinan un nivel de inteligencia normal o término medio, los problemas de conducta y emocionales de la paciente responden a la disfuncionalidad familiar, producto de un duelo no resuelto del padre por el abandono de hogar de su esposa en donde la dinámica de la relación del problema de falta de comunicación por parte de la figura paterna mas la ausencia de la figura materna desmoralizan a la paciente otorgándole la responsabilidad de un adulto y en donde ella no se siente cómoda con su desenvolvimiento en tal rol y por ende genera malestar en sus otros ámbitos de desarrollo como el escolar y el social.

## VI. APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

### a) Diagnóstico descriptivo

**Allison**, es de contextura delgada, aunque denota poco cuidado personal dependiendo de su estado de ánimo, sin embargo es abordable.

Se le observaba tristeza o afligido por estar lejos de su familia, en las primeras sesiones. Sin embargo en las entrevistas sucesivas ha cambiado su estado de ánimo una vez que se va obteniendo información concerniente al abandono de hogar del padre biológico.

Cabe destacar que durante las intervenciones se le observa inquietud motora, ya que le es muy difícil mantenerse tranquila, llora cada vez que se entabla el tema conflictivo y tiene una tendencia a bajar la mirada y jugar con su cabello.

El **padre**, denota un buen cuidado personal, es de contextura gruesa, actitud abordable y colaboradora en las entrevistas, por motivo de su trabajo y de la manutención de sus hijos no posee mucho tino para abordarlo y mejorar la comunicación y por ende la relación con ellos

#### b) **Diagnóstico Clínico Dinámico**

Paciente histérica con síntomas depresivos y con rasgos obsesivos.

- **Síntomas Histéricos:** Teatralidad, manipulación y berrinches. Por ejemplo: el llanto desconsolado y sus actos de depresión constantes para manipular emocionalmente a los profesores y compañeros.
- **Síntomas depresivos:** irritabilidad, expansividad, provocado por el abandono por parte de la madre y ausencia de mucho tiempo por el trabajo de su Padre. Manifestándose con peleas frecuentes con los demás compañeros, actitudes desafiantes.
- **Rasgos obsesivos:** como consecuencia de la posición y rol que desempeña en el hogar sus actos motores y la perfección que desea alcanzar la lleva a realizar actos repetitivos como jugar con su cabello y realizar las tareas dos veces para no cometer errores.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos o agresivos en relación de afectividad hacia su familia, no manifiesta tristeza el haber estado lejos de ellos (durante las primeras sesiones).
  
- **Regresión:** a la etapa sádico-anal y fálica, manifestándose con peleas sin razón aparente. Debido a la ansiedad o conflicto que siente en ese momento. También se lo observa en la enuresis, encopresis, etc.
  
- **Introyección:** cuando dice *“no quiero que me pase lo que le paso a mi papa con mi mama”*, piensa que le va a pasar lo mismo que a su Padre. Ideas culposas de destruir al objeto (primario de amor).
  
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, se presentan cambios de humor (berrinches) y su nivel de participación grupal es agresivo. Llorar, insultar, etc.
  
- **Racionalización:** cuando dice que *“nunca la necesitó”*, refiriéndose al abandono por parte de su madre y que esta mejor sin ella.
  
- **Negación:** cuando pretende ignorar las realidades desagradables para no enfrentarse a ellas. Niega sus sentimientos acerca de la muerte de su padre.
  
- **Aislamiento:** la presencia de ideas dolorosas o censurales le llevan a ideas rígidas o repetitivas. Como el realizar una tarea tantas veces como sea posible hasta alcanzar la perfección.

d) **Diagnóstico Nosográfico:**

Soporte familiar inadecuado

**VII. PLANIFICACIÓN**

**Objetivos entorno al paciente**

- Lograr que la paciente pueda expresar mediante la palabra sus pensamientos (conflictos) sin miedos o temores, lo que le permitirá mejorar sus conductas con relación a su entorno.
- Orientar a la paciente sobre temas relacionados a la familia.

**Objetivos relacionados a su entorno**

- Con el padre: brindar orientación para intentar establecer canales de comunicación más efectivos, con la finalidad de mejorar la relación familiar, comunicarle que existen otras maneras de corregir la actuación de sus hijos y no solo el maltrato físico.

## INFORME PSICOLOGICO No. 3

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<i>Nombre:</i>	Adriana
<i>Edad:</i>	9 años
<i>Escolaridad:</i>	5To. Básica
<i>Nombre de la Madre:</i>	Viviana <i>Edad:</i> 27 años
<i>Ocupación:</i>	Profesora
<i>Nombre del Padre:</i>	Orly <i>Edad:</i> 32 años
<i>Ocupación:</i>	Marino
<i>Número de Hijos:</i>	2 hijos

### II. PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista dirigida con la Maestra y luego la paciente, cuya duración fue de 45 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con la Padre, cuya duración fue de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, para la aplicación de test como dibujo libre, cuya duración fue de unos 30 minutos.
- La quinta entrevista para aplicación del test HTP y de la familia con una duración de 45 minutos.
- A partir de la quinta a la decima entrevista se ha ido trabajando sobre los temas familiares y personales.
- Décimo primera entrevista realizada con el padre sobre recomendaciones y resultados de test. Duración de 30 minutos.
- Décimo segunda entrevista de cierre con la paciente duración de 20 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 30 minutos cada una.
- 2 entrevista de control y/o seguimiento de 30 minutos.



### III. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada a la consulta por su maestra, debido a los problemas de comportamiento que ha presentado dentro del aula y en la institución, además de que académicamente ha bajado en sus calificaciones y desde hace unas semanas ha llorado y se encuentra muy deprimida, además tiene ataques de gritos y descontrol.

### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La paciente proviene de un hogar cuyo nivel socio económico es de nivel medio, ubicado en Zona Centro Sur de la ciudad. Es hija mayor y cuyo padre la sobreprotege.

Su madre no los ve mucho tiempo y por ende las labores de madre y padre son realizadas por el padre.

La paciente remite que "a mí me gustan que me hagan caso y si no me hacen caso grito, así mi papa es en casa cuando mi hermano y yo no le hacemos caso o nos equivocamos en algo el nos grita y nos castiga sin ver tele o salir a jugar"; al preguntarnos como es la relación de padre con ella, mencionó "el me quiere mucho siempre me da lo que quiero aunque a veces demore en dármelo y bueno si me reta pero es por culpa de mi hermano y mi mama ella no me quiere ella me castiga y me grita por todo" se le pregunto si le gusta llevar el control sobre los demás y que ellos le obedezcan en todo lo que ella dice "si me gusta que los demás me sigan en mis ideas y que no me reclamen ni traten de decirme que me he equivocado, me gusta tener el control y si grito mucho y a veces me siento mal y lloro también"

EL padre al asistir a la entrevista nos comento *“que su hija a veces miente mucho y que si él es de carácter fuerte pero quiere mucho a su hija y una vez que le llama la atención si le grita luego la va a consolar no me gusta verla triste y mucho menos que llore y si la sobreprotejo”*

## V. REACTIVOS

Para la valoración psicológica se aplicaron los siguientes test: Familia, HTP y Raven. Los cuales determinan un nivel de inteligencia normal o término medio, los problemas de conducta y emocionales de la paciente responden a la disfuncionalidad familiar, producto de un duelo no resuelto por parte de la ausencia de la figura materna dentro de la dinámica y de la interacción familiar padres e hijos otorgándole a la hija ese puesto en el cual debería estar la madre.

## VI. APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

### a) Diagnóstico descriptivo

**Adriana**, es de contextura delgada, y denota poco cuidado personal dependiendo de su estado de ánimo, sin embargo es abordable.

Se le observaba tristeza en las primeras sesiones y siempre mirándose al espejo y arreglando su cabello. Sin embargo en las entrevistas sucesivas ha cambiado su estado de ánimo una vez que se va obteniendo información concerniente a la dinámica familiar.

Cabe destacar que durante las intervenciones se le observa inquietud motora, ya que le es muy difícil mantenerse tranquila, se mira mucho al espejo y se arregla.

El **padre**, denota un buen cuidado personal, es de contextura gruesa, actitud abordable y colaboradora en las entrevistas, actualmente desempleado y lleva el cuidado del hogar y de sus hijos, carácter fuerte y sobreprotector con su hija.

#### b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente histérico con síntomas depresivos y con rasgos obsesivos.

- **Síntomas Histéricos:** Teatralidad, manipulación, gritos y berrinches. Se pone del mal humor cuando sus compañeros no le hacen caso y llora luego de gritar.
- **Síntomas depresivos:** irritabilidad, expansividad, provocado por la sobreprotección del padre y manifestándose con peleas frecuentes con los demás compañeros.
- **Rasgos obsesivos:** como consecuencia de la sobreprotección el hecho de mirarse al espejo y mantenerse impecable cada cinco minutos como lo dice ella.

#### c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos o agresivos en relación de afectividad hacia su familia. (durante las primeras sesiones).

- **Regresión:** a la etapa sádico-anal y fálica, manifestándose con peleas sin razón aparente. Debido a la ansiedad o conflicto que siente por estar en la posición que antes le pertenecía a su mamá.
- **Proyección:** hostilidad, agresividad y temor a ser agredido por otros, lo lleva a atacar primero con golpes e insultos.
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, se presentan cambios de humor (berrinches) y su nivel de participación grupal es agresivo. Llorar, insultar, etc.
- **Negación:** cuando pretende ignorar las realidades desagradables para no enfrentarse a ellas. Niega sus sentimientos.
- **Aislamiento:** la presencia de ideas dolorosas o censurales le llevan a ideas rígidas o repetitivas. Como el realizar una tarea tantas veces como sea posible hasta alcanzar la perfección.

d) **Diagnóstico Nosográfico:**

Soporte familiar inadecuado

## VII. PLANIFICACIÓN

### Objetivos entorno al paciente

- Lograr que la paciente pueda expresar mediante la palabra sus pensamientos (conflictos) sin miedos o temores, lo que le permitirá mejorar sus conductas con relación a su entorno.
- Orientar a la paciente sobre temas relacionados a la familia.

### Objetivos relacionados a su entorno

- Con el padre: brindar orientación para intentar establecer canales de comunicación más efectivos, con la finalidad de mejorar la relación familiar, comunicarle que existen otras maneras de corregir la actuación de sus hijos y no solo el maltrato físico.
- Con la madre: orientar sobre el rol que debe de desempeñar para una correcta formación psicológica de sus hijos.

## INFORME PSICOLOGICO No. 4

### I. DATOS DE FILIACIÓN

*Nombre:* Vicente  
*Edad:* 10 años  
*Escolaridad:* 7mo. Básica  
*Nombre de la Madre:* Vicky *Edad:* 29 años  
*Ocupación:* Ama de casa  
*Nombre del Padre:* Vicente *Edad:* 35 años  
*Ocupación:* Chofer Profesional  
*Número de Hijos:* 2 hijos

### II. PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista dirigida con la Maestra y luego la paciente, cuya duración fue de 45 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con la Padre, cuya duración fue de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, para la aplicación de test como dibujo libre, cuya duración fue de unos 30 minutos.
- La quinta entrevista para aplicación del test HTP y de la familia con una duración de 45 minutos.
- A partir de la quinta a la decima entrevista se ha ido trabajando sobre los temas familiares y personales.
- Décimo primera entrevista realizada con el padre sobre recomendaciones y resultados de test. Duración de 30 minutos.
- Décimo segunda entrevista de cierre con la paciente duración de 20 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 30 minutos cada una.
- 2 entrevista de control y/o seguimiento de 30 minutos.

## V. REACTIVOS

Para la valoración psicológica se aplicaron los siguientes test: Familia, HTP y Raven. Los cuales determinan un nivel de inteligencia normal o término medio, los problemas de conducta y emocionales de la paciente responden a la disfuncionalidad familiar, producto de un duelo no resuelto por parte de la ausencia de la figura materna dentro de la dinámica y de la interacción familiar padres e hijos otorgándole a la hija ese puesto en el cual debería estar la madre.

## VI. APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

### a) Diagnóstico descriptivo

**Vicente**, es de contextura delgada, aunque denota cuidado personal dependiendo de su estado de ánimo, sin embargo es abordable.

No se le observaba tristeza o afligido por no saber sobre su padre, se denota ansiedad en u comportamiento al no poder estar quieto y con la mirada baja. Sin embargo en las entrevistas sucesivas, cuando asiste va mejorando su comportamiento motriz y no denota un bajo índice de ansiedad en su discurso.

Cabe destacar que durante las intervenciones se le observa inquietud motora, ya que le es muy difícil mantenerse tranquilo o sentado

**La Madre**, denota un buen cuidado personal, es de contextura gruesa, actitud hostil y poco colaboradora en las entrevistas, por motivo de su trabajo no asiste con regularidad, acudiendo sólo hasta el momento a dos sesiones. Por lo que delega esta función a su madre, la abuela del paciente aduciendo que posee poco tiempo por sus labores cotidianos.

## b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente histérico con rasgos obsesivos y pre - psicóticos.

- **Síntomas Histéricos:** Teatralidad, manipulación y berrinches. Por ejemplo: cuando indica que todo lo que ha sucedido a sido a partir de la ausencia de la madre biológica en un tiempo compartido.
- **Rasgos obsesivos:** como consecuencia de la ausencia de la figura materna, ha desarrollado la caracterización de observar escenas de terror que le producen miedo.
- **Rasgos Pre – Psicóticos:** observado en las alucinaciones auditivas y visuales que manifiesta el paciente en su discurso.

## c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos o agresivos en relación de afectividad hacia su familia.
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, se presentan cambios de humor (berrinches) y su nivel de participación grupal es agresivo. Llorar, insultar, etc.
- **Negación:** cuando pretende ignorar las realidades desagradables para no enfrentarse a ellas. Niega sus sentimientos acerca de la muerte de su padre.



- **Inhibición:** cuando se le pregunta sobre su padre el niño se inhibe, se esconde o simplemente corta todo diálogo.

d) **Diagnóstico Nosográfico:**

Soporte familiar inadecuado

## VII. PLANIFICACIÓN

### Objetivos entorno al paciente

- Lograr que la paciente pueda expresar mediante la palabra sus pensamientos (conflictos) sin miedos o temores, lo que le permitirá mejorar sus conductas con relación a su entorno.
- Orientar a la paciente sobre temas relacionados a la familia.

### Objetivos relacionados a su entorno

- Con la madre: brindar orientación para intentar establecer canales de comunicación más efectivos, con la finalidad de mejorar la relación familiar, además indicar sobre la importancia del rol que debe desempeñar para una correcta formación psicológica de sus hijos.

## INFORME PSICOLOGICO No. 5

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<i>Nombre:</i>	Alberto
<i>Edad:</i>	10 años
<i>Escolaridad:</i>	5To. Básica
<i>Nombre de la Madre:</i>	Marjorie <i>Edad:</i> 28 años
<i>Ocupación:</i>	Modelo
<i>Nombre del Padre:</i>	Alberto <i>Edad:</i> 29 años
<i>Ocupación:</i>	Organizador de Eventos
<i>Número de Hijos:</i>	3 hijos

### II. PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista dirigida con la Maestra y luego la paciente, cuya duración fue de 45 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con la Padre, cuya duración fue de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, para la aplicación de test como dibujo libre, cuya duración fue de unos 30 minutos.
- La quinta entrevista para aplicación del test HTP y de la familia con una duración de 45 minutos.
- A partir de la quinta a la decima entrevista se ha ido trabajando sobre los temas familiares y personales.
- Décimo primera entrevista realizada con el padre sobre recomendaciones y resultados de test. Duración de 30 minutos.
- Décimo segunda entrevista de cierre con la paciente duración de 20 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 30 minutos cada una.
- 2 entrevista de control y/o seguimiento de 30 minutos.

### III. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es derivado a la consulta por su profesora la cual muestra su preocupación al paciente intentar suicidarse dentro de la institución tratando de lanzarse desde el segundo piso de la institución.

### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

El paciente proviene de un hogar cuyo nivel socio económico es muy medio alto, ubicado en Zona sur. Es el hijo mayor de tres hermanos, últimamente sus padre discuten mucho y se han separado algunas veces con anterioridad; en su última discusión tomaron la decisión de terminar con la relación de pareja y solo mantener la relación de padres, sin embargo el padre se ausenta por semanas sin decirle nada a sus hijos.

La madre labora como modelo mientras que el padre es dueño de una serie de restaurantes y bares en la ciudad; se han dado muestras de infidelidad por parte del padre motivo que llevo a la separación como pareja.

El niño comenta que *“mi papa no se ha ido tan solo está de viaje y viene a vernos cada vez que puede aunque la verdad es que ya no vive con nosotros y sé que si me muero ya no voy a sufrir por que estén peleado y ver que se separen y que mi papa ya no venga a casa”* porque si sabe la verdad no la acepta *“porque no quiero ellos siempre se pelean y vuelven pero esta vez hasta se golpearon y se insultaron y yo vi y escuche todo eso y no quería volver a escucharlo además pienso también que si me muero ellos se van a consolar y van a estar juntos”*

## V. REACTIVOS

Para la valoración psicológica se aplicaron los siguientes test: Familia, HTP y Raven. Los cuales determinan un nivel de inteligencia normal o término medio, los problemas de conducta y emocionales de la paciente responden a la disfuncionalidad familiar, producto de un duelo no resuelto por parte de la ausencia de la figura materna dentro de la dinámica y de la interacción familiar padres e hijos otorgándole a la hija ese puesto en el cual debería estar la madre.

## VI. APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

### a) Diagnóstico descriptivo

**André**, es de contextura delgada, aunque denota poco cuidado personal dependiendo de su estado de ánimo, sin embargo es abordable.

Se le observaba tristeza y esta afligido por estar pasando esta separación y ser testigo de las dificultades en la dinámica familiar, sin embargo en las entrevistas sucesivas a mejorado de actitud y ha cambiado su manera de pensar en base al suicidio, actualmente quiere cuidar a sus hermanos y a su mamá.

**La Madre**, denota un buen cuidado personal, es de contextura delgada, actitud dócil y muy colaboradora en las entrevistas, asiste con regularidad a las entrevistas cada vez que es llamada y mantiene comunicación constante en torno a la situación de sus hijos en la institución.

b) **Diagnóstico Clínico Dinámico**

Paciente histérico con síntomas depresivos

- **Síntomas Histéricos:** Teatralidad, manipulación y berrinches. Por ejemplo: el llanto y el intento de suicidio para de alguna manera manipular lo que ocurre con la relación de sus padres.
- **Síntomas depresivos:** irritabilidad, expansividad, provocado por el abandono por parte del padre.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Proyección:** hostilidad, agresividad y temor a ser agredido por otros, lo lleva a atacar primero con golpes e insultos.
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, se presentan cambios de humor (berrinches) y su nivel de participación grupal es agresivo. Llorar, insultar, etc.
- **Racionalización:** cuando dice que *"lo hago para que estén juntos de nuevo"*, refiriéndose al abandono por parte de su padre
- **Negación:** cuando pretende ignorar las realidades desagradables para no enfrentarse a ellas.

- **Aislamiento:** la presencia de ideas dolorosas o censurales le llevan a ideas rígidas o repetitivas. Como el realizar una tarea tantas veces como sea posible hasta alcanzar la perfección.

d) **Diagnóstico Nosográfico:**

Soporte familiar inadecuado

## VII. PLANIFICACIÓN

### Objetivos entorno al paciente

- Lograr que el adolescente pueda expresar mediante la palabra sus pensamientos (conflictos) sin miedos o temores, lo que le permitirá mejorar sus conductas con relación a su entorno.
- Orientar al paciente sobre temas relacionados a la adolescencia y valores humanos, que le permitirán mejorar su conducta hacia los demás.

### Objetivos relacionados a su entorno

- Con los padres: brindar orientación para intentar establecer canales de comunicación más efectivos, con la finalidad de mejorar la relación familiar, además indicar sobre la importancia del rol que debe desempeñar para una correcta formación psicológica de sus hijos.

## CAPITULO VI: CONCLUSIONES.

El trabajo de duelo constituye un proceso que debe ser llevado de manera exitosa por aquellas personas golpeadas por algún acontecimiento vivido, acontecimiento que de alguna manera llega a ser significativo para las personase en esta situación.

Cada individuo de acuerdo a la magnitud de la situación y la calidad sumada la fortaleza de las herramientas que utiliza, además del apoyo de sus familiares o seres queridos más cercanos, podrá llevar a cabo este proceso de manera particular y de la misma manera podrá restablecerse leudo del término de este proceso.

En la finalización del duelo, los afectados pueden volver a su vida normal reconstruyendo su cotidianidad y redirigiendo esa energía del objeto perdido a una fortaleza que le permita ayudar con su experiencia a otro ser querido u a otros que están pasando por similares circunstancias.

Una vez superada la pérdida el individuo se fija nuevos retos, nuevos objetivos en su vida ya no encaminados o sustentados en ese objeto o persona perdida, si no fijados en su realización como persona que le permita alcanzar nuevas oportunidades de rehacer sus vínculos afectivos, sus nuevos sueños o relaciones.

La orientación que se utilizó por parte de nuestro director de prácticas nos permitió que cada caso ya particular, sea manejado desde un abordaje de igual manera particular en donde la experiencia de nuestro director fue esencial ya que nos permitió enfocarnos en el síntoma y no perder el rumbo mientras que otros aspectos y factores aparecían durante las sesiones.

La metodología y las técnicas utilizadas nos permitieron obtener resultados no solo en el aspecto profesional, si no que la institución se mostro muy satisfecha por los logros en cada caso y los seguimientos de cada caso ya terminado, permitieron que el paciente no recaiga en el mismo problema por el que ya había sido referido a terapia.

El trabajo con los maestros fue esencial ya que al explicarles en qué consistía nuestro trabajo y al cabo de unas sesiones y los cambios notables en cada paciente, se dieron cuenta de que nuestro trabajo los ayudaría no solo con los estudiantes sino con los padres de familia, es determinante este punto ya que al existir este tipo de apertura no solo se beneficia el alumno o el profesor sino también la institución y los padres.

Los casos tratados dentro de la institución educativa tuvieron sus resultados durante el desarrollo de las terapias y dentro del tiempo determinado para cada uno de los casos, cabe acotar que los casos que constan dentro de este trabajo están relacionados con el tema pertinente al mismo, dado que la mayoría de los problemas y síntomas fueron producto de abandonos de hogar por diversos motivos como viajes al extranjero, separaciones y divorcios: existieron casos de duelo por muerte de familiares, pero no de padres.

Cabe recalcar que ha sido una experiencia enriquecedora por parte de la institución educativa refiriéndome a alumnos, padres, profesores y directivos; como de los estudiantes que realizamos nuestras prácticas profesionales, ya que se ha podido conocer el terreno donde nos desenvolveremos como profesionales, además de la experiencia obtenida con cada caso y situación que se ha presentado; no podemos omitir que este trabajo no solo ha permitido obtener la experiencia de poder anudar y complementar lo aprendido durante mis años de estudio, con la práctica, ya no solo como estudiante, si no como un profesional más y un trabajador más de la institución donde se realizó las prácticas.



## BIBLIOGRAFÍA:

- Bowlby J. El Apego y la Pérdida: El Apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1998. (Publicado originalmente en Inglés en "The Making and Breaking Affectional" 1969 – 1973 - 1980).
- Bleger. J. "Psicohigiene y psicología institucional" Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 77-80`
- Otto Fenichel – Teoría Analítica de las Neurosis – "Duelo y Depresión" - Pag 881
- Sigmund Freud Obras Completas – Tomo II – Cap XCIII "Duelo y Melancolía" [1915 – 1917] - Pag 2091
- BRAIER, Eduardo Alberto. "Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica" Ediciones Nueva Visión.

