

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Los problemas que vive un niño de 9 años que sabiéndose adoptado, busca su sentido de pertenencia en su familia adoptiva**

**Práctica realizada en Clínica Periférica Primero de Julio**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sabina Mayari Velásquez Monzón

Guatemala, marzo 2013

**Los problemas que vive un niño de 9 años que sabiéndose adoptado, busca su sentido de pertenencia en su familia adoptiva**

**Práctica realizada en Clínica Periférica Primero de Julio**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sabina Mayarí Velásquez Monzón (Estudiante)

Licda. Cristina Rodas (Catedrática)

Guatemala, marzo 2013

## **Autoridades de la Universidad Panamericana**

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**

Rector

**M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González**

Vicerrectora Académica y Secretaria General

**M.A. César Augusto Custodio Cobar**

Vicerrector Administrativo

## **Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas**

**Licda. Elizabeth Herrera de Tan**

Decana



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN  
APROBACION PARA ELABORAR  
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

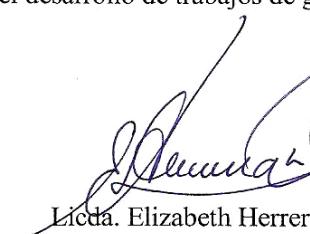
ASUNTO: Velásquez Monzón, Sabina Mayarí  
Estudiante de la Licenciatura en Psicología  
Clínica y Consejería Social de esta  
Facultad, solicita Autorización para  
realizar Práctica Profesional Dirigida para  
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Los problemas que vive un niño de 9 años que se sabe es adoptado en la búsqueda de su sentido de pertenencia en su familia adoptiva, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Los problemas que vive un niño de 9 años que se sabe es adoptado en la búsqueda de su sentido de pertenencia en su familia adoptiva, Práctica realizada en Clínica Periférica Primero de Julio, presentado por la estudiante: Velásquez Monzón Sabina Mayarí, quien se identifica con número de carné 0805086 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Los problemas que vive un niño de 9 años que se sabe es adoptado en la búsqueda de su sentido de pertenencia en su familia adoptiva, Práctica realizada en Clínica Periférica Primero de Julio, presentado por la estudiante: Velásquez Monzón Sabina Mayarí, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sapientia ante totum, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Los problemas que vive un niño de 9 años que se sabe es adoptado en la búsqueda de su sentido de pertenencia en su familia adoptiva, Práctica realizada en Clínica Periférica Primero de Julio, presentado por la estudiante: Velásquez Monzón Sabina Mayarí, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas

**Nota:** “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.”



## **Dedicatoria y Agradecimientos**

A Dios, por darme la oportunidad de vivir uno de mis sueños más importantes y acompañarme día a día llenándome de fuerza para continuar en mi camino y sabiduría para iluminar mi mente; por todas sus bendiciones derramadas sobre mi vida.

A mi buena madre, por ser mi recurso ordinario y mi guía en todo lo que emprendo y todo lo que hago como mujer, esposa, madre y profesional.

A mi esposo Sergio Orlando Tenas Galindo por acompañarme en el compartir los mismos sueños, por su amor, paciencia, comprensión y su invaluable motivación para que siguiera adelante. Por ser ejemplo de fe que no importan las adversidades siempre hay una salida, con la bendición de Dios.

A mi padre Enrique Velásquez Vásquez +, por ser mi mejor maestro en la perseverancia de un sueño, por todos sus consejos. Este triunfo es un tributo a su memoria, gracias por creer siempre en mí, por estar siempre para mí y para todos los que amaba, gracias por acompañarme ayer, hoy y siempre. Con todo amor Papi.

A mi madre Imelda Monzón de Velásquez, por su amor, sus esfuerzos, sus consejos oportunos, por su apoyo en todo momento que sin él no podría ver mi sueño realizado. Gracias por ser mi Madre.

A mis hijos Sergio Carlos, Emilio Eduardo, Sofía Mayarí y Paula Romina por ser mi inspiración, mi motivación a alcanzar este triunfo que sin su apoyo, paciencia pero principalmente su amor no podría haberlo alcanzado, son el mejor regalo que Dios me ha dado gracias por siempre estar pendientes, por sus besos y abrazos. Sequito y Milo, gracias por cuidar de mi. Sofi sin tu apoyo con Romy no lo hubiese logrado. Romy gracias por ser la luz en nuestras vidas.

A mis hermanos Enrique Velásquez y Magaleth Solís de Velásquez, a Carlos West y Carmen Velásquez de West por su cariño incondicional y por motivarme a seguir adelante en todo momento.

A mis Sobrinos Celeste, Enrique, Fátima y Carmina Isabella, Alessandra por tenerlos en nuestras vidas, por verlos sonreír y ser también fuente de inspiración de alcanzar un sueño.

A mis Abuelitos Papito+ y Bitá+ quienes con su amor y cariño me cuidaron y acompañaron en mi infancia y adolescencia dejaron una gran huella en mi corazón. Recuerdos inolvidables.

A mis Tíos, Tías y Primos por estar a mi lado en los momentos importantes de mi vida y su motivación a seguir adelante.

A mi Suegra Ofelia Santizo Vda. de Galindo por motivarme a seguir adelante con todo amor, por enseñarme en el ocaso de su vida, la tenacidad, la sabiduría de Dios en sus bellas historias.

A mis Amigos por su valiosa amistad, por estar a mi lado en todo momento, gracias por estar en mi camino.

A mis compañeras y amigas de la Universidad Panamericana campus zona 16 y campus el Naranja, ocupan un lugar especial en mi corazón.

A la Universidad Panamericana, autoridades, catedráticos y personal administrativo por acompañarnos y motivarnos durante nuestra formación profesional, logrando alcanzar la meta de ser profesionales comprometidos en el servicio a otros para lograr un país con mejor salud mental.

Muy especialmente agradezco al Instituto Marista de la Provincia de América Central a través de la pastoral del Liceo Guatemala donde me permitió conocer mi vocación y razón de servicio a otros. "Dios se nos revela a través de aquellos con quienes nos encontramos. Los niños y jóvenes, los ancianos, los miembros de nuestras familias y comunidades, los refugiados y prisioneros, los enfermos y quienes los cuidan, nuestros compañeros de trabajo y vecinos, todos ellos son espejos en los que se refleja el Dios de la vida y del amor." Gracias a los Hermanos Ismael Gonzáles, Cesar Henríquez, Carlos Monroy, Gilber Barillas, Edgardo López, Juan Antonio, Alberto Olano+, Omar Peña y José Luis Merino por su fidelidad y entrega así como a la Fraternidad Corazones Nuevos por su apoyo incondicional y compartir sus vidas con un corazón abierto.

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Objetivos	2
Capítulo 2	3
Marco Teórico	3
2.1 Adopciones fallidas	3
2.2 El abandono	4
2.3 Conducta de Apego	7
2.4 Vínculo	7
2.5 Identidad y Sentido de Pertenencia	12
Capítulo 3	15
Referente Metodológico	15
3.1 Población del centro de práctica	15
3.2 Organización de la institución	16
3.3 Descripción general de la institución	18
3.4 Descripción del sujeto	20
3.5 Tipo de instrumento utilizado	20
3.6 Tipo de investigación	21

Capítulo 4	23
Presentación de Resultados	23
4.1 Gráficas de la población	23
4.2 Presentación de caso	26
4.3 Discusión de caso	40
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias	45
Anexos	47

## **Resumen**

El siguiente trabajo presenta la sistematización de la práctica V que se encuentra dentro del pensum de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, que se realizó en la Clínica Periférica Primero de Julio, donde se atendieron diversos casos. Se tomó uno de los casos atendidos durante los meses de febrero a agosto del año 2012. El presente trabajo se basa en el estudio de caso donde se aborda de forma intensiva el caso de una persona atendida. Se inició este trabajo con la selección del caso y luego se realizó una investigación teórica sobre el tema a tratar.

El estudio se dividió en realizar, un Marco Teórico con la información de la problemática a tratar, luego se incluye el diagnóstico de la institución a la cual se asistió y una presentación del sujeto.

Dentro de este trabajo se puede encontrar el Informe Psicológico del sujeto y su plan de tratamiento que incluye recomendaciones.

## **Introducción**

Existen en Guatemala muchas familias que desean adoptar, pero por los trámites, tiempo y dinero que esto involucra desisten de hacerlo, otros perseveran en la adopción de un niño o niña que se convertirá en su hijo o hija. Para quienes se preparan emocionalmente para el tiempo que les entreguen a su hijo, logran en su mayoría el vínculo de afecto entre padres e hijos. Para otros no es así y ese proceso de vinculación emocional no llega, una de las razones es la frustración de poder tener hijos biológicos o por hijos fallecidos a edades tempranas.

El caso que se estudia en este trabajo es el de un niño que es entregado por la familia biológica a la comadrona del lugar y ésta a su vez busca a una persona para entregarlo, siendo a la abuela materna adoptiva a quien se lo entrega. Ella lo recibe y se lo entrega a su hija, que recientemente había fallecido su hijo de tres años. La madre adoptiva no pidió la adopción al igual que el padre adoptivo, pero la aceptan y realizan una sustitución de parto. Es en ese momento que se inicia el problema con el rechazo de la madre adoptiva al niño entregado.

La adopción es un proceso irrevocable y más si se ha realizado por sustitución de parto, dado a que las expectativas de los padres no son lo esperado, los hijos adoptivos presentan problemas de sentido de pertenencia e identidad personal, haciéndolos evidentes en algunas ocasiones por medio de su conducta. Por lo que el presente trabajo se basa en el cuestionamiento de ¿Qué problemas afronta un niño de nueve años sabiéndose adoptado, busca su sentido de pertenencia en la familia adoptiva?

# Capítulo 1

## Marco de Referencia

### 1.1 Planteamiento del problema

La adopción es una decisión importante que se toma por ser un compromiso y un proceso irreversible en la mayoría de casos. Por lo que se menciona anteriormente se debe de tener en cuenta factores que ayudan y serán de beneficio a la vida del niño como a la de los padres. En el mundo no solamente en Guatemala una adopción es cuando se recibe a un niño que no lo es por naturaleza, pero que adquiere se los derechos y obligaciones de unos padres con autorización leal. Esto está estipulado en el Código Civil de cada país. Guatemala tiene muchas irregularidades en el proceso de adopción debido a ello, existen mecanismos que están fuera de la disposiciones legales; donde se ve implicada la familia biológica y en algunos casos solo la madre biológica, al entregar a la comadrona, médicos o directamente a una pareja el niño, niña recién nacido o por nacer, que se convertirá en hijo o hija de los mismos por medio de una suposición de parto.

De lo mencionado antes muchos niños se han beneficiado pero también se han dado casos en que ya sea por “ignorancia o por tener un momento de sentimientos heroicos” se acepta al recién nacido, por creer que pueden suplantar a un hijo perdido o porque simplemente pueden cubrir sus necesidades económicas. En el momento en que finaliza el momento heroico y se toma conciencia que no es el hijo propio o simplemente ya no desean tenerlo, los niños que han sido adoptados sienten el rechazo y algunos sufren maltratos tanto físicos como verbales, así como sentir que ya no pertenecen a esa familia y esto en su mayoría provoca problemas de conducta y problemas desadaptativos. Los padres adoptivos abandonan a su suerte a los niños adoptados y es cuando algún miembro de la familia toma ese rol de héroe y asume la responsabilidad, en la mayoría de los casos son las abuelas. Por lo que mayormente estos niños ya se saben adoptados y buscan sentirse protegidos y pertenecer a una familia, pertenecer a un hogar. De acuerdo a lo expresado en este planteamiento se hace el siguiente cuestionamiento ¿Qué problemas afectan a un niño de 9 años sabiéndose adoptado, busca su sentido de pertenencia en su familia adoptiva?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo general

Diferenciar que problemas afectan a un niño de 9 años sabiéndose adoptado que busca su sentido de pertenencia en su familia adoptiva.

### 1.2.2 Objetivo específico

1. Restablecer en el niño sentimientos de confianza y respeto a sí mismo.
2. Educar psicopedagógica a la abuela con respecto al trato con el niño y el adecuado manejo de límites en sus actitudes ante los demás.
3. Reforzar en el niño su comportamiento y actitudes positivas al reconocer que puede hacer así como las consecuencias de sus acciones contra sus pares.



## Capítulo 2

### Marco Teórico

Debido a que en Guatemala el proceso de adopción presenta dificultades existen otras modalidades donde no se consideran adopciones propiamente dichas una de ellas es la suposición del parto; según el Instituto Latinoamericano para la educación y comunicación, ILPEC Guatemala para el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2000) indica que la madre biológica entrega el niño a los padres adoptivos inmediatamente después del nacimiento. Y el niño es inscrito como hijo biológico de la pareja.

#### 2.1 Adopciones fallidas

Ante el poco control y la falta de educación en lo que corresponde a la adopción se presentan los rechazos que están motivados por la frustración de las expectativas de los padres y por los problemas de conducta de los hijos. Cuando un niño es un poco taciturno y depresivo, sus dificultades no despiertan alarma, pero cuando se expresan hacia fuera, con hiperactividad, violencia o desajuste en las relaciones sociales, los padres se sienten desbordados. (Mundaca, 2000)

Algunos niños que han sido adoptados ya mayores llegan tan heridos que no responden al cariño, actúan como si fueran un bloque de hielo y los padres no lo soportan. Los padres que rechazan a sus hijos adoptados suelen echar la culpa de todo a las instituciones o al país de origen, porque no les han dado el tipo de niño que pedían o les han engañado. Los progenitores sufren pero, para un niño que está herido emocionalmente, volver a ser abandonado es reabrir una herida que nunca se cerró. (Mundaca, 2000)

Las adopciones truncadas son la punta del iceberg de los fracasos. Los expertos creen que hay un porcentaje oculto de pseudo rupturas, donde legalmente todo funciona, pero los adoptantes han ingresado a los hijos en internados o instituciones, lejos de casa. También hay familias que viven bajo el mismo techo, pero no han conseguido forjar un auténtico vínculo emocional. En esos

casos, los problemas estallan en la adolescencia y provocan en la edad adulta la separación definitiva. (ILPEC Guatemala, 2000)

## 2.2 El Abandono

Para que un niño sea dado en adopción, es necesario que sus padres biológicos hayan renunciado a él. En la mayor parte de los casos, esta renuncia implica abandono. De ahí que todo niño adoptado puede llevar implícita la condición de abandonado. Desde el punto de vista psicológico el abandono se refiere al corte o no-existencia del vínculo afectivo. (Hermosilla, 1989). El niño que es abandonado por sus padres o por las personas que se supone debieran cuidar de él, es agredido en todas las áreas de su desarrollo, esto es, en los afectos, en su desarrollo físico, intelectual y moral. Es la agresión máxima a un ser desprotegido. (Mundaca, 2000).

Es posible distinguir distintos tipos de abandono, según Hermosilla (1989):

- 1.- Precoz: Abandono del recién nacido en la vía pública o la maternidad, desconociéndose el paradero de la madre; también se da, cuando la madre voluntariamente cede a su hijo recién nacido en adopción.
- 2.- Por incapacidad de los padres: este tipo de abandono se define así, cuando se presentan condiciones que incapacitan a los padres, para desempeñarse como tales: alcoholismo crónico, maltrato a los hijos, ciertas enfermedades mentales, quedando los hijos bajo la responsabilidad del estado.
- 3.- Desinterés progresivo o abandono diferido: hay padres que internan a sus hijos en Hogares de Protección, por diversas razones. Luego van espaciando las visitas hasta desaparecer por períodos prolongados. Generalmente manifiestan su intención por reintegrar al niño a la familia, pero en la práctica ello no sucede. Muchas veces se niegan a que el niño pueda ser adoptado y éste debe pasar su infancia y adolescencia en una institución.
- 4.- Abandono prenatal: Refiere Mundaca (2000) que según el autor Verny y Kelly hay evidencia científica de que el feto "puede oír, experimentar, degustar y de manera primitiva, incluso aprender in útero. Lo más importante es que puede sentir". La madre psicótica, la madre que

rechaza el embarazo y las madres que reaccionan ambivalentes ante la llegada del hijo, transmiten al feto estos sentimientos y se encuentran incapaces de establecer contacto afectivo con él, lo que redundará en problemas de personalidad posteriores. Verny dice que el estrés mantenido de la madre crea tensiones, que a su vez producen catecolaminas que traspasan la placenta y afectan al feto.

### 2.2.1 Efectos del Abandono

Independiente de la causa que originó el abandono, para la realidad psíquica del niño que no capta racionalmente los hechos, la muerte de los padres por ejemplo, es vivida como un abandono, como una falta de amor. Refiere Mundaca (2000) que el autor Spitz planteaba que si no se establece en los primeros meses de vida del niño una relación estable con un personaje maternal, su personalidad se verá trabada, en su formación, no sólo en lo afectivo, sino también en lo cognitivo, motor y social. Erikson planteó que la existencia de la madre y la estabilidad del medio familiar, durante el primer año de vida, permiten el desarrollo de actitudes de confianza básica. (Mundaca, 2000)

Desde la perspectiva psicoanalítica en las primeras etapas de la vida, se establece entre la madre y el hijo una relación en que ambos se transmiten a través de la mirada y del contacto de la piel, el conocimiento de la existencia del otro significativo, llegándose a un estado de coordinación en el vínculo, que proporciona gran satisfacción mutua. Si esta coordinación no se da, el niño lo registra como una gran frustración, que tendrá peso en su vida de relación. Las situaciones afectivas serán vivenciadas como "todo o nada" de gratificación o de frustración totales. Este es el modelo funcional de relación. Estas demandas de todo o nada son fuente de posteriores frustraciones y van generando una imagen negativa de sí, la fantasía de no recibir por no merecerlo, sentimientos de no-valoración de sí mismo y angustia intensa de la cual requiere defenderse. (Mundaca, 2000)

### 2.2.2 Efectos del abandono en las diferentes edades

Según Mundaca (2000) en su estudio sobre los factores que se presentan en los niños adoptados, estos pueden ser:

a) Abandono in útero: Verny (citado en Hermosilla 1989) plantea que el abandono in útero sienta las bases de una personalidad depresiva y vulnerable a las situaciones de estrés.

b) Primeros 6 meses: La separación de la madre a esta edad implica que el niño pierde sus sentimientos de seguridad. Alrededor del 3ª y 4ª mes el niño empieza a contactar con el ambiente que lo rodea y puede reconocer a la figura materna y personas significativas.

c) De 6 meses a un año: Los niños de vuelven más tímidos y un nuevo vínculo se da más fácilmente si el niño ha tenido inicialmente una relación segura. Pareciera que el abandono en esta edad tuviera peores consecuencias para el desarrollo de la psiquis, que en otros momentos. (Hermosilla 1989).

d) Posterior a 1 año: Los efectos van a depender de los vínculos establecidos en los 2 primeros años. Si han sido buenos y hay figura sustituta es probable que el niño logre establecer buenos lazos afectivos. Si las experiencias anteriores han sido malas es difícil que genere buenos lazos. Si en esta etapa el sentido de pertenencia del niño se desarrolla adecuadamente, podrá socializarse con mucha más facilidad y sentirse más integrado en los diferentes grupos de los que tendrá que ir formando parte durante el resto de su vida.

Por ello el papel de los padres en este aspecto es primordial y por ello deben crear un ambiente familiar en el que el niño participe, donde aprenda a compartir y a tomar responsabilidades compartidas entre todos. Eso hará que el niño vea la familia como un grupo del que es parte importante y que aprenda a compartir las cosas buenas y malas, a aceptar y seguir las reglas. Todo esto le ayudará a encajar en cualquier grupo del que deba formar parte.

Un niño con buen sentido de pertenencia es colaborador y amistoso, se muestra sensible y comprensivo hacia los demás, sabe cooperar y compartir y es aceptado y valorado por los demás.

Por el contrario, un niño con escaso sentido de pertenencia se aísla de los demás, tiene dificultad para hacer amistades y se deja influir por los otros. Suelen ser niños competitivos en lugar de colaboradores y tienden a criticar tanto a sí mismos como a los demás.

## 2.3 Conducta de Apego

La manifestación de la conducta de apego varía de una especie a otra. En el bebé humano tarda mucho en aparecer, dado su estado de inmadurez y desarrollo lento. Generalmente el apego tiene lugar en los primeros 8 a 36 meses de edad. (Mundaca, 2000).

## 2.4 Vínculo

Se entiende como tal la reducción de la distancia del bebé y/o niño con la figura materna y el mantenimiento de la proximidad física con ella, lo que tendría como consecuencia una clara reducción del temor y la ansiedad en el desarrollo precoz del niño. Esta aportación es contraria a algunas bases de la teoría psicoanalítica, sobre todo cuando hace referencia a que la reducción de la ansiedad es la causa y no el efecto del establecimiento vincular del niño con su madre. (Krasnapolski, 1997)

### 2.4.1 Los tipos de vínculos

- a) Pauta del apego seguro: en ésta existe una confianza por parte del niño hacia sus padres (o figuras parentales), quienes serán accesibles, sensibles a las señales del niño y colaboradores cuando el infante se encuentre en situaciones adversas o amenazantes. Esto le permitirá explorar el mundo con seguridad y confianza.
- b) Pauta del apego ansioso resistente: el niño no tiene la seguridad de encontrar a sus progenitores y de ser ayudado por ellos si se encuentra en una situación amenazante. El niño es propenso a la separación ansiosa; es proclive al aferramiento y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo. En cada una de estas conductas está siempre presente la incertidumbre.
- c) Pauta del apego ansioso elusivo: el niño desconfía de que sus padres le entregarán la ayuda necesaria o requerida por él y tiene la convicción de que en este intento no será apoyado por ellos. El niño intenta ser una persona emocionalmente autosuficiente, no buscando el amor ni el apoyo de otras personas. (Mundaca, 2000).

## 2.4.2 Factores que dificultan la vinculación

Cuando los niños/as adoptados que pudieron tener o no una vinculación intrauterina, pero que la vinculación posnatal no fue posible, debido a la separación de la madre biológica, da como experiencia resultante de ese hecho, la impresión de abandono y pérdida, que marca de manera indeleble el inconsciente, llamándole a esto “la herida Primal” según indica Nancy Newton Verrier en el libro de Krasnapolski (1997).

Esta herida es provocada por la experiencia de sentirse abandonado por alguien con quien se ha compartido una experiencia de 40 semanas y con la que se tenía una vinculación no sólo biológica y genética, sino también en algunos casos, psicológica y emocional. Una vez que los cuerpos se han separado después del parto, el bebé tiene la necesidad de sentir de nuevo la cercanía física de la madre después del estrés y el miedo sentidos durante el parto, sobre todo si fueron separados bruscamente. Pero si la primera sensación que experimenta el bebé al nacer se llama soledad y abandono, esta sensación entra en su alma y provocará una profunda desconfianza que le acompañará el resto de su vida, si no se interviene de alguna manera.

Para muchos niños se le suma a esa experiencia traumática de la soledad y el abandono con la institucionalización, con cambios constantes de cuidadores, con lo que no se pueden establecer ningún tipo de vinculación y esto en casi todos los casos va acompañado de malos tratos, negligencia o sufren de muchas privaciones.

En el anterior párrafo hay algunos de los motivos por lo que no se logra la vinculación pero se debe de tomar en cuenta que las familias adoptivas si no tienen una buena conducta hacia el niño adoptado afectan negativamente la vinculación.

Otro punto a tomar en cuenta es que las parejas deben de tener resueltos adecuadamente sus sentimientos acerca de la condición de vida que tienen, ya que la frustración por ser padres estériles se puede proyectar contra el hijo adoptado o cuando por haber perdido a un hijo creen que este lo suplantarán y no llenan las expectativas creando resentimiento y hostilidad.

También dificultan el proceso de vinculación aquellas familias adoptivas que tienden a desligarse de la propia responsabilidad por la conducta de los hijos/as, con el fin de mantener una autoimagen positiva.

El no contar, en la mayoría de los casos, con modelos de parentalidad adoptiva, también puede dificultar el proceso de vinculación, así como las dificultades para solicitar y aceptar ayuda. La voluntad de la familia para revelar debilidades y descorazonamiento, es la clave para encontrar ayuda y plantearse nuevas soluciones.

En general, cuando el ciclo del apego se rompe, la vinculación se dificulta. La mayoría de los expertos consideran que el período más crítico es el que corresponde a los primeros dieciocho a treinta y seis meses de vida. Durante este período el niño/a aprende que si tiene una necesidad, alguien suplirá esa necesidad y esa gratificación le llevará al desarrollo de su confianza en los otros. (Mundaca, 2000). Sí un bebé tiene hambre, está mojado o quiere que se le cargue se expresa a través del llanto para requerir la atención de quien lo cuida, pero si no ve cubiertas sus necesidades de forma consistente, se siente desamparado y enfadado y no desarrolla confianza. Así se rompe el ciclo y se dificulta el proceso de vinculación, esto ocurre en la mayoría de veces en procesos de adopciones fallidas o niños institucionalizados en espera de ser adoptados.

La conducta de apego es un proceso basado en la interacción, este proceso se puede transferir a otro cuidador, si se hace adecuadamente, a través de la adopción.

Krasnapolski (1997), menciona que el autor Bowlby sugiere que esta conducta está regulada por el sistema nervioso central y está al servicio de la supervivencia, puesto que los bebés son seres indefensos que dependen de un adulto para sobrevivir, por lo que el sistema de apego está compuesto por tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física con sus cuidadores, especialmente la madre.

Investigaciones recientes llevadas a cabo con animales muestran que el exponerlos a situaciones de estrés o tensión nerviosa (estando en el útero o después del nacimiento) provoca efectos dañinos en la estructura cerebral. Por ejemplo, cuando se priva a las crías del contacto con las madres o éstas tienen un comportamiento errático e insensible, posteriormente éstas muestran

problemas emocionales y de socialización. En cambio, aquellas crías que reciben cuidados cariñosos y atentos de sus madres, logran una mayor capacidad para lidiar con las tensiones cotidianas. (Mundaca, 2000)

Por tanto, las experiencias que los niños/as tienen cuando son bebés y en la primera infancia, enseñan a sus cerebros cómo pensar, cómo sentir y cómo relacionarse, de forma que podemos decir que el cerebro no sólo nos permite ver, oler, gustar, pensar y movernos, sino también amar o no amar.

Además, debido a que los recuerdos traumáticos se almacenan en las áreas más “primitivas” del cerebro, son menos accesibles a través del lenguaje, la lógica y el razonamiento. Permanecen “congelados” en el tiempo, con la misma intensidad que cuando ocurrieron. Cuando surge un recuerdo traumático, se incrementa la actividad en el hemisferio derecho del cerebro, lo que provoca una respuesta emocional. Al mismo tiempo, decrece la actividad del hemisferio izquierdo, que es el que controla el lenguaje, con lo que disminuye la capacidad del niño/a para expresar con palabras lo que siente. (Krasnapolski, 1997)

Con el desarrollo de la neurociencia y el nacimiento de una nueva disciplina, la Psicología Prenatal, se ha demostrado que, en realidad, el vínculo posterior al nacimiento no es más que la continuación de un proceso de vinculación que había comenzado mucho antes, en el útero materno.

Krasnapolski, (2005) hace referencia que según Thomas Verny, uno de los principales impulsores de esta nueva disciplina, el feto puede ver, oír, experimentar, degustar y, de manera primitiva, inclusive aprender, por lo que lo sentido y percibido por la criatura mientras está en el útero, definirá en el futuro, en parte, su comportamiento social. El instrumento fundamental para este aprendizaje es, por supuesto, la madre. Pero, el vínculo intrauterino no se produce automáticamente. Para que funcione, es preciso que la madre lo establezca. Si la madre se cierra emocionalmente, el niño intrauterino no sabe qué hacer. El período óptimo para que se establezca este vínculo son los tres últimos meses de embarazo, y especialmente los dos últimos.



Evidentemente, las emociones negativas o los hechos que producen tensión en la madre no afectarán negativamente el establecimiento del vínculo intrauterino si son ocasionales. Aunque las tensiones externas que afronta una mujer, tienen importancia para el establecimiento del vínculo entre ambos, lo más importante es lo que siente hacia su hijo no nacido. Sus pensamientos y sentimientos son el material a partir del cual el niño intrauterino se forja a sí mismo. (Krasnapolski, 2005)

En un estudio llevado a cabo con dos mil mujeres durante el embarazo y el alumbramiento, se llegó a la conclusión de que la actitud de la madre producía el efecto más importante en la forma de ser del infante. Todas procedían de la misma extracción económica, eran igualmente inteligentes y habían disfrutado del mismo grado y calidad de asistencia prenatal. El único y principal factor distintivo era la actitud hacia sus hijos no nacidos. Los hijos de las madres aceptadoras (las que deseaban tener descendencia) eran emocional y físicamente mucho más sanos al nacer y después que los hijos de madres rechazadoras, lo cual muestra que sentimientos como el amor o el rechazo afectan al niño intrauterino desde muy temprano. (Krasnapolski, 2005)

Las emociones de la madre desempeñan un papel importante en el modelado del “yo”. Las madres cálidas y cariñosas alumbran hijos más seguros y llenos de confianza en sí mismos porque ese yo está hecho de calidez y amor. De manera semejante, si las madres desdichadas, deprimidas o ambivalentes dan a luz un porcentaje superior de niños difíciles, se debe a que los egos de sus vástagos se modelaron en momentos de temor y angustia. No es sorprendente que, sin una reorientación, dichos niños se conviertan a menudo en adultos desconfiados, ansioso, y emocionalmente frágiles. (Krasnapolski, 2005)

En cuanto al nacimiento, es el primer choque físico y emocional prolongado que experimenta el niño y hasta los detalles más insignificantes dejan huellas imborrables en su memoria, aunque no se puedan evocar conscientemente. Por ejemplo, bebés que han tenido partos difíciles, con sufrimiento fetal y pérdida de oxígeno en algún momento, de niño y adultos suelen tener problemas de claustrofobia. (Krasnapolski, 2005)

## 2.5 Identidad y Sentido de Pertenencia

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 afirma que todo niño tiene derecho a una identidad jurídica indicada en ILPEC (2000). El expediente por obra del cual se pone en práctica y se salvaguarda dicho derecho es el registro de nacimiento. También desde su nacimiento todo niño emprende el viaje que representa la construcción de una identidad personal y social única, que se caracteriza por una creciente toma de conciencia de la importancia de rasgos distintivos tales como: el género, la pertenencia a un grupo étnico, la edad y la condición de la comunidad con la cual el niño está en estrecho contacto.

La identidad temprana es compleja, cambia y crece a medida que los niños adquieren experiencias en nuevos ambientes, actividades, relaciones y responsabilidades. A lo largo de este proceso, los niños pueden concebir sentimientos positivos, negativos y ambivalentes respecto a los aspectos de su propia identidad cambiante. (ILPEC 2000)

El sentido de pertenencia es el sentimiento que tiene el niño de ser aceptado por los demás, de ser considerado importante y parte de un grupo. El sentido de pertenencia empieza a desarrollarse en los primeros años en el seno de la familia. Los padres y demás hermanos ayudarán al niño a sentirse aceptado y querido y ése será su primer grupo.

Por lo tanto tener sentido de pertenencia es sentirse aceptado como una persona por parte de los demás. Es sentirse parte o miembro importante de un grupo, identificándose y comprometiéndose totalmente con el mismo, a la vez que se siente parte activa, valorado y respetado en él. Es por eso que tiene que ver mucho también con el concepto de identidad y con tener un propósito en la vida.

El primero y más importante grupo en el cual se forma o desarrolla el sentido de pertenencia es la familia. Es determinante el papel que como padres se desempeña con los hijos a este respecto. Si el niño se siente aceptado y bien valorado en el hogar, tendrá un buen concepto de identidad acerca de sí mismo, de quien es, sintiéndose parte de una comunidad a la cual pertenece y el porcentaje de éxito para relacionarse y socializar con otros es alto. Dentro de la familia, que es su grupo primario aprenden a valorarse y a valorar a los demás y toman conciencia de lo que

significa y es el respeto y la responsabilidad. Aprenden a compartir y apoyar, a expresar sus puntos de vista y a escuchar a los otros, siguiendo unos lineamientos o reglas que se determinan en bien del grupo en general.

El concepto de pertenencia e identidad fue planteado por Abraham Maslow como un elemento básico para la autorealización de la persona y lo define como la necesidad que tiene el individuo sentirse que pertenece a algo, como puede ser el pertenecer a una familia o el pertenecer a un grupo de amigos, a un colegio, a una universidad, entre otros.(Mundaca, 2000)

### 2.5.1 Como se construye el sentido de pertenencia y la identidad en los niños

La familia es una institución que tiene funciones sociales, así como la escuela o colegio tiene otras las funciones. Una de sus funciones es la socialización. La familia es la encargada de propiciar el que niñas y niños se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social, con un sentido de pertenencia, con capacidad de entender y respetar la cultura de su grupo y de su país. (Chapela, 1999)

En familia, las niñas y niños construyen su identidad personal. Que como se menciono anteriormente es la imagen que se proyecta de si mismo a los demás.

Esta identidad se construye en la infancia y la niñez en su grupo familiar, y determina como se relacionará, producirá o participará como adulto en la vida familiar y social de su grupo de pertenencia. (Chapela, 1999)

Se construyen su identidad mirando a su papá actuar como trabajador, como esposo, como vecino, como amigo, o como hermano. Construyen su identidad personal cuando observan cómo su mamá se relaciona con ellos mismos, con su esposo, con sus compañeros de trabajo, con el doctor, o el maestro de la escuela; cuando ven reunirse con sus amigas y amigos.

La identidad se construye a partir de modelos humanos. En este sentido, los modelos son personas admirables, que impresionan y atraen la atención de los niños. Los modelos ofrecen a los niños que crecen una idea de cómo quieren llegar a ser cuando sean grandes. (Chapela, 1999)

El sentido de pertenencia empieza desde la familia, creando lazos de unión y aceptación en la misma, principalmente es la función de los padres, el hacer sentir parte a los miembros de la familia desde que nacen y se convierten en niños de un núcleo importante como es la familia.

Al hablar del sentido de pertenencia en familia, es el lazo que hace importante a las personas, Si se pierde este lazo se pierde la importancia y el interés por el núcleo familiar.

El sentido de pertenencia se construye cuando en los niños se une a una identidad personal.

Chapela (1999) indica que según la filósofa Simone Weil, " todo ser humano tiene la necesidad de contar con raíces, y señala que casi la totalidad de la vida moral, intelectual y espiritual de una persona se alcanza a través de los entornos de los que se ha sentido parte a lo largo de la vida."(pp. 28)

Por lo que es importante que niñas y niños, al crecer, tengan cerca de ellos figuras de adultos hombres y mujeres. No necesitan ser el padre o la madre biológicos, pueden ser un amigo, un tío, una vecina o incluso la madrastra o el padrastro, siempre que tengan conciencia de su importante compromiso con los niños. (Chapela, 1999)

Pero la socialización y la construcción de la identidad personal no se dan sólo a partir de la familia. La escuela es un importante espacio en el que ocurren procesos de transmisión de cultura y valores, y de observación de modelos. Por eso es importante que las familias participen en los procesos escolares de sus hijos y que estén en permanente contacto con los maestros: para ejercer el derecho a participar de manera directa en la educación escolarizada y en la socialización de sus hijos e hijas. (Chapela, 1999)

El niño con buen sentido de pertenencia es colaborador y amable, será amigable y su relación con los demás se desarrollará con facilidad, haciéndolo cooperador, empático hacia los demás, teniendo esto como resultado el sentirse aceptado parte del grupo familiar y de pares. Un niño con sentido de pertenencia e identidad demuestra actitudes positivas y se siente valorado, respetado, seguro con un buen concepto de sí mismo, que hará saber adaptarse a las circunstancias con facilidad cuando deba hacerlo y desarrollará habilidades para enfrentar problemas y buscar soluciones.

## Capítulo 3

### Referente Metodológico

#### 3.1 Población de Centro de Práctica

La población atendida durante la práctica profesional dirigida 2012 en la Clínica Periférica Primero de Julio, estaba integrada por personas de diferentes edades predominando en su mayoría niños desde 3 años de edad en adelante y adolescentes en busca de apoyo psicológico debido a las condiciones de vida que llevan y por ser de forma gratuita. La Clínica Periférica Primero de Julio es una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que atiende a la población Distribuida en el Distrito No. 11, Área Nor-Oriente y sectores aledaños. Como lo indica su nombre se encuentra ubicada en la Colonia Primero de Julio, zona 2 de Mixco. La población atendida en la Clínica Periférica Primero de Julio, oscila entre los 0 y los 68 años de edad, los que se subdividen en tres grupos según el servicio que solicitan:

Niños de 0 a 12 años de edad: asisten por control de crecimiento, enfermedades más frecuentes son las de vías respiratorias y otros que pertenecen a Programas de atención de escuelas de nivel primario.

Adolescentes de 13 a 17 años de edad: solicitan servicio médico y psicológico, constituyendo un número de pacientes mayor, en su mayoría de hogares de escasos recursos que laboran en diversos lugares, enfrentándose a diversos problemas físicos y emocionales debido a las condiciones de vida que llevan.

Adultos y Adulto mayor: personas con responsabilidades familiares y escasos recursos, que buscan ayuda en la institución y se benefician por el bajo costo de los servicios.

### 3.2 Organización de la Institución

Nombre: Clínica Periférica Primero de Julio, MSPS

Director: Dra. Nictè Pérez de Rojas

Dirección: 5ta. Avenida E 13-76 zona 5 de Mixco, Colonia Primero de Julio

Teléfono: 24359566

•Servicios que brinda: La clínica periférica Primero de Julio, MSPS es la encargada de brindar a las personas que se acercan en solicitud de ayuda ya sea por salud física o emocional. En Servicios de Urgencias 24 horas, Consulta Externa en área de ginecología, pediatría, medicina general, clínica de profilaxia, clínica de hipotermia, clínica de odontología y las clínicas de atención psicológica. Existen programas permanentes de salud, educación, asistencia a sectores necesitados y promoción humana, además de atención al adulto mayor y defensoría de la mujer. Cuenta con un departamento de trabajo social que apoya a las personas y áreas que lo necesitan.

Horarios de atención: lunes a viernes de 7:00am a 15:00pm.

•Población que se atiende: Cualquier persona que se acerque a las instalaciones. Sean niños, adolescentes o adultos.

•Tipo de Institución: La clínica periférica es una institución pública que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

•Clínicas y ambientes del área: Cuenta con clínicas específicas donde se realizan las evaluaciones médicas o consulta psicológicas según sea el caso. Además de que cuenta con un Servicio de emergencia las 24 horas, rayos X y laboratorio. La Clínica periférica está equipada con los servicios de Bodegas de emergencia, esterilización, farmacia así como su propia planta eléctrica.

La estructura del edificio de la Clínica Periférica Primero de Julio, es una construcción de mampostería (block) con concreto reforzado (columnas, soleras y vigas de concreto), cuenta con

los servicios de agua potable, energía eléctrica, teléfono, sanitarios para el personal y para la población que se atiende en la institución, también cuenta con suficiente iluminación natural.

El edificio cuenta con cuatro áreas

Consulta Externa: existen compartimentos o clínicas, donde se prestan los servicios de consulta general, hipodermia, salud reproductiva, ginecología, pediatría, odontología y psicología, además cuenta con una sala de espera para las personas que solicitan alguno de estos servicios. Así como laboratorio clínico.

Emergencia: está ubicada en la parte frontal del edificio, cuenta con sala de espera, clínica de Consulta, enfermería, yesos y suturas, hipodermia, bodega y servicios sanitarios.

Segundo nivel: Se encuentran las oficinas Administrativas como la oficina del director de la institución, oficina de secretaria y administración, jefatura de personal, psicología y bodega, el auditorium que también tiene servicios sanitarios para el área.

En la parte intermedia de la Clínica e interior del edificio se encuentra una farmacia para servicio de pacientes. El edificio también cuenta con parqueo para el personal, en la parte posterior del mismo, posee extensa área verde y al costado del edificio se encuentra la Maternidad y Saneamiento Ambiental.

### 3.2.1 Reseña Histórica de la Institución

En inicio, la Colonia Primero de Julio era considerada una colonia fantasma, que presentaba problemas de todo tipo por no estar urbanizada con servicios primarios como agua, alumbrado eléctrico, drenajes, pavimento y transporte. Se le considerò como ilegal por lo que las Municipalidades tanto la de Mixco como la de Guatemala no les prestaba la atención para solucionar los problemas. Poco a poco la lotificación creció y fue solucionando sus problemas en el concepto de desarrollo urbano sin necesidad del aparato Municipal.

Todo esto dio inicio en el año 1964, cuando es fundada la Colonia Primero de Julio. Al hacer posible su desarrollo urbano, exigieron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

atención en salud; creándose el Centro de Salud Tipo A, bajo el Gobierno del Señor Presidente Lic. Mario Méndez Montenegro, según el Decreto No. 13-64.

La Dirección de dicho centro estuvo a cargo de Médicos de la Municipalidad de Mixco, en 1979 pasa a ser parte del Ministerio de Salud, estando a cargo de la Dirección la Dra. Nancy Pezzarosi de Calderón; ocupando el cargo durante 17 años consecutivos.

En el año 1996 se crea la Unidad de Servicios de urgencias de 24 horas, convirtiéndose el Centro de Salud en la Clínica Periférica Primero de Julio. El Dr. Cristian Gantenbein asume el cargo de director en 1998, coordinando los diversos programas que se llevaban a cabo en la Clínica.

En el año 2001, asume el cargo de la Dirección de la Clínica Periférica la Dra. Nicté Pérez de Rojas, actualmente continúa como directora de la dependencia.

### 3.3 Descripción General de la Institución

#### 3.3.1 Misión y Visión

##### Misión

Brindar Atención a las personas que necesitan consulta médica y promoción de la salud ya sea por problemas agudos o crónicos y el desarrollo de programas de prevención de salud a nivel institucional y comunitario. Con la adecuada planificación, organización, ejecución y evaluación del impacto de los programas.

##### Visión

Atención de calidad a todas las personas que necesitan el servicio de manera oportuna y eficiente y lograr impacto en los indicadores de salud del distrito, mediante el fortalecimiento de programas educativos.



### 3.3.2 Objetivos

#### 3.3.2.1 Objetivo General

Protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud para la población que atiende la Clínica Periférica Primero de Julio.

#### 3.3.2.2 Objetivos Específicos

1. Cumplir con las políticas gubernamentales de salud.
2. Atender a la población asignada a la Clínica Periférica, y otras que se presenten no importando su origen.
3. Mejorar el estado de la población en general, en las áreas física y psicológica, con costos mínimos al servicio y consulta general.
4. Proporcionar programas de prevención de salud comunitaria a la población, tanto multidisciplinaria como interinstitucionalmente.

#### 3.3.3 Proyección

La Clínica Periférica, se proyecta en el desarrollo de programas específicos que se desarrollan dentro de un Plan estratégico de salud, donde se enfrentan los problemas prioritarios de salud y sustenta las políticas que se manejan en la actualidad. Dentro de la atención y servicio que presta la institución a la comunidad están los programas de: Ginecología Directa, Atención Odontológica, Rayos X, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, Medicina General, Pediatría, Emergencias las 24 horas, Maternidad las 24 horas, Trabajo Social, Servicios de Ambulancia, Departamento de Financiamiento Ambiental, Programa de Inmunización, Programa de Infecciones Agudas (Respiratorias), Tratamiento de Rehidratación Oral (T. R. O.), Desparasitaciones Intestinales Internas, Programa de RAVI Rabia Horizontal y Vertical, Programa de Vitaminar a nivel Escolar (Preprimaria a Básicos), Programa de Profilaxis Sexual, Programa de SIDA y del Cólera, Estimulación Temprana y Atención Psicológica.

### 3.4 Descripción del sujeto

#### Caso Atendido

Por respeto a la persona se usaran nombres ficticios.

El Individuo atendido llamado Estuardo de Sexo masculino, nacido en el año 2003, con una edad de 8 años, cursa actualmente tercero primaria en un Colegio ubicado en la Colonia Florida, zona 19 de la capital, con residencia en Mixco. Su padre es Marcos que trabajaba como taxista y recientemente fue asesinado y su madre Erika se desempeña como agente de seguridad. Fue referido a la Clínica periférica por su abuela materna y quien indica el motivo de consulta.

La abuela refiere “que está muy triste, porque mataron a su papá hace 40 días y la mamá no lo quiere; porque es adoptado y lo trata muy mal” SIC.

### 3.5 Tipo de instrumento utilizado

#### 3.5.1 Test Proyectivo Persona Bajo la lluvia

Con este Test se obtiene información de una persona que se encuentra en condiciones ambientales poco favorables. Donde se proyecta que mecanismos de defensa utiliza.

Ficha Técnica del Test:

Administración: Individual / Colectiva

Población a que se le aplica: Niños y/o adultos

Consigna: “Dibuje a una persona bajo la lluvia”

Objetivos:

1. Evaluar ansiedad, temor, aspectos conductuales que se activan frente a una presión.
2. Diagnosticar que mecanismo de defensa predomina y como se adapta, así también la patología que puede presentar y el nivel de ansiedad.

### 3.5.2 La Observación

La observación es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en psicología, en la actualidad aún se utiliza. Observar significa advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y ponerlos por escrito (osea,dejar constancia de lo que ocurre) ayudándose de técnicas como registros estructurados y listas de cheque.

La observación se convierte en una técnica cuando cumple con un objetivo establecido, para así poder planificarla de forma sistemática y sujeta a comprobación de su validez.

Las ventajas y limitaciones que presenta son que se obtiene la información tal y como ocurre, ya que permite percibir formas de conducta no relevantes en los sujetos observados. Otra de sus ventajas es que se puede realizar una evaluación sin necesidad de la colaboración activa del sujeto implicado. Dentro de sus limitaciones se encuentran cuando hay ocasiones donde una conducta se presente en momento que decidimos observar por presentar factores que no se puedan controlar.

### 3.6 Tipo de Investigación

#### 3.6.1 Estudio de Casos

Es una técnica de la investigación cualitativa que implica el estudio de forma intensiva y profunda sobre un fenómeno o situación de interés que lleva un proceso sistemático de investigación que se caracteriza por el análisis detallado y descriptivo del caso que es el objeto de interés de la investigación. Existen diversos tipos de estudios de casos pero el que se utilizará es el Estudio de Casos Descriptivo, donde el informe que se presenta es sobre una situación existente como marco referencial, donde se han tomado los datos dependiendo de la naturaleza del caso estudiado. (Hernández, 1998)

Aplicaciones de los estudios de caso

Según Muñiz, (2010) en su Estudio de casos en la investigación cualitativa existen diferentes tipos de aplicación de los estudios de casos en los distintos campos profesionales hacieno la división siguiente:

- En la enseñanza. Los estudios de caso se han usado como recurso para enseñar a los nuevos maestros como evolucionan los estudiantes cuando se aplica un sistema de enseñanza o una técnica de estudio específica. También en medicina y en psicología se recurre a los estudios de caso como recursos didácticos para mostrar a los estudiantes las características de un caso clínico o la evolución de un paciente. (Muñiz, 2010)
- En el campo clínico. En medicina, salud pública, trabajo social y psicología se estudian casos clínicos para observar las características de un paciente, su evolución, su percepción de la enfermedad, sus reacciones emocionales ante el trastorno que padece, el impacto de la enfermedad sobre su existencia, su vida familiar, el efecto de un tratamiento, entre otros.(Muñiz, 2010)
- En la evaluación. Se diseñan estudios de caso para evaluar un sistema educativo, la organización de una empresa, la participación social en un grupo, entre otros. Todo esto desde la perspectiva de las personas específicas que forman parte de esos grupos, empresas o instituciones. (Muñiz, 2010)
- En el diseño de estrategias de intervención. Se diseñan estudios de caso para evaluar una intervención en un grupo, en una familia, en una escuela, en una empresa, entre otros. La evaluación de la intervención se lleva a cabo a partir de la perspectiva de las personas específicas que participaron en esa intervención. (Muñiz, 2010)

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

En la Clínica Periférica Primero de Julio donde se llevó a cabo la Practica V durante los meses de febrero a agosto 2012, se atendieron diversos trastornos psicológicos, donde se evidencia la necesidad de atención psicológica en la sociedad guatemalteca. Las siguientes gráficas muestran el porcentaje de pacientes atendidos según el trastorno diagnosticado, así como su incidencia según el sexo.

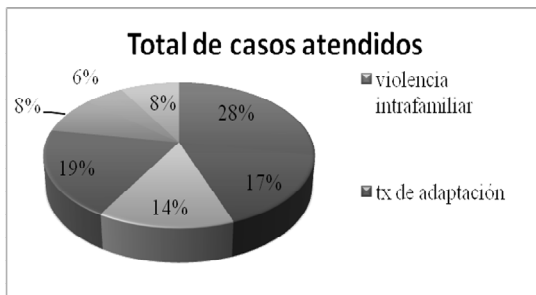
#### 4.1 Gráficas de la población

Gráfica No 1.

#### Casos Atendidos

Trastorno Diagnosticado	Total
Violencia intrafamiliar	10
Tx. de Adaptación	6
Tx. de Depresión	5
Tx. de Ansiedad	7
Tx. Negativista desafiante	3
Tx. de la Vinculación deshinbida	2
Tx. del inicio de la niñez y adolescencia sin especificación	3

Fuente: fuente propia



Fuente: fuente propia

Se observa en la gráfica No. 1 que el Diagnóstico de mayor incidencia fue la Violencia Intrafamiliar, ya sea por agresión física, verbal o psicológica.

Gráfica 2

### Trastornos atendidos en mujeres

Trastorno	mujeres
violencia intrafamiliar	8
tx de Adaptación	1
tx de Depresión	2
tx de Ansiedad	4
tx Negativista desafiante	0
tx de la Vinculación deshinbida	0
Tx del inicio de la niñez y adolescencia sin especificación	1

Fuente: fuente propia.



Fuente: fuente propia

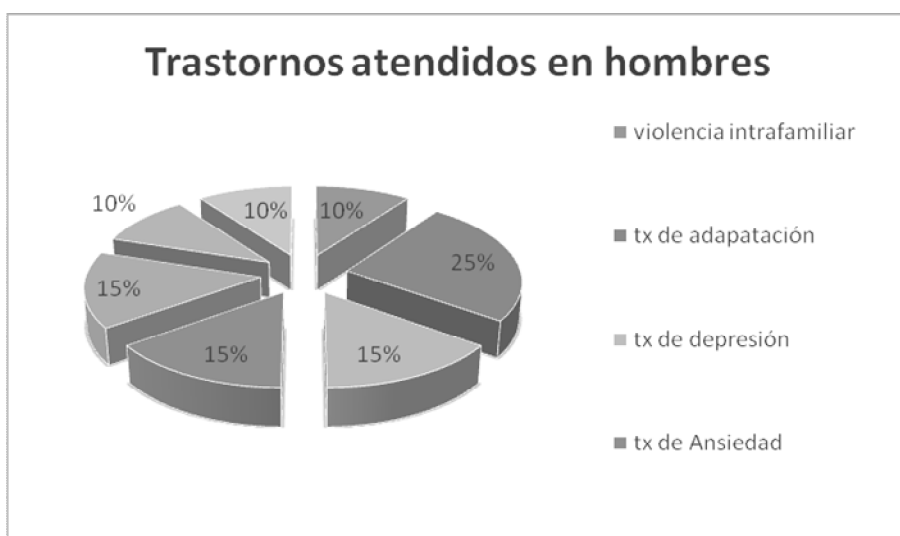
La gráfica no. 2 muestra que la violencia intrafamiliar afecta más a las mujeres que a los varones, teniendo que el 50 % de los casos femeninos atendidos sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar.

Gráfica No 3

### Trastornos atendidos en hombres

Trastorno	hombres
violencia intrafamiliar	2
tx de Adapatación	5
tx de Depresión	3
tx de Ansiedad	3
tx Negativista desafiante	3
tx de la Vinculación deshinbida	2
Tx del inicio de la niñez y adolescencia sin especificación	2

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

El Trastorno de mayor atención en el sexo masculino fue el de adaptación.

## 4.2 Presentación del caso

El paciente E.D.C.B. de sexo masculino con 8 años de edad, estudiante de tercer grado primaria, de familia mononuclear. Fue entregado en adopción por la familia y madre biológica a la comadrona que asistió el parto. Sus padres adoptivos M.R.C.G. que trabajaba como taxista y fue asesinado en el mes de febrero 2012 y su madre E.C.B.S. que trabaja como agente de seguridad y solo está 3 días a la semana en la casa por descanso. El paciente es un niño alegre, vivaracho, que sigue instrucciones y se encuentra consiente del espacio y tiempo, tiene un estado de vigilia abierta y atenta, maneja de forma adecuada su lenguaje. El paciente fue referido por su abuela materna M.B. inicio del proceso terapéutico: 15 de marzo 2012 donde el motivo de consulta fue: La abuela refiere, que lo lleva “está muy triste, porque mataron a su papá hace 40 días, y la mamá no lo quiere, porque es adoptado y lo trata muy mal, él le contesta con palabrotas y en el colegio le dan muchas quejas” SIC. Los síntomas fueron más frecuentes después que murió el padre adoptivo, pero desde tiempo atrás aproximadamente 3 años fueron más frecuentes ya que E.E. tiene muy mala relación con la madre adoptiva. La actitud de los familiares en relación con el problema del niño a sido que; la madre lo trata muy mal, razón por la que la abuela se hace cargo del niño. Ya que no tiene a otra persona que lo cuide y ella se siente responsable según lo expresa por a verlo recibido y entregado a su hija. Ha tenido tratamientos previos: Asistió en 2010, por primera vez ya que la maestra lo refirió por agresividad y conductas impropias, ya que pedía a sus compañeros le tocaran sus partes genitales.

La abuela refiere que E.D. fue un bebé grande y hermoso (SIC), por esa razón cuando se lo entregaron se lo llevo a su casa para poder entregárselo a unos buenos padres, según ella. Al conocerlo su yerno, le pidió que se lo diera porque sería el hijo que acaba de morir. Hablaron con la hija y ella aceptó criar al niño. E.D. fue inscrito como hijo nacido en parto normal. Durante los tres primeros años de vida fue atendido por su madre adoptiva pero siempre ella no logro tener un vínculo con el niño. En varias ocasiones le fue llamada la atención tanto por el esposo como por la abuela del niño; por tener descuidado al niño y que le gritaba mucho.

Al tener cuatro años aproximadamente las peleas entre los padres fueron mayores y de tono más fuerte. El padre adoptivo deja la casa. Según lo indica la abuela, al mismo tiempo le dijo a ella



que le “encargaba al niño, que él siempre iba ha estar pendiente de lo que necesitara.” A partir de ese momento la madre aumento su maltrato verbal y físico y el paciente se volvió rebelde, malcriado, agresivo con los demás, teniendo problemas conductuales en el Colegio. La abuela al ver como era el trato hacia el niño, se lo lleva a su casa. Desde ese momento ella asume el rol de madre. La madre de forma abierta lo rechaza y agrede con vocabulario poco apropiado. El niño ya sabe que es adoptado. Desde los 6 años de edad ha sido sancionado en el colegio al que asiste por comportamiento agresivo, maneja según indica la maestra un comportamiento agresivo.

Al poco tiempo de irse de la casa el padre adoptivo se une con otra mujer, provocando un mayor deterioro en la relación madre-hijo, por la simple razón que la madre culpa al paciente de todo lo que ocurrió. Eso ocurre hasta el día de hoy.

El padre mientras estuvo vivo se comunicaba con la abuela y estuvo pendiente de lo que necesitaba el niño. La primera búsqueda de ayuda psicológica no se logró por tener un mal comportamiento dentro de la clínica. Actualmente es la abuela quien asume todos los gastos referentes al niño, E.D. busca estar con la madre los días que tiene descanso pero es constantemente rechazado. Dice que está muy triste porque su papá también lo dejó.

#### 4.2.1 Informe Psicológico

Datos Generales:

Nombre: Estuardo C.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 15 de diciembre 2003

Edad 8 años

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Tercero primaria

Institución: Colegio Adventista La Florida

Religión: Adventista

Dirección: zona 11 Mixco Lo de Fuentes

Nombre del padre: Mario C. Falleció trágicamente asesinado en febrero 2012

Nombre de la madre: Elsa B.

Profesión: Agente de Seguridad

Referido por: La abuela materna Marcelina S.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 15 de marzo 2012

## Motivo de Consulta

La abuela refiere, que lo lleva “está muy triste, porque mataron a su papá hace 40 días, y la mamá no lo quiere, porque es adoptado y lo trata muy mal, le contesta con palabrotas y en el colegio le dan muchas quejas” SIC

## Historia Actual

El niño es adoptado, la abuela se lo entregó a su hija porque acababa de morir su único hijo y no puede tener más familia. La abuela es comadrona y los padres biológicos se lo entregaron en Escuintla. La madre rechaza constantemente al niño y lo hecha de la casa, el niño según indica la abuela busca que la madre apruebe lo que hace y al tener una respuesta negativa, cambia su actitud a agresiva. La madre tenía 2 años de estar separada de su esposo cuando fue asesinado, en ese momento él era conductor de taxi. La abuela es quien se hace cargo de su cuidado y alimentación, ya que la madre se va todo el día a trabajar. El niño recuerda con mucho cariño a su padre, porque lo iba a buscar, era con quien jugaba y lo llevaba de paseo, Estuardo hace referencia que cuando se fue de la casa el padre, es sentía que no lo quería nadie, porque “su papá verdadero lo regaló y su papá actual se va por culpa de él” pero que no es cierto, ahora sabe que siempre lo cuidó. Presenta conductas agresivas en el colegio por lo que constantemente le llaman la atención. El paciente refiere que extraña a su mamá y que lo trate bien. Las peleas son cada vez más frecuentes, la madre no quiere asistir a la terapia. La abuela está muy enferma y se preocupa que le vaya a pasar al niño si ella muere. El niño está pendiente de la salud de su abuela, y al saber que está enferma llora por las noches. El expresa que no quiere muera como su papá. Constantemente le pide que no se enferme.

## Historia Clínica

- Historia prenatal

No se conoce nada.

- Nacimiento

Nació en un caserío en Escuintla y le fue entregado por los padres a la comadrona, abuela del paciente.

- Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres.

No recuerda la información, por ser la abuela materna que informa los datos para ficha clínica.

- Evolución de lenguaje

No recuerda la abuela como fue su desarrollo.

- Desarrollo escolar

Inició su escolaridad a los 5 años, cursando párvulos y preparatoria, luego ingreso a la primaria en el mismo establecimiento. Indica la abuela que le es difícil seguir las normas del colegio, constantemente tiene peleas con sus compañeros. En el área académica tiene un desarrollo matemático de acuerdo al grado así como comprensión y entonación al leer. La abuela presenta informes del establecimiento educativo sobre su desempeño alto en las áreas mencionadas anteriormente, al igual que los informes y notas de llamadas de atención por su conducta agresiva con sus pares.

- Desarrollo social

Es querido por sus profesores, personas de la iglesia. Juega con diferentes niños pero sus juegos son violentos y agresivos. Estuardo busca ser abrazado y felicitado por las personas mayores y con sus iguales se torna violento. A los amigos no les importa su agresividad porque los compensa con regalarles aguas gaseosas o golosinas al finalizar el tiempo de juego.

- Historia Psicosexual

El paciente fue sancionado en preparatoria (6 años), porque le pedía sus compañeros le tocarán sus partes. Fue descubierto por la abuela viendo películas pornográficas.

- Historia médica

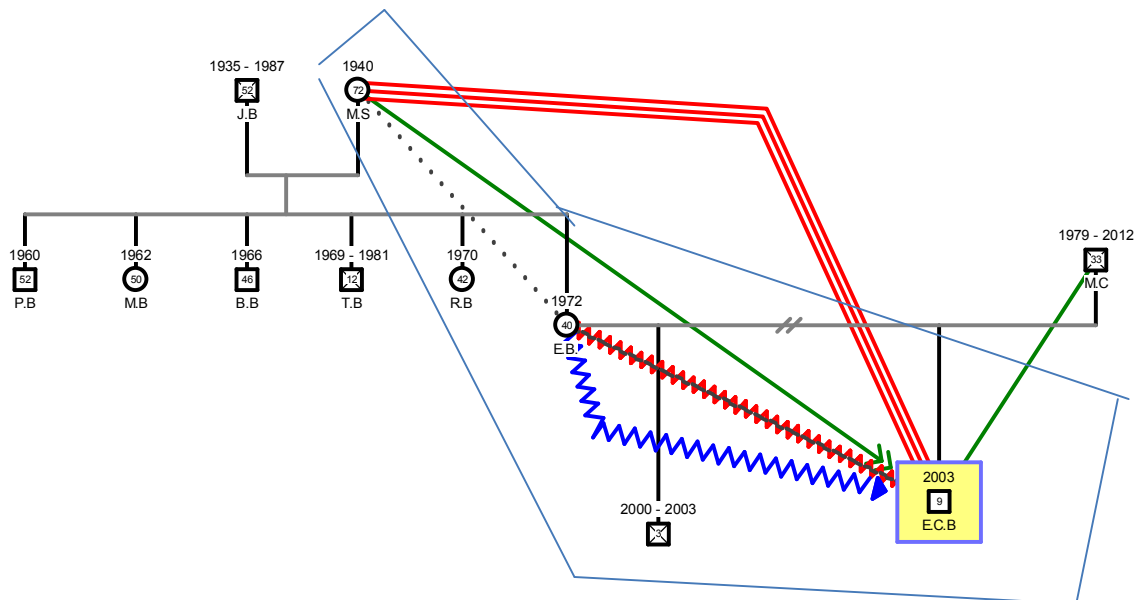
Ha presentado buena salud sin necesidad de hospitalizaciones.

- Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

Asistió por primera vez a la clínica de psicología en el 2010, referido por su maestra ya que era muy agresivo y tenía conductas impropias, al pedir a otros niños le tocaran sus partes.

## Historia Familiar

### Genograma



Fuente: Elaboración Propia

## Estructura familiar

La familia nuclear está compuesta por la madre adoptiva de Edwin y su abuela Marcelina que es quien lo cuida y se encarga de él. Su padre adoptivo dejó la casa aproximadamente hace dos años y fue asesinado a principio en el mes de febrero de este año. La abuela materna es quien ve por la alimentación, calzado, estudios del niño.

## Antecedentes familiares

Sus padres son adoptivos, ya que se lo entregaron a la abuela materna al momento de nacer. La abuela llevó al niño con su hija, debido a que había fallecido su único hijo de tres años, por diarrea. Durante los primeros 2 años de vida la madre adoptiva se encargaba de su cuidado, aunque no expresaba muestras de cariño, refiere la abuela. La madre lo rechaza constantemente y culpa de su mala relación con el padre, utiliza lenguaje grosero y soez al igual que los continuos castigos físicos al pegarle con cinturón. El padre murió en el mes de febrero víctima de un enfrentamiento entre ladrones. La madre llega muy poco a la casa ya que trabaja como agente de seguridad y no le gusta estar con el niño, lo trata mal y lo golpea. Durante sus días de descanso, el niño tomando el una actitud agresiva hacia los demás. La abuela e quien a tomado el rol de madre, por ver el mal trato que tiene el niño.

## Examen del Estado Mental

Su Nivel de conciencia: vigilia alerta. Y su aspecto en general es aseado con buena higiene personal, hace contacto visual. Su actitud ante la entrevista es inquieta y evasivo en algunas sesiones no en su mayoría. Deja que la Abuela hable. Su afecto se ve en sus expresiones faciales de estar enojado al mencionar a la madre, expresión que cambia cuando se habla del padre o cuando esta con la abuela. Su capacidad de atención es corta, se distrae con facilidad. Está orientado en tiempo y espacio y su lenguaje es fluido pero si dice algo de forma hostil eleva su volumen. Su lenguaje oral es comprensible y puede repetir frases sin dificultad. Tiene memoria remota e inmediata, no hay amnesia selectiva. Su juicio es práctico y razona lo que se le dice. Su pensamiento es coherente al expresarse. Logra hacer Insight, su humor ha mejorado según transcurre las entrevistas.

## Resultados de la Pruebas Aplicadas

Nombre de prueba	Fecha de aplicación
Test bajo la lluvia	17 de mayo 2012

### Test de la " persona bajo la lluvia"

Con este Test se obtiene información que indica que el paciente se encuentra en condiciones ambientales poco favorables y por lo que proyecta su falta de defensas ante su entorno.

El dibujo denota su agresividad y necesidad de ser reconocido, de igual manera la imposibilidad de controlar sus impulsos y agresividad por utilizar líneas en zigzag al realizar los truenos. El test proporciono datos como: tiene una actitud de enfrentar al mundo que se denota en la posición de la figura humana al estar de frente. La lluvia torrencial dibujada y las dos nubes indican la presión que recibe de sus figuras parenterales, en este caso abuela y madre. Al mismo tiempo el NO dibujar el paraguas se considera como falta de defensas y por ello es agresivo, ante la presión del exterior que siente. Por medio de estas proyecciones se diagnostica su ansiedad y miedo a estar solo, usando como mecanismo de defensa la agresividad contra otros, especialmente sus pares.

### Impresión Diagnóstica

Los niños que desarrollan una pérdida de vínculo de apego han vivido condiciones de vida extremas (hambre, aislamiento, falta de estimulación cognitiva, sensorial, afectiva, lúdica...) y/o muchos cambios de cuidadores, malos tratos físicos por lo que no han podido desarrollar una relación positiva, continua y estable en el tiempo de vida, con una figura adulta. Según los criterios de Diagnóstico del DSM IV TR lo asocian con la crianza patológica que adopta la

forma de desatención persistente a las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto. En el paciente se presenta por ser un niño donde constantemente es maltratado por la madre adoptiva.

El paciente ha desarrollado este trastorno en el tipo desinhibido porque busca suplir sus necesidades de afecto. El paciente presenta ansiedad y miedo a quedarse solo, ya que su abuela ha tomado la función de padre y madre alcanzando con ella un mayor vínculo, lo que hace experimentar malestares físicos como dolor de estómago y de cabeza, preocupación excesiva y cuando la abuela se enferma por temor a que muera y se quede solo. Por lo anteriormente mencionado llena los criterios de Diagnóstico según el DSM IV TR con el Trastorno de Ansiedad por separación. El paciente se sabe que es adoptado y la forma en que fue entregado. Su agresividad es respuesta a no saber cómo manejar la situación. Por lo tanto su reacción es primaria. Se le debe mejorar su autoestima y el manejo de su enojo e ira. Para poder recuperar su seguridad y valía personal.

### Diagnóstico Multiaxial

- EJE I:** F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la Infancia tipo desinhibido [313.89]  
F93.0 Trastorno de Ansiedad por separación [309.21]
- EJE II:** Z03.2 Sin Diagnóstico [V7109]
- EJE III:** Ninguno
- EJE IV:** Problemas relativo al grupo primario de apoyo; con la madre adoptiva y duelo por el fallecimiento del padre adoptivo. Presenta Z63.8 Problemas paterno-filiales (V61.20)
- EJE V:** 71-80 (actual)

## Recomendaciones

Se recomienda que la madre del paciente asista a sesiones individuales de terapia y luego realizar terapia sistémica con el niño para lograr restablecer el vínculo entre ellos. Realizar actividades donde la autopercepción del niño sea positiva mejorar su autoestima y así mismo usar las herramientas enseñadas en la terapia para manejar de forma adecuada las situaciones estresantes que le toca vivir. Que la abuela por ser la cuidadora del niño reciba atención psicopedagógica para poner establecer límites y reglas en la conducta agresiva del niño.

## Plan Terapéutico

Para el presente caso se utilizará técnicas del Método Gestáltico, como técnicas del Método Conductivo conductual. Por presentar dos tipos de trastornos como son el de vinculación con la madre y el de ansiedad de separación con la abuela adoptiva. Donde existen procesos de vinculación entre ambos en lo que a conducta se refiere. El paciente debe de aprender a conocerse a sí mismo para mejorar su autopercepción positiva y tener las herramientas necesarias para afrontar las situaciones que se le presenten por lo que se utiliza terapia directiva como es la cognitiva conductual donde aprenderá a manejar su enojo e ira. La terapia gestáltica servirá para reforzar su autoestima y comprender la relación que lleva con la madre adoptiva y su abuela adoptiva, la terapia gestalt tiene por objeto trabajar sobre el aquí y ahora, y establecer relaciones dinámicas entre el comportamiento, necesidades, deseos y carencias; provocando la toma de conciencia de la realidad que se vive y asumiendo la responsabilidad de sí mismo.



## Presentación del plan terapéutico

<b>Problema Clínico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Intervención y técnica</b>	<b>Observaciones</b>
<p>Problemas fiales entre madre-hijo, perdida de vínculo con madre adoptiva y duelo por padre adoptivo</p>	<p>Restablecer con la madre el vínculo afectivo, logrando así un mejor trato para el niño.</p> <p>Educación psicopedagógica a la abuela con respecto al trato con el niño y el adecuado manejo de límites en sus actitudes ante los demás.</p>	<p>Entre las habilidades que se trabajaran, está el saber escuchar, la expresión de quejas, la petición de favores, la resolución de problemas y el conocimiento de las condiciones adecuadas para comunicarse madre-abuela, madre-hijo, abuela-nieto.</p>	<p>Sesiones que asista acompañado por su madre y abuela.</p>
<p>Ansiedad por Separación</p>	<p>Desarrollar habilidades necesarias para afrontar</p>	<p>Centrarse en la terapia cognitivo conductual con la que se identificarán</p>	<p>Se realizarán sesiones donde se ayudará a tener herramientas que</p>

	situaciones estresantes que le producen y activan la ansiedad.	las creencias irracionales y sus patrones de pensamiento que se sustituirán por ideas realistas sobre las ideas recurrentes de preocupación ante la posibilidad de separación de abuela por la que se siente mayor apego.	pueda usar en sus actividades diarias.
Baja Autoestima	Restablecer sentimientos de confianza y respeto a si mismo	Se utilizarán diversas técnicas como gestálticas y conductivo conductuales para que logre desarrollar su autoestima y se valore así mismo.	Se trabajará con sesiones donde haya una autopercepción que llevará a a manejar su autoestima y alcanzar su valía personal

Fuente: Elaboración propia

## Objetivos, técnicas y recursos

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>
<p>Enseñarle a relajarse para manejar las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.</p>	<p>Relajación: es una respuesta incompatible con la ansiedad (no se puede estar relajado y ansioso a la vez) que sirve para afrontarla. Lo más habitual es emplear la Relajación Progresiva de Jacobson que se basa en ejercicios de tensión-distensión que muestran las diferencias entre relajación y tensión. Se utilizarán modelos que faciliten a su comprensión y aprendan el procedimiento de relajación usando materiales de aprendizaje como silbatos, globos, bolsas de papel, muñecos, entre otros.</p> <p>Otros métodos de relajación: la risa, el juego, la música, entre otros.</p>	<p>Ejercicio de respiración por medio de un globo, en clínica será con globo real y luego que aprenda a hacerlo de forma imaginaria, así aprenderá a controlar su ritmo al respirar.</p> <p>Para niños menores de 8 años las sesiones son más cortas, de unos 10-15 minutos para mantener su atención y no fatigarle, se usan instrucciones cortas y claras.</p>

<p>Aprender a diferenciar entre emociones y pensamientos de situaciones diarias que se presenten.</p>	<p>Imágenes emotivas: el niño ha de imaginar situaciones diarias donde participan sus personajes favoritos, lo cual genera emociones gratas.</p> <p>Progresivamente se dice al niño que imagine situaciones que le provoquen algo de ansiedad, para ir pasando a otras más angustiantes. Las emociones positivas del principio de la técnica tienen un efecto de inhibición sobre la angustia posterior.</p>	<p>Personajes de cine, televisión.</p> <p>Revistas, imágenes</p>
<p>El niño, la madre y su abuela encontrarán la diferencia entre lo racional e irracional.</p>	<p>Entrenamiento de los padres y la abuela y el niño en las técnicas operantes: donde fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del niño/a y a dejar de reforzar conductas agresivas y de temor, que hacen que se maneje la ansiedad en el niño de forma innecesariamente.</p>	<p>Se utilizarán ejemplos concretos para enseñarle a la familia la diferencia entre sus creencias racionales o irracionales</p>
<p>Buscar las causas que crean pensamientos y conductas perturbadoras y son reforzadas con castigos inadecuados.</p> <p>Establecer refuerzos positivos por medio de premios.</p>	<p>Autor registros que llevan un listado de que conducta realizó y que estaba pensando. Se establecerán límites</p> <p>Debemos ser claros en el establecimiento de los límites y en el cumplimiento de los castigos cuando se establecen, del mismo modo, se</p>	<p>El paciente tendrá un cuaderno en casa donde escribirá y llevará su registro.</p>

	<p>debe dar un soporte afectivo real, muestras de cariño y reforzamiento de acciones positivas, dedicándole el tiempo necesario la madre y no la abuela.</p> <p>El uso de cuaderno de Terapia: cuaderno de actividades (gestáltico)</p> <p>Que será el libro de su terapia. Cada página tendrá una frase a manera de enunciado escrita por el terapeuta donde se le pedirá al niño que dibuja o escriba y se le pide al niño que las realice. Al final de la terapia el niño se lleva el libro; lo que realice en el cuaderno hará que se sienta orgulloso de sí mismo este simple hecho elevará su autoestima.</p>	<p>Cuaderno en blanco de actividades, crayones, lápices, entre otros.</p>
<p>Identificar cual es el problema por medio de Arte terapia y descubrir las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos por lo que se le culpa.</p>	<p>Arteterpia, a través de ejercicios plásticos se tendrá la posibilidad de que el niño comunique sus preocupaciones, ilusiones, sueños, miedos, entre otros. La Arte terapia ayudará a que el paciente, también desarrolle un mayor autoconocimiento, respeto a otros, mejorar su autoestima que ayuda a la supresión del miedo a sentirse abandonado. Así como la tolerancia</p>	<p>Con dátilo pintura, usar primero manos y luego pies para hacer las huellas de cómo llegar a la regla de oro. (No hagas a otro lo que no te gusta que te hagan)</p> <p>Modelar en arcilla a</p>

	y aceptación de los diferentes sucesos ocurridos en su vida.	su familia.
Favorecer la expresión de sentimientos en torno a la pérdida: que hable del padre y comparta la pena	Cartel de Vida: Ayudar a enfrentarse a la pérdida favoreciendo que hablen de sus sentimientos y vivencias, permitiendo a que pueda hablar del padre como persona y su relación con él. Realización de carta de despedida.	Cartel con pliego de periódico y fotografías que llevará de casa. Además de revistas y periódicos.
Reorganizar los roles de la familia	Reorganización, que la madre y abuela asistan a recibir ayuda psicopedagógica para poder lograr cada una participar en el rol que le corresponde, así se logrará que se traspasen límites generacionales y cada una respete su rol, para beneficio del niño.	Entrevista y formatos de guía de reglas y límites

Fuente: Elaboración propia

### 4.3. Discusión de Caso

El presente caso se inició con el motivo de consulta donde la abuela refiere que “está muy triste, porque mataron a su papá hace 40 días, y la mamá no lo quiere, porque es adoptado y lo trata muy mal, le contesta con palabrotas y en el colegio le dan muchas quejas” SIC. Se inicio el proceso terapéutico con el paciente al realizar la historia clínica donde se fue vinculando que problema presenta hasta llegar al diagnóstico. Desde un inicio se pidió a la abuela adoptiva que debía asistir a las terapias la madre adoptiva del niño. Situación que no se dio por ello uno de los

objetivos principales era el restablecimiento de vínculo afectivo que no existe entre la madre adoptiva y el niño, por lo que esta fue una adopción fallida ya que la madre ante su imposibilidad de tener más hijos después de la muerte de su único hijo, acepto al paciente como hijo realizando una suposición de parto. Esto generó frustración en la madre y provocó que desde muy pequeño el paciente ha sufrido los malos tratos y no ha tenido un apego seguro, ni un vínculo afectivo con la madre adoptiva. Por lo que su percepción de sí mismo es negativa, provocando que su frustración afectiva sea manejada a través de la agresión a otros, en este caso a sus pares. El vínculo que tenía como familia era la relación con su padre adoptivo que murió, aunque su duelo, es menor que el sentirse no amado por su madre adoptiva.

Se trabaja las terapias desde la posición del niño ante su contexto de vida. Se inició la terapia con el objetivo inicial que aprenda a manejar sus emociones de enojo e ira por medio de ejercicios de relajación que lo ayudaran a afrontar sus momentos de ansiedad por la separación de la abuela o cuando se enoje o moleste con sus pares. La realización del cuaderno de actividades de L. Cornejo, hizo que se ubicara en su aquí y ahora y como podía actuar para resolver las situaciones que se le presentaron, de igual manera en la resolución de su duelo y cierre del círculo se trabajó un cartel de vida en honor al padre, donde el paciente pudo plasmar fotografías y escribirle a su padre como una despedida, haciéndolo tomar conciencia que el padre se fue de casa por problemas con la madre y no por culpa de él. Dentro de las terapias también se le dio una orientación a la abuela adoptiva como cuidadora para que existan límites y consecuencias cuando no se cumplan dichos límites, esto es por su permisividad con el paciente ante la violencia, agresión y maltrato que sufre con la madre adoptiva. Para terminar con las terapias se utilizó Arte-terapia como el modelado en arcilla al hacer figuras de animales formando familias y dátilo pintura donde realizó con las huellas de sus pies un cartel de cómo llegar a la regla de oro “No hagas a otro lo que no te gusta que te hagan”. Con el objetivo de trabajar la tolerancia y aceptación.

Se Diagnosticó Trastorno del Vínculo por sufrir ruptura entre el lazo afectivo de la madre y el paciente por causa de la frustración de la madre adoptiva de no poder tener más hijos y su mala calidad de atención. Donde sus síntomas se manifiestan por la agresividad e impulsividad a otros.

La abuela adoptiva y cuidadora del paciente indica que cuando la madre está presente el niño se torna agresivo con ella, indicando esto que lo que está haciendo es reafirmando la presencia física de la madre y su proximidad a ella, aunque peleen constantemente. El trastorno del vínculo ha derivado a una ansiedad por separación con la abuela adoptiva ya que por ser su cuidadora el apego se ha fortalecido con ella. Esto se debe a que la abuela ha enfermado de gravedad en varias ocasiones por lo que el paciente a nivel cognitivo se preocupa que pueda morir, en lo conductual no le gusta dormir en otra habitación, porque a la abuela le puede pasar algo, en lo somático constantes dolores de cabeza y estómago.

Dado lo anterior se trabajaron de forma holística diversos métodos y técnicas para poder dar la ayuda necesaria al paciente, dejando fortalecida la parte de su autopercepción y autoestima, como el manejo de límites por la abuela. Como primera recomendación, es la continuidad de su tratamiento terapéutico y asistencia de la madre al mismo.



## **Conclusiones**

- 1) La pérdida del vínculo afectivo con la madre adoptiva es la causa principal de la búsqueda de sentido de pertenencia del paciente.
- 2) los padres adoptivos pueden cubrir necesidades económicas, pero las consecuencias de un apego o vinculación no establecida en su momento, se presentan con conductas agresivas hacia otros o hacia ellos mismos.
- 3) El sentido de pertenencia se deriva de la identidad personal que se tiene por lo que la autoestima y valía personal son eje central de la identidad de cada individuo.
- 4) La psicoeducación a la cuidadora, logró que determinaran los límites y consecuencias que tiene (castigos) cuando realiza faltas de conducta y agresión a sus pares.

## **Recomendaciones**

- 1) El paciente debe seguir asistiendo a sus terapias acompañado de su cuidadora en este caso la abuela adoptiva materna e intentar que la madre inicie un proceso de ayuda psicológica.
- 2) La madre debe conocer el origen de la conducta del niño para que así exista comprensión hacia el niño y se logren generar espacios de comunicación entre ambos.
- 3) Realizar más actividades de acuerdo a la edad y sexo del niño para que pueda cambiar de ambiente y saber que le ha pasado de forma positiva.
- 4) Continuar con su cuaderno de actividades, volviéndolo un diario de emociones, para que exprese en él, lo que ha sentido durante el día y pueda ser una herramienta para entablar diálogo con la madre adoptiva y la cuidadora que es la abuela materna adoptiva. Donde podrán descubrir a la vez que le emociona y que le causa miedo.
- 5) Continuar con las reglas y límites puestos en mutuo acuerdo entre niño y abuela materna adoptiva, donde también se establecen las consecuencias a faltar a ellas. Sin tener agresiones físicas o verbales.

## Referencias

### Bibliográficas

- Cornejo, L. (1996) Manual de terapia Infantil Gestáltica. México Edit. Serendipity.
- Chapela, L. (1999) Familia, Cuadernos de población. México, D.F. Conapo
- Krasnapolski, N. (2005) Aspectos silenciados de la adopción. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina
- Muñiz, M. (2008). Estudio de casos en investigación Cualitativa. México Nuevo León.
- Oaklander, V. (1992) Ventana a nuestros niños, Terapia gestáltica para niños y adolescentes. Edit. Cuatro Vientos.
- Riso, W. (2006) Teoría Cognitiva, Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Argentina Edit. Norma.
- Worden, W. (1997) El tratamiento del duelo, Asesoramiento psicológico y Terapia. Edit. Paidós
- Velásquez, M (2012) Diagnóstico Institucional, Clínica Periférica Primero de Julio. Editorial Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Kaplan H. y Sadock B.(1990) Psiquiatría Clínica. Argentina. Edit. Colección de Manuales Médicos.
- Hernandez R., Fernández C. y Batista P. (2006) Metodología de la investigación. Mexico D.F. Mac GrawHill
- Hermosilla, M. (1989) Efectos psicológicos del abandono y su reparación mediante la adopción. Valparaíso, Chile. Universidad Católica de Chile
- Krasnapolski, N. (1997) Aspectos clínicos de la adopción. Relato en el XI Congreso de F.L.A.P.I.A., Chile

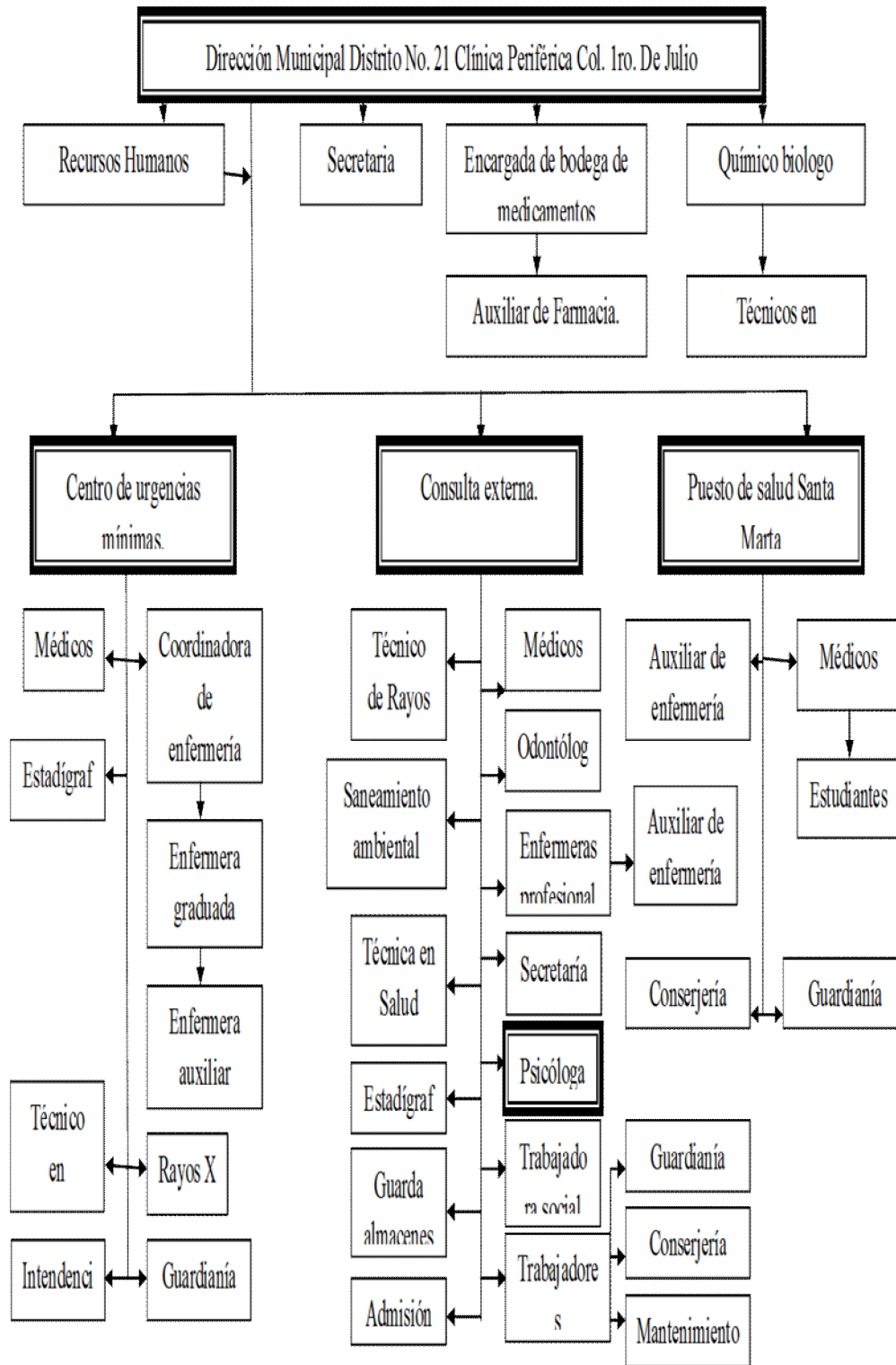
Internet

ILPEC GUATEMALA (2000) Adopción y Derechos del niño en Guatemala, Guatemala, UNICEF Recuperado: 20.10.2012 de [www.cna.gob.gt/portal/doc/adopcion\\_y\\_derechos\\_del niño.pdf](http://www.cna.gob.gt/portal/doc/adopcion_y_derechos_del_niño.pdf)

Mundaca, M. (2000). Factores que influyen en el apego y adaptación de niños adoptados, Revista de Psicología de la Universidad de Chile No. 1 (vol.IX) pag. 146-150. Recuperado: 20.10.2012 [www.revistapsicologica.uchile.cl/index.php/RDP/.../19585](http://www.revistapsicologica.uchile.cl/index.php/RDP/.../19585)

## **Anexos**

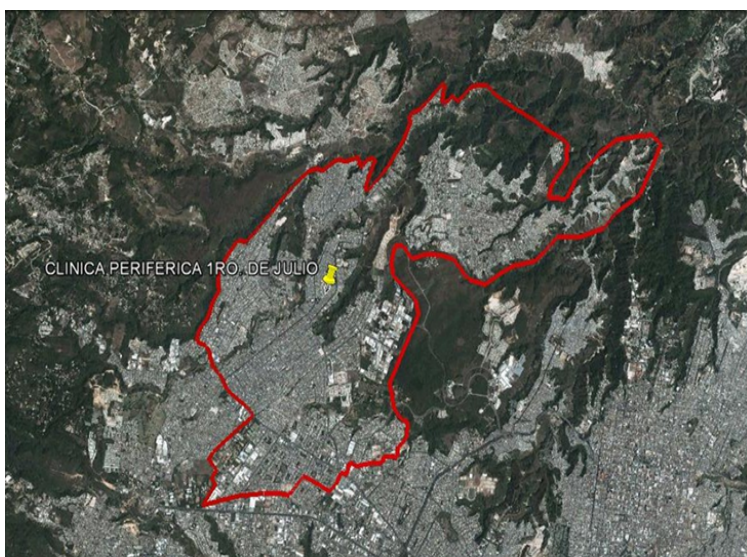
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



## Plano de Ubicación de la Institución



## Plano de la Zona Territorial que atiende la Clínica Periférica Primero de Julio



## Talleres impartidos en la Clínica Periférica Primero de Julio

### Planificación de Talleres

#### Taller no. 1

**TEMA:** Salud Mental

**No. DE SESIONES:** Una sesión por escuela atendida

**ESTUDIANTES RESPONSABLES:**

Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

**OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:**

Desarrollar en la comunidad educativa un programa de Salud Mental que permitan, a corto plazo, aumentar el éxito en su rendimiento escolar y disminuir abandono escolar, a largo plazo elevar el bienestar psicosocial, las competencias personales (relacionales afectivas y sociales) y disminuir daños en salud mental (depresión, suicidio, alcohol, drogas, conductas violentas).

**DIRIGIDO A:** Alumnos y Alumnas de 5to y 6to grado primaria (10 a 13 años) de Escuelas Piloto asignadas por el Centro de Salud. Padres de Familia y Maestros de grado.

<b>Objetivo Especifico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Desarrollar en la comunidad educativa donde funciona el programa comportamientos y relaciones efectivas, Promotoras de la salud mental y el	Pegar un cartel con el dibujo de un niño y una niña.	Pegar un cartel con el dibujo de un niño y una niña.	Carteles con figuras de niño y niña.	De 45 minutos a 1Hora	Nancy Enríquez
	Explicar a los niños que para ser felices se necesita la salud mental.	Entregar a los niños trozos de papel para que escriban. Preguntar a los niños: “¿Qué	Hojas de papel cortadas en pedazos pequeños Masking		Patricia Jaramillo Lissy Paz Mayari Velásquez



<p>auto cuidado.</p> <p>Proporcionar a los Educadores estrategias metodológicas que le permitan detectar, de manera efectiva, la diversidad de necesidades de sus alumnos y ambientes familiares.</p> <p>Permitirle a la población escolar (niños de 5to y 6to grado primaria) tener acceso a actividades de promoción de la salud mental. Paralelamente, desarrollar actividades preventivas para los alumnos con riesgo psicosocial, junto a sus profesores y familias.</p>	<p>Exponer los conceptos de salud mental y qué aspectos son necesarios para lograrlo. Entregar a los niños una hoja para que en ella dibujen sus manos y escriban que quieren dar y que desean recibir.</p>	<p>necesita el niño (a) para ser feliz?” En el papel que se les dio deben escribir lo que piensan que se necesita y pasar a pegarlo alrededor del Dibujo (pasar a unos 10 o 15 niños).</p> <p>Explicar a los niños que para ser felices se necesita la salud mental.</p> <p>Exponer los conceptos de salud mental y qué aspectos son necesarios para lograrlo.</p> <p>Entregar a los niños una hoja para que en ella dibujen sus manos y escriban: En la mano izquierda: qué esperan que hagan sus papás, maestros y amigos para ayudarlos a tener salud mental. En la mano derecha: qué</p>	<p>tape</p> <p>Hojas para que los niños elaboren su dibujo.</p> <p>Crayones y materiales reciclables.</p>		<p>Nancy Zepeda</p>
---	---	--	---	--	---------------------

		harán ellos para lograr estar sanos mentalmente.			
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

## Taller No. 2

**TEMA:** Autoestima

**No. DE SESIONES:** Una sesión por escuela.

**ESTUDIANTES RESPONSABLES:**

Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

**OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:**

Fomentar la integración, comunicación y socialización entre los participantes y coordinadores, así como iniciar el conocimiento de la autoestima. Desarrollar la capacidad de autoconocimiento de los aspectos positivos y negativos de su personalidad así como de las otras personas

**DIRIGIDO A:** Alumnos y Alumnas de 5to y 6to grado primaria (10 a 13 años) de Escuelas Piloto asignadas por el Centro de Salud. Padres de Familia y Maestros de grado.

Objetivo Especifico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Fomentar la capacidad de aceptar su forma de ser, sus habilidades y destrezas que le permitan obtener logros.	Dinámica de mi amiga María.  Pegar un cartel de lo que significa autoestima	La dinámica de mi amiga Maria, es llevar una muñeca y los alumnos pasan a decirle algo bonito, se piden 5 voluntarios. Luego lo mismo que le dijeron a la muñeca se lo deben decir a su	Materiales: Muñeca o un espejo Carteles Hojas de papel Masking tape Hojas para que los niños elaboren su test	45 minutos a 1 hora	Nancy Enríquez,  Patricia Jaramillo,  Lissy Paz,
Fomentar el manejo y el reconocimiento	Pegar un cartel con las preguntas que				Mayari Velásquez,

<p>de sus necesidades y valores. Así como la expresión de sus sentimientos y emociones que lo hagan sentirse orgulloso de</p> <p>Mejorar el nivel de autoestima en el área hogar de los niños que presentan problemas específicos de aprendizaje</p>	<p>se pueden hacer ellos para saber cómo se encuentra su autoestima.</p> <p>Entregar a los niños una hoja de papel para que las escriban, y hagan su propio análisis.</p> <p>Pegar otro cartel dándoles tips de cómo se puede mejorar su autoestima.</p> <p>Participación Activa</p> <p>Preguntar a los niños que aprendieron sobre que es autoestima.</p>	<p>compañero o compañera de la par.</p> <p>Pegar un cartel o hablarles de lo que significa autoestima.</p> <p>Pegar un cartel con las preguntas que se pueden hacer ellos para saber cómo se encuentra su autoestima.</p> <p>¿Sabes como se encuentra tu autoestima?</p> <p>Responde las siguientes preguntas:</p> <p>¿Te agrada ser como eres?</p> <p>¿Te amas a ti mismo?</p> <p>¿Te agrada verte al espejo?</p> <p>¿Tengo metas y objetivos para mi vida?</p> <p>¿Deseas tener éxito en la vida?</p> <p>¿Te respetas a ti mismo?</p> <p>¿Te elogias cuando haces bien las cosas?</p> <p>¿Te sientes bien con tu forma de ser?</p> <p>¿Aceptas cuando sabes que no tienes la razón?</p> <p>¿Se me facilita</p>			<p>Nancy Zepeda</p>
--	--	--	--	--	---------------------

		<p>hacer amigos? Piensa en tus respuestas y así sabrás en que te hace falta cambiar. O busca ayuda y orientación si lo crees necesario.</p> <p>Entregar a los niños una hoja de papel para que las escriban, y hagan su propio análisis.</p> <p>Pegar otro cartel dándoles tips de cómo se puede mejorar su autoestima. (tomarlo del trabajo escrito)</p> <p>Preguntar a los niños que aprendieron sobre que es autoestima.</p>			
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

### Taller No. 3

**TEMA:** Bullying

**No. DE SESIONES:** Una sesión por escuela atendida

**ESTUDIANTES RESPONSABLES:**

Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

**OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:**

Informar a los maestros de manera concreta, dinámica y ágil acerca de la problemática que involucra el acoso entre iguales (bullying). Para prevenir la violencia escolar, elaborando un plan integral de Mejora de Convivencia en los Centros Educativos que engloba medidas que palien las situaciones de violencia física o psíquica cuando se detectan.

**DIRIGIDO A:** Maestros de Centro Educativo Darío Gonzalez

Objetivo Especifico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Crear un espacio de reflexión, análisis y resolución de problemas acerca del bullying a través de imágenes, testimonios y dinámicas entre otros, para poder aplicar lo aprendido en sus experiencias	Dividir el grupo de maestros en 3 grupos  Entregarles un caso, para que lo resuelven ; y expongan  Video de Cartoon (You tube) Cartoon bullying 2.36 bullying  Explicación del Tema  Conceptos y Bullying en	Presentación de las expositoras  Dinámica rompe hielo  Se divide al grupo en tres y se les entrega un caso, para que lo resuelvan.  Se pide que lo guarden  Observaran un video, sobre un problema de bullying	Hojas de papel con el caso.  Cañonera  USB  Presentación en ppt.  Pizarrón  Marcadores	2 horas	Nancy Enríquez,  Lissy Paz,  Mayari Velásquez,  Nancy Zepeda

<p>personales.</p> <p>Conseguir que los jóvenes solucionen sus problemas hablando, además de que sean los propios alumnos los que medien a la hora de resolver situaciones.</p>	<p>Guatemala</p> <p>Se reúnen en grupos para estrategias a utilizar en la escuela</p> <p>Resolución de Dudas</p>	<p>En base a lo anterior se realizaron preguntas para saber que conocen del bullying.</p> <p>Se dividirá en <i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué es el bullying?</li> <li>- Causas que la originan.</li> <li>- Características del niño víctima.</li> <li>- Características del niño bullying.</li> <li>- Estrategias en la escuela para prevenir e intervenir en casos de bullying.</li> <li>-El Bullying en Guatemala</li> </ul> <p>Resolverán dudas</p> <p>Se reúnen en grupos y toman el caso nuevamente, lo resolverán ya con las herramientas que tienen.</p> <p>Exponen frente a todos, y así se van creando las estrategias para la escuela, en resolución de Bullying.</p>			
---	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

## Taller No. 4

**TEMA:** Violencia Intrafamiliar

**No. DE SESIONES:** Una sesión por escuela atendida

### ESTUDIANTES RESPONSABLES:

Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

### OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:

Brindar elementos y conocimientos necesarios sobre lo que es la violencia intrafamiliar, sus manifestaciones y consecuencias en la vida de las familias, padres e hijos.

**DIRIGIDO A:** Alumnos y Alumnas de 5to y 6to grado primaria (10 a 13 años) de Escuelas Piloto asignadas por el Centro de Salud. Padres de Familia y Maestros de grado.

Objetivo Especifico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Sensibilizar a docentes, padres, madres, niños y niñas sobre la importancia de convivir pacíficamente, evitando el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.	Observación de diferentes fotografías con imágenes violentas. Participación activa, respondiendo que observan Se les explica el concepto de violencia y tipos de violencia.	Observaran las imágenes Se escribirá en el pizarrón sus comentarios. Explicación de que es la Violencia y los diferentes tipos. Se les explica de forma específica la Violencia Intrafamiliar.	Materiales: Fotografías de diferentes tipo de Violencia domestica Carteles Hojas de papel Masking tape Periódicos y revistas Papelógrafos	1 hora	Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda
Fomentar la capacidad romper el ciclo de la violencia	Ejemplo del ciclo de la violencia con una cola	Se pide que participen dos			

<p>buscando la ayuda necesaria</p> <p>Mejorar el nivel de autoestima en el área hogar de los niños que presentan problemas de violencia.</p>	<p>elástica.</p> <p>Resolver Dudas</p> <p>Elaboración de mural con el tema NO a la Violencia Intrafamiliar</p>	<p>personas y se les da una cola elástica, donde deben estirla lo mas que pueden.</p> <p>Los que observan expresan que ven.</p> <p>Se explica el ciclo de la violencia.</p> <p>Se resuelven dudas</p> <p>Se les motiva a romper el ciclo</p> <p>Elaboraran un mural de No a la violencia intrafamiliar con recortes.</p>			
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia



## Taller No. 5

**TEMA:** Educación sexual, noviazgo, I.T.S y SIDA

**No. DE SESIONES:** Una sesión por escuela atendida

### ESTUDIANTES RESPONSABLES:

Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

### OBJETIVO GENERAL DEL TEMA:

La Educación Sexual incluyen la adquisición de conocimientos, como el respeto, y la estructuración sana de la identidad, la formación de un sistema de valores sexuales que permita la libertad y la coherencia en las conductas cotidianas, el aprendizaje de acciones determinadas para la prevención .

**DIRIGIDO A:** Alumnos y Alumnas de 5to y 6to grado primaria (10 a 13 años) de Escuelas Piloto asignadas por el Centro de Salud. Padres de Familia y Maestros de grado.

Objetivo Específico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Tener un conocimiento de la anatomía y la fisiología de los aparatos genitales femenino y masculino, y relacionarlo con la conducta sexual y sus consecuencias (enfermedades.).	Dinámica Rompe hielo, no debes reírte. Carteles mostrando a una niña /o con sus diferencias anatómicas  Observación de los mismos  Marcar las diferencias con flechas de color  Explicación de la Sexualidad y enfermedades de trasmisión	Se piden voluntarios 6 máximo. Jugarán serio deben hacer reír al otro, quien no se ría, gana.  Observaran las imágenes  Se escribirá en el pizarrón sus comentarios.  Se iniciará la explicación del tema marcando con flechas de colores las diferencias entre hombre y mujer	Materiales: Carteles Pliegos de papel periódico Hojas de papel Masking tape Periódicos y revistas	1 hora	Nancy Enríquez, Patricia Jaramillo, Lissy Paz, Mayari Velásquez, Nancy Zepeda

<p>Conocer las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y el VIH (SIDA).</p> <p>Promover la autoestima en la relaciones de noviazgo, proporcionando elementos para apreciar y respetar el propio cuerpo y el del otro, y entender y respetar las diferencias de aspecto físico entre las personas</p>	<p>sexual.</p> <p>Dinámica del punto en el papel.</p> <p>Explicación del VIH y Sida</p> <p>Elaboración de collage de lo que mas les llamo la atención</p> <p>Resolver dudas</p>	<p>Se les explicará que es una enfermedad de transmisión sexual,</p> <p>Luego se les da un papel en blanco y se les pide que deban pedirles a sus compañeros que les hagan un punto en el papel.</p> <p>El que junte más puntos gana. Con esta dinámica se inicia el tema de VIH.</p> <p>Explicando que así de fácil y rápido puede haber contagio de enfermedades y se habla del VIH.</p> <p>Se resuelven dudas</p> <p>Realizan en papelógrafos un collage por grupo, sobre que fue lo que más les llamo la atención.</p>			
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

## Fotografías de talleres impartidos

