

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs–

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS
MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS
NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No.845”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR:

LUISA ZUCELY GUAMUCH ARCHILA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2017

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

LICENCIADA KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITH FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

PABLO JOSUE MORA TELLO

MARIO ESTUARDO SITAVÍ SEMEYÁ

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.019-2017
CODIPs.2193-2017

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

27 de octubre de 2017

Estudiante
Luisa Zucely Guamuch Archila
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8º) del Acta SETENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (75-2017), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de octubre de 2017, que copiado literalmente dice:

“**QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No. 845”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Luisa Zucely Guamuch Archila

CARNÉ: 201115285

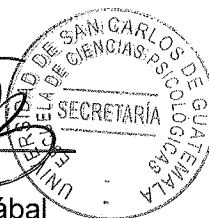
CUI:2155-59916-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa María González Chamalé y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez Ramos. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UG-480-2017

Guatemala, 25 de octubre de 2017

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM



Señores Miembros:


Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, lo estudiantes **LUISA ZUCELY GUAMUCH ARCHILA, CARNÉ NO. 2155-59916-0101 y Registro de Expediente de Graduación No. L-22-2016-C-**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado Examen Técnico Profesional Privado respectivamente.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No. 845"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 18 de octubre del año en curso.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,


M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucía G.
CC. Archivo

ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.



INFORME FINAL

Guatemala, 19 de octubre de 2017

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Helvin Velásquez Ramos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No. 845”.

ESTUDIANTE:
Luisa Zucely Guamuch Archila

CARNE No.
2011-15285

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 18 de octubre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 18 de octubre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 085-2017
REG. 019-2017

Guatemala, 19 de octubre de 2017

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No. 845”.

ESTUDIANTE:
Luisa Zucely Guamuch Archila

CARNÉ No.
2011-15285

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 18 de octubre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 31 de julio del 2017

Licenciado
Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de investigaciones de Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”


Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado: **“Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en las Manifestaciones Psicosomáticas del Aparato Digestivo de Niños en Edad Escolar en la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.”** Realizado por la estudiante Luisa Zucely Guamuch Archila , carné: 201115285.

El trabajo fue realizado a partir del 2 de mayo del 2016 al 27 de julio del 2017.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de investigaciones en Psicología , por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente:


Licenciada Rosa María González Chamalé
Profesor Titular II
Licenciada en Psicología
Colegiado No. 8226
Asesora de Contenido

Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.
9na. Avenida 19-13 zona 10 de Mixco

Guatemala, 28 de julio del 2017

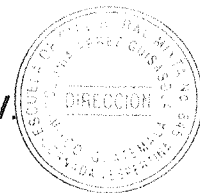
Licenciado
Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de investigaciones de Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Luisa Zucely Guamuch Archila , carné 201115285 , realizo en esta institución 10 test de la figura humana, 10 anamnesis ,entrevista a los profesores de los alumnos de la muestra y trabajo terapéutico con los 10 alumnos, como parte de su trabajo de investigación titulado : **“Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en las Manifestaciones Psicósomáticas del Aparato Digestivo de Niños en Edad Escolar en la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.”**En el período comprendido del 2 de mayo al 27 de julio del presente año en horario de 13:00 a 18:00 horas .

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio a nuestra institución .

Sin otro particular, me suscribo.


Licenciada Eulalia Castro Saguach de Ixcot
Directora de la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.
Teléfono: 56329919



PADRINOS DE GRADUACIÓN

ROSA MARÍA GONZÁLEZ CHAMALÉ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 8226

KAREN ALEYDA TRUJILLO ARCHILA DE GARCÍA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 8666

DEDICATORIAS

Acto que dedico:

A DIOS: Por haberme dado la fortaleza y la vida para llegar hasta este punto de mi vida.

A MI MADRE: Por su guía, su amor por haber sido y seguir siendo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

A MI PADRE: Por su apoyo y todo su amor.

A MIS HERMANOS: Yanira, Karen, Luis y Santiago, por ser mis compañeros en los momentos buenos y malos de la vida y a mi hermana Yanira, no sólo por ser mi hermana sino mi mejor amiga.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Mily, Marina, Yenci, Renato, Ma. Del Carmen, Valeria, Rita, Juan Carlos, Stephania, Marielos, Rosana, Carlos, por confiar en mí y porque sin ustedes, mi estadía en la universidad no hubiese sido igual.

A MI PSICOLOGO Y AMIGO: Victor Comparini Estrada, no solo por ayudarme a crecer como persona, sino por ser mi maestro e inspirarme para ser una buena psicóloga.

A MI ABUELITA: (Q.E.P.D) por haberme querido mucho.

.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos y a la Escuela de Ciencias Psicológicas, por ser mi casa de estudios por más de cinco años.

A mis catedráticos por haberme formado a lo largo de la carrera, en especial a la licenciada Rosa María González, por haber sido mi supervisora, asesora y docente.

A la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V. Especialmente a los niños que ahí estudian , a sus padres y sus maestros, porque sin ellos no hubiese sido posible este trabajo, también a la directora del plantel; licenciada Eulalia Castro por su disponibilidad y haberme permitido llevar a cabo todo el proceso de investigación.

A mis compañeras y compañeros de trabajo por siempre apoyarme a lo largo de mi carrera y creer en mí, en especial a la profesora Ada Maritza Méndez.

A usted, por compartir conmigo este momento tan especial.

ÍNDICE

Resumen
Prólogo

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1. 1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Marco Teórico.....	7
1.2.1. El Contexto Social de Guatemala.....	7
1.2.2. Influencia del Contexto Social en la Escuela.....	8
1.2.3. La Familia.....	9
1.2.4. La Infancia.....	13
1.2.5. Necesidades de la Infancia.....	14
1.2.6. La Personalidad.....	16
1.2.7. Desarrollo de la Personalidad.....	18
1.2.8. Etapas del Desarrollo de la Personalidad Según Wallon.....	18
1.2.9. Las Manifestaciones Psicossomáticas.....	19
1.2.10. Manifestaciones Psicossomáticas en la Infancia.....	21
1.2.11. Características de las Manifestaciones Psicossomáticas.....	24
1.2.12. Las Manifestaciones Psicossomáticas del Aparato Digestivo En Niños en Edad Escolar.....	26
1.2.13. Tratamiento de la Manifestación Psicossomática Según el Enfoque Cognitivo Conductual.....	29
1.2.14. Terapia Cognitivo Conductual en Niños.....	30

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos

2.1. Enfoque y Modelo de Investigación.....	32
---	----

2.2. Técnicas.....	32
2.2.1. Técnicas de Muestreo.....	32
2.2.2. Técnicas de Recolección de Datos.....	32
2.2.3. Técnicas de Análisis de Datos.....	33
2.3. Instrumentos.....	34
2.4. Operacionalización de Objetivos.....	43

CAPÍTULO III

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

3.1. Características del Lugar y la Muestra.....	45
3.1.1. Características del Lugar.....	45
3.1.2. Características de la Muestra.....	45
3.2. Presentación y Análisis de Resultados.....	46
3.3. Análisis General.....	62

CAPÍTULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones.....	65
4.2. Recomendaciones.....	67
Bibliografía.....	68
Anexos.....	71

RESUMEN

A continuación se presenta el trabajo titulado :“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA No. 845”

Por: Luisa Zucely Guamuch Archila

El siguiente trabajo de investigación pretende “Aportar conocimiento sobre la terapia cognitivo conductual en el abordaje de las manifestaciones psicosomáticas en niños escolares de la ciudad de Guatemala.” Así como: Determinar la existencia de manifestaciones psicosomáticas del aparato digestivo en los niños de la Escuela No. 845 J.V. Establecer las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicosomáticas en niños de la escuela No. 845 J. V. Comprobar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en las manifestaciones psicosomáticas del aparato digestivo.

El problema se ubica en la Psicología de la Salud por el abordaje de los síntomas psicosomáticos de la población estudiada. En el campo de la salud se ha tomado una tendencia a ver la enfermedad como causa en sí misma, esta orientación ha venido produciendo postulados y sugerencias prácticas sobre el ejercicio de la salud en psicología, de tal manera que el paciente sea considerado como una persona completa, con todo lo que esto implica desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y preventivo. La investigación planteada hace referencia a que ciertos niños en edad escolar, presentan sintomatología común al no poder expresar sus emociones de una manera adecuada, provocando una disfunción de algún órgano, en este caso, hablamos específicamente de lo digestivo. Se usó un muestreo no aleatorio, muestra de: 10 niños (ambos sexos) con alguna manifestación psicosomática del aparato digestivo, durante el año 2017. En primera instancia se utilizó la observación para tener una mayor sensibilidad al descubrir elementos y factores importantes del ambiente que rodea a los niños y que pudieron estar relacionados con el problema de investigación: las manifestaciones psicosomáticas del aparato digestivo. Esta investigación se abordó desde un enfoque cualitativo con una metodología cualitativa. Los instrumentos utilizados fueron: la observación, el test de la figura humana y la historia clínica, posteriormente se diseñó un plan de tratamiento utilizando la terapia cognitivo conductual para su posterior aplicación y sistematización de los resultados. Después de interpretar dichos resultados se concluyó que la terapia cognitivo conductual es efectiva en el tratamiento de las manifestaciones psicosomáticas en niños de 8 a 12 años que asisten a la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.

PRÓLOGO

La dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia, fruto de inmadurez cognitiva, está considerada como uno de los factores que influyen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos, esto es una reacción emocional defensiva e instantánea que actúa como resultado de las situaciones que atacan la seguridad personal del niño, inicialmente ejerce una función protectora contra el peligro para que pueda adaptarse a diferentes situaciones de la vida, sin embargo, cuando esta respuesta emocional pierde su función, se convierte en ansiedad.

En este tipo de problema, es necesaria la intervención del psicólogo porque la atención psicológica actual está encaminada a la recuperación e integración óptima del paciente y esto se hace a través de las terapias adecuadas que tengan resultados efectivos según sea la situación, investigaciones desarrolladas a lo largo de los años avalan la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de diversos trastornos y/o afecciones, tal es el caso de dicha terapia en niños, que ha tomado auge en los últimos años.

El propósito de esta investigación fue aportar conocimiento sobre la terapia cognitivo conductual en el abordaje de las manifestaciones psicósomáticas en niños escolares de la ciudad de Guatemala. Dentro de las implicaciones prácticas se pretende establecer las características y directrices básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicósomáticas en niños, así como comprobar la efectividad de dicha terapia.

Actualmente en Guatemala, las escuelas primarias públicas no cuentan con espacio psicológico dirigido a la atención de niños con problemas emocionales, tal es el caso de la “Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.” ubicada en zona 10 de Mixco, que al ser una institución estatal financiada y regida por el Ministerio de Educación y que atiende a niños de las colonias y asentamientos aledaños de bajos recursos, está encaminada a cubrir las necesidades más básicas de los estudiantes y de la institución, en esta oportunidad, los niños con este tipo de manifestación serán beneficiados con un tratamiento específico para el problema tratado. Así que este estudio puede dar la pauta a otros psicólogos para diseñar o adaptar las técnicas que se utilizarán en el tratamiento de las mismas en temas y problemáticas afines.

Entre los alcances de esta investigación, se puede mencionar la aplicación práctica de esta y el beneficio directo que tuvo para la muestra y esta por ser una muestra pequeña, se pudo monitorear de una forma más personalizada. Las limitaciones que se tuvieron fueron un espacio adecuado en la escuela para la aplicación y en ocasiones, la poca colaboración de los padres por diferentes motivos, ejemplo, padres sobre trabajados.

Al concluir con la aplicación de este proyecto se agradece a la directora del establecimiento por la oportunidad brindada y disponibilidad para la realización del mismo, a los profesores y profesoras de los niños por su colaboración y dar espacio para el trabajo a pesar de sus actividades planificadas; a los niños con los que se trabajó por su apertura y aceptación al responder al tratamiento ya que sin ellos no hubiese sido posible esta investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema a investigar fue: “Las manifestaciones psicosomáticas del aparato digestivo de los niños de 8 a 12 años de la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V.” durante el año 2017.

La investigación planteada hace referencia a que ciertos niños en edad escolar, en la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V. de zona 10 de Mixco, presentan cierta sintomatología común al no poder expresar “normalmente” o de una manera “correcta” sus emociones, provocando una disfunción de algún órgano, en este caso, hablamos específicamente de lo digestivo manifestado con cólicos, vómitos, diarreas, caprichos alimenticios, anorexia, obesidad, abdominalgias, gastritis, entre otras.

Para explicarlo, en un sentido general, se entiende que la "somatización" se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas físicos que son erróneamente atribuidos a una enfermedad orgánica.

Refiriéndose a las clasificaciones actuales, la mayoría de los niños que presentan dichas manifestaciones no reúnen síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de las clasificaciones estandarizadas para llamarlo “trastorno”, presentando un número menor de síntomas que no pueden ser explicados totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático, no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida y a veces siendo algunos de los criterios requeridos inapropiados o infrecuentes en la infancia .

En este sentido, el único dato que puede evidenciar u orientar es la relación temporal entre el síntoma físico y determinados acontecimientos vitales estresantes.

Las manifestaciones digestivas son los trastornos de mayor prevalencia en la etapa escolar, entre los 7 a los 12 años. Méndez y Pedreira (2002) siendo las abdominalgias (dolores abdominales) un síntoma muy frecuente. Entre los desórdenes digestivos con más incidencia en escolares según observaciones y referencias de los docentes están: diarrea, dolores abdominales, estreñimiento, colitis, colon irritable, úlceras digestivas pépticas, náuseas y vómito, gastritis y reflujo del esófago, conductas alimentaria desviadas como: anorexia, bulimia o pica (poco frecuente), obesidad y caprichos alimenticios

Se dice a menudo que la manifestación de una somatización en el aparato digestivo está ligada a un estado de tensión, ansiedad aguda, por ejemplo situaciones en que el niño o el adolescente están sometidos a un alto nivel de estrés del entorno, problemáticas de su vida afectiva.

En este tipo de reacciones psicósomáticas en la infancia, desde un enfoque médico el componente emocional es visto como un factor de agravamiento del síntoma físico y no como causa principal de este. Es necesario tomar en cuenta que la salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Desde la perspectiva psicológica, el problema se abordará desde un enfoque cognitivo conductual, buscando las características básicas de dicho tratamiento en las manifestaciones psicósomáticas en niños y su efectividad en el tratamiento de las manifestaciones estudiadas, partiendo de la teoría cognitivo–conductual en la que se deben detectar las creencias sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud, reemplazándolas por pensamientos más adaptativos

Con lo anteriormente planteado, se dio respuesta a las siguientes preguntas surgidas: ¿Cuáles son las manifestaciones del aparato digestivo más frecuentes en los niños en edad escolar? ¿Existen manifestaciones psicósomáticas del aparato digestivo en los niños de la escuela No. 845?

¿Cuáles son las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicósomáticas en niños? ¿Tiene la terapia cognitivo conductual efectividad para el tratamiento de las manifestaciones psicósomáticas en niños?

1.1. MARCO TEÓRICO

1.2.1 El Contexto Social de Guatemala

Guatemala es un país multiétnico, multilingüe y multicultural. En su territorio viven los pueblos maya, garífuna y xinca, los cuales representan a más de la mitad de la población. Frente a estas poblaciones, una minoría blanca concentra todo el poder ejerciendo un importante papel en los aspectos económicos, culturales y políticos del país. En esta inequidad es donde la población menos afortunada sufre una exclusión social, a todos los niveles.

Las mujeres corresponden el 51.1% de toda la población, siendo los hombres el 48.9%. De toda la población el 53.9% vive en el área rural, constituyéndose mayoritaria en comparación con la población urbana (46.1%). En cuanto a grupo étnico, a la población indígena corresponde el 41.0%, siendo la no indígena el 59.0%.

Guatemala sigue siendo un país predominantemente rural, de población joven y con altos porcentajes de pobreza total (57 %). Un 21.5 % de la población se encuentra en pobreza extrema que no alcanza a cubrir el costo del consumo mínimo de alimentos. Un 35.5 % corresponde a pobreza no extrema, que sí alcanza a cubrir el consumo mínimo de alimentos

En los últimos años la niñez se ha beneficiado de ciertos progresos en las esferas de salud y educación, a pesar de ello, la inversión social en Guatemala sigue siendo una de las más bajas de América Latina, lo que dificulta que el país desarrolle programas sociales significativos.

Las niñas, los niños y adolescentes conforman más del 50% de la población guatemalteca. El 50% de la población menor de 18 años (alrededor de 3,7 millones de los niños, niñas y adolescentes) vive en

la pobreza. La situación es radicalmente peor en las zonas rurales e indígenas, donde el 76% y el 80%, respectivamente, vive en la miseria. A pesar de la gratuidad de la educación decretada por el gobierno en el año 2008, la retención, deserción y repitencia escolar siguen siendo problemas graves en el ámbito educativo, a lo que hay que agregar la débil infraestructura escolar con la que debe atenderse a los niños y niñas.

La escasez de recursos financieros para los gastos del hogar y la consecuente incorporación del menor al mundo laboral son algunas de las principales razones por las que las niñas y niños no avanzan en su trayectoria educativa y no pueden romper con el ciclo de pobreza en el futuro. En el área rural el niño y la niña, se incorpora a labores familiares o de generación de ingresos desde temprana edad, lo que provoca que no concluyan su nivel primario, o en todo caso no accedan al sistema de educación.

1.2.2. Influencia del Contexto Social en la Escuela

El funcionamiento del sistema educativo tiene también una notable influencia en los niveles de calidad educativa y bienestar escolar. La inversión en educación (gasto por alumno). Los recursos existentes, (insumos necesarios) el apoyo a las familias, los criterios de admisión de los alumnos en las escuelas, el número de alumnos por aula, la formación y motivación de los profesores, las facilidades para que los alumnos prosigan sus estudios, los materiales disponibles en el aula y los criterios de evaluación establecidos, son condiciones generales que tienen mucha relación con los resultados que obtienen los alumnos.

El ambiente de la familia y su compromiso con la escuela tienen una indudable repercusión en el progreso educativo de los alumnos. Los recursos familiares, su nivel de estudios, los hábitos de trabajo, la

orientación y el apoyo académico, las actividades culturales que se realizan, la estimulación para explorar y discutir ideas y acontecimientos y las expectativas sobre el nivel de estudios que pueden alcanzar los hijos, son factores que tienen una influencia muy importante en la educación de los alumnos y su bienestar general

1.2.3. La Familia: El Sistema Familiar en la Manifestación Psicosomática

El sistema familiar juega un papel primordial en la niñez, al paradigma sistémico se le atribuye que haya contextualizado la “manifestación psicosomática” y atribuirle una razón de ser en el “sistema familiar”, según (Onnis, 1996) dicho sistema es elegido por dos razones:

La primera razón reside en la consideración de la familia como contexto primario de aprendizaje, de experiencia, de diferenciación e individuación, con una clara circularidad entre el paciente, su síntoma y la familia. La segunda razón se basa en las intersecciones de diferentes planos y niveles que confluyen en la familia: historias individuales y colectivas, valores, mitos, pasado y presente, etc.

De todo ello se extrae que el síntoma tiene un significado simbólico dentro de una metáfora familiar, ya que sintetiza reglas y características del sistema familiar. Tanto es así que, posiblemente, el cuerpo del paciente y la familia hablen el mismo lenguaje, esa interacción, entre paciente, síntoma “psicosomático” y sistema, no se da con tanto énfasis en otro sistema que no sea la familia. (Onnis, 1985, p.188).

Minuchin y Fishman, (1984, p.22) proponen varios tipos de familia que serán descritas a continuación, cabe mencionar ciertos conceptos

básicos para entender su clasificación: El “paciente identificado” PI es, según Minuchin, el miembro de la familia que porta el síntoma, al que se designa como necesitado de ayuda. Sin embargo, el PI es sólo una parte de la familia. Cada subsistema, incluso dentro de él, cada individuo, tiene su jerarquía. Los padres ejercen mayor control, mayor mando, que los hijos por ejemplo. Los subsistemas también marcan qué roles y qué funciones cumplen cada miembro de la familia, teniendo que haber notables diferencias en ello para un correcto funcionamiento de la dinámica familiar.

Según Minuchin, el PI, el portador del síntoma, no es sino una manifestación de toda la estructura de la familia: cómo la familia ha fijado los límites, cómo se comunican los diferentes miembros, qué reglas siguen, cómo han establecido la jerarquía, etc. Producto de una estructura disfuncional, emerge el PI con su síntoma.

Minuchín y Fishman distinguen diez tipos de familias:

- Familias de pas de deux

Estas familias están compuestas por dos personas. En este tipo de familia se presenta el síndrome del nido vacío ya que en la mayoría de casos los hijos han dejado el hogar y se quedan los dos ancianos solos; otro caso de este tipo de familia es el que está constituido por un progenitor y un hijo adulto.

- Familias de tres generaciones

Este tipo de familia es considerada como la más común en todo el mundo la misma está compuesta por madre, abuela e hijo los mismos que mantienen una estrecha relación entre ellos, en esta familia es importante saber cuáles son sus diferentes funciones y al mismo tiempo conocer su organización jerárquica y aclarar los límites que se presentan entre los subsistemas.

- Familia con Soporte.

Este tipo de familia era muy común hace años atrás donde esta era muy extensa y los hijos mayores adoptan responsabilidades de los padres, el ordenamiento de las familias con soporte funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental están definidas con claridad por los padres y no rebasan su capacidad considerando su nivel de madurez ya que a esa edad un niño necesita de protección y cariño de sus padres, a su vez cuando las responsabilidades son demasiadas los niños parentales contraen síntomas y se ven reflejados dentro de la estructura familiar cuando son adolescentes.

- Familia Acordeón

Uno de los progenitores permanecen alejados durante largo tiempo y en otros casos los dos se ausentan del hogar donde el cónyuge que se queda o una tercera persona asumen funciones adicionales en el cuidado de los niños donde adoptan funciones de los padres ante los miembros de la familia que queda.

- Las Familias Cambiantes

Esta familia se caracteriza por el cambio constante de domicilio donde la familia queda aislada por lo que pierde su red de apoyo familiar y comunitario, aquí los niños pierden a sus compañeros y amigos, estos niños deben ingresar a nuevos contextos y aprender otras costumbres, de ahí que esto puede llevar a desarrollar disfuncionalidad dentro de la familia.

- Familias Huéspedes

En este tipo de familia se da alojamiento y es incorporado temporalmente a un niño dentro de la estructura familiar, los lazos

temporales que se crean entre los miembros de la familia son rotos cuando el niño tiene que mudarse o regresa con su familia de origen.

- Familias con Padrastrros o Madrastras.

Los progenitores incorporan a sus hijos al nuevo sistema familiar, los hijos de estos dos progenitores deben ser tratados de una forma equitativa, dentro de esta dinámica familiar ,los límites son rígidos para con los progenitores, existe la presencia de alianzas entre ellos y de un grupo contra el otro, el niño tiende a hacer alianzas momentáneas y convenientes de acuerdo a sus necesidades.

- Familias con un Fantasma.

Se trata de una familia que ha sufrido la muerte de uno de sus cónyuges se puede tropezar con problemas para asignar las tareas del miembro faltante donde nadie puede asumir las tareas que realizaba el padre o la madre fallecida por deslealtad a su memoria, en ocasiones estas familias pueden vivir a la luz de un duelo no superado.

- Familias descontroladas.

Son familias en las que uno de sus miembros presenta síntomas al ejercer el control, los problemas se presentan en uno o varios entre determinados campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en práctica de las funciones ejecutivas dentro del subsistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia, el tipo de problemas de control varía según el estadio de desarrollo de los miembros de la familia, la comunicación dentro de esta dinámica familiar es caótica y por lo tanto sus límites son difusos.

- Familias psicossomáticas.

“Estructuralmente, el funcionamiento de una familia psicossomática. El PI con su sintomatología “psicossomática” ejercería un rol de “chivo expiatorio”, a través del cual se depuran todas las desavenencias y conflictos de la familia, lo cual sostiene una imagen de “familia

perfecta”, cuyo único defecto es tener un miembro, casi siempre un infante o un adolescente con esta manifestación”.(Minuchin, 1988,p.223).

Este tipo de familia funciona excelentemente cuando algún miembro de la familia está enfermo por lo tanto los cuidados son excesivos y las características que presenta esta familia es de sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia.

Las familias psicossomáticas presentan incapacidad para resolver problemas y una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos, la misma que se da con una rigidez entre sus miembros quienes no pueden relacionarse con el medio, esta es la típica familia que no presenta ningún problema, por el contrario es una familia ejemplar y sus elaciones interpersonales son buenas, aparentemente son familias normales.

1.2.4. La Infancia

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia; su concepción depende del contexto cultural de la época. A la concepción de infancia es necesario también darle la importancia y reconocer su carácter de

Conciencia social, porque ella transita entre agentes socializadores; la familia, como primer agente socializador y la escuela, como segundo agente. Por definición general, la infancia es la etapa de la existencia del ser humano que abarca desde el nacimiento hasta el inicio de la pubertad.

“La infancia es la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues las experiencias que los niños viven en estos años son fundamentales para su desarrollo posterior, pues en los primeros años

de vida se establecen las bases madurativas y neurológicas del desarrollo. “ (Castañeda, 2006, p.33).

Dentro de esta definición de infancia se engloba en tres grandes fases:

a. - Fase de lactancia: Desde el momento del nacimiento hasta la adquisición del lenguaje y la capacidad de andar.

b. – Primera infancia: Período comprendido entre el final del primer año hasta el sexto o séptimo año de vida. Se caracteriza por un fuerte desarrollo de la capacidad exploradora del niño, así como, del desarrollo intelectual con un progresivo dominio del lenguaje. En esta etapa el niño descubre la relación familiar y comienza muy primariamente la relación con los compañeros.

c. – Segunda infancia: comprende desde los seis o siete años hasta la pubertad, con la cual se va iniciar la adolescencia. La principal característica de esta fase, es que ahora el niño ya se sumerge plenamente en el mundo real e intenta adaptar su comportamiento a las variables condiciones externas. Se produce asimismo una fuerte identificación del niño con el padre y con la madre, por lo que para ello supone una aceptación de papeles sexuales y sociales.

1.2.4.1. Necesidades de la infancia:

- En lo referente a las necesidades de la infancia, hay que señalar que el niño o la niña está pre-programado para desarrollarse de una determinada forma, que es un proyecto que para cumplirse necesita de establecidas condiciones en su etapa de crecimiento.

- Estas necesidades son de naturaleza biológica y social

- Todo ser humano necesita vincularse afectivamente a los demás para sentirse seguro y satisfecho emocionalmente. Los adultos

debemos responder a estas necesidades de los menores, porque ellos no tienen la misma capacidad de autoprotección que los adultos.

- El niño es un agente activo en las decisiones que le afectan y en todas las actividades de interacción con los demás. Desde pequeño, en la medida de sus posibilidades, deben tenerse en cuenta sus peticiones, hacerle partícipe de las decisiones que le afectan y conseguir que sea agente activo que contribuya eficazmente a satisfacer sus propias necesidades y las de los demás.

Necesidades de carácter físico-biológico:

- Alimentación.
- Temperatura.
- Higiene.
- Sueño.
- Actividad física de ejercicio y juego.
- Integridad física
- Protección de riesgos reales.

Necesidades cognitivas:

- Estimulación sensorial.
- Exploración física y social.
- Comprensión de la realidad física y social.
- Adquisición de un sistema de valores y normas.

Necesidades emocionales y sociales:

- Sociales:
 - Seguridad emocional, identidad personal y autoestima.
 - Red de relaciones sociales.
 - Participación y autonomía progresiva, que a su vez necesita establecer unos límites al comportamiento.
- Sexuales:
 - Contacto sexual.
 - Con el entorno físico y social:

- Protección de riesgos imaginarios.
- Interacción lúdica.

1.2.5. La Personalidad

“Personalidad” deriva del latín “persona”, que designa la máscara que usaban los actores en una obra de teatro. Se entiende fácilmente cómo con el tiempo “persona” llegó a indicar el aspecto externo, el rostro público que mostramos a quienes nos rodean. A partir de la etimología se concluye que personalidad se refiere a las características externas y visibles, a esos aspectos que la gente percibe.

“El término también abarca varias cualidades subjetivas -tanto sociales como emocionales- que no podemos observar directamente, que alguien tal vez trate de ocultarnos o que nosotros queremos enmascarar. Características duraderas y estables. Con la acepción del término personalidad designamos características duraderas. Suponemos que la personalidad es bastante estable y predecible.”(Schultz P. y Schultz S. 2010, p. 25)

Se dice que se perciben semejanzas entre la gente, pero se piensa que todos poseemos propiedades especiales que nos distinguen de los demás. Por eso se dice que “la personalidad es un conjunto duradero y peculiar de rasgos que cambian en respuesta a distintas situaciones.” Pero incluso la anterior no es una definición con la que coincidan todos los teóricos.

Cada uno ofrece una versión propia de la naturaleza de la personalidad que se ha convertido en su definición.

1.2.6. Desarrollo de la Personalidad en la Infancia

La construcción de la personalidad no es un acontecimiento de carácter puntual, sino un proceso ininterrumpido que se extiende a lo largo de la vida y su evolución es de forma regulada y automática. (Fierro, 1996, p.6)

La afectividad es un elemento fundamental en el desarrollo de la personalidad humana, construida por un proceso de integración de vivencias y de la estructuración de afectos, esto implica la percepción de los sentimientos propios y como son demostrados a los demás.

El apego, que proporciona seguridad y aceptación incondicional desde el primer momento, esto significa que sus padres o cuidadores están disponibles en el momento preciso que el niño lo necesite.

La socialización, que hace referencia a la manera en que los niños aprenden los modelos culturales de la sociedad, esto desde edades muy tempranas.

1.2.7. Configuración de la personalidad

El comportamiento humano recibe influencia de diversos factores, como ya se mencionó, las cuales repercuten en la personalidad y condicionan sus acciones, en la génesis de la personalidad se encuentran factores de tipo ambiental y de tipo hereditario.

- La herencia proporciona una constitución física y una dotación genética mediante los cuales se va a responder ante el mundo.
- El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos y determinar la respuesta, el nivel socio cultural y el clima afectivo tienen una posición importante en este aspecto.

- Las experiencias psicológicas pertenecen a los acontecimientos afectivos y sociales y pueden ser de tipo circunstancial, por ejemplo, la entrada a la escuela.

1.2.8. Etapas del Desarrollo de la Personalidad Según Wallon

Según Wallon el desarrollo de la personalidad se da a través de varias etapas:

- Periodo sensomotor (0 - 3 años)
Diferenciación entre el yo y el no yo. Adquiere conciencia de las diferencias entre sus acciones y las de los demás. Adquiere conciencia de los suyos y de los de los otros.
- Etapa del Personalismo (3 a 6 años)
Cuando ha descubierto su yo necesita reafirmarlo protegiendo su autonomía y negando las imposiciones, en la medida en que se opone a los demás se reafirma a sí mismo. Esta a su vez tiene sus sub etapas:
Fase de la gracia
Pretende garantizarse el afecto de los demás seduciéndolos mediante sus gestos, palabras y acciones.
Si no consigue sus expectativas de admiración, se produce angustia, ansiedad, vergüenza, que lo llevan al estado de inseguridad y temor.
Fase de la imitación
Imita las características de las personas a las que admira, lo hace por una verdadera admiración y como garantía de afecto.
- Del pensamiento categorial (7-12 años)
La conquista y el conocimiento del mundo exterior. Orientación hacia el exterior. Especial interés por los objetos. Sub períodos:

6 a 9 años pensamiento sincrético: global e impreciso, mezcla lo objetivo con lo subjetivo. A partir de los 9 años pensamiento categorial. Comienza a agrupar categorías por uso, características u otros atributos.

- De la pubertad y la adolescencia (12 años)
Contradicción entre lo conocido y lo que se quiere conocer.
Conflictos y ambivalencia afectiva. Desequilibrios emocionales
Orientación: Hacia el interior: dirigida a la afirmación del yo.

1.2.9. Las Manifestaciones Psicósomáticas

En el campo de la salud ha existido una tendencia a considerar la enfermedad como una causa en sí misma, originada por un factor único o, a lo más, por una combinación simple de causas. Esta creencia resulta una explicación reconfortante: pensar que la enfermedad es un ente extraño al individuo y que un factor aislado, único responsable de la misma. Tanto para el médico, la persona afectada y la familia, que este supuesto factor responsable puede ser tratado de una manera simple. Gran parte de las actividades de la medicina actual están basadas en este concepto, y muchos médicos continúan eliminando su atención de los factores psicológicos y sociales de estas personas (y por ende sus familias y hasta ellos mismos).

Como reacción a dichas explicaciones excluyentes, ha surgido en el siglo XX un movimiento “psicósomático” en el que varios profesionales han prestado atención a la circunstancia social y al estado psicológico de la persona. Esta orientación, ha venido produciendo postulados y sugerencias prácticas sobre el ejercicio de la salud en medicina y en psicología de tal manera que el paciente sea considerado como una persona completa, con todo lo que esto implica desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y preventivo.

Según Lipowski, los postulados básicos del enfoque psicósomático son:

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre las dos.
- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
- Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
- La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
- La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

El cerebro en su conjunto tiene la función de recibir, interpretar y almacenar información sobre el mundo externo y sobre el organismo, y enviarlas instrucciones adecuadas para hacer frente a la realidad exterior y mantener el equilibrio del medio interno. Esta transmisión de información y directivas se realiza gracias a los sistemas nervioso y endocrino, cuya acción es complementaria.

“De manera análoga al sistema nervioso y al endocrino, el sistema inmunológico juega un papel importante en la comunicación interna y en la adaptación biológica. Su acción defensiva contra invasores externos y, posiblemente, contra elementos aberrantes internos, contribuye al mantenimiento de la homeostasis e integridad orgánica, siendo influida su función por factores endocrinos y neuronales. El interés por los aspectos psicofisiológicos de la respuesta inmunitaria es reciente, pero gran número de datos indican ya el poder que múltiples factores psicosociales poseen para modificar dicha respuesta.”(Méndez, 1980, p.81).

1.2.10. MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS EN LA INFANCIA

Se dice que no hay un consenso claro entre los diferentes grupos de investigadores sobre lo que constituyen las manifestaciones psicósomáticas en niños, tampoco se habla de “Trastornos somato morfos en la infancia” como tales, en las clasificaciones actuales (CIE 10 y DSM 5) se nominan una serie de trastornos en los que los síntomas físicos son nucleares en el cuadro, sin embargo estos se clasifican bajo directrices muy diferentes. En un sentido general, entendemos que la "somatización" se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas físicos que son erróneamente atribuidos a una enfermedad orgánica.

Refiriéndonos a las clasificaciones actuales, la mayoría de los niños que presentan dichas manifestaciones no reúnen síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de las clasificaciones estandarizadas para llamarlo “trastorno”, presentando un número menor de síntomas que no pueden ser explicados totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático, no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida y a veces siendo algunos de los criterios requeridos inapropiados o infrecuentes en la infancia.

En este sentido el único dato que se puede evidenciar u orientar es la relación temporal entre el síntoma físico y determinados acontecimientos vitales estresantes.

La dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia, fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos. Esto es llamado alexitimia.

Desde una perspectiva más cognitiva, los niños con dichas manifestaciones se han caracterizado por su tendencia a monitorizar su propio cuerpo y buscar explicaciones para alteraciones que forman parte de un funcionamiento normal. “La amplificación somato sensorial ha sido descrita como

un proceso con tres fases: hipervigilancia y atención a las sensaciones corporales, tendencia a focalizar la atención en sensaciones débiles e infrecuentes y disposición a reaccionar a las sensaciones somáticas con cogniciones aprendidas y distorsionadas que llevan a la percepción de esa sensación como alarmante” (Pereira, 2002, p.134).

Cuando hablamos de manifestaciones psicósomáticas no se puede dejar de mencionar una perspectiva psicoanalítica. Muchos han sido los autores que han puesto en evidencia el papel de la relación madre-hijo como factor desencadenante de clínica psicósomática que ha sido de las que ha mencionado dicho tema, tal es el caso de Keisler, Faino y Soulé, Ajuriaguerra, por mencionar los más importantes, que le dan un valor simbólico a la manifestación psicósomática. Por ejemplo, Keisler, Fain y Soulé (1975) sitúan las vivencias de las emociones y cuando éstas no se manifiestan ni en la acción ni en la verbalización, la expresión del conflicto se hará a través de la vida vegetativa, por medio de determinadas afectividades exageradas o anómalas.

Pero tampoco hay que descartar, mientras no se demuestre lo contrario, la influencia genética de algunos factores. Es el propio Fain quien establece algunos de estos factores: forma de reaccionar a disgustos, el umbral de resistencia a la agresión, factores que favorecen la mentalización, posibilidades de reacción por la autoexcitación, necesidades narcisistas, etc...

“Hay que delimitar claramente cómo actúa esta energía congénita y cómo responde la madre a las exigencias de este tipo de actitudes. De esta forma, mediante acciones ambivalentes y contradictorias por parte de la madre (o de la persona que ocupe su rol), se puede alterar o desorganizar esta función.” (Keisler, Fain y Soulé, 1997, p.11)

El síntoma psicósomático toma apoyo en la función simbólica del órgano en el cual se fija. La elección de tal o cual órgano viene determinada por los

mecanismos que rigen el funcionamiento del mundo inconsciente: Condensación y desplazamiento.

En el síntoma (manifestación) psicósomática se produce este doble fenómeno mediante el cual una o varias pulsiones se condensan o desplazan en un determinado trastorno: el síntoma, el cual elige un órgano corporal como expresión de su anomalía

El cómo, porqué y la localización de cada manifestación psicósomática, sólo podrá entenderse partiendo de cada caso concreto, mediante la comprensión del mundo inconsciente del niño.

Muchas manifestaciones psicósomáticas tienden a surgir en edades específicas, mostrando hasta qué puntos estas deben relacionarse estrechamente con la maduración del funcionamiento de los distintos órganos y con las características del desarrollo psicológico.

“En definitiva, en la somatización el mecanismo defensivo es básico, de supervivencia (ante la angustia producida por un conflicto psíquico), y tiene como resultado un trasvase de lo psíquico a lo somático, escogiendo uno o varios órganos privilegiados por su valor simbólico o su minusvalía fisiogenética previa. El síntoma posee una función defensiva: cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece.” (Loño y Ochando, 2003, p.30)

“La ganancia secundaria por la enfermedad debe ser evaluada con precaución en los años infanto-juveniles: todos los niños obtienen mayores atenciones cuando están enfermos. Otros mecanismos que indiquen que se está estableciendo un sistema de beneficio que refuerza el síntoma deben apoyar consistentemente ese hallazgo inicial.”(Ajuriaguerra, 1996, p.756).

1.2.11. Características y Propiedades de las Manifestaciones Psicosomáticas en la Infancia

a. Características:

- La manifestación psicosomática es la expresión externa de un conflicto intrapsíquico, resultando de un proceso de elaboración mental inconsciente, que busca su vía de salida o solución utilizando un órgano en tanto expresión de la función simbólica que éste suponga para el enfermo.
- El síntoma psicosomático nos expresa una forma de reaccionar, responder o «vivenciar» un mundo psíquico y unas relaciones traumatizantes y des estructurantes.

b. Propiedades:

- Individualidad, particularidad y relatividad en tanto que cada manifestación psicosomática presenta una significación propia y concreta en cada caso, en cada etapa del desarrollo y, con respecto al medio socio familiar del niño, de forma tal que un mismo síntoma ha de verse en el momento concreto y en el contexto socio familiar del niño teniendo en cuenta su nivel de integración y madurez, el desarrollo libidinal y afectivo, etc.
- Mutabilidad en tanto que un mismo proceso puede expresarse por síntomas diversos que se modifican y transforman en base a la función simbólica del órgano en cuestión.
- Plasticidad en tanto permeabilidad y flexibilidad; esta plasticidad es característica de la vida misma del niño.

En la historia clínica del síntoma psicossomático, el cuerpo es lo que hablará en lugar de la anamnesis verbal. Derivado de todo esto es la necesidad de ubicar la manifestación en la historia del sujeto poniendo el acento sobre el niño más que en su parte “enferma”. De aquí la importancia en toda manifestación psicossomática de centrarnos más en el sujeto que en el síntoma.

Pedreira dirige un estudio en el que constata que entre los “trastornos”, los más frecuentes son los trastornos del sueño en las dos sub etapas contempladas, pero en la primera de ellas domina la alteración en los niños. Los trastornos de la alimentación son el segundo grupo y el tercero son los espasmos del sollozo. En estos tres grupos existe una cierta dominancia en la presentación en los niños, mientras que las somatizaciones digestivas son más frecuentes en la segunda etapa valorada siendo más relevantes en las niñas.

Posteriormente, los mismos, elaboraron un esquema de edades y riesgos diana en este campo:

EDADES DE RIESGO Y DIANAS

Pedreira & Menéndez	0-6 meses	6-12 meses	Infancia y adolescencia
Respiración		Espasmo de sollozo Asma	Espasmo de Sollozo Asma
Alimentación	cólicos • vómitos • anorexia • regurgitaciones	· mericismo · diarrea rebelde · colitis ulcerosa · rumiación	· caprichos alimenticios · anorexia y bulimia · obesidad · abdominalgia

			· úlceras
Excreción			· enuresis · estreñimiento · encopresis · megacolon
Neurológico	insomnio	Insomnio	· algias · migrañas · insomnio · Gilles de la Tourette
Endocrinología			· retraso psicógeno del crecimiento · diabetes
Dermatología	atopias	Atopias	Alopecias · psoriasis · tricotilomanía · dermatitis / acné · pruritos

1.2.12 Las Manifestaciones Psicosomáticas del Aparato Digestivo en Niños en Edad Escolar

Seguindo con Pedreira y Menéndez, la clínica digestiva, en concreto los trastornos alimenticios son, con mucho, los trastornos de mayor prevalencia en la etapa escolar (entre los 6 a los 12 años) siendo las abdominalgias (dolores abdominales) un síntoma muy frecuente en las niñas que en los niños, sobre todo a partir de los 9-10 años de edad.

Entre los desórdenes digestivos con más incidencia en escolares están:

- Diarrea
- Dolores abdominales
- Estreñimiento
- Colitis.
- Colon irritable
- Úlceras digestivas pépticas
- Náuseas y vómitos
- Gastritis y Reflujo gastro esofágico
- Conductas alimentaria desviadas como: anorexia, bulimia o pica (poco frecuente)
- Obesidad
- Caprichos alimenticios: Se dice a menudo que la manifestación de una somatización en el aparato digestivo está ligada a un estado de tensión, ansiedad aguda, por ejemplo situaciones en que el niño o el adolescente están sometidos a un alto nivel de estrés del entorno, problemáticas de su vida afectiva.
- Las diarreas funcionales son a menudo desencadenadas por un estado de tensión, ansiedad, más sin embargo se debe descartar una enfermedad orgánica intestinal y las gastroenteritis debidas a factores bacteriológicos y biológicos.
- Los dolores abdominales funcionales (abdominalgia) son un síntoma muy frecuente en la edad escolar. Si la abdominalgia es real se suele acompañar de la brusca aparición de palidez facial. Esta manifestación suele presentarse entre los 6 y los 12 años y más en niños que en niñas. Suelen desencadenarse por tensiones que provienen del entorno, por ejemplo separación de la madre, rivalidad fraterna etc. Las abdominalgias se encuentran frecuentemente en dos contextos:
 - a. Fobias escolares, que traducirían la dificultad del niño de separarse de la madre y de iniciar el proceso de socialización y de competición.

- b. Fobias alimentarias que implicarían, falta de apetito, rechazo de algunos alimentos, o miedo a engordar.
- Úlceras digestivas o pépticas: aunque su prevalencia es baja, existe una relación entre las funciones digestivas y la vida afectiva, los niños y adolescentes que presentan úlceras pépticas se caracterizarían desde el punto de vista psicológico por un conflicto de dependencia, lo que significa que tienen una gran necesidad de ser dependientes, de encontrar seguridad y afecto pero que no pueden satisfacer esta necesidad y al mismo tiempo la agresividad hacia el entorno no gratificante no se exterioriza y se reprime. El niño o adolescente con relación a la no-resolución de su conflicto de dependencia, permanecería inmaduro con dificultades de autonomía y de afirmación del yo.
 - El vómito desde la infancia, resulta ser un signo gastrointestinal muy frecuente, que en la mayoría de los casos significa un acto de rechazo. Este síntoma puede ser reactivo a una situación psíquica o a una condición gastrointestinal patológica.
 - Aunque el reflujo gastroesofágico se presenta en su gran mayoría como consecuencia de factores orgánicos, el síndrome genera gran ansiedad en el grupo familiar, ya que altera los procesos de alimentación y de sueño. El vómito, el ahogo y el dolor torácico, son angustiantes para el padre y el niño.
 - La gastritis y la personalidad del niño están sumamente ligados, muestran dificultad en el control del tiempo, ambición exagerada, enorme temor al fracaso y altos índices de perfeccionismo y competitividad. Los padres de los niños frecuentemente se quejan de su mal genio, hostilidad con los hermanos y dificultades en la obediencia.
 - La obesidad en la infancia muestran que esta ocurre más frecuentemente en familias desorganizadas con sus hábitos alimenticios, en familias amalgamadas, o sea, familias en las cuales los miembros se diferencian

pobremente entre sí, en familias con un miembro depresivo o clínicamente discapacitado y en niños ansiosos o depresivos.

- La anorexia nerviosa se caracteriza por síntomas específicos de tipo conductual y psicopatológico y por signos somáticos inequívocos. Dentro de los factores individuales, los más relevantes están relacionados con los cambios físicos y con los retos psicosociales que la adolescente tiene que enfrentar. Dentro de los factores familiares se encuentran características de comunicación alteradas con una gran dependencia e indiferenciación entre los miembros de la familia. Entre los factores etiológicos psicosociales se cuenta la importancia que ha tomado en culturas occidentales el énfasis y la aprobación de las mujeres delgadas.

1.2.13. Tratamiento de la Manifestación Psicosomática Según el Modelo Cognitivo Conductual

Brown ha propuesto un modelo que busca reunir los hallazgos recientes desde el punto de vista cognitivo. Según este autor, los síntomas somáticos obedecen a dos procesos de los mecanismos atencionales de los sistemas cognitivos:

- 1) La forma que adquieren los contenidos de la conciencia y
- 2) El control del pensamiento y de la acción.

“Para este modelo, los esquemas de cognición determinan la manera cómo el individuo interpreta su realidad, entre éstos los estímulos corporales. Uno de los elementos de la psicoterapia consiste en corregir estas distorsiones cognitivas. Estas sensaciones corporales son incorrectamente interpretadas como indicadoras de enfermedad o daño. Se encuentra en ellos una “predisposición” a pensar y construir conceptos en términos físicos y concretos.”(Brown, 2004, p. 99).

1.2.14 .Terapia Cognitivo Conductual en Niños

Investigaciones desarrolladas a lo largo de años avalan la viabilidad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de diversos problemas, tal es el caso de la terapia con niños en los últimos años.

El postulado fundamental es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado de las situaciones más que a los eventos mismos. El objeto de esta terapia se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, por las interpretaciones rígidas que hacemos de ellas. En la niñez se entiende que el comportamiento está multi determinado por una serie de factores causales (biológicos, genéticos, interpersonales, ambientales, inter personales) que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico. (Bunge y Mandil, 2006, p.16)

Existe evidencia empírica que la intervención sobre el pensamiento individual, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones comportamentales y emocionales.

Algunas intervenciones fundamentales del tratamiento en la terapia cognitiva-conductual utilizadas por Bunge y Gomar:

- El juego en la terapia cognitiva: En TCC con niños, se establece una relación positiva entre niño y terapeuta, se utiliza el juego para comunicarse y se concibe el ambiente terapéutico, pero por actividades promovidas, directivas y educativas.
- Entrenamiento en reconocimiento de emociones: Lo primero es saber diferenciar emociones ya que hay niños que no saben reconocer una de otra, primero es ocuparse de ello y luego seguir con otros aspectos.
- Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos: pensamientos que escapan de la voluntad de la persona y se toman como

certeros y dan lugar a diversas interpretaciones que influyen en su estado anímico.

- En todo tratamiento cognitivo, uno de los primeros pasos es orientar al paciente a la detección de auto diálogos de imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas, esto con niños se hace a través de viñetas con ilustraciones para favorecer la auto observación.
- Reconocimiento de la relación entre pensamiento, emoción y conducta Utilizando una metodología colaborativa de trabajo, debe ser psico educado y estructurado.
- Reestructuración cognitiva Identificación de pensamientos disfuncionales como auto cuestionamiento, promoviendo alternativas flexibles y adaptativas.
- Modelados: entrenamiento en asertividad, habilidades sociales, juegos de rol, para resolver situaciones interpersonales estresantes, hasta el modelado de técnicas de afrontamiento comportamental.
- El uso de biblio terapia, cuentos o implementación de narrativas terapéuticas adaptado a niños. Que resulta muy útil para que el niño empiece a restablecer y reelaborar situaciones.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Enfoque y Modelo de Investigación

La investigación fue abordada desde un enfoque cualitativo con una metodología cualitativa: el estudio de casos, por medio de la historia clínica, a partir de ello se diseñó un plan de tratamiento a través del enfoque cognitivo conductual y posteriormente se sistematizó e interpretaron los hallazgos.

2.2. Técnicas

2.2.1. Técnica de muestreo

Se utilizó un muestreo no aleatorio, muestra de: 10 niños (ambos sexos) con una manifestación psicósomática del aparato digestivo, estudiantes de la escuela N0. 845 Jornada Vespertina. Comprendidos dentro de las edades de 8 a 12 años y cuya maestra refirió ver la sintomatología en dicho niño, durante el ciclo escolar 2017.

2.2.2. Técnicas de recolección de información:

En primera instancia se utilizó la observación para tener una mayor sensibilidad al descubrir elementos y factores importantes del ambiente que rodea a los niños, también preguntando al profesor o profesora de cada niño y que pudieron estar relacionados con el problema de investigación. Esto se realizó durante la primer semana del mes de mayo, los lunes, miércoles y viernes, en el horario de clase (1 a 6 p. m) según los espacios que brindaron los profesores, dentro de las aulas, de manera grupal, en horario de receso, a las 3 de la tarde.

- El test de la Figura Humana de Karen Machover, se realizó posteriormente de la observación (como auxiliar de esta) y como medidor de aspectos más objetivos que la observación por sí sola no pudo llegar, con su posterior interpretación.
- La historia clínica (anamnesis infantil en niños) como técnica de investigación cualitativa fue utilizada como punto de partida para el diseño del plan de tratamiento, sirvió para obtener una visión más holística del problema. Posterior a la observación se habló con los padres de familia para completar la historia clínica, esto en la jornada escolar, de lunes a viernes y en forma individual, dentro del establecimiento, de 1:00 a 5:00 p.m.
- Las técnicas de la terapia cognitivo conductual en niños, para ello se usó un programa que incluyó técnicas de modelado, relajación, estrategias reestructuración cognitiva, como las auto instrucciones y psicoeducación, estrategias de refuerzo de las conductas de afrontamiento. Estas fueron llevadas de manera individual y grupal durante el mes de mayo, junio y parte de julio, en horario coordinado con los profesores, a partir de las 3:00, dentro del centro educativo, los días lunes, miércoles y viernes.

2.2. 3. Técnicas de Análisis de Datos

Se trabajó de una forma cualitativa, ya que se tomó la información recabada con la observación, el test de la figura humana y la historia clínica y a partir de ello se diseñó un plan de tratamiento y los hallazgos se sistematizaron e interpretaron por medio de dichos casos clínicos.

2.3. Instrumentos

Se utilizó la observación en primera instancia.

Como apoyo a la observación directa se utilizó el test proyectivo de “La Figura humana” de Karen Machover, que mide aspectos de la personalidad como auto concepto e imagen corporal.

Se utilizó un modelo de historia clínica (anamnesis infantil) constatando datos importantes del niño, esta se hizo con la ayuda del padre de familia, el modelo utilizado consta de varios apartados, que van desde los datos generales del niño: Datos Generales, Motivo de consulta, historia del problema, conducta habitual, historia personal, historia escolar, historia familiar.

Programación de técnicas de terapia cognitivo conductual (plan de tratamiento) se trabajaron 10 sesiones, de 45 minutos. El plan constó del nombre de la técnica, número de sesión y que se trabajó en ella. En este caso, se utilizaron técnicas de terapia cognitivo conductual basadas en manuales de dicha terapia para niños y adolescentes.

Criterios de Elaboración de la Observación

Objetivo	Criterio de Observación	Evaluación
<p>Determinar la existencia de manifestaciones psicossomáticas del aparato digestivo en los niños de la Escuela No. 845 J.V.</p>	<p>Observación en el ambiente escolar: conducta dentro y fuera del aula .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia con la que el niño exterioriza la queja psicossomática.(queja física) abdominalgias, náuseas, cólicos, etc...Inapetencia (caprichos alimenticios)
<p>Determinar la existencia de manifestaciones psicossomáticas del aparato digestivo en los niños de la Escuela No. 845</p>	<p>Observación del estado físico de los niños</p>	<p>Bajo peso u obesidad</p>

<p>•Establecer las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicossomáticas en niños de la escuela No. 845 J.V.</p>	<p>Determinación de signos comunes en los infantes con manifestaciones psicossomáticas para el diseño del plan de tratamiento .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de Datos por medio de la anamnesis infantil y elaboración de la Historia Clínica aplicada a los padres del niño con manifestaciones psicossomáticas. • Identificación de signos y síntomas. • Programación de sesiones • Evaluación de su evolución
--	---	--

Criterios de Elaboración de la Historia Clínica

Objetivo	Bloque/ Pregunta	Criterio de Elaboración
<p>Aportar conocimiento sobre la terapia cognitivo conductual en el abordaje de las manifestaciones psicósomáticas en los niños escolares de la ciudad de Guatemala</p>	<p>Motivo de consulta Historia del Problema Actual Conducta habitual</p>	<p>Determinar si son las somatizaciones (del aparato digestivo) la principal “causa” (o una de las principales) de los problemas extrínsecos en el niño.</p>
<p>Determinar la existencia de manifestaciones psicósomáticas del aparato digestivo en los niños de la Escuela No. 845 J.V.</p>	<p>Historia personal:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento del niño antes de presentar el problema • Hubo control prenatal y si hubo enfermedades, uso de medicamentos, consumo de sustancias. • Problemas

		<p>emocionales</p> <p>durante el</p> <p>embarazo</p> <ul style="list-style-type: none">• Complicaciones durante el parto y peso al nacer• Si hubo presencia de cólicos y vómitos muy frecuentes• Forma de alimentación• Edad de control de esfínteres y si ha habido problemas con ello.• Comidas que prefiere y rechaza por que• Indagar si en los últimos años ha padecido
--	--	---

		<p>enfermedades</p> <p>digestivas y con</p> <p>qué frecuencia.</p>
<p>Establecer las</p> <p>características</p> <p>básicas del</p> <p>tratamiento cognitivo</p> <p>conductual de las</p> <p>manifestaciones</p> <p>psicosomáticas en</p> <p>niños de la escuela</p> <p>No. 845 J.V.</p>	<p>Relaciones</p> <p>Sociales</p> <p>Historia Escolar</p> <p>Historia Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación del niño con los demás • Independencia personal • Dificultades de adaptación escolar ,rendimiento escolar, relación con los compañeros • Ausentismo, participación • Relaciones con los miembros de la familia • Relaciones entre los padres y los hijos /hermanos • Si hay problemas somáticos, alcoholismo, etc.

Ficha Técnica del Test de la Figura Humana

Test: Figura humana de Karen Machover

Clasificación: Test proyectivo

Objetivo: evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

Tiempo: 5 a 10 minutos

Modalidad de aplicación: individual o colectiva

Material: hojas blancas tamaño carta y lápiz del número 2 con goma de borrar.

Instrucción: “dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa. Al finalizar los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.

Aplicabilidad: Clínica, Organizacional, Educativa

Edad: .A partir 7 años.

Cualquier nivel académico.

Sugerencias: anotar que parte de la figura hizo primero y cual al final; de que sexo es el dibujo que realizo primero.

Diseño Plan de Tratamiento

<p>Objetivos</p>	<p>Establecer las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicosomáticas en niños de la escuela No. 845 J. V.</p> <p>Comprobar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en las manifestaciones psicosomáticas del aparato digestivo.</p>
<p>Estrategias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Rapport • Recolección de Datos por medio de la anamnesis infantil y elaboración de la Historia Clínica • Programación de Sesiones • Identificación de signos y síntomas • Realizar calendario o agenda de Trabajo • Modificación de Conductas negativas • Educación de esquemas Cognitivos a través de la Técnica Cognitiva <p>Técnicas Terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductuales: modelado, técnicas de relajación. • Cognitivas: Auto registros de resultados, de los Pensamientos negativos con respecto a sus manifestaciones, psicoeducación, auto instrucciones.
<p>Aplicación</p>	<p>Una vez a la semana, 10 sesiones, individual o grupal cuando sea necesario, en horario que el maestro facilite los días miércoles. Durante el año 2017</p>
<p>Contenido de las sesiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Rapport: Jugar con el paciente para que adquiera confianza y simpatía por el terapeuta • Explicación alterna: examine causas alternas y consecuencias como le sea posible, especialmente la menos negativas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Contrarrestar el Pensamiento: El terapeuta y el paciente toman roles en el cual el paciente se le pide que argumente en contra de su mismo pensamiento negativo. • Identificación de Pensamientos Automáticos: Se ejercita al paciente para que logre controlar los pensamientos que están asociados a su pesar y abatimiento. • Reforzamiento: se indica al paciente lo trabajado durante todas las sesiones para afianzar el aprendizaje adquirido a través de la comprensión de su propio pensar, sentir y actuar. • Se deja tarea para la Casa con supervisión de la madre o padres en cuanto a la verdadera disminución de signos y síntomas • Reforzamiento: Se revisa sus resultados de reducción de signos y síntomas y según los mismos se le recompensa. • Se establecen actividades a realizar en familia para mejorar la dinámica familiar y fomentar un ambiente no patológico al paciente.
Evaluación	Observación, test de la figura humana de Karen Machover.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivos Específicos	Categorías Conceptuales/Variables	Técnicas	Instrumentos
Determinar la existencia de manifestaciones psicósomáticas del aparato digestivo en los niños de la Escuela No. 845 J.V.	Desde una teoría cognitivo conductual, la manifestación psicósomática se parte de la base de que el paciente cuenta con una concepción inadecuada acerca de su problema , lo cual genera expectativas, creencias, actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento desajustadas o desadaptadas que agravan el problema e impiden su recuperación .	Observación sistematizada	Observación Test de la figura humana.
Establecer las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicósomáticas en niños de la escuela No. 845 J. V.	Manifestación Psicósomática del Aparato Digestivo Los estados emocionales afectan al aparato digestivo entre sus manifestaciones están: Indigestión Vómito Constipación Diarrea Pérdida de Apetito Úlcera péptica, gastritis, reflujo, entre otros.	Historia Clínica	Anamnesis Infantil
Comprobar la efectividad de la	Terapia Cognitivo Conductual	Técnicas de terapia	Plan de tratamiento

<p>terapia cognitivo conductual en las manifestaciones psicósomáticas del aparato digestivo.</p>	<p>Es un modelo de intervención psicológica en que la terapia consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo.</p>	<p>cognitivo conductual: entrenamiento En reconocimiento de emociones, monitoreo de los pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, relajación, etc.</p>	
--	---	--	--

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Características del lugar y muestra

3.1.1. Características del lugar

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V. institución estatal financiada y regida por el Ministerio de Educación de Guatemala, esta está ubicada en la Novena Avenida 19-13 zona 10 de Mixco. La Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V. se define como una institución educativa forjadora de conocimientos, valores morales que guíe al alumno y alumna a crecer íntegramente en su formación secular y espiritual. Así como educar a los niños y niñas con valores morales y espirituales y lograr integrarlos a la sociedad como personas capaces de desenvolverse en actividades constructivas. La Escuela Oficial Rural Mixta No. 845, J.V. cuenta con una asignación del Ministerio de Educación para refacciones escolares manejado por juntas escolares y un fondo de gratuidad todo esto de acuerdo al número de alumnos del establecimiento así mismo es el Ministerio de Educación es quien paga el salario de los maestros y directora.

Al ser una entidad estatal, la escuela primaria, atiende a más de 300 niños y niñas comprendidos entre los 7 y los 14 años de las colonias y asentamientos aledaños a la institución, esto en horario de 13:00 a 18:00 horas generalmente de escasos recursos o muy escasos recursos, cuyos padres trabajan diariamente para garantizar la supervivencia y dar educación a los niños.

3.1.2. Características de la Muestra

La población con la que se trabajó fueron niños comprendidos entre los 8 y 12 años, alumnos de primero a sexto grado, estudiantes de la E.O.R.M. No. 845,

de una condición económica baja o media-baja, ambos sexos y cuyos padres de familia consintieron el trabajo con dichos estudiantes.

3.2. Presentación y Análisis de Resultados

CASO CLÍNICO NO. 1

Y.S.L.L 8 años. Sexo: Femenino. Primer Grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural: Figura muy pequeña, de 4.5 centímetros y orientada hacia la izquierda que denota un sentimiento de inferioridad o minusvalía. Dificultad de adaptación al medio.
- Análisis de contenido: Según el análisis de la figura se encontró principalmente dependencia, baja autoestima, impulsos agresivos, somatización digestiva (cuello largo, característico de las figuras de las personas que las presentan) sentimientos de culpa e inferioridad, así como angustia y ansiedad, regresiones y primitivismo, así como busca de afecto.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

Y.S. es la hija mayor de una familia integrada por cuatro personas, padres y hermano menor, su padre trabaja como vendedor de agua purificada y su madre es ama de casa, con respecto a su estado de salud, su mamá refiere que en general es muy sana, que ella se encargó de ese aspecto llevándola a sus citas y chequeos, la niña come tres tiempos y refacciona lo que le ofrecen en la escuela y lo que venden en la tienda escolar, refiere también que en el último año la ha llevado al médico porque presenta constantes dolores de estómago, náusea, dolores de piernas, que los médicos le dicen que “no tiene nada” y que en su hogar ya saben que son “mañas”; en casa vive una serie de situaciones que la

mantienen generalmente ansiosa: la mala relación de sus padres, en donde existe violencia intrafamiliar, y sus constantes separaciones, le brindan poca estabilidad y seguridad, además de pensamientos de angustia y algunos errores de pensamiento, en donde piensa que sus padres, hermanos y ella están expuestos a amenazas físicas como “van a matar a mi papá, me van a robar y van a asaltar a mi mamá”, “me van a pegar porque voy mal en la escuela y no puedo” “soy una exagerada”. En cuanto a su rendimiento escolar, su maestra refiere que es muy bueno, posee las destrezas básicas del grado que corresponde, en cuanto a su conducta, la califica como “buena”. Pero resalta que constantemente se queja de dolores de estómago y cabeza.

- Signos y síntomas encontrados: Ansiedad, somatizaciones principalmente digestivos (y de otro tipo) inseguridad y sentimientos de inferioridad y minusvalía, inseguridad. Errores de pensamiento.

c. Evolución con Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para contrarrestar sus errores de pensamiento, identificación de pensamientos negativos, relajación y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas)

Respuesta al tratamiento: Muy buena, con colaboración de parte de la madre.

CASO CLÍNICO NO. 2

E.A.D.C 8 años. Sexo: Femenino. Tercer grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural: Figura muy grande, de 21 centímetros, en general inclinada a la izquierda, que refleja inseguridad, baja autoestima y compensación (por el tamaño de la figura). En general adaptada al medio que la rodea.

- Análisis de contenido: Según el análisis de la figura humana se encontró dependencia, somatización digestiva, represión impulsos agresivos, necesidad de afecto materno, falta de confianza, fantasías compensatoria, egocentrismo y suspicacia.(desconfiada de los demás).

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

E.A. es hija única de una familia desintegrada, actualmente su abuela materna tiene la custodia legal de ella , porque cuando vivía con su mamá y papá tenían varios problemas de violencia, alcoholismo y agresiones, no sólo a ellos sino a la niña , en la actualidad vive con su abuela que es ama de casa y su abuelo , que se dedica a varios oficios , y su tío que aún es estudiante, ocasionalmente ve su mamá y a su papá, su abuela refiere que en el tiempo que la niña ha estado con ella (2 años) es una niña enfermiza, padece principalmente dolores e infecciones de oído , así como nauseas , abdominalgias y cefaleas, los mismos horarios y hacer menús saludables ,sus hábitos alimenticios refiere que son buenos, trata de hacer los 3 tiempos de comida. Actualmente se encuentra en un hogar estable. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesor refiere que es bajo y que generalmente se ausenta de las clases por sus dolores de estómago y de cabeza y en ocasiones, pierde explicaciones importantes y entregas de tareas por ese motivo, en cuanto a su conducta, la califica como “buena”. Pero resalta que constantemente se queja de dolores de estómago y cabeza.

- Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicossomáticas no solo digestivas sino de otros tipos, necesidad de afecto, desconfianza e inseguridad, dificultad para verbalizar, ausentismos por quejas psicossomáticas.

c. Evolución con el Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para diferenciar e identificar sus pensamientos y emociones contrarrestar sus

errores de pensamiento, identificación de pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas).

Respuesta al tratamiento: Muy buena, con colaboración de parte de la encargada.

CASO CLÍNICO NO. 3

G.P. 9 años. Sexo: Masculino. Tercer grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural: Figura pequeña, de 6 centímetros, en general inclinada a la izquierda, que refleja sentimientos de minusvalía, ansiedad y que se controla los impulsos agresivos. En general adaptada al medio que la rodea.
- Análisis de contenido: Según el análisis de la figura humana se encontraron los siguientes rasgos: Preocupación somática, especialmente digestiva, debilidad y regresión, primitivismo (sólo dibuja 3 dedos) necesidad de afecto, culpa, fantasía compensatoria, dependencia.
- b. Hallazgos de la Historia Clínica:

G.P. es el segundo hijo de una familia integrada, su padre es pintor y ocasionalmente no tiene trabajo, su mamá es ama de casa, aunque generalmente trabaja, su hermano profesor de música y su hermana estudia pre primaria, de la relación familiar ni la madre ni el niño quisieron dar más información; la madre refiere que ha sido un niño sano y que ha tenido los controles médicos necesarios, pero desde que empezó la educación primaria ,padece principalmente dolores de estómago, diarreas y náuseas, así como cefaleas, lo que provoca su constante ausentismo o que por sus malestares, sus padres lleguen a la escuela a recogerlo antes de lo establecido, esto lo ha llevado en estas ocasiones al médico y no han encontrado nada relevante, la madre refiere que cocina los alimentos de una forma higiénica y nutritiva, que G.P. desde muy chico padece de

sobrepeso. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesor refiere que es bajo, y que generalmente se ausenta de las clases por sus padecimientos y a consecuencia, pierde explicaciones importantes y entrega de tareas por ese motivo, en cuanto a su conducta, la califica como “buena”. No es agresivo, pero resalta que constantemente se queja de dolores de estómago y náuseas.

- Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas no solo digestivas sino de otros tipos, necesidad de afecto, desconfianza e inseguridad, ausentismos por quejas psicósomáticas

d. Evolución con el plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para identificar y diferenciar sus pensamientos y emociones, contrarrestar sus errores de pensamiento, identificación de pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas).

Respuesta al tratamiento: Muy buena, con colaboración de parte de la madre.

CASO CLÍNICO NO. 4

Y.C.M.A. 11 años. Sexo: Femenino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Estructural: Figura pequeña, de 11centimentros (sentimiento de inferioridad) en la parte superior, inclinado hacia la izquierda, indicador de fantasía, ansiedad figura de frente, en general bien integrada , lo brazos rígidos (actitud defensiva) forma recta del trazo y presión normal que denota el equilibrio de la niña, uso de puntos en los ojos y la nariz, muestra de inseguridad. Dibujo presenta simetría y varias borraduras en los brazos en donde las manos están escondidas

.Indicador de ansiedad y conflicto. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado

- Análisis de contenido:

Ansiedad, sentimiento de inferioridad, fantasía, buena adaptación al medio, pensamiento lógico ordenado, regresión y un impulso agresivo, culpa y vergüenza, tendencia al robo, dependencia, infantilismo, evasión y somatización pasividad y complacencia, conflicto interior.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

Y.A. es la segunda hija de una familia integrada, su padre trabaja en los Estados Unidos, su mamá es ama de casa, su hermana mayor y hermana menor, son estudiantes, refiere que tiene una buena relación con su madre, pero no con su padre, porque “prefiere a mis hermanas”.

Su madre refiere que ha sido un niña en general sana y que ha tenido los controles médicos necesarios, sin complicaciones antes o después del embarazo pero desde que empezó la educación primaria ,padece principalmente dolores de estómago, náuseas, actualmente gastritis que ha estado medicada, así como cefaleas, las ocasiones en que recientemente ha ido al médico es por la “gastritis nerviosa “, la madre refiere que cocina los alimentos de una forma higiénica y nutritiva, especialmente por la gastritis de Y, pero que Y a pesar de ello, come muy poco (caprichos alimenticios). En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es muy bueno, pero que ha tenido problemas de tipo conductual con ella (no de tipo agresivo) pero que toma las cosas que no son de ella, que ha tomado cosas de su maestra y de algunos compañeros. Además de ser una persona a la que sus amigas manipulan con facilidad.

- Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas, necesidad de afecto, de llamar la atención, culpa, vergüenza, tendencia al robo, dependencia, pasividad.

e. Evolución con el Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para identificar y diferenciar sus pensamientos y emociones y como estas influyen sus conductas, trabajo en autoimagen y auto concepto, pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas).

Respuesta al tratamiento: Buena, con resistencias al principio del tratamiento, con colaboración de parte de la madre.

CASO CLÍNICO NO. 5

L.E.G. 11 años. Sexo: Masculino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Estructural: Figura mediana, 14 centímetros en la parte superior, inclinado hacia la izquierda, indicador de fantasía, ansiedad figura de frente, en general bien integrada, los brazos rígidos (actitud defensiva) forma recta del trazo y presión fuerte constantemente borrada, que denota agresividad, agregado los ojos negros y profundos además de la risa enseñando los dientes, uso de puntos en los ojos, omisión de la nariz, muestra de inseguridad. Dibujo presenta simetría y varias borraduras evidentes en los brazos en donde las manos están escondidas. Indicador de ansiedad y conflicto. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado, detalles como bolsillos, cinturón, agujetas en los zapatos, indicador de rasgos obsesivos

- Análisis de contenido:

Los principales rasgos encontrados fueron: ansiedad, agresividad (especialmente verbal) impulsividad, preocupación por la somatización (características del tronco y la línea de la cintura por el cincho),

inmadurez y regresión, suspicacia, culpa y vergüenza, dependencia materna y rasgos obsesivos.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

L.E.G.D es el quinto hijo de una familia conformada por 6 hijos (comprendidos entre los 26 a los 6 años de edad) y los padres, su mamá es ama de casa y su papá es pintor, sus hermanos mayores que viven en casa trabajan para aportar a la economía de la misma, la madre refiere que ha sido un niño en general sano y que ha tenido los controles médicos necesarios, sin complicaciones antes o después del embarazo, hace un año L fue operado de una apendicitis y hace aproximadamente dos, empezó con gastritis, medicamento diagnosticada y tratada, la madre refiere que cocina los alimentos de una forma higiénica y nutritiva, especialmente por la gastritis de L, pero que L a pesar de ello, come comida chatarra en la calle, L ha subido de peso y padece sobre peso aproximadamente hace dos años. L y su madre refieren que la relación familiar es “buena y normal“, pero al hablar con la profesora y ex profesores de L, refieren que L ha sufrido negligencia de parte de sus padres y maltrato emocional y físico. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es bajo, a pesar que refiere que no posee ninguna dificultad cognitiva, que tiene dificultades de tipo conductual con él.

Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas, necesidad de afecto, ansiedad y agresividad (en especial verbal). Rasgos obsesivos y desconfianza del ambiente que lo rodea, hostilidad y dificultad para verbalizar.

f. Evolución con el Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para identificar y diferenciar sus pensamientos y emociones y como estas influyen sus

conductas, trabajo en autoimagen y auto concepto pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas). En especial para el control de la ansiedad y la agresividad. Técnicas de relajación.

Respuesta al tratamiento: Muy buena, colaboración, interés y disposición, dificultad con los padres de familia.

CASO CLÍNICO NO. 6

K.J. L.S. 12 años. Sexo: Masculino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- **Análisis estructural:**

Estructural: Figura mediana, 12 centímetros en la parte superior, inclinado hacia la izquierda, indicador de fantasía, ansiedad figura de frente, en general bien integrada, los brazos rígidos (actitud defensiva) pero abiertos (afecto) forma recta del trazo y presión, pero sombreada. No reconoce ni expresa sus sentimientos, angustia o ansiedad, se protege de los estímulos. Constantemente borrada, que denota agresividad. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado, detalles como bolsillos, cinturón, botones indicador de rasgos obsesivos y dependencia.

- **Análisis de contenido:**

Los principales rasgos encontrados fueron: ansiedad, agresividad (especialmente verbal) impulsividad, preocupación por la somatización (características del tronco y la línea de la cintura por el cincho), inmadurez y regresión, suspicacia, culpa y vergüenza, dependencia materna y rasgos obsesivos.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

K. es el segundo hijo del primer matrimonio de su mamá, actualmente vive con su mamá, su hermano mayor, dos hermanos y el esposo de su mamá. K resalta la mala relación entre su mamá y su papá y que lo ve pocas veces, también la difícil relación entre el esposo de su mamá, él y su hermano mayor, así como falta de comunicación con su mamá. La madre refiere que ha sido un niño en general sano y que ha tenido los controles médicos necesarios, sin complicaciones antes o después del embarazo, A fines del 2016, empieza a padecer gastritis y reflujo, (justamente coincide con el cambio de escuela y de casa). La gastritis de K está medicamente diagnosticada y tratada, la madre refiere que cocina los alimentos de una forma higiénica y nutritiva, especialmente por la gastritis de K, pero que K a pesar de ello, a veces aún siente muchos malestares, K está bajo de peso para su edad y altura. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es bajo, a pesar que refiere que no posee ninguna dificultad cognitiva, que no tiene mayores dificultades de tipo conductual con él.

Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas, necesidad de afecto, angustia y culpa, dificultad en expresión de sentimientos. Rasgos obsesivos y desconfianza del ambiente que lo rodea, hostilidad y dificultad, protección ante los estímulos uso de resistencias y defensas.

c. Evolución con el Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para identificar y diferenciar sus pensamientos y emociones y como estas influyen sus conductas y su cuerpo, trabajo en autoimagen y auto concepto pensamientos negativos y herramientas para afrontar d problemas (uso de metáforas).

Respuesta al tratamiento: Resistente y sin colaboración de la familia, especialmente de la madre.

CASO CLÍNICO NO. 7

L. A. Y. 11 años. Sexo: Femenino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Figura pequeña, 9 centímetros en la parte superior, inclinado hacia la izquierda, indicador de ansiedad, figura de frente, en general bien integrada, los brazos abiertos (busca afecto) forma recta del trazo y presión. Constantemente borrada, que denota ansiedad. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado.

- Análisis de contenido:

Los principales rasgos encontrados fueron: culpa, dependencia, el cuello largo y delgado (característico de la preocupación psicósomática digestiva) Desconfianza hacia los demás, conflicto con impulsos, regresión (sólo 3 dedos en cada mano).

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

L.Y. es la primer hija de un hogar integrado, tiene dos hermanos, sus padres ambos trabajan reciclando, (padres sobre trabajados). L. Y. por ser la mayor tiene la responsabilidad de encargarse de la casa y de sus hermanos de 10 y 8 años mientras sus padres no están, afectando esto su hábitos, entre ellos, los alimenticios, la madre ha tenido los controles médicos necesarios, sin complicaciones antes o después del embarazo, hace unos meses, empieza a padecer gastritis y reflujo, La gastritis de L.Y. está medicamente diagnosticada y anteriormente tratada, la madre refiere que cocina los alimentos un día antes para sus hijos o que L.Y. los prepara, ella presenta caprichos alimenticios o come poco. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es regular, que el trabajo en casa afecta significativamente su rendimiento.

Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas, necesidad de afecto, angustia y culpa, suspicacia, dificultad en expresión verbal y desconfianza del ambiente que la rodea.

c. Evolución con el Plan de tratamiento :

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para identificar sus pensamientos y emociones y cómo estas influyen sus reacciones físicas y su trabajo en autoimagen y auto concepto. Respuesta al tratamiento: buena, pero ausencia con los padres de familia.

CASO CLÍNICO NO. 8.

B. A. M. C. 12 años. Sexo: Masculino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Figura grande, 15 centímetros, al centro, de frente, en general bien integrada, los brazos rígidos pero abiertos (busca afecto) forma recta del trazo y presión, con pocas borraduras. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado.

- Análisis de contenido:

Los principales rasgos encontrados fueron: persona con poca disponibilidad a aceptar la realidad (negación) somatización digestiva, con carácter y fuerza para enfrentar los problemas, dependencia materna y necesidad de afecto.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

B.M. es el tercero de 6 hermanos, vive con su papá, mamá y hermanos, sus padres trabajan en una maquila, (padres sobre trabajados) él junto con sus hermanos mayores tiene la responsabilidad de cuidar a sus hermanos más pequeños y de encargarse del hogar, afectando esto sus

hábitos, entre ellos, los alimenticios, B. es parte de una familia de muy bajos recursos con problemas como el alcoholismo del papá, la violencia intrafamiliar, la madre ha tenido los controles médicos, sin embargo, refiere que tuvo a sus hijos muy joven y seguidos, trabajaba y no se alimentaba bien, por lo que B. nació con un bajo peso, B. padece gastritis hace años, que aparece en diferentes épocas, la madre refiere que ellos cocinan sus alimentos y por el trabajo, no monitorea lo que comen, solamente B. padece gastritis. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es bajo, que la situación en casa afecta significativamente su rendimiento.

Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas, necesidad de afecto, culpa, desconfianza, introversión, dificultad en expresión verbal.

c. Evolución con el Plan de tratamiento:

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para para comunicar sus pensamientos y emociones, trabajo en autoimagen y auto concepto pensamientos.

Respuesta al tratamiento: Regular, por ausencia de los padres de familia.

CASO CLINICO NO. 9

K.S.C.R. 12 años. Sexo: Femenino. Sexto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Figura muy grande, 22 centímetros, al centro, de frente, en general bien integrada, lo brazos rígidos pero abiertos (busca afecto) forma recta del trazo y presión, con borraduras constantes, que denota

ansiedad. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado.

- Análisis de contenido:

Los principales rasgos encontrados fueron: agresividad principalmente verbal, síntomas gástricos, persona seductora indicador, (boca abierta enseñando la lengua) Cuello largo: síntomas psicósomáticos digestivos, preocupación por los mismos, carencias afectivas, narcisismo y seducción (adolescente) relaciones personales no satisfactorias, necesidad de apoyo emocional y de afecto, culpa y conflicto interior.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

K.S. es la mayor de 4 hermanos, vive con ellos y con su mamá, no conoce a su padre, K.S. al ser la mayor es la encargada de la casa y de atender las necesidades de sus hermanos pequeños, su mamá es la única que sostiene el hogar y tiene varios trabajos durante el día esto afecta sus hábitos, entre ellos, los alimenticios, la mamá de K.S. refiere que K.S. generalmente presenta inapetencia, no come cuando ella cocina ni a horas establecidas, refiere que resultó embarazada de K. muy joven, pero que no tuvo complicaciones durante el parto, la madre también refiere que K.S. es rebelde y que la disciplina se le ha ido de las manos, K.S. refiere que la relación con su mamá no es buena, padece gastritis desde los 9 años, que se hace presente en diferentes épocas y en otras no, ha estado medicada por dicho padecimiento, además de padecer de otros síntomas como descontrol en la presión arterial y migrañas, solamente K. S.. padece gastritis. En cuanto a su rendimiento escolar, su profesora refiere que es bajo, que la situación en casa afecta significativamente su rendimiento, principalmente por el ausentismo constante.

Signos y síntomas encontrados: Manifestaciones psicósomáticas digestivas y otros tipos de manifestaciones, necesidad de afecto,

especialmente del materno, privación afectiva, problemas de conducta, agresividad, principalmente de tipo verbal.

c. Evolución con el Plan de tratamiento:

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para para comunicar sus pensamientos y emociones, trabajo en autoimagen y auto concepto, pensamientos. Diferenciar sus pensamientos y emociones y como estas influyen sus conductas, pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas). En especial para el control de la ansiedad y la agresividad. Técnicas de relajación.

Respuesta al tratamiento: Muy bueno, colaboración y disposición de la alumna, colaboración de la madre.

CASO CLÍNICO NO. 10

D.F.B. 12 años. Sexo: Femenino. Quinto grado

a. Hallazgos del test de la figura humana:

- Análisis estructural:

Figura muy pequeña, 7 centímetros, sentimiento de inferioridad, rígida (defensiva y temerosa) al centro, de frente, en general bien integrada, los brazos rígidos pero abiertos (busca afecto) forma recta del trazo y presión, con borraduras constantes, que denota ansiedad. Sucesión de cabeza a pies, es decir, un pensamiento lógico ordenado.

- Análisis de contenido:

Los principales rasgos encontrados fueron: inmadurez, baja autoestima, dificultad para el control de impulsos, rebeldía y hostilidad, regresión, necesidad de apoyo emocional.

b. Hallazgos de la Historia Clínica:

D.A.F.B. es la sexta de siete hermanos, vive con sus padres, y sus hermanos, su familia es de bajos recursos, además de presentar problemas de violencia intrafamiliar y alcoholismo de parte del padre, la madre de D refiere que desde niña D come poco y ha presentado caprichos alimenticios, que desde que empezó la adolescencia, su hija ha presentado síntomas como dolores de estómago, inapetencia, vómitos, náusea, cefaleas, además de “rebeldía”, que constantemente ha visitado a médicos y no encuentran un diagnóstico específico, porque probablemente “no sea nada” D. refiere que en su casa todos pelean y a ella “se le quita el hambre”, se molesta y no come, D. expresa que la preocupa mucho la situación de su familia.

En cuanto al rendimiento escolar, su profesora refiere que es bueno, al igual que su conducta sin embargo, se ausenta por enfermedades constantemente.

c. Evolución con el plan de tratamiento

Se trabajó un plan de tratamiento enfocado principalmente para comunicar sus pensamientos y emociones, trabajo en autoimagen y auto concepto. Diferenciar sus pensamientos y emociones y como estas influyen su cuerpo, pensamientos negativos y herramientas para afrontar dichos problemas (uso de metáforas).

3.3. Análisis General.

El objetivo general de la investigación fue aportar conocimiento sobre la terapia cognitivo conductual en el abordaje de las manifestaciones psicósomáticas en niños escolares de la ciudad de Guatemala. Para ello se hizo necesario también determinar la existencia de manifestaciones psicósomáticas del aparato digestivo en los niños de 8 a 12 años de la Escuela No. 845 Jornada Vespertina, donde se llevó a cabo este trabajo, para luego establecer las características básicas del tratamiento cognitivo conductual de las manifestaciones psicósomáticas de dichos niños, estableciendo así las técnicas de terapia para las modificaciones de conducta y las utilizadas fueron: modelado, auto instrucciones, psicoeducación, relajación, para la reducción de signos y síntomas en un tiempo determinado. Dentro de los aspectos psicológicos que podrían estar condicionando el apareamiento de manifestaciones psicósomáticas en los niños, se encontraron los factores de la dinámica familiar, los cuales desencadenaron los signos de ansiedad, dependencia, falta de afecto, culpabilidad, angustia, comportamiento agresivo, indiferencia, hostilidad, bajo rendimiento escolar, desconfianza, poca expresión de sentimientos y pensamientos.

A través de la anamnesis, historia clínica y del Test Proyectivo de la Figura Humana, fue posible determinar varios rasgos y aspectos de la personalidad del niño que con la simple observación o preguntas directas no se hubiese podido establecer, por ejemplo el tipo de relación existente entre los padres de familia y el medio con el niño, siendo ello un componente emocional fundamental de los signos y síntomas psicológicos que cada uno presentó, la población estudiada se encontró con signos de ansiedad y sus diversos síntomas ya que los principales factores de la estructura y dinámica familiar en los hogares presentaron relaciones conflictivas por diversas razones, entre las que se pueden mencionar la

agresión verbal y física del padre hacia la madre, situaciones en las que las madres referían que las crisis eran más frecuentes o bien, los signos y síntomas se acrecentaban, esta situación familiar conflictiva dio pauta a detonar tales manifestaciones, casos en donde la gastritis de los niños apareció sin ninguna etiología, debido al clima emocional en el hogar, padres sobre trabajados, hogares desintegrados, hasta negligencia de parte de ellos a los niños.

Otro de los aspectos encontrados en la población fue el signo de dependencia de los niños hacia los padres, la culpabilidad que sentían ante ciertas circunstancias de su familia y sobre todo la manifestación de la falta de afecto de los padres. Con la aplicación de la terapia seleccionada y utilizando el programa estandarizado se lograron reducir los signos y síntomas significativamente. Fue evidente la existencia de problemas de conducta y escolares en el niño que presenta manifestaciones digestivas, siendo los signos más comunes el comportamiento agresivo (específicamente en los varones), inhibición escolar en las niñas, ausentismo por sus quejas físicas, o conductas inadecuadas; los cuales se recabaron a través de la entrevista que se les hizo a los padres para la anamnesis y a los profesores de los niños. El rendimiento escolar no fue notablemente bajo (de regular a bueno) es decir que a pesar de ello, son niños que presentan habilidades cognitivas normales y responden a las exigencias escolares.

En síntesis, se dice que dentro de los signos y síntomas psicológicos presentados por el niño que favorecen el apareamiento de las manifestaciones psicósomáticas en la infancia se encuentran los factores dinámicos familiares, que ocupan un lugar muy importante dentro del marco etiológico emocional de las manifestaciones psicósomáticas (reacción de la ansiedad).

Se concluye que la Terapia de Cognitivo Conductual es efectiva en el tratamiento del cuadro de manifestaciones psicósomáticas en niños de 8 a

12 años de la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 Jornada Vespertina; la cuál al aplicarla disminuyó en gran número los síntomas y signos en un tiempo estipulado. Después de ordenar, clasificar e interpretar datos se determina que: a nivel general que con la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual se redujeron los signos y síntomas del cuadro de manifestaciones psicósomáticas en un tiempo previamente definido con la totalidad de la población, estableciendo así la “Efectividad” de la Terapia Cognitivo Conductual con el uso de determinadas técnicas estandarizadas.

.CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- La terapia cognitivo conductual es efectiva en el tratamiento de las manifestaciones psicósomáticas en niños de 8 a 12 años que asisten a la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 J.V. la cual al disminuyó de forma significativa los signos y síntomas en un tiempo determinado.
- Dentro de los signos y síntomas psicológicos presentados por el niño que favorecen el establecimiento de manifestaciones psicósomáticas en la infancia se encuentran los factores dinámicos familiares, que ocupan un lugar muy importante dentro del marco etiológico emocional de las manifestaciones psicósomáticas
- A través de la programación de sesiones y un plan terapéutico estandarizado de terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los signos y síntomas psicósomáticos digestivos, estos van disminuyendo por los nuevos esquemas de pensamiento que los niños van aprendiendo.
- La colaboración de los padres de familia en el proceso terapéutico es esencial en la recuperación integral del niño, este influye tanto en el avance como en el estancamiento de los resultados del niño.
- La dinámica familiar influye en el restablecimiento total del niño puesto que el medio en el que se desenvuelve es otra fuente que posee herramientas y apoyo para la solución de problemas.

- Se estableció a través del test de la figura humana y la historia clínica que los niños presentan los mismos signos y síntomas no importando el sexo, ni la edad cronológica.
- Los esquemas cognitivos y errores de pensamiento en la muestra seleccionada fueron modificados por lo que se puede definir que la terapia aplicada es eficaz, llevando un control determinado.
- Un Programa Estandarizado en terapia cognitivo conductual ofrece beneficios tales como: brindar herramientas para que sirvan al niño en el futuro (recaídas) y poder dar un seguimiento y monitoreo.

4.2. Recomendaciones

- Al Ministerio de Educación, poner énfasis no solo en problemas de conducta y aprendizaje sino también en problemáticas de tipo emocional, de los alumnos del nivel primario.
- A la Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 gestionar junto con el MINEDUC un profesional capacitado para brindar atención psicológica a los niños.
- A los padres de familia prestar especial atención a los niños cuando prestan este tipo de somatizaciones, ya que su etiología la mayoría de veces no es médica, sino algo que sus hijos están tratando de comunicarles.
- A los padres de los niños en tratamiento o que terminaron el tratamiento, procurar los cuidados para evitar las recaídas en el niño.
- A los docentes y estudiantes practicantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas, implementar dentro de los cursos académicos la elaboración de programas estandarizados en terapia cognitivo conductual para afrontar diferentes trastornos o problemas, de la corriente terapéutica que manejen.
- A los profesores y profesoras de las escuelas públicas de primaria, que pongan atención en el trasfondo de los niños con manifestaciones psicosomáticas porque si bien, alumnos no presentan bajo rendimiento o problemas conductuales, la red de apoyo es de suma importancia para su re establecimiento emocional.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra , J. *Manual de Psicopatología del Niño*. (1996). Barcelona: Masson S.A.

Brown R. *Mecanismos Psicológicos de Síntomas Médicos Inexplicables* .(2004). Un Modelo Integrativo. Washington: Psychol Bull.

Bunge J., Gomar M., Manndil M. *Terapia Cognitiva con Niños Y Adolescentes: Aportes Técnicos*. (2009).Buenos Aires: Akadia.

Castañeda E, Palacios J. *La Primera Infancia y su Futuro*. (2006).Madrid: Santillana.

Fierro A. *Manual de Psicología de la Personalidad*. (1996). Barcelona: Piado.

Kreisler L., Fain L. & Soule M. *El Niño y su Cuerpo*. (1997). Buenos Aires: Amorroutu.

Loño J., Ochando G., *Trastorno Somatomorfos en la Infancia* .Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil.Barcelona.2003, 23(5), pp. 30-35.

Menéndez F. *El Síntoma Psíquico y Psicossomático en la Infancia* .En: Análisis Psicodinámico y Estructuralista. Barcelona. Anales Españoles, 1980. PP. .81-83

Minuchin S. *Técnicas de Terapia Familiar*. (1984).Barcelona: Paidós.

Montgomery W., Quintana A. Metodología de la Investigación Cualitativa. (2006).Lima: UNMSM.

Onnis L. *Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos*. (1985).Barcelona: Paidós.

Pedreira J., Menéndez O. *El Síntoma Psicosomático en la Infancia: Valoración Psicodinámica* .Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid .1981, 1(1), pp. 81-93.

Pedreira J., Palanca I. & Sardinero E. *Los Trastornos Psicosomáticos en la Infancia y Adolescencia*. (2002). Madrid: Psiquis.

Portuondo J. La Figura Humana Test Proyectivo de Karen Machover. (2007).Madrid: Biblioteca Nueva.

Schultz P. , Schultz S. *Teorías de la Personalidad* .Novena Edición. (2010). México D.F. : CENGAGE

Egrafía

Kínder Not Hilfe. (2012). Contexto Guatemalteco. Recuperado de: <http://www.knhguatemala.org/site/index.php/contexto-guatemalteco>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala PNUD. (2015).Informe Sobre el Desarrollo Humano. Recuperado de: <http://www.gt.undp.org/>

CENTRE LONDRES 94. (2007).Psicosomática en la Infancia y Adolescencia.
Recuperado de: <http://www.centrelondres94.com/documento/psicosomatica-en-la-infancia-y-la-adolescencia>.

ANEXOS

ANAMNESIS

I. IDENTIFICACION

Nombre : _____
Fecha de nacimiento : _____
Edad : _____
Curso : _____
Domicilio : _____
Teléfono : _____
Con quien Vive : _____
Diagnostico : _____

Nombre de la informante : _____
Fecha de la entrevista : _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre de la madre : _____
Edad : _____
Nivel de estudios : _____
Profesión o actividad : _____
Lugar de trabajo : _____
Dirección Teléfono : _____
Teléfono : _____
Nombre del Padre : _____
Edad : _____
Nivel de estudios : _____
Profesión o actividad : _____
Lugar de trabajo : _____
Dirección Teléfono : _____
Teléfono : _____

Antecedentes grupo familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Actividad

III ANTECEDENTES ECONOMICOS

Tipo de vivienda:

Casa o departamento	
Zona Urbana	
Zona Rural	
Propia	
Arrendada	
Allegado	

Servicios Básicos:

Agua potable	
Alcantarillado	
Teléfono	
Luz	

Ingreso familiar : _____

IV ANTECEDENTES MORBIDOS

Presencia: Alcoholismo – Drogadicción – Enfermedades psiquiátricas – autismo – Deficiencia Mental – Epilepsia - Diabetes – Trastornos Metabólicos – Sordera – Ceguera. (Consignar parentesco)

V. ANTECEDENTES EL EMBARAZO

Embarazo deseado : _____
Inducción de aborto : _____
Duración del periodo de embarazo : _____
Control medico : _____
Síntomas de aborto : _____
Rubéola materna : _____
Alimentación : _____
Problemas emocionales : _____
Incompatibilidad RH : _____
Ingesta de fármacos : _____
Irradiación : _____
Otros : _____

VI. ANTECEDENTES DEL PARTO

Lugar : _____
Espontáneo : _____
Cesárea : _____
Posición : _____
Anestesia (tipo) : _____
Complicaciones en parto : _____
Asfixia : _____
Uso de fórceps : _____
Duración del parto : _____
Rompimiento de la membrana : _____

VII ANTECEDENTES DEL PERIODO DE RECIEN NACIDO

Peso	
Talla	

Llanto espontáneo	
Incubadora	
Ictericia	
Complicaciones (anomalías congénitas, actividad motora, reflejo de succión, otros)	

VIII. CRONOLOGIA DEL DESARROLLO (consignar edades)

Control cefálico	
Sedentación	
Marcha	
Control de esfínteres Diurno (anal/vesical) Nocturno (anal/vesical)	
Balbuceo	
Primeras palabras	
Frases	
Alimentación	
Higiene	
Vestuario	

IX. ANTECEDENTES MORBIDOS DEL ALUMNO

Enfermedades infecto contagiosas	
Epilepsia	
Déficit auditivo	
Déficit visual	
Aparato locomotor	
Neurológicas	
Tratamientos/medicamentos	
Otros	

X. ANTECEDENTES ESCOLARES

Escolaridad (permanencia, lugar).

Reacción frente a las exigencias escolares.

Dificultades significativas (problemas e aprendizaje: asistencia a colegio, otros).

XI. CONCLUSIONES/SUGRENECIAS

Profesional

HISTORIA CLÍNICA INFANTIL

I. DATOS GENERALES:

Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Dirección:

Religión:

Registro Médico:

Escolaridad:

Fecha de Ingreso:

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

IV. QUEJA PRINCIPAL:

V. ESFERAS DEL SUJETO:

ψ HISTORIA PERSONAL:

ψ HISTORIA FAMILIAR:

ψ HISTORIA SOCIAL:

ψ HISTORIA EDUCATIVA:

VI. ANÁLISIS DE SÍNTOMAS Y SIGNOS:

SÍNTOMAS SIGNOS

VII. IMPRESIÓN CLÍNICA:

VIII. DIAGNOSTICO:

IX. PRONÓSTICO:

X. PLAN DE TRATAMIENTO:

PLAN DE TRATAMIENTO

CONTENIDOS	NUMERO DE SESIONES	ASPECTOS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO
Conociéndonos	No. 1	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con los padres • Entrevista con los maestros • Primer acercamiento con el niño 	Establecimiento de Rapport <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Contrato Terapéutico y compromiso con el padre de familia. • Recolección de Datos Anamnesis Identificación de signos y síntomas del paciente. Entrevista con los profesores de los niños
Comprendo el problema	No. 2-5	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del problema /psicoeducación • Que son conductas, pensamientos sentimientos, sensaciones físicas y el ambiente. • Qué es la ansiedad y de que maneras se manifiesta; sensaciones físicas, comportamientos particulares. • Esquemas de pensamiento: las creencias : 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de trabajo (auto registros) "10 felicitado", identifico mis emociones y sensaciones, mis creencias. • Uso de metáfora en Cuentos Historietas • Explicaciones como: Los anteojos claros y los anteojos catastróficos. • El león de peluche y el

		positivas o negativas <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de pensamientos 	león de verdad, (ansiedad) <ul style="list-style-type: none"> • Cambio mi forma de pensar “yo soy” positivo y negativo,
Busco soluciones	No. 6-9	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y herramientas para el problema y solución positiva del mismo • Desarrollo de habilidades sociales y asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relajación: el maestro ninja y sus enseñanzas • Metáfora; “ponerse los anteojos” • Auto registros: “externalizo el problema”, “lo reconozco” • Para afrontar la ansiedad: “Preguntas del buen cazador “
Mantengo soluciones	No. 10	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento • Monitoreo con padres • Evitar las recaídas repaso técnicas y herramientas 	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora: La escalera del valiente • Cuadro de auto registro antes/ahora • Relajación y cómo actuar: “Las enseñanzas del maestro ninja”

			<ul style="list-style-type: none">• Sesión de monitoreo con padres y con maestros.
--	--	--	--