RESULTADOS DE LA PRÁCTICA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL EN EL CORREGIMIENTO DE LA FLORIDA

SANDRA MILENA CARDONA MONCADA

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PEREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICAS ACADÉMICAS

PEREIRA

2011

Informe Final de Práctica Profesional

Resultados de la práctica en Intervención Psicológica Individual en el corregimiento de la Florida

Corregimiento de la Florida –Proyecto Color Colombia-
Período comprendido entre Agosto de 2010 y Julio de 2011

Sandra Milena Cardona Moncada
Practicante

Mónica María Palacio Colorado
Psicóloga, Psicoanalista
Tutora

Universidad Católica de Pereira

Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación

Programa de Psicología

Prácticas Académicas

Pereira

2011

Dedicatoria

A mi familia.

Universidad y Corregimiento de la Florida.

Agradecimientos

A mi padre por mostrarme siempre el Norte

A mi madre por estar-ahí aunque yo no estuviese.

Al equipo del Proyecto Color Colombia de la Red de Universidades y en especial a Fabián Morales por facilitarme el lugar de práctica que deseaba.

A mis docentes psicoanalistas por su importante contribución para elegir el psicoanálisis como opción para escuchar a los otros y orientar mi ejercicio profesional. A Ana Lucía Sanín, Mónica Palacio y Ana Lucía Arango.

A Yamile Bocanegra, Paula Pérez y Santiago Trujillo….

Contenido

Dedicatoria **3**

Agradecimientos **4**

Síntesis **11**

Abstract **11**

Resultados de la práctica en intervención psicológica Individual en el corregimiento de la Florida.. *12*

Introducción *12*

1. Presentación de la Organización *13*

1.1 Reseña Histórica *13*

1.2 Red de instituciones que trabajan en la zona: *15*

2. Diagnóstico de Necesidades *16*

3. Eje de Intervención *17*

3.1 Eje de Intervención Clínica Individual *17*

3.1.1 Atención Individual en la E.S.E Salud La Florida *18*

3.1.2 Atención Individual a niños "reportados, remitidos" por presentar comportamiento agresivo. *18*

5. Marco Teórico *20*

5.1 Psicología Clínica *20*

5.1.1 Psicología Clínica con orientación psicoanalítica *22*

5.1.2 Transferencia e Interpretación. *25*

5.1.3 Queja, Demanda y Síntoma. *28*

5.1.4 Psicoanálisis con Niños *31*

5.1.5 La Agresividad. *34*

6.1 Intervención Clínica Individual *38*

6.1.2 Objetivo General. *38*

6.1.3 Objetivos Específicos *38*

6.1.4 Estrategias de Acción *39*

6.1.5 Procedimiento desarrollado *40*

6.1.6 Población. *41*

6.1.7 Evaluación de Impacto *42*

6.1.8 Presentación y análisis de resultados *47*

6.1.9 Dificultades presentadas. *50*

6.2 Atención Individual a niños "reportados, remitidos" por presentar comportamiento agresivo: ... *51*

6.2.1 Objetivo General *51*

6.2.2 Objetivos Específicos: *51*

6.2.3 Estrategias de Acción *52*

6.2.4 Procedimiento desarrollado *52*

6.2.5 Población *53*

6.2.6 Evaluación de Impacto *53*

6.2.6 Presentación y análisis de resultados *57*

6.2.8 Dificultades presentadas: *59*

Conclusiones **61**

Recomendaciones **63**

Referencias **64**

Lista de Tablas

Tabla 1: Número de Procesos (2010-2011) 42

Tabla 2: Número y porcentaje de Consultas Atendidas (2010-2011) 44

Tabla 3: Población atendida: niños y adultos (2010-2011) 44

Tabla 4: Porcentaje de la población según la edad (2010-2011): 45

Tabla 5: Población atendida por motivo de consulta 46

Tabla 6: Número total de niños del corregimiento identificados con comportamientos agresivos: 54

Tabla 7: Primer Encuentro sobre Resolución de Conflictos “El pie atado” 54

Tabla 8: Segundo Encuentro sobre Resolución de Conflictos “El árbol del conflicto” 54

Tabla 9: Numero de padres citados y que asistieron a la reunión informativa. 55

Tabla 10: Número de procesos 55

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje Número de Procesos (2010-2011) 43

Gráfico 2. Número y porcentaje de Consultas Atendidas (2010-2011) 44

Gráfico 3. Población atendida: niños y adultos 45

Gráfico 4. Porcentaje de la población según la edad (2010-2011): 45

Gráfico 5. Número y porcentaje de consultas atendidas: 56

Lista de Apéndices

Apéndice A. Cronograma de actividades. Julio – Diciembre (2010) 67

Apéndice B. Cronograma de actividades práctica II 73

Apéndice C. Historia Clínica Psicológica en Niños 74

Apéndice D. Historia Clínica psicológica en Adultos 76

Apéndice E. Formato de interconsulta 80

Apéndice F. Registro de Atenciones Psicológicas a la Comunidad. 81

Apéndice G. Registro Mensual de Atención Psicológica Individual. 82

Apéndice H. Cuestionario para Entrevista a Profesores sobre los niños que puntuaron alto en Comportamiento Agresivo. 83

Apéndice I. Primera actividad para encuentro de Resolución de Conflictos “El pie atado”. 84

Apéndice J. Segunda Actividad para encuentro de resolución de conflictos “Los árboles del conflicto”. 85

Apéndice K. Actividad para encuentro de resolución de conflictos “El árbol del conflicto”. 87

Apéndice L. Circular de citación a padres de niños con comportamiento agresivo. 90

Lista de Anexos

Anexo A. Cuadro explicativo de los ejes del Proyecto Color Colombia. 91

Síntesis

Este Informe Final de práctica expone los resultados de mi ejercicio profesional en psicología clínica con orientación psicoanalítica, el cual fue llevado a cabo en el corregimiento de la Florida que, adscrito al proyecto Color Colombia de la Red de Universidades, tuvo un eje de intervención clínica dividido en dos aspectos: La atención de consultas psicológicas solicitadas desde el Puesto de Salud del Corregimiento y, con el propósito de darle continuidad a la Investigación "Medición de comportamientos agresivos y pro-sociales en los niños de las escuelas de la ciudad de Pereira" se ofreció la atención psicológica a un pequeño grupo de niños que desde los resultados de dicho estudio y, posteriores actividades de convivencia, fueron identificados por presentar comportamientos agresivos.

Palabras clave: Psicoterapia con orientación Psicoanalítica, queja, síntoma, comportamientos agresivos, resolución de conflictos, escucha.

Abstract

This final report of professional practices presents the results of my practice in clinical psychology with psychoanalytic orientation, which was realized in the Florida Village that asociated with Colombia Color project of the University Network, was a shaft divided into clinical intervention two aspects: The psychological care consultations requested from the village health post and, for the purpose of giving continuity to Research "Measurement of aggressive and prosocial children in schools in the city of Pereira "was offered counseling to a small group of children that from the results of that study and subsequent activities of living, were identified by have aggressive behavior.

Keywords: psychoanalytically oriented psychotherapy, complaints, symptoms, aggressive behavior, conflict resolution, listening.

Resultados de la práctica en intervención psicológica Individual en el corregimiento de la Florida

Introducción

Se ha considerado que el sector rural de las ciudades puede representar su región más rezagada y, así mismo, ser el sector en donde habita parte de la población más vulnerable, por lo tanto, hacer algo allí ha sido preocupación del sector académico; de este modo, en la región Risaraldense algunas instituciones de educación superior, se han visto en la obligación de aportar en su desarrollo, ya que además estas zonas pueden constituirse como fuentes potenciales del desarrollo sostenible.

Este documento entonces, en un primer momento presenta una breve reseña de la Red de Universidades de Risaralda, la cual constituye la organización que posibilitó a través del Proyecto Color Colombia -que busca brindar el apoyo a los procesos autogestionarios de desarrollo humano, para contribuir en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, propuesto por la ONU- abrir un lugar de práctica para la intervención psicológica individual dirigida a los habitantes del corregimiento de la Florida, por ser una de las zonas rurales de la capital; además que se hace mención tanto a la Universidad Católica de Pereira por ser la institución que toma la coordinación del Proyecto, como también al puesto de Salud que representó la institución que facilitó el espacio para llevar a cabo algunas de las atenciones psicológicas. De este modo es de evidenciar la participación conjunta de las diferentes instituciones para conseguir los objetivos planteados, respondiendo así con uno de sus intereses el cual es la intervención interdisciplinaria.

El ejercicio profesional fue realizado en un tiempo total de diez meses comprendidos entre Agosto de 2010 y Julio de 2011, periodo durante el cual se actúo sobre las necesidades que presentaba la comunidad en cuanto a la salud mental; constituyendo así un eje de intervención clínica, en donde por un lado se ofreció la atención a las personas de la comunidad que de manera voluntaria solicitaban el servicio en el Puesto de Salud del

corregimiento y por otro lado, atendiendo a la necesidad de intervenir sobre los comportamientos agresivos evidenciados en los niños de la comunidad, se dio continuidad al proyecto que tuvo como propósito medir los comportamientos prosociales y agresivos de los niños de las escuelas del corregimiento, a través de actividades grupales y la posterior derivación de los casos más importantes a la atención individualizada. Es de resaltar aquí, que el corregimiento no había contado antes con la actuación de la psicología clínica desde el puesto de salud y por mediación del Proyecto Color Colombia.

Las intervenciones fueron orientadas desde la perspectiva psicoanalítica desde la que se da primacía a la palabra de los sujetos que en el caso de los niños se facilita también a través del juego y el dibujo, de este modo se invita a los sujetos a hablar sobre eso que les genera sufrimiento, para que así sean ellos mismos quienes puedan construir un saber sobre el mismo, mediado por el dispositivo clínico.

En un último momento, este documento expone los postulados teóricos desde el que fue orientada la práctica y, la posterior presentación de los resultados del eje clínico en sus dos aspectos.

1. Presentación de la Organización

1.1 Reseña Histórica

La Red de Universidades de Risaralda, en su afán por promover el progreso socio-comunitario y desarrollar proyectos que propendan por la proyección social, ha propuesto el proyecto “Color Colombia” que plantea como eje fundamental el apoyo a los procesos autogestionarios de desarrollo humano, no sólo a nivel local sino también regional, en tanto el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ha enfatizado en una medición por país basada en indicadores sociales estadísticos compuestos por parámetros como la *vida larga y saludable*, la *educación* y el *nivel de vida digno*. En relación a esto, será entendido en este proceso por desarrollo humano, los procesos por medio de los cuales una sociedad mejora sus

condiciones de vida y de sus ciudadanos mediante un incremento en la satisfacción de necesidades básicas y la creación de un entorno que posibilite el respeto por los derechos humanos de los mismos. A raíz de lo anteriormente planteado, el proyecto cuenta con dos ejes de desarrollo (Organización y gestión de desarrollo y Desarrollo humano sostenible) de los cuales se despliegan cinco áreas de desarrollo que son: 1) Educación, 2) Salud, 3) Reconversión Productiva, 4) Desarrollo ambiental y 5) Organización y Participación.

El departamento de Proyecto de vida de la Universidad Católica de Pereira asume la dirección de un proyecto de intervención comunitaria propuesto por la mesa de vicerrectores de la Red de Universidades de Risaralda, el cual es propuesto dadas las múltiples necesidades que aquejan a las diferentes poblaciones del país y en especial a las de nuestra región, elementos indicados con suficiente claridad en el Informe de Desarrollo Humano del Eje Cafetero 2003 denominado "Un Pacto por la Región"; documento que muestra la manera cómo han impactado ciertos factores en la disminución de la calidad de vida de la población. Lo que se plantea, es que los centros de educación superior tienen la obligación de aportar al desarrollo con elementos concretos que, construidos desde la academia, puedan dar respuesta a los requerimientos de la población, a la vez que la academia genera nuevo conocimiento a partir del contacto permanente con las comunidades y con las diferentes instituciones que intervienen en ellas. Por otro lado, el proyecto se fundamenta en una de las preocupaciones mundiales propuesta por la ONU y avalada por muchos de los países del mundo, que buscan el desarrollo de los Objetivos del Milenio (ODM).
El informe de Colombia dice que el país necesita enriquecer la información para conseguir los ODM y que su logro exige focalizar políticas en la población más vulnerable de las regiones más rezagadas. Por ello las regiones tienen un gran reto: la ejecución de los programas sociales se hace en las entidades departamentales y locales. De igual manera, informa que casi todas las regiones del país cumplen con los mínimos constitucionales, pero que al desagregar por zonas, se encuentra un espacio rural que está por debajo de esos mínimos en tanto que las zonas urbanas se sitúan por encima.

De acuerdo con las múltiples necesidades que aquejan a las diferentes poblaciones de nuestro país y especialmente de nuestra región, surge la propuesta del trabajo interinstitucional de los centros de educación superior a partir de la responsabilidad social de los mismos. Las instituciones de educación superior vinculadas al Proyecto Color Colombia

son: Universidad Católica de Pereira (UCP), Fundación Universitaria del Área Andina (FUAA), Universidad Tecnológica de Pereira (UTP) y la Universidad Libre seccional Pereira (UNILIBRE). (Tomado del Informe Final de Harold David Pérez R. 2009)

1.2 Red de instituciones que trabajan en la zona:

- Las Instituciones Educativas
- ONG'S (Soledad de montaña, Anthakarana, Corpootún)
- Instituciones Públicas (CARDER, AGUAS Y AGUAS) y
- E.S.E Salud Pereira: Puesto de Salud de la Florida; se amplía entonces ésta última, por ser la institución que ha proporcionado el espacio para realizar las atenciones psicológicas individuales.

El puesto de Salud de la Florida es uno de los 27 puestos de Salud que están distribuidos a lo largo del Municipio de Pereira y que hacen parte de las tres Unidades Intermedias de Salud que están ubicadas en El barrio Kennedy, El Barrio Cuba y en el Centro de la Ciudad. El E.S.E Salud La Florida está en funcionamiento en el corregimiento y han establecido como su Visión: Ser líderes a nivel regional en la prestación de servicios de Salud acreditados y con alto grado de satisfacción para sus usuarios y por Misión: Prestar servicios de Salud de Baja y Mediana complejidad a la población más vulnerable del Municipio de Pereira en forma oportuna, realizando acciones de Promoción de la Salud, Prevención, tratamiento y Rehabilitación de la enfermedad optimizando los recursos humanos, tecnológicos y financieros, garantizando la satisfacción de sus usuarios. El puesto de salud ofrece el servicio de Baja y Mediana complejidad, ya que los casos de Alta Complejidad son remitidos generalmente a la Unidad de Kennedy o al Hospital San Jorge.

Es importante mencionar que hasta la fecha, el Puesto de Salud del corregimiento no había contado con el servicio de psicología clínica siendo sólo hasta ahora, a través de la práctica profesional y por medio del Proyecto Color Colombia, que debido a la demanda de algunos habitantes de la comunidad y sugerido por algunos practicantes del área de la psicología social, han dado lugar y apertura al trabajo clínico con el fin de intervenir conflictos de manera individual.

Es entonces el Centro de Salud del corregimiento, el espacio desde donde será realizado el eje de intervención en su primer aspecto, es decir, las atenciones individuales de las personas de la comunidad que movilizadas por su malestar, solicitan el servicio Psicológico de manera voluntaria directamente en el Puesto de Salud.

El proyecto color Colombia cuenta con una oficina ubicada en el corregimiento de la Florida, que es utilizada no sólo para las reuniones que el proyecto requiere, sino también para brindar el apoyo terapéutico a los niños de las escuelas de la comunidad que presentan comportamientos agresivos.

2. Diagnóstico de Necesidades

La identificación de las necesidades de la comunidad de la Florida es realizada en primera instancia, a través de la revisión documentada de los informes finales de práctica de los estudiantes de psicología Harold David Pérez Ramírez y Jenny Lorena Betancur y, de la estudiante de enfermería Carolina Serna Hernández de la Universidad Libre vinculados en los años precedentes al Proyecto Color Colombia, además mediante procesos de observación directa de algunas de las dinámicas de la comunidad, lo que facilitó encuentros con algunos de sus representantes clave como la enfermera del E.S.E Salud La Florida, el Secretario del Corregidor y líderes de la vereda el Porvenir cuyas respuestas fueron acordes con las halladas en los mencionados informes de práctica.

El proyecto Color Colombia ha facilitado también el ejercicio profesional de los estudiantes de Medicina de la UTP, los cuales hallaron, mediante la ejecución de la Metodología AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia) problemáticas tales como:

- Desnutrición,
- Enfermedades pulmonares,
- Consumo de Sustancias Psicoactivas,
- Violencia Intrafamilar y
- Comportamiento agresivo entre los niños en las escuelas.

Las tres últimas necesidades fueron también identificadas por los estudiantes de psicología Social Comunitaria, además:

- Dificultades en la resolución de conflictos entre los habitantes del corregimiento y de las veredas,
- Falta de talleres de educación sexual en las escuelas
- Fortalecimiento de la Convivencia y la Participación política y
- Síntomas depresivos debido al impacto negativo que tiene el proyecto Parque Lineal sobre los Areneros del Río Otún.

Estas necesidades identificadas a través del ejercicio profesional de las disciplinas vinculadas al Proyecto, demostraron que además de las acciones realizadas desde la Psicología Social Comunitaria, era necesario crear un nuevo eje de intervención correspondiente al área de la Psicología Clínica para trabajar de manera individual con las personas que pudieran presentar alguna queja y buscaran el apoyo psicológico en el Puesto de Salud del corregimiento.

Por otro lado, siendo el comportamiento agresivo en los niños una de las problemáticas presentadas en la comunidad, se presenta esta población como el foco para una investigación que fue realizada por el médico José William Martínez, en la cual fue empleado un instrumento para medir comportamientos prosociales y agresivos (COPRAG) en los niños de algunas de las escuelas de la ciudad de Pereira; fueron evaluados 344 niños estudiantes de cinco de los colegios del corregimiento de la Florida, de los cuales 98 presentaban comportamientos agresivos y, a partir de este resultado es propuesto por medio del proyecto Color Colombia, la participación de la psicología para ejecutar un plan de intervención grupal e individual con este grupo de niños.

3. Eje de Intervención

3.1 Eje de Intervención Clínica Individual

El eje de Intervención Clínica es construido como una alternativa de atención individual para las personas del corregimiento de la Florida, a partir de procesos tales como evaluación psicológica, diagnóstico e intervención terapéutica abordado desde el enfoque psicoanalítico.

El eje de intervención está compuesto por dos aspectos:

3.1.1 Atención Individual en la E.S.E Salud La Florida. Se fundamenta en la Intervención Psicológica Individual de las personas de la población que movilizadas por el malestar que les aqueja, solicitan de manera voluntaria la atención psicológica en el Puesto de Salud del Corregimiento de La Florida, y por otro lado como producto de una remisión generada mediante un proceso de interconsulta realizado por los practicantes vinculados al proyecto Color Colombia (enfermería y psicología social comunitaria). Es importante aclarar que en el caso de los niños se incluye de igual forma, acercamientos con los padres vía la entrevista clínica para atender aquellos interrogantes que se han ido generando en relación al comportamiento de sus hijos. La intervención incluye procesos de evaluación psicológica, diagnóstico y orientación abordada desde el enfoque psicoanalítico.

3.1.2 Atención Individual a niños "reportados, remitidos" por presentar comportamiento agresivo. El segundo aspecto responde a la necesidad de intervenir niños de cinco de las escuelas del corregimiento de la Florida que, mediante la aplicación del instrumento empleado por el Doctor Martínez en su investigación, fueron reportados por presentar conductas agresivas.

Por el elevado número de niños que fueron clasificados por presentar comportamientos agresivos, se realizó una primera intervención a través de encuentros de convivencia y de resolución de conflictos en compañía del practicante en social comunitaria y finalmente, en consideración de los resultados de la investigación, entrevistas realizadas con los profesores y los padres y mediante la intervención grupal, se realizó la intervención clínica con los niños que se consideraron objetivo de intervención terapéutica individual. El espacio para dichas intervenciones en lo grupal se realizó en cada una de las escuelas, y las intervenciones individuales en la Oficina del Proyecto Color Colombia ubicada en el corregimiento.

Este eje de intervención lleva las dos connotaciones “reportados” y “remitidos”. El primero hace referencia a los niños que, a partir de la aplicación del instrumento fueron identificados por presentar comportamientos agresivos por lo cual son así designados; y remitidos, como el resultado del proceso iniciado por el cuestionario aplicado a los profesores sobre el comportamiento del niño en el aula de clase, seguido de los encuentros de convivencia y de resolución de conflictos y su posterior derivación a una Intervención Psicológica individual.

4. Justificación Eje de Intervención

La intervención clínica en una población que ya ha sido intervenida desde el campo de la psicología social comunitaria, se torna *interesante* en cuanto es presentada como una alternativa de atención individualizada, ya que mediante la problematización generada a través de las intervenciones comunitarias, son generados interrogantes en los participantes, lo que en muchas ocasiones demanda por parte de éstos una escucha e intervención particular. Además que el eje clínico va en consonancia con el proyecto Color Colombia, el cual con las áreas de desarrollo que ha propuesto: Organización y participación, Reconversión productiva, Desarrollo Ambiental Educación y Salud, proponen intervenciones interdisciplinarias en pro de la consecución de los Objetivos del Milenio (ODM) los cuales se espera sean ejecutados en una región vulnerable, que para el caso de Risaralda la región escogida para intervenir, es la Cuenca Media del Rio Otún (Corregimiento de la Florida y sus veredas); de este modo la psicología clínica responde de manera directa en el área de la salud, a través del acompañamiento Psicológico individual que se ha ofrecido para que las personas puedan solicitar el servicio en el puesto de Salud de la Florida o proporcionar la atención a quienes son producto de una remisión.

No se debe dejar de mencionar que la realización del eje clínico en sus dos aspectos, se hace *interesante* igualmente porque con la inclusión de dos campos de la psicología para actuar en la comunidad, el proyecto Color Colombia está ampliando su perspectiva de intervención, puesto que se está atendiendo a nivel particular a aquellas personas que

demandan atención por voluntad propia y a aquellos niños de las escuelas que son remitidos por presentar comportamientos agresivos.

La Psicología Clínica tiene cabida y es *útil* en este proyecto y para la comunidad, en tanto interviene positivamente en las problemáticas evidenciadas en el diagnóstico de necesidades tales como violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y, en especial, comportamientos agresivos identificados en los niños de las escuelas. Ahora bien, la intervención clínica en sus dos aspectos se hace útil para la comunidad de la Florida (pacientes, familia, instituciones educativas), puesto que es el espacio que se ha abierto para que sean escuchados de manera individual y así poder dirigir su queja en un medio particular, lo que permite a su vez establecer una relación terapéutica con los mismos.

Finalmente, hay novedad en la realización del eje clínico, en cuanto que en el corregimiento de la Florida a través del E.S.E Salud Pereira, hasta el momento no se había ofrecido el servicio de Atención Psicológica Individual y ahora mediante el proyecto Color Colombia y la UCP está siendo proporcionada para su comunidad.

5. Marco Teórico

5.1 Psicología Clínica

La clínica en psicología, como uno de sus campos de acción, está fundamentada en la investigación de los factores que puedan afectar la Salud Mental y, responde a un interés de hacerle frente a aquello que en el vivir pueda presentar algún tipo de malestar o sufrimiento; por eso dentro de sus objetivos se encuentra la evaluación, el diagnóstico y la intervención, en donde quizá lo más importante sea estudiar a cada persona (paciente) en su situación particular. Sin embargo, en la actualidad no es posible hablar de un solo abordaje psicológico para intervenir en la Salud Mental, en realidad para más claridad debería hablarse de variedad de abordajes teórico-prácticos dentro de la misma disciplina psicológica y**,** de paso, considerar diferentes enfoques dentro del campo de la psicología clínica. Esto implica tener una noción de particularidad dentro de cada perspectiva frente a su objeto de estudio y así mismo

establecer la diferencia sobre lo que cada enfoque ha decidido concebir como sujeto psicológico.

En principio las psicoterapias se despliegan en función de ideales sociales de adaptación, ofrecen curas “rápidas”, “focalizadas” con “objetivos”, buscando el dominio de las emociones, el aprendizaje de habilidades sociales. Por otro lado también existe el poder de los laboratorios y el modelo médico de los psiquiatras que garantiza la cura rápida y segura a través de un buen psicofármaco -a tal diagnostico tal psicofármaco-; en fin, hay un sinnúmero de ofertas terapéuticas destinadas al alivio sintomático, ofertas que apuntan a la sugestión, la reeducación de conductas inadecuadas, entre otros.

Algunas psicoterapias hacen uso de la relación paciente-terapeuta por medio de la sugestión, imponiendo un sentido al padecimiento, sugieren qué es lo bueno y qué es lo malo, ubicándose así en el lugar del amo, diciendo qué hay que hacer, qué mejor que un terapeuta que conoce de la vida y la ordena o aconseja cómo vivirla. Últimamente aparecen discursos que anuncian sus curas rápidas, estructuradas y focalizadas por objetivos, “sin pérdida de tiempo” y, en efecto en muchas de las ocasiones dichos objetivos son alcanzados en el breve tiempo estipulado, pero y aquí puede plantearse la pregunta: Al final ¿qué puede quedar luego que a una persona su terapeuta lo “fascina” con lo que sería su mejor solución pero antes él mismo no ha realizado las suficientes reflexiones al respecto? Luego, no todos los modelos terapéuticos son efectivos para todas las personas en su generalidad y, en ocasiones el ahorro de tiempo para empezar a ver cambios no constituye ventaja alguna.

La psicología entonces, desde cada uno de sus enfoques puede hacer uso de diversas herramientas como por ejemplo, desde la psicología organizacional o educativa son usadas pruebas psicométricas, o los tests proyectivos desde la psicología dinámica, éstas y otras son técnicas que le sirven al psicólogo para sacar un diagnóstico con base a ciertas cosas que le ocurrieron a otros y en otros tiempos. De este modo el psicólogo, al igual que el médico, observa al paciente y desde allí determina los signos y síntomas como material para elaborar un diagnóstico y seguir su trabajo de intervención; esta mirada corresponde en la psicología al hecho de entender al Ser Humano, de acuerdo con ciertos grados evolutivos en su proceso de desarrollo, en donde es alcanzada cada etapa superior, sólo si se ha cumplido con determinadas funciones que son esperadas para cada período de su desarrollo.

Es importante mencionar aquí que la psicología, a partir de su rápida extensión, ha tenido algunas pretensiones, entre ellas el poder ser considerada como ciencia y, del mismo modo, dado que tiene su propia teoría propone una práctica sobre lo humano, es decir, existe un interés de ser entendida con un doble estatuto, como disciplina y como profesión; y en Colombia a partir de Ley 1090 de 2006 esta doble mirada es asumida, tal como se presenta en el art. 1, donde presentan su definición. La psicología clínica entonces es tomada como un tipo de práctica que responde y es guiada por el método clínico y sus técnicas para hacer algo frente al "sufrimiento" que presenta lo humano.

5.1.1 *Psicología Clínica con orientación psicoanalítica.* El psicoanálisis emerge para dar respuesta, desde su terapéutica particular a dicho sufrimiento; es por ello que Sigmund Freud también es reconocido cuando se habla de la clínica, pues desarrolla una disciplina bien diversificada en su cuerpo teórico, sus métodos, su objeto de estudio y su concepción de sujeto. Freud durante toda su experiencia clínica y consecuente elaboración teórica, dio varias definiciones de lo que debería ser entendido por psicoanálisis, aquí se presenta una de ellas:

> "Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido mancomunando en una nueva disciplina científica". (Freud, 1923 [1922] p. 231)

Esta definición consignada en "Dos Artículos de Enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la Libido," demuestra cómo el creador del psicoanálisis, lo entendía como un procedimiento de investigación y como un tratamiento de las perturbaciones que presenta el sujeto neurótico.

La terapéutica orientada psicoanalíticamente se convierte en un espacio en el que el paciente despliega sus palabras, su saber, sus dichos; esto es de lo que se trata cuando un sujeto se embarca en la experiencia analítica y asocia libremente -dice lo que se le ocurre-; lo que se pone en juego es que no sabe lo que dice, ni quien es; aquí comienza a vacilar, a

contradecirse, a tropezar en su discurso. Al no poder representarse en estos dichos, se pregunta qué objeto es para el Otro y, si es amado… ¿qué soy para ti?, ¿me quieres?...

Ahora bien, es necesario diferenciar el ejercicio del terapeuta y el del analista: en principio el lugar del terapeuta es el lugar del gran Otro, lugar del amo, con sus ideales, con sus valores, él es quien sabe y dice qué hay que hacer, por ende su paciente será aquel que obedezca a éste, esperando así la aprobación de su amor; este es el poder de la sugestión que la palabra otorga a quien ocupe el lugar de quien se supone sabe –médico, brujo, psicólogo, tarotista, chaman, analista- etc. El punto está en el uso que se haga de este poder, cómo se opera, desde dónde se interviene y, el practicante que escucha desde una orientación psicoanalítica, debe considerar este punto como crucial para marcar una diferencia en su ejercicio clínico con el modelo que la psicoterapia psicológica propone, es decir, no intentará ubicarse en esta posición de saber frente al malestar del otro, al tiempo que no impondrá en el paciente por medio de la sugestión el camino a seguir para hacerle frente a su sufrimiento. Aunque Lacan (1957-1958) refiriéndose a Freud afirma que "…es conveniente dejar que se establezca la transferencia, […] porque es legítimo hacer uso del poder ¿de qué?, de sugestión, que da la transferencia" (p. 436) Así las cosas, lo importante aquí es mirar de qué modo un analista se ubica en esta relación transferencial.

El analista entonces, apuntará al despliegue del saber inconsciente de su analizante, absteniéndose de sus prejuicios, absteniéndose de ofrecerse como ideal a seguir; apunta más bien a las formaciones del inconsciente, es decir a los sueños, actos fallidos, lapsus, equívocos, allí donde el lenguaje tropieza, patina, el decir se contradice, esas son las manifestaciones que capta y, trata de abrir ese momento en el cual el inconsciente se manifiesta mas allá de las intenciones yoicas del individuo. Para tal propósito el analista debe rechazar la idea de que como escucha es quien porta el sentido de los dichos del paciente y, por el contrario su posición será del que ignora qué es lo que desea el otro, con lo cual hace apertura para que sea el paciente quien en el trabajo analítico pueda interrogarse por el sentido que abarca eso que dice. (Fombona, 1992, p. 333)

La diferencia entre el psicoanálisis y las terapias psicológicas no reside ni en la duración, ni en el uso del diván, sino en la posibilidad que tiene de dirigir una cura sin gobernar ni educar, pues dados sus preceptos teóricos, conceptuales y clínicos tales como el

Deseo y la Pulsión, se admite y se confirma en la experiencia clínica que éstos "no son educables" (Gallo, 2008, p. 55). En últimas, es fundamental anotar que es la concepción de sujeto la coordenada y el camino en la dirección de la cura, pues si se concibe la existencia del sujeto del inconsciente, y que allí residen unas mociones pulsionales y unos deseos que no son educables, pues es comprensible que durante las sesiones terapéuticas no se guíe ni se estructure la entrevista, sino que, como bien lo muestra el método del la Asociación Libre, es dejar hablar al paciente de todo lo que se le ocurra, por más disparatado que parezca.

El psicoanálisis es una experiencia de discurso que no se reduce a la psicología, ya que el saber al cual esta última se dirige es de otro orden, su dirección está puesta básicamente al saber consciente, y desde aquí a lo que se apunta es al levantamiento del síntoma, sin embargo, esto sólo no basta, puesto que pueden reaparecer síntomas y desplazarse hacia otro punto. Será entonces indispensable que el sujeto encuentre en su análisis la posibilidad de romper con aquello que más daño le hace en su vida y que no obstante repite una y otra vez sin siquiera advertirlo. Eso que no se conoce de sí mismo, reside en aquello que en el psicoanálisis se define como inconsciente, que a su vez se configura como el sujeto y el objeto de estudio del mismo. El sujeto del que habla el psicoanálisis entonces es el sujeto del inconsciente, sujeto que emerge producto de una elección, que si bien es forzada, no por ello deja de ser responsable de la misma y a su vez es responsable de su posición frente al goce y al deseo.

El concepto de inconsciente está netamente relacionado con otros conceptos como represión y resistencia; es así como se afirma que "Todo lo que es reprimido tiene necesariamente que seguir siendo inconsciente, pero queremos plantear de entrada que lo reprimido no abarca todo lo que es inconsciente. Lo inconsciente es más amplio; lo reprimido es una parte de lo inconsciente". (Freud, 1915, p. 161) Este concepto como se puede evidenciar tiene como punto de partida la teoría de la represión. Lo reprimido es el prototipo de lo inconsciente, aunque se distinguen dos tipos de inconsciente: lo inconsciente latente (capaz de conciencia) y lo reprimido (incapaz de conciencia) (Freud, 1915, p.161)

El proceso clínico-analítico permite conducir al sujeto a tomar conciencia de algunos elementos reprimidos, ya que no todo lo inconsciente es susceptible de conciencia, como ya se mencionó. Sin embargo, en la medida en que es superada la resistencia dicha cura permite

una traducción de lo inconsciente en conciente. Tal resultado se produce a través del método que Freud eligió para conducir su práctica clínica este es: *Asociación Libre*, técnica que supera en suficiencia a los dos métodos aplicados al comienzo de su experiencia clínica (El *método hipnótico y el catártico)* y con aquél es de notar las diferencias que demarca la intervención desde una perspectiva psicoanalítica en relación a las otras, una de las más importantes es la exigencia que se le hace al psicoterapeuta de mantener en su posición de no saber frente al síntoma del otro, pues el saber sólo está ahí en los dichos del paciente.

Es necesario mencionar que el uso del método de la Asociación Libre incluye la Transferencia y la Interpretación, las cuales van a ser tratadas posteriormente, al respecto Mazzuca (2004) afirma:

> Pero es en un tiempo posterior, a partir de su autoanálisis, del descubrimiento del inconsciente y la invención del dispositivo analítico, cuando Freud da el paso que implica dejar atrás la sugestión hipnótica para pasar al análisis de la transferencia, dejar caer el método catártico para sumergirse en la vía de la interpretación. (En: http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=4684) .

Es así que la asociación libre pasa a ser la única forma que tiene el paciente para avanzar en la cura, mientras que para el analista la vía está puesta en la interpretación de las formaciones del inconsciente, entre las cuales deben incluirse los sueños y los síntomas.

5.1.2 *Transferencia e Interpretación.* La transferencia, tal y como nos recuerda de la enseñanza de Lacan Fombona (1992), puede definirse como un lazo erótico, lazo que toma la forma del amor, pero no cualquier amor, sino un amor al Saber. De este modo el síntoma, es un intento por resolver un conflicto, una sustitución que viene a tratar de solucionar algo (por eso se repite, y por eso es posible decir que ahí hay una causalidad) entonces puede apelar al saber por la vía del lazo amoroso. Otra cosa que no se puede dejar de mencionar, es que el inconsciente puede ser definido como un saber que el sujeto ignora. El inconsciente es el lugar de la determinación de todo lo que es hablado, el lugar del discurso del gran Otro, el lugar del gran Otro. El analista viene a ocupar ese lugar, un lugar en el inconsciente, el

lugar de ese gran Otro que “sabe sobre mi sufrimiento” y se va a amar a ese que supuestamente sabe sobre lo que le acontece, he ahí la transferencia.

Cuando se apela al saber, es el momento en el cual en el paciente aparecen interrogantes, en la forma de “no sé qué es lo que me pasa” y, es cuando éste hace una demanda al analista a que responda (haga interpretaciones), dando en esta medida la posibilidad de que se dé en el análisis la entrada del síntoma, eso que en un inicio no era más que una queja en la que se culpabilizaba a los otros, y que luego con la generación de interrogantes se termina por percatar que tiene que ver con la propia responsabilidad. En la obra de Lacan se puede encontrar la evidencia de una relación entre demanda y transferencia, y su uso para que haya análisis y surgimiento del deseo. Entonces, es el síntoma lo que se vuelve transferencial, ya que el analizante pone al analista en el lugar del inconsciente, de ese saber no sabido, y de este modo, el que sabe es el Otro (analista) y por eso la demanda se dirige a él (que sabe) permitiendo que el síntoma se despliegue y se pueda intervenir. Así es como puede entenderse desde la enseñanza de Lacan la dinámica de la transferencia.

En la relación terapéutica para hablar de transferencia es necesario recordar que Freud habló sobre el desplazamiento de mociones pulsionales que acontecían durante el encuentro entre el analista y el paciente, siendo éste quien reactualiza sobre la persona del analista montos afectivos que ya habían sido insertados en sus primeras imago.

Dichos montos afectivos pueden ser de dos tipos, tiernos y hostiles, asumiéndose para cada uno de ellos el nombre de transferencia positiva y transferencia negativa respectivamente, siendo éste fenómeno en su doble presentación lo que mas imposibilita el adecuado curso de la cura, puesto que puede convertirse en una resistencia, obstaculizando además las libres asociaciones del analizante; sin embargo, Freud afirma que “La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud” (Freud, 1912, p. 101)

De otro lado con Lacan ha de considerarse que la transferencia se define a partir del vínculo que se genera entre el amor y el saber que se verán integrados en una figura que

vendría a ubicarse como el eje fundamental de la transferencia, al que se puede denominar Sujeto supuesto saber.

Dentro del dispositivo analítico es necesario que el analista asuma una posición del Sujeto Supuesto, con el fin de que el paciente pueda adjudicarle un saber acerca del origen de su malestar y la forma para curarlo. Es importante, con base en lo anterior, mencionar que para Lacan, así como nos recuerda Fombona (1992) el analista se ubica del lado del objeto (semblante de *a*), es decir que causa el deseo de saber en el paciente; no obstante, es el paciente quien sabe la verdad sobre su síntoma la cual debe ser descifrada dentro del análisis.

Ahora bien, en lo que respecta a la interpretación, es necesario recordar que dentro del dispositivo clínico para que ésta pueda realizarse y tener efectos, es fundamental que se haya establecido el vínculo transferencial entre el paciente y el analista, existiendo entre ambos una relación jerárquica, puesto que el analista es libre en su técnica de interpretación siempre y cuando esté teniendo en cuenta la transferencia, que a su vez puede ser utilizada como una estrategia. Al respecto Lacan 1957-58 afirma "Aquí la transferencia se concibe como la toma del poder del analista en el sujeto, como el vínculo afectivo por el que el sujeto depende de él, y que podemos utilizar legítimamente para hacer admitir una interpretación" (p.436) Sumándole que "si el paciente engulle nuestras interpretaciones es porque ha llegado a querernos". (Lacan, 1957-58, p. 436) ¿qué quiere decir esto? Que se ha establecido el vínculo transferencial. Por el lado del analista según recuerda Fombona (1992) su interpretación sólo lo será en la medida que en el paciente haga sus efectos, por tanto es necesario percatar en éste algún cambio.

Así, desde el psicoanálisis se concibe que la interpretación es realizada por el analista a partir de un elemento particular del material (una ocurrencia, una operación fallida, un síntoma) que es enunciado por el paciente, y aquí se debe ser muy cuidadoso, puesto que la devolución que hace el analista no consiste en proporcionar respuestas, pues lo que ocasiona es un taponamiento del deseo de saber ya generado en el analizante; el analista entrega más bien palabras cargadas de un valor enigmático produciendo la división del sujeto, instaurando la falta y produciendo un deseo de saber más sobre su síntoma, pues si lo hiciera de un modo contrario estaría accediendo a la demanda del paciente, que vía el taponamiento del saber se produce el cumplimiento de la demanda de amor.

La interpretación compenetra con el método de la asociación libre en tanto su propósito es generar el trabajo en el paciente, siendo éste quien debe buscar las respuestas (que pide al analista) de su propia producción, sus construcciones, elaboraciones que devienen de su propio inconsciente, trabajo que es posibilitado por el método que bien debe usar el analista

Podría resumirse lo anterior afirmando que el psicoanálisis no opera sobre el síntoma más que por medio de la palabra, y el analista no responde a la demanda sino que interpreta a nivel del deseo; pues como bien lo dice Lacan, lo que se puso de relieve en el descubrimiento freudiano fue el deseo, que igualmente fue aprehendido y esencialmente en los síntomas y en lo que de ellos interpretaba, lo mismo que en el sueño, que es siempre un deseo y más exactamente un cumplimiento del mismo (Lacan, 1957-58, p.328)

5.1.3 Queja, Demanda y Síntoma. Se concibe que la queja es la forma como todo sujeto se relaciona con su síntoma, con el sufrimiento de su padecer, ya que hace referencia a lo que un paciente viene a manifestar como aquello que le molesta y por lo cual hace responsable a los otros.

J. Lacan introduce la noción de *demanda* oponiéndola a la de necesidad. En un primer momento el humano parte de una necesidad vital y puede ser equiparado al mundo animal, en donde cada ser se apropiaría de aquello que le pide su instinto. Pero para obtener algo de alguien, el ser humano encuentra las palabras para solicitar lo que necesita. Al estar atravesado por el lenguaje, esa demanda de satisfacción de la necesidad es codificada por la madre que interpreta los gritos del niño.

En el seminario sobre clínica psicoanalítica con niños, Margarita Mesa (2009) nos recuerda con la enseñanza de Lacan que la *demanda* es articulada y articulable por el significado que el otro da, y este otro no es cualquiera, está representado en el Otro del lenguaje. En este mismo dirigirse (dirigir un gesto, un gemido, un llanto) se constituye el Otro, (porque es quien le da sentido o significación a aquello que en un primer momento era del orden de lo real, de la necesidad; además al ser representado por el Otro del lenguaje,

implica la división que el lenguaje mismo produce, división que permite la instauración de un sujeto deseante y que limita por tanto el goce que está prescrito en aquel organismo real).

El sujeto parte de la necesidad y al ponerla en palabras pasa a ser *demanda;* así se coloca en dependencia del Otro, lo particular de la necesidad queda en cierto modo anulado. Lo que realmente le importa al sujeto es la respuesta de ese Otro, independientemente de la apropiación del objeto que podría satisfacerla. Podría decirse que el sujeto en su encuentro con el Otro demanda amor, demanda reconocimiento. Para Lacan, la *demanda* está referida a otra cosa que la satisfacción que reclama, "es más que la satisfacción que la apela, y va más allá" (Lacan, 1958, p.414). "Es demanda de una presencia o de una ausencia", en últimas es una demanda de amor. Este juego de presencia – ausencia se manifiesta en la relación primordial, el Otro que tiene el don de un poder: Privarlo o satisfacerlo con su presencia, la presencia de la madre, como el Otro primordial que cumple la función de proveer, da la palabra, da su falta, da su amor y provee el objeto particular de la necesidad.

La *demanda* al no poder ser satisfecha genera repetición y de este modo se va delineando el objeto causa del deseo. En esta repetición se transforma el objeto de la necesidad en objeto de deseo; la demanda al pasar por el significante deja un resto, va produciendo una hiancia producto de la diferencia entre lo anhelado y lo reencontrado. Este resto constituye el ''objeto a'' causa de deseo; constituyendo este una de las nociones claves en la clínica Lacaniana.

La particularidad de la necesidad resurgirá "más allá de la *demanda*", en el deseo. El deseo se apoya en la demanda para adquirir consistencia significante y adviene como falta de un objeto, es así como el niño se constituye como sujeto deseante, clave fundamental para hablar de sujeto, puesto que éste no es más que el efecto de la división producida por la castración.

La *queja*, por su parte, está definida desde el punto de vista etimológico, como expresión del dolor, sufrir, soportar un mal. Pero en algunos casos la *queja* no es el sufrimiento, o sea, queja y sufrimiento son dos cosas distintas (desde el punto de vista psicológico). Una persona puede sufrir y negarse a toda queja, o por el contrario, situarse en una posición de permanente queja, que le permita disimular aquello que lo perturba (un posible síntoma).

En un primer momento (durante las entrevistas preliminares) el sujeto que consulta es susceptible de no querer separarse de su síntoma. Para ello será necesaria la presencia del analista que posibilite un espacio de escucha a esa *queja* de manera que pueda producir consecuencias, entre estas, conducir al sujeto a interrogarse acerca de ella instalando una pregunta. Así, a través de tal cuestionamiento logrará puntualizar un síntoma, formalizar una demanda que le permita ir desprendiéndose de esta queja sintomática, pero de un modo imperceptible y sin que el sujeto pueda evitar hacerse responsable de la misma.

De este modo se entra en el campo del trabajo analítico, cuya puerta de entrada está dada por el cumplimiento de uno de los objetivos de las entrevistas preliminares: Realizar el pasaje de la actitud pasiva del consultante (que está sostenida en la *queja*) a la búsqueda activa por parte del analizante de las causas de su padecer neurótico. Para ello se requiere por parte del analista sostener la escucha, de tal manera que permita al paciente hacer uso de la asociación libre, lo cual a su vez da apertura al sujeto del inconsciente, buscando además que el síntoma cese de alimentar la *queja* del sujeto.

Ahora bien, del lado del síntoma es preciso mencionar que para el paciente el síntoma viene a ser aquello de lo que se queja y quiere desembarazarse, pero no hay forma de saber de qué se queja un paciente sino escuchándolo, sino cuando él hable y es esto lo que se le pide al paciente en el dispositivo clínico.

El síntoma es presentado por Freud (1917) como una de las formaciones del inconsciente (formación sustitutiva) junto con el sueño, los lapsus, los actos fallidos etc., toda esta elaboración es presentada una vez Freud, gracias a la utilización del método de investigación del inconsciente de la *Asociación Libre*, consigue identificar la significación de manifestaciones psíquicas de origen inconsciente que tienen la facultad de significar otra cosa que lo que significan realmente y afirma que “Los síntomas son satisfacciones sustitutivas de la pulsión, en el síntoma se articula también una satisfacción libidinal” (Dor J, 1994 p.77) dado que, como ya se dijo, es una formación más del inconsciente. Freud (citado en Mazzuca, 2004) afirma que “nuestra convicción acerca del significado de los síntomas como satisfacciones libidinosas sustitutivas sólo se afianzó definitivamente cuando incluimos en la cuenta a la transferencia”.

En psicoanálisis, un síntoma tiene estructura de lenguaje. A este respecto Lacan hace una observación sobre éste y asevera que: “el síntoma se resuelve completamente en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es un lenguaje cuya palabra debe ser liberada” (Dor J, 1994 citando a Lacan p.77) o descifrada, puesto que el síntoma se ha definido desde Freud como un mensaje que viene de manera cifrada.

El síntoma es como un sueño, un acto fallido, un olvido; un significante que está diciendo algo para ser escuchado dentro de una cadena discursiva. Esa cadena discursiva, esos dichos, son lo que un psicoanalista debe escuchar en el curso de una sesión, ese discurso que el analizante dice sin saber de qué habla y, a la vez, diciendo lo que no quiere.

Se dice de igual modo que “en un síntoma hay una intención de significación que realiza un querer decir algo”. (Dor J, 1994 citando a Freud, p.77) Cuando el paciente le confiere un sentido a sus síntomas, así no sepa de qué se trata, es entonces cuando el análisis empieza y de igual modo es cuando los síntomas se modifican y empiezan a cargarse de nuevos significados. Es necesario entonces que el analista conduzca al paciente por la vía de ese saber, es decir que lo guíe para que éste empiece a darle sentido a sus síntomas, esto se da precisamente cuando el síntoma se hace un enigma para el sujeto y es allí donde se hace, a su vez, objeto de tratamiento.

5.1.4 Psicoanálisis con Niños. Es necesario empezar aclarando que para el psicoanálisis el sujeto del inconsciente no tiene edad, el sujeto no se lee en términos cronológicos, por lo tanto el niño en análisis es lo mismo que un adolescente o un adulto, pues es un sujeto igualmente atravesado por el lenguaje, es un hablante-ser. Esto quiere decir que al concebir la existencia del inconsciente, se concibe también la presencia de la palabra, y de ésta su tropiezo, su desliz, su falla, aquello que desde Freud se denomina las Formaciones Sustitutivas, las cuales se convierten para el psicólogo en herramientas para lograr realizar su intervención, en la cual debe prestar atención, en su ejercicio de escucha, a aquellas incongruencias del lenguaje que también se dan en los niños, puesto que, como ya se mencionó, también son seres atravesados por el lenguaje, y de este modo son sujetos presos del inconsciente.

Es en la infancia donde se estructura la subjetividad, (Ramírez, M. 2003, p. XIV) es por ello imprescindible reconocer que el psicoterapeuta se ve avocado a escuchar múltiples motivos de queja, que vienen a ser manifestados por los padres sobre el comportamiento de sus hijos, quejas que, al parecer, son solo causa de molestia para ellos y no para los niños, quienes son los que se configurarían como pacientes de acuerdo con el pedido de los padres. Sin embargo, es imprescindible que el terapeuta esté siempre atento a determinar y diferenciar el origen del pedido en torno al saber sobre el síntoma, en otras palabras, de dónde deviene la demanda de saber.

Cuando un niño es llevado a la consulta terapéutica, el psicólogo se enfrenta a una oposición estructural entre la concepción temporal de los padres (lo que se espera del niño) y la temporalidad lógica del sujeto-niño, ya que desde la perspectiva psicoanalítica se concibe que hay una diferencia radical entre el desarrollo y la estructura. Cuando se habla de niño, puede pensarse en disciplinas médicas, psicológicas, e incluso, psicoanálisis de niños; pero cuando se piensa en sujeto se lo piensa desde el psicoanálisis con niños, tal como lo enseña Lacan. (Leserre, A. 1995, p. 4) Desde el psicoanálisis se habla de la existencia de un tiempo lógico en el que el pasado se presentifica, en tanto el paciente en cada encuentro, revive experiencias infantiles que parecían haber sido olvidadas. Es por ello que Freud en su práctica se percató que todos sus pacientes hablaban de su infancia, eso le dio la posibilidad de hablar y preguntarse por lo infantil. No obstante, es necesario aclarar, que lo importante no es el dato histórico, sino conocer eso cómo le retorna al Sujeto en su aquí y ahora.

Es pertinente en este momento poner un ejemplo: se supone que el niño es llevado a la consulta con el terapeuta porque lo que es signo (que muestra algo) en la madre comienza a convertirse en “síntoma” ¿de quién? En el texto “Dos notas sobre el niño” (1969) Lacan dice: “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar” (p.1) tal como se dijo anteriormente, el estatuto que el síntoma adquiere es de respuesta. Lo que quiere decir que la familia es una estructura que tiene algo de sintomática y el niño puede hablar algo de esa verdad, verdad que, por lo demás, es subjetiva y producto del encadenamiento significante y de la cual no se puede decir todo. Por ello Lacan sigue diciendo: “El síntoma se define en la experiencia analítica, como representante de la verdad, a veces de la verdad de la pareja parental” (1969, p.1) verdad en la cual el niño está también implicado, a partir de la influencia o ausencia del deseo materno, asunto que se manifestará

igualmente en el síntoma del niño. Así mismo, se concibe la posibilidad que la madre permita o no la emergencia de la función paterna que mediaría la relación entre ella y su hijo. En este punto es posible indicar que para la comunidad intervenida la mayoría de las familias que consultaron, mostraron relaciones más cercanas entre madres e hijos (aunque no necesariamente afables) y en donde había poca o nula intervención paterna, caracterizándose ésta en una relación mediada por el factor económico y por lo demás evidenciando una función generalmente empobrecida en cuanto a representante de la ley, inclusive desde la falta de nombramiento y reconocimiento.

Esto admite mostrar y entender que las relaciones que se tejen al interior de la familia son conflictivas y por tanto generan un malentendido, es por esto importante posibilitarle al niño, dentro del espacio, hacerse a un síntoma que lo diferencie de la demanda de los padres, de los maestros, del pediatra y construya un saber en torno al mismo.

Cuando los psicólogos con orientación psicoanalítica piensan la niñez, la piensan vía la existencia del inconsciente y saben que la forma de hacer e intervenir en el espacio terapéutico no se realiza desde aquello que aluda al plano consciente (pensamiento, conocimiento y, menos aún, desarrollo) porque desde la enseñanza de Freud y Lacan se sabe que cuando se habla de neurosis no se habla de algo diferente a la sexualidad infantil, porque en últimas, lo que se juega allí, es el sujeto del inconsciente.

Entonces, la tarea con el niño, como con el adulto, es procurar la construcción de un saber a partir de la formulación de cuestionamientos, lo cuales encuentran la vía del inconsciente y su saber para ser respondidos. Ese saber emerge a partir de sus formaciones: lapsus, sueños, chistes, etc. Asuntos a lo que debe estar presto y atento el analista, o psicólogo, cuya orientación sea psicoanalítica, puesto que es desde allí desde donde parte su labor, producir un efecto de división a través del ejercicio de la interpretación.

En el seminario sobre “Una pregunta por el diagnóstico” con Beatriz Maya, se hizo referencia al tipo de interpretación que se promueve desde el psicoanálisis, la cual debe ser una interpretación enigmática para provocar la apertura del inconsciente. Se creería que la interpretación enigmática no aplica para los niños porque pueden no entender, pues bien, el asunto es que desde el psicoanálisis no se promueve la comprensión ni la búsqueda de sentido, esto ya haría parte de lo propiamente psicológico. Este tipo de interpretaciones lo que

buscan en el niño y cualquier sujeto es que éste pueda producir un saber y una verdad de sí mismo y que, a su vez, parta desde sí mismo.

Para concluir este apartado es preciso afirmar que es indudable que en los niños se revelan formaciones del inconsciente: como el síntoma, que puede estar inscrito vía la angustia o la inhibición. Los trastornos llamados del aprendizaje y ciertos miedos que después se convierten en fobias, pueden estar develando las fallas de la función del Nombre del Padre en la estructura inconsciente familiar. Tal es el caso Juanito, bastante caracterizado por Freud y retomado por Lacan, en donde su fobia se debía básicamente al temor de la castración, castración que viene a ser una función del Padre Simbólico, y es en esta vía que se constituye el Nombre del Padre, como aquella Metáfora que muestra la prohibición del goce incestuoso entre la madre y el niño.

Para explicar mejor, y resumir lo que se ha tratado de estructurar en este apartado, es que Juanito "a pesar" de ser un niño, logra hacerse a una fobia para protegerse de la situación en la que estaba inmerso, situación que mostraba la posición devoradora del Otro, lo cual tiene sus implicaciones a nivel de la estructuración subjetiva. Esta fobia deviene entonces, como el modo que el sujeto encuentra para vérselas con la inconsistencia del Otro y a su vez asume el carácter o el estatuto de Metáfora del Nombre del Padre lo cual da cuenta de los mecanismos a los que el sujeto se hace para arreglárselas en su relación con el Otro. Es así que esto podría verse como aquello que se referenció anteriormente, y es que el síntoma del niño responde a lo que hay de sintomático en la estructura familiar.

Ahora bien, ¿es posible pensar que esos síntomas denominados fobias y trastornos del aprendizaje estén dando cuenta de la relación agresiva que se constituye entre el Padre y el niño en tanto el temor de la castración, pues esa agresión parte del niño, tal como lo dice Lacan en 1957-58 (p.174)? O también ¿como poniendo resistencia a los imperativos de éxito, excelencia, etc. que pueden provenir de los ideales del Padre?

5.1.5 *La Agresividad.* Para pensar la agresividad desde la teoría psicoanalítica con Freud (1933) hay que recordar sus planteamientos sobre la pulsión de vida (eros) y la pulsión de muerte (tánatos), cuando se refiere a los impulsos agresivos como siendo parte de la pulsión de auto conservación, en el sentido que designa la fuerza necesaria para atraer hacia sí el objeto de amor, para apoderarse de él es necesario no sólo la expresión del amor sino

también la fuerza y la agresión que le permita atraparlo y asegurarlo consigo, cuando es siempre ineludible la amenaza de la pérdida de dicho objeto de amor.

El deslizamiento que efectúa Freud del "mal" hacia la agresión, destrucción y crueldad (Freud, 1930[1929], p. 116) es una indicación problemática y no del todo evidente, y es en ese sentido que habría que retomar en qué términos el psicoanálisis puede abordar este tema. Otro punto de partida es la ubicación de ese asunto de la agresividad como inherente al ser humano e incluso hasta constitutivo de la condición humana. No obstante, se puede plantear el lugar del odio, de la agresividad y de la pulsión de muerte como formas estructurales del humano, y es por esta vía que se tratará de articular algunas posturas respecto a la agresividad.

Es necesario entonces mencionar que, si bien para el discurso moral o religioso, las conductas que impliquen agresividad son calificadas con el adjetivo "mal", para el psicoanálisis, o más bien desde su ética se propone que "No hay otro bien más que el que puede servir para pagar el precio del acceso al deseo…" (Lacan, 1960, p. 382.)

En psicoanálisis no hay una normativización del deseo, no se podría apelar a una máxima universal que dicte deseos que conduzcan al bien y otros al mal, tampoco es un sistema moral el que rige la dirección de un análisis. Sin embargo, no hay que desconocer que en la constitución subjetiva se juega el sentimiento de culpa, cuya función es juzgar y recriminar los deseos, pensamientos, actos y hasta fantasías del sujeto. Se trata de la voz que ha sido incorporada como residuo del odio y de la agresividad inicialmente dirigida al padre primordial, el de *Tótem y Tabú (1913 [1912]* y que ahora ha dado voz al superyó.

No obstante, no es posible dejar de sorprenderse que en el origen mítico de la cultura, de aquello que da lugar a la Ley, Freud haya colocado nada menos que un crimen; el asunto es que éste consigue reconocer que en la base misma del inconsciente y en la dinámica humana, el crimen se encuentra presente. (Zuleta, 2004, p.8) Lo inicial es el odio llevado a su máxima expresión al aniquilar al padre que hace obstáculo para el goce incestuoso; sin embargo, es paradójico puesto que en lugar de surgir el acceso a ese goce, viene su interdicción por la creación de la Ley.

Es entonces necesario mencionar que la Ley establece un límite a los deseos individuales de los humanos y vela por el bien común determinado por las reglas de convivencia de la cultura, que obligan a la represión de las pulsiones y, en el mejor de los casos, a la sublimación de las mismas pero sin satisfacción plena. Por ello, Freud se interroga en su texto *El Malestar en la cultura (1930 [1929])* ¿por qué a pesar de todas estas ideas del bien común, el humano se la pasa tan mal? Es decir, toda esta promulgación de las leyes y del amor al prójimo iría muy bien si no apareciera el malestar, pues en el fondo y en el origen existe un más allá del placer que entraña la destrucción, la nada, y parte de que "la inclinación agresiva es una disposición pulsional autónoma, originaria, del ser humano", (Freud. 1930[1929], p. 117) y que además es una condición inevitable; por tanto esta "inclinación innata al mal" está en el centro mismo del ser y de la constitución del yo. Ahora bien, si se prosigue con esta inclinación innata en el pensamiento freudiano por el lado del desarrollo libidinal, también se encuentra una cuota de agresividad siempre presente en toda manifestación pulsional. Freud llega incluso a decir respecto al ser humano que éste:

> …no es un ser manso, amable, a lo sumo capaz de defenderse si lo atacan, […] En consecuencia el prójimo no es solamente un posible auxiliar y objeto sexual, sino una tentación para satisfacer en él la agresión, explotar la fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente, sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infringirle dolores, martirizarlo y asesinarlo. (Freud, 1930[1929], p.108)

El amor al prójimo es bastante endeble y las leyes sociales son insuficientes para normar la convivencia con el semejante, pues en el fondo está la maldad constitutiva del humano que persigue el reencuentro con la muerte. La pulsión de muerte pone en marcha la repetición del evento traumático, y con ello una fuerza pulsional que no alcanza nunca su objeto, y por ende tampoco su satisfacción. Freud coloca a la pulsión agresiva como un sustituto de la pulsión de muerte que tiende a la destrucción y a la disolución.

Siguiendo el orden de ideas desde donde Freud teoriza la cuestión por la agresividad es posible indicar que a partir de los procesos llevados a cabo con los niños identificados con un comportamiento agresivo, es de evidenciar cómo en efecto, las leyes sociales (entendidas en este punto, las ejercidas desde las instituciones educativas y familias principalmente) no son lo suficientemente efectivas para regular la pulsión agresiva, además de tratarse de niños que están insertos en familias que presentan dificultades en cuanto al manejo de la autoridad y

los modos de crianza, familias en donde puede verse “la ausencia del aval de un hombre a su nombramiento como padre” (Gallo, 2008 p. 57), lo que conlleva a un debilitamiento del padre, en unos casos desde este primer momento en donde no es nombrado y, en otros como hombres que en vínculo con una “mujer de ímpetu”, quedan ubicados en una “cobardía absoluta” en el orden del deseo, como consecuencia de haber sido despojados de la “superioridad suprema” del falo. (Gallo, 2008 p. 56). Sumado a lo anterior, es de recordar la premisa que hace alusión a lo que no es educable en el ser humano: la pulsión, que en este caso se refiere a la pulsión de muerte que se ha dicho le es constitutiva.

Asimismo en *La agresividad en Psicoanálisis* Lacan (1948), siguiendo a Freud remite a que la noción misma de agresividad es correlativa de la estructura narcisista: relación erótica en la cual el humano fija una imagen que lo enajena para rivalizar con el otro, de por vida, por algún bien. Entonces esta idea de la destrucción del rival se debe, hasta este momento, a una relación especular a partir de la cual surge el deseo de poseer aquello que se refleja en el otro, que presupone suyo o que lo quiere como suyo y que, sin embargo, la imagen del otro le revela que ocupa su lugar y lo priva del objeto de su deseo. Como consecuencia, entra en una furia, en una rivalidad y en unos celos que incitan a los actos más violentos. Así, la agresividad, sería constitutiva de las relaciones con el otro a quien se ama y se odia al mismo tiempo, en la medida en que ese otro es el sujeto mismo. Sólo podría hacerle daño a aquél que se constituya en alguna forma como su reflejo. Freud da una clave para esta irremediable rivalidad: “…, incluso en la más ciega furia destructiva, es imposible desconocer que la satisfacción se enlaza con un goce narcisista”. (Freud, 1930[1929], p. 117) Desde esta perspectiva no habría odio ni amor fuera de una reciprocidad especular. Ahora bien, para la furia destructiva, Lacan agrega que en la experiencia de la agresividad, en el centro del acto más violento, se es dada una imagen de dislocación corporal:

> …las imágenes de castración, de mutilación, de desmembramiento, de dislocación, de destripamiento, de devoración, de reventamiento del cuerpo, en una palabra las imagos que personalmente he agrupado bajo la rúbrica que bien parece estructural de imagos del cuerpo fragmentado. (Lacan, 1948, p. 97)

En suma, para Lacan la rivalidad con el otro y, sobretodo, la alienación primordial genera la agresividad más radical: el deseo de la desaparición del otro y de su dislocación corporal.

6. Propuesta de Intervención

6.1 Intervención Clínica Individual

6.1.1 *Atención individual en el E.S.E Salud La Florida.*

Este eje de intervención tuvo como propósito, desarrollar procesos de psicoterapia en donde primó la escucha como elemento inicial y fundamental del proceso para atender el pedido de las personas que consultaron movilizadas por un malestar y, mediante la cual se generaron en el paciente interrogantes acerca de su posición sobre el síntoma que lo aquejaba, buscando que él mismo construyera un saber con relación a su vida psíquica por lo que se pudiera percibir algunos cambios en su posición frente al sufrimiento. Todo lo cual guiado mediante el establecimiento de un diagnóstico y su seguimiento, buscando siempre la intervención desde el uno por uno.

6.1.2 Objetivo General.

Prestar los servicios de evaluación e intervención psicológica, orientado psicoanalíticamente, a los habitantes del corregimiento de la Florida a través del Puesto de Salud y por mediación del Proyecto Color Colombia.

6.1.3 Objetivos Específicos

- Realizar las intervenciones clínicas desde el enfoque psicoanalítico, de una manera ética y responsable.
- Aplicar el método de la asociación libre para practicar una escucha flotante que permita devolverle al paciente, a través de sus dichos, la verdad sobre su síntoma.

- Posibilitar a la persona intervenida decir algo sobre su síntoma a partir del recuerdo, las ocurrencias y las construcciones que se van elaborando a través del proceso.
- Facilitar la formulación de preguntas por parte del paciente acerca de aquello que le aqueja, buscando una resignificación de su padecimiento por lo cual se responsabilice sobre el mismo.
- Realizar seguimiento de los casos por medio de las asesorías y la formalización de los mismos
- Lograr efectos psicoterapéuticos en las personas que consultan por su problemática particular.

6.1.4 Estrategias de Acción

- Abrir el Historial clínico (con los aspectos necesarios del motivo de consulta) de cada paciente que asista al puesto de Salud o de quienes son remitidos por medio de interconsulta, para recoger la información de cada paciente de manera formal y organizada, estableciendo la afiliación con la institución E.S.E Salud la Florida y para esclarecer que son atendidas por el Proyecto Color Colombia, a través de la Universidad Católica de Pereira en lo que respecta a la atención psicológica individual. De este modo las Historias Clínicas son guardadas en el Puesto de salud como registro de las atenciones psicológicas facilitadas por la entidad.

- Realización de entrevistas clínicas desde el enfoque psicoanalítico mediante las cuales se hace el establecimiento de un diagnóstico y se orienta un tratamiento en el que se busca que el consultante trascienda de la queja inicial a elaborar una demanda de saber sobre su malestar y se comprometa con su propio proceso.

- Mantener el sentido de confidencialidad con cada caso como parte de los deberes del psicólogo y como contribuyente en el establecimiento de la transferencia.

- Asesoría periódica con la tutora para mantener actualizada la información respecto a las acciones realizadas durante la práctica y orientar las estrategias de intervención.

- Posibilitar otros espacios para la realización de las intervenciones como la Oficina del Proyecto Color Colombia ubicada en el corregimiento de la Florida.

6.1.5 Procedimiento desarrollado:

En el Puesto de Salud de la Florida fueron efectuadas las intervenciones a nivel individual de las personas que por su voluntad decidieron empezar un proceso psicoterapéutico. Sin embargo debido a que el espacio proporcionado por el puesto de Salud en el primer semestre de práctica solo fue posible usarlo los días martes y jueves de 9:00 am a 3:30 pm y en el segundo semestre los días martes y miércoles con el mismo horario; se contó con el espacio de la oficina del proyecto Color Colombia para intervenir aquellas personas que fueron remitidas a través de las interconsultas o de aquellas personas que no podían acomodarse al horario establecido para ello; de este modo, durante el segundo semestre de práctica, algunas consultas fueron atendidas en mayor medida en la oficina del Proyecto, debido a que hubo mayor flexibilidad en cuanto al horario de los pacientes ya que algunas personas que consultaban, solicitaron un horario que no les afectara su jornada laboral, por lo tanto algunas de las entrevistas fueron realizadas en las horas de la noche cuando los pacientes hubieran terminado su horario de trabajo.

Fueron atendidas un total de 53 personas durante los diez meses de práctica. Entre las intervenciones hubo asesorías que respondían a la petición del consultante por ser orientado en alguna situación que le generaba malestar y para la cual dudaba en cuanto a cuál sería la solución más adecuada para resolverla, en tales casos, se pretendía escuchar las inquietudes del paciente y de manera más guiada invitar a la persona a hablar, para que reflexionara sobre sus propios dichos, de tal modo que encontrara las respuestas que la empujaran a elegir la mejor solución para resolver su situación de molestia y, conducirla a considerar las posibles repercusiones que sobre los otros y la situación misma pudiera tener la solución decidida.

También se llevaron a cabo procesos de evaluación y atención clínica individual en las que sus primeras entrevistas sirvieron para establecer el desencadenante

del motivo de consulta y, en los casos de los niños que eran traídos por sus padres, luego de las entrevistas a los mismos en las que se abordaban los antecedentes de salud y relaciones familiares que permitían conocer las dinámicas al interior de las mismas, se tornaba necesario escuchar la demanda particular que cada niño hacía, para precisar aquello que en él no andaba y que generaba el conflicto, llevando a que los adultos (docentes, padres) se quejaran e interpretaran como las "dificultades para el estudio", los "problemas con el aprendizaje" o "pereza con el auto-cuidado" que estaba presentando su estudiante o hijo.

Durante el segundo semestre de práctica se dio apertura a nuevos procesos de intervención, producto de remisiones (docentes, pediatra) o por decisión personal, además de ser retomados algunos de los casos intervenidos durante el semestre anterior; uno de estos casos, fue remitido a medicina general debido a una implicación orgánica en su malestar psíquico y, desde allí recibió diversas remisiones a varios especialistas, aunque continuó en el proceso psicoterapéutico hasta la finalización de la práctica.

Finalmente, se buscaba con cada uno de los procesos de atención psicológica, que los pacientes se vieran implicados en aquello que enunciaban como el causante de su malestar y, una vez que lo reconocieran estar pronto a trabajar (haciendo hablar a su inconsciente expresado mediante la asociación libre), para lograr asumir su responsabilidad en la creación de aquello de lo cual hacían queja y, propender por ir más allá de la misma, y lograr una disminución en su malestar, todo lo cual facilitado al sostener la escucha al hacer semblante de objeto.

6.1.6 Población.

La intervención fue realizada con las personas que acudieron voluntariamente al Puesto de Salud de la Florida, habitantes del sector y con las personas que fueron remitidos por los otros estudiantes practicantes vinculados al proyecto Color Colombia, bien sea de los colegios remitidos en ese caso por el practicante en Psicología Social Comunitaria o de las personas de las veredas más alejadas del puesto y que eran identificadas y remitidas por la enfermera practicante de la UNILIBRE; sin embargo también fueron recibidos algunos niños que eran

remitidos por diversos motivos por estudiantes de pediatría que ejercían su ejercicio profesional en el Puesto de Salud.

6.1.7 Evaluación de Impacto

- *Indicadores de logro*
- *Indicadores de logro Cuantitativos*
    - Problemáticas presentadas.
    - El 100% de los procesos de intervención psicoterapéutica y de evaluaciones asignados, se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.
    - El 100% de los registros individuales de consulta se diligenciaron de forma oportuna los primeros cinco días de cada mes.
    - El 100% de los registros de asistencia fueron diligenciados oportunamente por cada una de las personas atendidas.
    - Abordaje del 100% de las remisiones recibidas.

Eje Clínico: Atención Individual en el E.S.E Salud La Florida

Tabla 1: Número de Procesos (2010-2011)

Número de consultas programadas	*208*
Número de consultas atendidas	*168*
Número total de consultantes	*53*
Número de procesos en curso	*14*
Número de deserciones	*10*

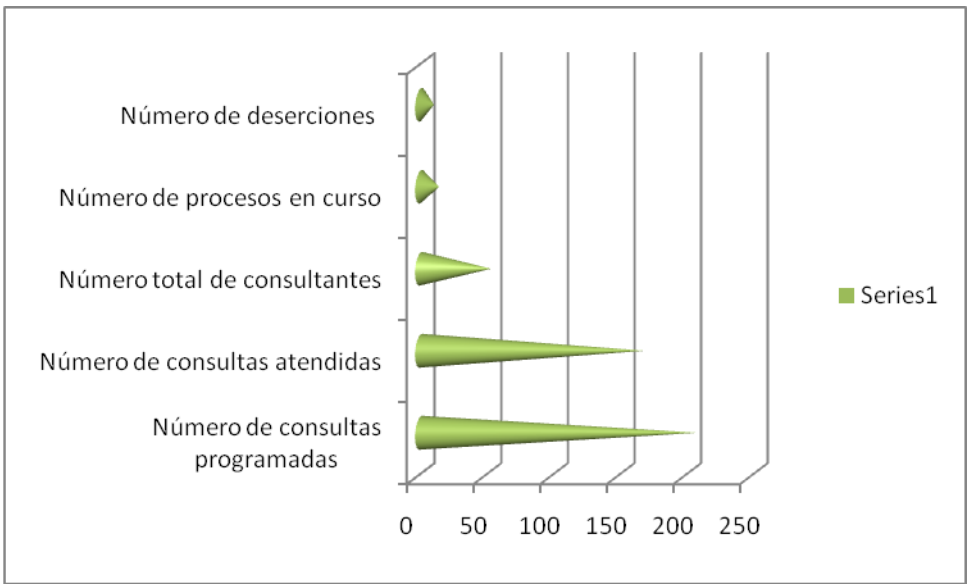
Fuente: Elaboración Propia

La **Tabla 1**. Muestra el número total de consultas que fueron solicitadas directamente en el puesto de salud del corregimiento durante los 10 meses de práctica profesional, se resalta que este número creció en el segundo semestre en relación con el primer semestre de práctica, por

lo tanto fueron atendidos un mayor número de personas y sesiones en el segundo período del ejercicio profesional, lo cual puede explicarse en parte como el haber conseguido que un mayor número de la población tuviera conocimiento sobre el servicio de atención psicológica que ofrecía el puesto de salud de su corregimiento y, también que hubiera mayor comunicación entre los profesionales y practicante de psicología por lo cual incrementaron así mismo las remisiones desde medicina a psicología y, aquí se debe informar que no todos los padres llevaron a sus hijos a psicología luego de la indicación del pediatra, inclusive cuando la consulta ya hubiese sido tomada, en algunos de estos casos, la sospecha del pediatra había sido por maltrato infantil, sin embargo esta inasistencia no fue en todos los casos ya que otros niños fueron remitidos por éste profesional debido a dificultades escolares, en donde a su vez sospechaba la existencia de fuertes dificultades familiares, casos que sí iniciaron un proceso psicoterapéutico.

El haber incrementado el número de sesiones puede explicarse como un mayor compromiso del consultante por mantener su proceso psicológico.
También es de informar que dos de los pacientes habían sido remitidos por el practicante de social comunitaria producto de sus intervenciones grupales en otras veredas.

Gráfico 1. Porcentaje Número de Procesos (2010-2011)



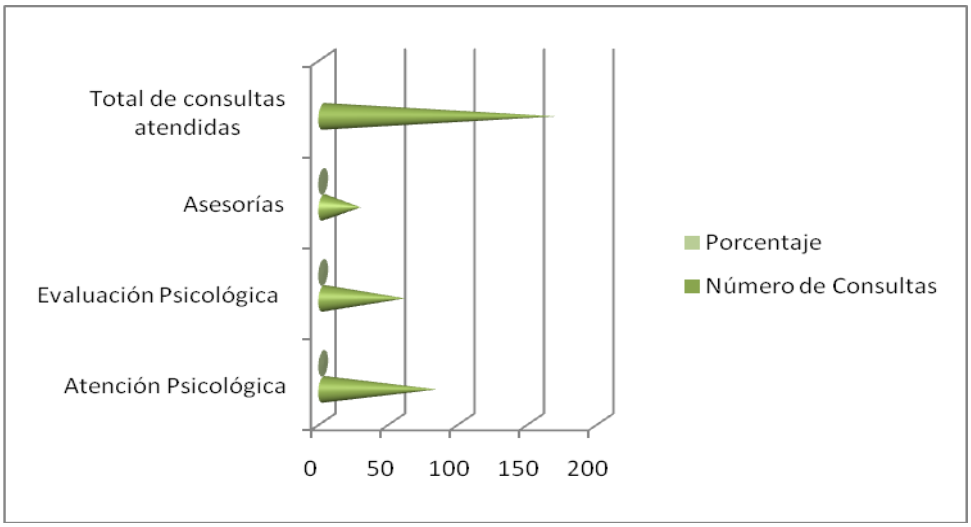
Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2: Número y porcentaje de Consultas Atendidas (2010-2011)

Tipo de Intervención	**Número de Consultas**	**Porcentaje**
Atención Psicológica	82	49%
Evaluación Psicológica	59	35%
Asesorías	27	16%
Total de consultas atendidas	168	100%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 2. Número y porcentaje de Consultas Atendidas (2010-2011)



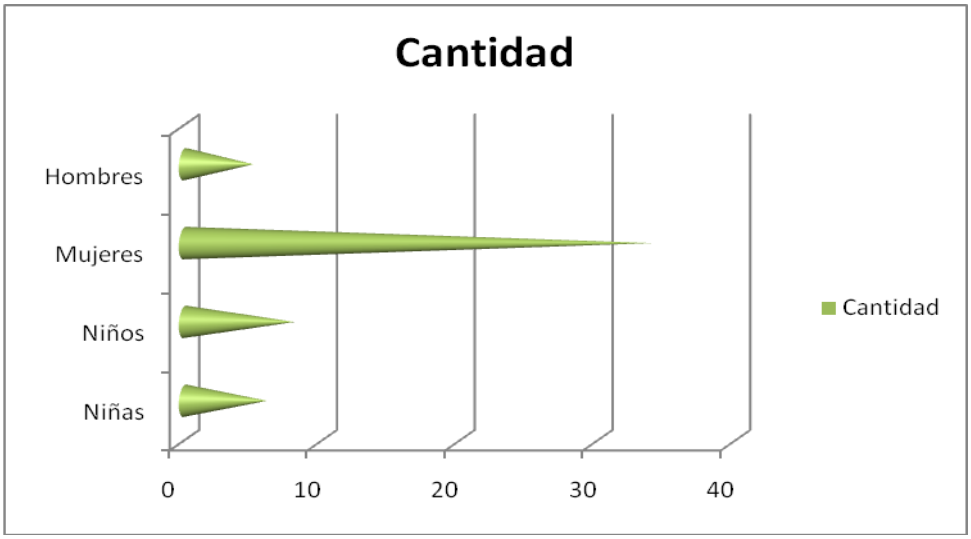
Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3: Población atendida: niños y adultos (2010-2011)

Población	**Cantidad**
Niñas	6
Niños	8
Mujeres	34
Hombres	5

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3. Población atendida: niños y adultos



Fuente: Elaboración Propia

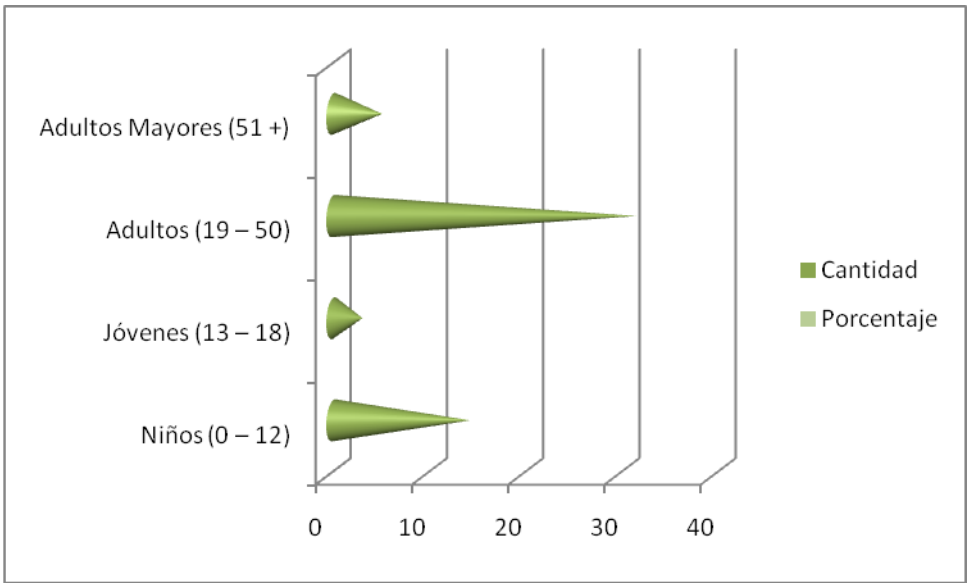
Tabla 4: Porcentaje de la población según la edad (2010-2011):

Tipo de Población	Cantidad	Porcentaje
Niños (0 – 12)	14	26%
Jóvenes (13 – 18)	3	6%
Adultos (19 – 50)	31	58%
Adultos Mayores (51 +)	5	10%

Fuente: Elaboración Propia

De las **Tablas 3** y **4** que dan cuenta del tipo (según género y edad) y, porcentaje de la población asistida, muestran un aumento de atenciones a niños varones, siendo esta la segunda población con más procesos de atención llevados a cabo, seguido de las evaluaciones psicológicas mediante la entrevista clínica, realizada con los adultos mujeres, que relacionan el 64% de toda la población atendida; de este modo son los adultos hombres y adultos mayores la población que menos atenciones solicitaron y entre estos, son los jóvenes quienes menos consultan y continúan con el proceso.

Gráfico 4. Porcentaje de la población según la edad (2010-2011):



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5: Población atendida por motivo de consulta

Motivo de Consulta	**Agosto-Diciembre 2010**	**Porcentaje**	**Febrero-Junio 2011**	**Porcentaje**	**Porcentaje Total**
Dificultades Escolares	3	6.25%	5	8%	15%
Dificultades Familiares	6	12%	3	6%	18%
Crianza de los hijos	12	25%	13	24%	49%
Problemáticas Emocionales	3	6%	8	12%	18%

Fuente: Elaboración Propia

La **Tabla 5**. Muestra como una constante el número de solicitudes de atenciones psicológicas por motivo de necesitar una orientación en cuanto a la crianza de sus hijos, correspondiendo al motivo de consulta desde donde se hizo la mayor demanda, aunque en un principio dicho motivo estaba entremezclado con la queja de los padres sobre las dificultades escolares y/o comportamiento de sus hijos; algunas de estas consultas tenían la connotación de asesoría psicológica.

Además hace notar un aumento de problemas emocionales como motivo de consulta en el segundo período de práctica, referidos a problemas de pareja y divorcio.

- *Cualitativos*:
  - Instalación y mantenimiento de la relación transferencial con la mayoría de los procesos de atención psicológica.
  - Revisión y Asesoría de los casos clínicos tanto de evaluación como de psicoterapia.
  - Formalización de casos de los cuales uno fue presentado a otros practicantes donde se pudo verificar la idoneidad de la intervención.
  - Participación en asesorías grupales y discusiones en torno a casos propios y de otros psicólogos practicantes.
  - Lectura permanente de textos básicos sobre clínica psicoanalítica, intervención con niños, transferencia, síntoma, etc.
  - Llevar al paciente a interrogarse sobre su padecimiento, que permitió a algunos construir un saber sobre los mismos.

6.1.8 *Presentación y análisis de resultados.* En la intervención clínica realizada en el corregimiento de la Florida en un período comprendido entre Agosto de 2010 y Junio de 2011, es posible indicar los siguientes resultados:

Se menciona que con la población atendida fue importante en un principio y para todos, realizar una explicación sobre cómo es desarrollado el proceso psicoterapéutico, dentro de un encuadre psicoanalítico, de este modo la invitación a que hablen es primordial, pues es a través de la palabra como es realizado un acercamiento al inconsciente de quien habla, del mismo modo era necesario en la mayoría de los casos sentar claridades sobre las actividades específicas dentro de un dispositivo clínico de orientación psicoanalítica, de este modo se

logró en la mayoría de los casos, conducir a cada paciente hacia el dispositivo y la técnica del psicoanálisis, encontrando por cierto el agrado de la mayoría de los consultantes cuando se les pedía hablar (pues se habían encontrado un espacio donde su palabra cuenta y libre de prejuicios sobre su malestar); sin embargo, no ocurre el mismo agrado cuando desde el clínico no se opta por responder a la demanda del paciente, los cuales parecen exigir que sea el clínico quien se posicione como el sujeto supuesto saber y como quien conoce la causalidad de su padecer, exigiendo de esta forma, explicaciones sobre el porqué de la aparición de sus síntomas, y de paso, adjudicar la responsabilidad en el clínico sobre todo cuanto ocurra en la relación psicoterapéutica, es decir, se pudo evidenciar que cuando el paciente se da cuenta que el trabajo (decir sobre lo que le pasa) implica una responsabilidad de su parte, ocurre una falta de cumplimiento con la programación de las citas, e inclusive la deserción desde las primeras entrevistas de evaluación, no obstante no es esto una generalidad, puesto que, de la población atendida, el mayor número corresponde a adultos (madres de familia) que solicitaron la intervención psicológica (por voluntad propia o por sugerencia de los profesores), movidos por el interés de buscar una solución a la problemática que identifican en sus hijos, pero que durante las primeras entrevistas, deciden por su cuenta, iniciar ellas mismas un proceso y, solicitar el apoyo psicológico para sus hijos en el servicio que les presta la institución educativa; esto puede explicarse que como efecto del trabajo realizado en estas primeras entrevistas, las madres logran interrogarse sobre su participación en lo que le ocurre al niño, respondiendo de este modo con la decisión de emprender un proceso psicoterapéutico para ellas; esto también muestra, que fue posible la instalación de la transferencia con la mayoría de los pacientes, quienes terminaban quedándose, aunque presentaban inconsistencias en cuanto a la puntualidad y asistencia se trata, lo que puede deberse también a la aparición de posibles movimientos de su posición subjetiva conseguido a lo largo del proceso (y generación de resistencias); además de las razones que los mismos pacientes presentaban relacionados al contexto (horarios de trabajo variables) y, ambientales (consecuencias del clima) que para la población intervenida entran en juego de manera importante.

Relacionado también con la puntualidad y asistencia, es de informar que la *Tabla 1. Procesos*, no registra algunas consultas que fueron programadas al inicio del año y, que sin embargo no fueron atendidas porque estas personas no asistieron desde su primera cita, con algunas de ellas no fue posible la posterior comunicación y, otras manifestaron tener dificultades de cumplir con las citas, debido a vivir en otras veredas e inclusive otros

corregimientos. Se resalta además el único caso de una adolescente para quien su madre había solicitado atención psicológica y, que sin embargo faltó a la misma, y sólo asistió a la segunda sesión que ella misma solicitó por insistencia de su madre, pero después de esta sesión finalmente deserta, de este modo es posible decir que son los adolescentes la población que menos acude, siendo además los más inconstantes con el proceso debido a que no corresponde a un deseo propio sino que en ocasiones lo sienten casi como una orden impuesta por sus padres o colegio.

En cuanto al tipo de población de acuerdo con edad y género, fueron intervenidos un total de catorce niños, para los que en la mayoría, sus padres presentaban como motivo de consulta: dificultades escolares, desde: "dificultades de aprendizaje" con el consecuente "temor de fracaso escolar", hasta el desgano y manifestación directa por parte de los niños de no desear continuar en la escuela; en los adultos los motivos son referidos a dificultades familiares, las cuales implican fuertes necesidades económicas y/o problemas emocionales por motivos como estar atravesando un proceso de divorcio; además que la mayoría de madres que consultaron lo hacían porque necesitaban una orientación sobre la adecuada crianza de sus hijos, el alto número de consultas de este tipo va relacionado con la dificultad que existe al interior de estas familias en el manejo de la autoridad, ya que refieren que por tradición en sus familias siempre han usado para corregir a los niños los castigos físicos en especial con "las ramas", pero con la creciente visita de psicólogos que organizan escuelas de padres en las instituciones educativas del corregimiento, en las que se les advierte sobre el efecto negativo que sobre los niños tiene el castigo físico, generan confusión en estas madres, por lo que se quedan sin saber cómo educar a sus hijos sino es por medio de "los golpes", en tales casos se llevaron a cabo procesos de orientación en donde se habló sobre la importancia de colocar normas y límites en los niños y cómo se podía vía la palabra corregir a sus hijos. Esto da cuenta de ambientes fríos al interior de estas familias y la poca comunicación entre los miembros de la misma.

Es de anotar que se dio también cabida a la realización de asesorías, las cuales se entienden como el espacio que se abre a las personas que llegan a consultar por motivo de precisar una orientación respecto a una situación específica que les genera inquietud y para la cual requieren tomar una decisión, por tanto precisan de ayuda ya que muy posiblemente no cuentan con la información necesaria que les permita decidirse sobre qué hacer frente a la

misma; de este modo, el clínico debe conducir a la persona a realizar una reflexión sobre aquello que le inquieta, lo cual lo lleve a decidirse, teniendo en cuenta las implicaciones que para sí mismo y los otros representa dicha solución escogida.

Las asesorías son similares a las entrevistas clínicas aunque no se constituyen como tal, debido en primera instancia a que es una intervención de poca duración, y en la que se aborda una especificidad en cuanto al tema a asesorar.

6.1.9 Dificultades presentadas. Ocurrió una disminución de consultas desde la segunda semana del mes de octubre, lo cual coincide con la llegada de la psicóloga de la Unidad de Atención Integral (UAI), quien realizó procesos de evaluación con aquellos niños en quienes se evidenciaban dificultades escolares, con el interés de remitirlos a una valoración con profesionales de otras áreas como fonoaudiología, terapia ocupacional y física; de esta manera las remisiones por parte de los colegios del corregimiento no fueron dirigidas al centro de salud como ocurría en un principio del mismo modo, las madres fueron atendidas por alguna de las dos psicólogas que ejercen en el Colegio Héctor Ángel Arcila, esta razón puede explicar en parte la disminución del número de consultas solicitadas en el E.S.E Salud la Florida.

Recordando que el corregimiento no había tenido antes el servicio de atención psicológica, fue necesario crear formatos de historias clínicas (para niños y adultos), formatos de interconsultas y manejar tablas de registro de atención para la ejecución y organización de las acciones realizadas en la comunidad y desde el Puesto de Salud del Corregimiento.

Sin embargo, además de las dificultades presentadas, hubo situaciones que facilitaron la práctica como el apoyo constante de la enfermera del puesto de salud en cuanto al otorgamiento de un espacio dentro del puesto para efectuar las entrevistas con niños y adultos, la asignación de las citas y, la recepción de los pacientes. Otra situación importante fue el haber hecho uso de la Oficina del Proyecto Color Colombia en los horarios en los que no se contaba con la opción del consultorio del puesto de Salud, es decir, los días lunes y jueves y cualquier día después de las 4:00 pm.

6.2 Atención Individual a niños “reportados, remitidos” por presentar comportamiento agresivo:

En un principio, para este eje de intervención se trabajó en conjunto con el practicante en psicología social comunitaria, realizando encuentros de resolución de conflictos con los niños de todas las escuelas del corregimiento, con el propósito de identificar los niños que luego de la aplicación de un instrumento creado para medir comportamiento agresivos y prosociales (COPRAG) en el marco de una investigación con éste interés, quedaron incluidos en la base de datos de dicho estudio como niños que presentaban comportamiento agresivo; sin embargo, como el número de niños era muy alto, además que los profesores sugirieron otros niños por ser “muy agresivos”, no era posible realizar un proceso psicológico con cada uno de ellos, por lo tanto se siguió un plan estratégico para seleccionar los niños que más requirieran dicha atención. Además que debía contarse con la autorización de los padres con quienes se realizaron entrevistas iníciales, previas a la atención con los mismos niños.

6.2.1 Objetivo General

Intervenir de manera individual y desde un enfoque psicoanalítico, los niños reportados y remitidos por presentar comportamiento agresivo y por lo cual son susceptibles de requerir dicha atención.

6.2.2 Objetivos Específicos:

- Realizar entrevistas de evaluación con los padres, previas a la intervención con cada niño y, hacer las respectivas devoluciones a los padres sobre el proceso llevado a cabo con los niños que reciben atención.

- Conducir al niño a la construcción de un síntoma y a un saber acerca del mismo.

- Posibilitar un espacio en el que la palabra sea el eje fundamental para movilizar al paciente de su posición de goce.

- Permitir al sujeto hablar libremente sobre su sufrimiento, de manera que pueda comprometerse en aquello que enuncia.

6.2.3 Estrategias de Acción

- Desarrollar encuentros de resolución de conflictos con el propósito de interrogar a los niños sobre su posición frente a los modos de relacionarse en su familia y en la escuela y, de encontrar dificultades allí, procurar reflexiones personales que los incitaran a hacer algo con miras a lograr una interrogación. Estos encuentros sirvieron como estrategia para determinar cuáles niños eran los susceptibles de requerir una intervención terapéutica individual, teniendo también en cuenta el cuestionario aplicado a los profesores y, las entrevistas de evaluación realizadas con sus padres.

- Las sesiones terapéuticas fueron realizadas desde la escucha de la particularidad de cada niño frente a lo que hubieran elaborado acerca de los comportamientos agresivos y, tuvieron como objetivo, posibilitar a cada paciente construir un saber particular frente a aquello que fue motivo de queja inicial para los otros y que quizá aún no lo era para él; con el fin de trabajar a partir de lo que allí surgía, para lograr con el proceso una disminución de los comportamientos agresivos.

- Todo lo cual fue posible luego que los padres aceptaron iniciar el proceso y se sometieron ellos mismos a las entrevistas de evaluación, por lo tanto se contaba con la disposición y compromiso tanto de los niños como de sus padres.

6.2.4 Procedimiento desarrollado. En principio, fue revisada la base de datos de los resultados de la investigación a través de la cual se midieron comportamientos agresivos y prosociales de los niños de las escuelas de la ciudad de Pereira, de las cuales fueron tenidas en cuenta las cinco escuelas que hacen parte del corregimiento de la Florida. Luego de ello se elaboró y aplicó un cuestionario a los profesores de las escuelas del corregimiento, con el que se indagó más a fondo el historial académico y disciplinario de cada niño identificado con el comportamiento agresivo.

Posteriormente se realizaron dos encuentros con cada grupo de las escuelas, en los que el tema a tratar era la resolución de conflictos; con el fin de conocer el comportamiento de los niños interactuando entre sí para de esta forma, con la evidente dificultad en el comportamiento, ir seleccionando los niños que iban a ser derivados a la atención individual, no sin antes haber efectuado una reunión informativa con los padres en la que se les habló sobre la importancia que sus hijos recibieran una atención terapéutica y los beneficios que esta podía conllevar; así mismo, se les pidió comprometerse con asistir ellos mismos a las entrevistas y, autorizar el inicio del proceso con sus hijos.
Finalmente, se abrió el historial clínico de cada niño.

6.2.5 *Población.* Niños de las escuelas del corregimiento de la Florida que se encontraron en la base de datos que incluía los niños con puntuaciones que indicaban altos índices de agresividad y que, luego de las entrevistas a los profesores, los encuentros de resolución de conflictos y, las entrevistas con sus padres, fueron derivados para iniciar una intervención clínica individual. Sin embargo, ninguno de los niños que de la escuela el Manzano estaban incluidos en la base de datos, se encontraron en el período de práctica profesional en la institución mencionada, por lo tanto fueron intervenidos niños que eran sugeridos por sus profesoras y que fueron igualmente identificados en las actividades de convivencia como niños con ciertas dificultades en el comportamiento.

6.2.6 Evaluación de Impacto

- *Indicadores de logro*
- *Cuantitativos*

- Número de personas entrevistadas: 14 profesores de cinco colegios visitados.
- Número de Niños clasificados con nivel alto de agresividad según cuestionario COPRAG, de acuerdo con el número confirmado por los profesores y los sugeridos por los mismos y que no se encuentran en la base de datos.
- Número de asistentes a primer encuentro sobre resolución de conflictos. “El pie atado”
- Número de asistentes a segundo encuentro sobre resolución de conflictos. “El árbol del conflicto”.

- Número de padres citados para reunión sobre la oferta de atención psicológica a sus hijos y número de los que asistieron a dicha reunión.
- Número de pacientes atendidos.

Tabla 6: Número total de niños del corregimiento identificados con comportamientos agresivos:

Base de Datos	**Confirmados**	**Sugeridos**
98	76	15

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Primer Encuentro sobre Resolución de Conflictos "El pie atado"

Nombre de la Escuela	**Número de participantes**
Escuela San José	23 niños
Escuela el Porvenir	13 niños
Escuela Club de Leones	20 Niños
Escuela el Manzano	9 niños
Escuela Villa Álvarez	66 niños
Número Total de Niños	**131** niños

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7. Muestra el número de niños que participaron en el primer encuentro sobre resolución de conflictos, realizado en las cinco escuelas del corregimiento.

Tabla 8: Segundo Encuentro sobre Resolución de Conflictos "El árbol del conflicto"

Nombre de la Escuela	**Número de participantes**
Escuela San José	23 niños
Escuela Club de Leones	19 Niños
Escuela el Manzano	26 niños
Escuela Villa Álvarez	61 niños

Escuela el Porvenir	24 niños
Número Total de Niños	**153** niños

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 8, muestra el número total de niños que participaron del segundo encuentro sobre resolución de conflictos, en donde fue realizada la actividad "El árbol del conflicto"

Tabla 9: Numero de padres citados y que asistieron a la reunión informativa.

Escuela	Número de padres citados	Número de padres que asistieron
Escuela San José	5	5
Escuela Club de Leones	5	2
Escuela el Manzano	5	8
Escuela Villa Álvarez	5	2
Escuela el Porvenir	5	2

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 9. Da cuenta de la inasistencia de la mayoría de padres para cumplir con la reunión informativa sobre el tratamiento para sus hijos, siendo sólo la escuela San José que tuvo una asistencia completa, caso paradójico fue el de la escuela el Manzano, en donde fueron citados 5 padres de familia sin embargo el día de la reunión asistieron ocho padres como producto de la invitación que las mismas profesoras les realizaron, con todo, sólo dos de los niños continuaron con el proceso.

Tabla 10: Número de procesos

Número de consultas programadas	*75*
Número de consultas atendidas	*66*
Número total de consultantes	*25*
Número de procesos en curso	*13*

Número de deserciones	*8*

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 10**. Muestra los procesos de intervención realizados en este segundo aspecto del eje clínico, evidencia por su parte que siete de los padres que asistieron a la primera reunión no cumplieron con la segunda o tercera sesión programada; se explica a partir de la idea que tenían la mayoría de ellos, que no requerían ellos ni sus hijos la atención, aún cuando los niños fueron reportados en la base de datos y, las profesoras igualmente indicaban la existencia de dificultades en el comportamiento en estos niños. Sin embargo fue posible realizar varias sesiones con al menos tres de éstos niños identificados y que permanecieron en el tratamiento hasta la finalización de la práctica.

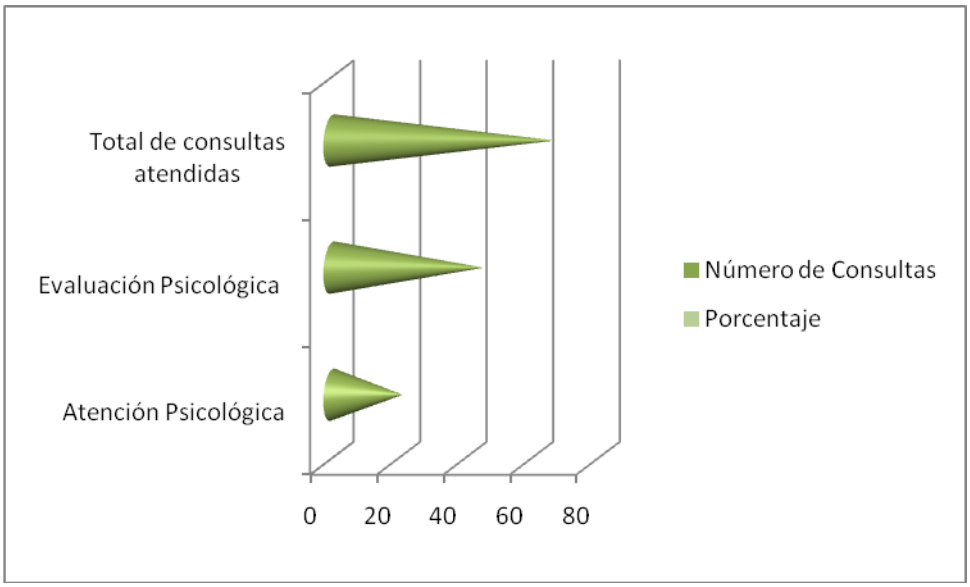
Tabla 11. Número y porcentaje de consultas atendidas:

Tipo de Intervención	**Número de Consultas**	**Porcentaje**
Atención Psicológica	21	32%
Evaluación Psicológica	45	68%
Total de consultas atendidas	66	100%

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla 11** muestra el número de consultas psicológicas realizadas para este segundo aspecto del eje clínico, consultas que corresponden a las personas citadas de las cinco escuelas que hacen parte del corregimiento de la Florida.

Gráfico 5. Número y porcentaje de consultas atendidas:



Fuente: Elaboración propia

Cualitativos:

- Conseguir que los niños se interesen y participen en las dinámicas propuestas
- Establecer encuentros empáticos con los niños en las actividades de convivencia
- Lograr que a partir de los encuentros, los niños reflexionen acerca de sus relaciones y compartan sus experiencias con el grupo.
- Llevar al paciente a interrogarse sobre su malestar, que le permita construir un saber sobre el mismo.
- Abrir un espacio de escucha en el que el niño se permita hablar sobre lo que se interroga.
- Realización de asesorías especificas.

6.2.6 *Presentación y análisis de resultados:* Es de advertir que este segundo aspecto señalado, se presenta como resultado de la decisión del jefe de práctica, tutora y practicante de responder a la sugerencia del Doctor Martínez de realizar una intervención comunitaria y clínica a los niños de la comunidad que fueron clasificados por comportamientos agresivos en su investigación. Así, este segundo aspecto del eje clínico representa la modificación realizada en los ejes de intervención, ya que en el plan de práctica se presentaba una intervención sobre la Salud Mental de los habitantes del corregimiento por medio del

trabajo grupal con madres gestantes y lactantes, operación que respondía a su vez a uno de los objetivos del Milenio el cual implica la atención de la Salud Materna. Y por otro lado el acompañamiento en los talleres de promoción y prevención que estaban siendo ejecutados junto con la práctica correspondiente al área de la psicología social comunitaria, al actuar sobre las necesidades manifestadas por los grupos ya conformados de cada una de las veredas, mediante talleres que abordaron las temáticas de la drogadicción y el maltrato intrafamiliar.

Dicho cambio consistió en la eliminación de la intervención en la Salud Mental y las problemáticas indicadas, para dejar sólo un eje clínico, donde se anota un segundo aspecto el cual propone intervenir una muestra de la población infantil del corregimiento que presenta comportamientos agresivos, lo cual es también enmarcado dentro de las intervenciones sobre la Salud Mental de los habitantes de la comunidad.

Ahora bien, para iniciar la intervención correspondiente a este segundo aspecto, fue llevada a cabo, como estrategia para determinar el número de niños que serían derivados a intervención clínica individual, la aplicación de un cuestionario a los profesores de las instituciones del corregimiento, para la cual todos los docentes estuvieron de acuerdo y de buena disposición en el momento de proporcionar más detalles sobre el comportamiento de algunos de sus estudiantes; es importante precisar que los profesores al ser contactados para informarlos sobre el interés de usar la base de datos de la investigación del Dr Martínez, para iniciar intervenciones psicológicas con estos niños, respondieron con agrado y fue posible organizar con ellos los horarios de visita a las escuelas para entrevistarlos, sin embargo, no en todas las escuelas fue posible organizar y cumplir los horarios de intervención grupal para los encuentros de resolución de conflictos, existiendo más dificultades para organizar un horario y el posterior cumplimiento. A partir de dichas entrevistas fue posible confirmar el número real de niños a intervenir, puesto que según la base de datos serían 98 el número total de niños, pero en el encuentro con los profesores pudo determinarse que algunos de los niños allí clasificados, ya no pertenecían a las instituciones educativas, reduciéndose así el número a 76 niños, no obstante los profesores hicieron la sugerencia de incluir otros niños que ellos en los diferentes espacios de la institución habían identificado por presentar comportamientos agresivos.

Con respecto al primer encuentro realizado con los niños de las escuelas del corregimiento, es de informar que durante la consecución del mismo, se contó con la colaboración y excelente participación de todos los niños en la dinámica (El pie atado) y reflexión posterior. El encuentro fue realizado en las instalaciones de la institución y fue dirigido por los practicantes en psicología social comunitaria y en psicología clínica.

Así mismo, en el segundo encuentro en el que fue realizada la actividad "El árbol del conflicto", pudo evidenciarse que la temática abordada, generó diversas efectos en los niños participantes, sobretodo en la mayoría pudo notarse un poco de aflicción que era revelada a través de los comentarios de algunos de los niños, hasta la negación en unos pocos de querer realizar la actividad.

En cuanto a las intervenciones individuales, pudo evidenciarse que fueron pocos los niños que iniciaron y se mantuvieron en el tratamiento, debido principalmente porque en la entrevista con los padres éstos decidieron que no era una atención que su familia necesitaba y, en otros casos simplemente desertaron sin dar explicación sobre el porqué de su decisión.

6.2.8 Dificultades presentadas:

Una dificultad encontrada al comienzo fue no haber conseguido organizar con el Dr William Martínez, una segunda reunión para aclarar con más detalle los momentos de la investigación y conocer a cabalidad su estudio, para de ahí establecer con mayor eficacia las estrategias de acción, para intervenir la población infantil que presenta esta necesidad.

Luego, otra dificultad presentada fue el cambio de día y hora por parte de los profesores para realizar los encuentros de resolución de conflictos, aun cuando ya habían sido programados con anticipación; esta situación representa una dificultad para la adecuada consecución del eje, puesto que deben realizarse cambios en el cronograma de las actividades a realizar y en ocasiones esto implica un atraso para el inicio del proceso y el posible cruce de horarios con las otras actividades programadas.

Una importante dificultad presentada y que impidió la completa ejecución de este segundo aspecto del eje de intervención fue, la falta de compromiso de los padres, en cuanto a no haber cumplido con la reunión en la que se informó sobre la intervención realizada y la oferta de proceso psicoterapéutico para sus hijos.

Sumadas todas estas dificultades, llevaron a que se hubiera demorado el inicio de las atenciones individuales para este segundo aspecto conllevando a su vez a un número pequeño de consultas realizadas.

Una dificultad presentada del lado de las personas susceptibles de requerir la intervención individual, se vio referido al factor económico, en tanto, las personas que vivían en otras veredas diferentes de la Florida, no contaban con el medio de transporte para asistir a las citas hasta la Oficina del Proyecto, por lo cual se llegó al acuerdo con el profesor de la institución de San José, de facilitar uno de los salones para llevar a cabo las atenciones, incluso en horas de la noche.

Conclusiones

- Fue posible evidenciar que la intervención interdisciplinar en una misma población es posible además de enriquecedora.

- La perspectiva psicoanalítica puede aportar de manera importante en las intervenciones grupales, al reconocer las particularidades de cada sujeto que conforma un grupo, invitándolo a hablar, de lo que surgen asuntos tanto interesantes como enigmáticos para el propio sujeto.

- Es posible concluir que a partir del trabajo realizado en conjunto con el practicante en psicología social comunitaria, la comunidad logró diferenciar el quehacer del psicólogo comunitario del quehacer clínico.

- La clínica con perspectiva psicoanalítica, cuando hace énfasis en la elección y la responsabilidad del sujeto respecto a su malestar, posibilita la generación de interrogantes en el paciente sobre su participación en la formación del síntoma.

- Es posible evidenciar en la clínica, la dinámica de la transferencia, las modalidades de la queja, la demanda de saber, así como la difícil decisión de mantenerse en un proceso.

Con el ejercicio profesional en psicología clínica realizado en el puesto de salud, pudo evidenciarse la importancia que tiene para la psicología clínica contar desde la academia con un mejor conocimiento sobre los sistemas de salud del país y, además la importancia que tendría para la psicología clínica, su inclusión en las ciencias de la salud, siendo entendida desde ahí tanto en las universidades, como en la sociedad con su ejercicio profesional.

Recordando que el corregimiento de la Florida no había tenido hasta ahora la participación de un practicante en psicología clínica desde el proyecto Color Colombia, así mismo, el Puesto de Salud tampoco había tenido este servicio, por lo tanto en el trascurso del ejercicio profesional fue posible implementar algunos asuntos concernientes a la apertura y organización de un sitio de práctica para tal fin, como la elaboración de historias clínicas (para niños y adultos) formatos de interconsulta, formatos de registro de asistencia etc.

El ejercicio profesional realizado con esta población, resultó ser muy interesante en muchos aspectos y, sobretodo porque fue posible conocer las diferentes modalidades de relación que pueden presentarse al interior de estas familias y, cómo éstas pueden participar en la generación de algunas enfermedades de vínculo.

Recomendaciones

Es de vital importancia que el corregimiento cuente con la intervención periódica de los profesionales de la UAI o de otras instituciones, puesto que la mayoría de sus habitantes no cuentan con la posibilidad desde su sistema de salud, de acceder a tratamientos con neuropsicopedagogía, fonoaudiología, educación especial, terapia ocupacional o física y, durante el período de práctica pudo evidenciarse la gran necesidad de evaluaciones y procesos desde éstos campos en muchos de los niños observados; de este modo las dificultades escolares que muchos presentan, obtendrían enorme beneficio si recibieran la atención especializada que precisan y, así mismo se esperaría que las escuelas tuvieran una considerable disminución de niños repitentes, situación que es común en las instituciones educativas del corregimiento, encontrando inclusive niños que repiten más de cuatro veces un mismo grado escolar o, en el peor de los casos deserciones definitivas.

Así mismo, sería muy importante que la Universidad Católica de Pereira con el programa de psicología y mediante el Proyecto Color de Colombia de la Red de Universidades, pudieran cada año, contar con la participación de un practicante en Psicología Clínica y, de este modo ofrecer a los habitantes de la comunidad, procesos psicológicos individuales con la continuidad que se requiere; y de ser así empezar a tener en la Oficina del Proyecto y/o puesto de salud, los implementos necesarios (papelería, materiales didácticos) para efectuar tal labor, incluyendo procurar por la adecuación completa de un espacio más propicio para llevar a cabo los procesos clínicos, tanto en el puesto de salud como en la oficina del proyecto.

Se sugiere además que desde el programa de psicología de la universidad, pueda crecer la formación de psicólogos clínicos con un enfoque que tenga más en cuenta las dinámicas del sistema de salud colombiano, aunque manteniendo su carácter de ciencia humana y de la educación.

Referencias

Betancur, L. (2010) Informe Final de Práctica: *Proceso de Transformación y Fortalecimiento de las prácticas sociales del Corregimiento de la Florida*. Pereira

Dor J. (1994) Introducción a la lectura de Lacan. Ed Gedisa Editora. Buenos Aires.

Freud, S. (1912) Obras Completas. Sobre la dinámica de la transferencia. Vol. XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S. (1915) Obras Completas. *Lo inconsciente*. Vol. XIV. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Freud, S. (1917[1916]) Obras Completas. Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Doctrina general de las neurosis Conferencia 17: *El sentido de los síntomas.* Vol. XVI. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Freud, S. (1923[1922]) Obras Completas. Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido. Vol. XVIII. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Freud, S. (1930 [1929]) Obras Completas. *El Malestar en la Cultura*, Vol. XXI Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Freud, S. (1933 [1932]) Obras Completas. P*or qué la Guerra?*, Vol. XXII Ed. Amorrortu: Buenos Aires

Gallo, H. (2008) *Maltrato Infantil, Teoría y clínica psicoanalítica.* Ed. Universidad de Antioquia. Medellín.

Grasser, Y. Palomera, V. & Solano, E. (2002) ¿Cómo cura el psicoanálisis?: *¿Cómo tratar las cuestiones del dinero en la cura?, El síntoma en la neurosis infantil.* Ed. Nueva Escuela Lacaniana-en formación. Bogotá.

Lacan, J. (1948) *La agresividad en psicoanálisis*, en: Escritos 1, Ed. Siglo XXI: México

Lacan, J. (1957-1958) Clase 9: La Metáfora Paterna. En: Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Lacan, J. (1957-1958) Clase 18: Las Máscaras del Síntoma. En: Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Lacan, J. (1957-1958) Clase 22: El Obsesivo y su Deseo. En: Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Lacan, J. (1957-1958) Clase 24: Transferencia y Sugestión. En: Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Lacan, J. (1967) Seminario 14: La Lógica del Fantasma. *Clase 13* En: Bases Documentales Folio Views 4

Leserre, A. (1995). Las relaciones del Niño a la Palabra, Interpretar al niño, *Clase II.* Seminario dictado entre abril y julio de 1995, en la escuela de la Orientación Lacaniana. Serie Seminario, Centro Pequeño Hans, Asociado al Instituto del Campo Freudiano

Mazzuca, M. Transferencia e interpretación en psicoanálisis (2004, 21 de Abril) Recuperado en Octubre de 2010 de http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=4684)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004) Informe Compendiado: *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Francia

Mesa, M. (2009) Entrevistas preliminares y producción del síntoma. Seminario sobre clínica psicoanalítica con niños.

Perez, H. (2009) Informe Final de Práctica: *Red de Universidades del Risaralda, Universidad Católica Popular del Risaralda UCPR (Corregimiento La Florida).*

Ramírez, M. (2003) Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje. *Introducción*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín.

Fombona, J. (1992) Estrategias de la Transferencia en el Psicoanálisis. Ed. Manantial, Buenos Aires.

Zuleta, E. (2004) Psicoanálisis y criminología. Ed. Hombre Nuevo Editores. Medellín.

Apéndices

Apéndice A. Cronograma de actividades. Julio – Diciembre (2010)

ACTIVIDADES II PERIODO 2010	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
A1 Reunión en la Universidad del Área Andina con los coordinadores del proyecto. Se habló sobre la capacitación de estampado con los muchachos del Nuevo Amanecer.				X								
A2 Reunión en la Andina para hablar sobre el inconveniente presentado con las directivas del Nuevo Amanecer. Se decide realizar la capacitación con los jóvenes del corregimiento y no ya con la institución.					X							
A3 Reunión en la Oficina del proyecto. Presentación del Proyecto Color Colombia al grupo de estudiantes de Diseño de modas, realización de actividad con la autobiografía dirigida por los psicólogos practicantes.						X						
A4 Visita al Puesto de Salud. Conozco a la enfermera Esperanza Flórez, a Don Fernando secretario de la Corregiduría y otros líderes de la comunidad. Identificación de las necesidades de la comunidad						X						

A5 Reunión en la Oficina con los coordinadores del proyecto, y los tres practicantes vinculados al proyecto. Se habló sobre el informe final de la practicante de Enfermería. Identificación de las necesidades de la comunidad							X					
A6 Reunión con los coordinadores del proyecto en la UCP, quienes hicieron la presentación del Informe de practica de Carolina Serna estudiante de Enfermería. Se habló sobre compromisos.							X					
A7 Reunión con el Doctor William Martínez sobre su trabajo realizado en la comunidad y en especial con las escuelas del Porvenir. Investigación para medir comportamiento prosocial y agresivo en los niños de las escuelas de la ciudad, énfasis en las escuelas del corregimeinto. Identificación de las necesidades de la comunidad								X				
A8 Atención psicológica Individual en el puesto de Salud de la Florida.								X	X	X	X	X
A9 Reunión con el corregidor y algunos líderes de la comunidad, el corregidor presentó un informe sobre las audiencias públicas en relación a la protección del Medio Ambiente y la convivencia ciudadana.									X			

A10 Reunión con la policía en la caseta comunal de la vereda el porvenir y algunos de sus habitantes. Se habló sobre las problemáticas que presenta la comunidad. Convocatoria a los Talleres de P y P y oferta del servicio de atención psicológica Individual en el E.S.E Salud la Florida.									**X**			
A 11 Asesorías con la Docente Tutora.							**X** 19		**X** 03	**X** 13	**X** 20	**X** 27
A 12 Convocatoria a los Talleres de Promoción y Prevención y, Oferta del servicio de Atención Psicológica Individual a los habitantes de la Florida.										**X**		
A 13 Primer Taller de Promoción y Prevención en la vereda el Porvenir.										**X**		
A 14 Convocatoria a las Madres Gestantes para las intervenciones grupales											**X**	
A 15 Primer Taller de Promoción y Prevención en la vereda San José.											**X**	
A 16 Reunión en la Oficina del Proyecto con los coordinadores y el director de la CARDER para conocernos											**X**	

y también par hablar sobre el Parque Lineal.												
A 17 Primer encuentro con jefe y tutora juntos para hablar sobre los ejes de intervención. Se habla sobre los cambios en los ejes de intervención. Se elimina el eje para intervenir grupo de Madres gestantes y lactantes, para incluir un segundo aspecto en el eje clínico: para atención a niños identificados con agresividad, por medio de la aplicación de un instrumento para medir comportamientos agresivos y prosociales, como parte de una investigación realizada por el doctor William Martínez, seguido de encuentros de convivencia y de resolución de conflictos en donde serán seleccionados los niños que ameritan la intervención individual.												**X**

ACTIVIDADES **II PERIODO** **2010**	**OCTUBRE**				**NOVIEMBRE**				**DICIEMBRE**			
	1º	**2º**	**3º**	**4º**	**1º**	**2º**	**3º**	**4º**	**1º**	**2º**	**3º**	**4º**
A1 Atención Psicológica Individual en el E.S.E Salud la Florida abierto a la	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		

comunidad.												
A 2 Revisión de la Base de Datos de la investigación sobre comportamientos agresivos y prosociales en los niños de las escuelas de la ciudad de Pereira. Selección de los niños de las escuelas del Corregimiento de la Florida que, de acuerdo con el instrumento puntúan para niveles altos de agresividad	**X**											
A3 Asesorías con la Docente Tutora.	**X**	**X**	**X**									
A4 Reunión con jefe y los 3 estudiantes practicantes, donde se informó sobre los avances realizados.	**X**											
A5 Revisión bibliográfica sobre Educación para la Paz (encuentros de convivencia y de resolución de conflictos) y sobre la agresividad desde la teoría psicoanalítica.		**X**										
A6 Elaboración de cuestionario para aplicar a los profesores de las escuelas del corregimiento. Plan de Intervención para los encuentros de convivencia y de resolución de conflictos. Visita a las escuelas del corregimiento, para informar a los profesores el interés de continuar con el estudio del Dr Martínez e intervenir sobre el comportamiento		**X**										

agresivo de los niños por medio de encuentros y la consiguiente intervención individual de los niños seleccionados.												
A7 Aplicación del cuestionario a los docentes de las escuelas de las veredas del corregimiento			**X**									
A8 Aplicación del cuestionario a los docentes de las escuelas del corregimiento				**X**	**X**							
A9 Encuentros sobre resolución de conflictos, en algunos grupos de las escuelas de las veredas.					**X**	**X**	**X**					
A10 Encuentros sobre resolución de conflictos, en algunos grupos del colegio Héctor Ángel Arcila.						**X**	**X**	**X**				
A11 Atención Psicológica Individual a niños identificados con conductas agresivas mediante instrumento y encuentros en donde el tema a tratar es la resolución de conflictos. Llevadas a cabo en la Oficina del Proyecto Color Colombia.								**X**				
A12 Reunión con Jefe, Edwin y el Doctor William, en la Universidad del Área Andina, para tener más claridades sobre el estudio realizado y la base de datos					**X**							

Apéndice B. Cronograma de actividades práctica II

ACTIVIDADES I PERIODO 2011	**ENERO**				**FEBRERO**				**MARZO**				**ABRIL**				**MAYO**				**JUNIO**			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
A1 **Primer Aspecto** Atención Psicológica Individual en el Puesto de Salud de la Florida abierto a la comunidad.				**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 **Segundo Aspecto** Atención Psicológica Individual a niños identificados con conductas agresivas mediante instrumento y encuentros en donde el tema a tratar es la resolución de conflictos. Llevadas a cabo en la Oficina del Proyecto Color Colombia										**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 **Segundo Aspecto** Encuentros con los grupos de las escuelas del corregimiento en donde el tema a tratar es la resolución de conflictos.		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**															
A4 Asesorías con la Tutora																								
A5 Reunión informativa a los padres de familia de las escuelas del corregimiento sobre la Atención psicológica a sus hijos identificados por comportamientos agresivos a partir del COPRAG y las actividades de convivencia.										**X**							**X**							

A6																								

Apéndice C. Historia Clínica Psicológica en Niños

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA (Niños)

E.S.E SALUD LA FLORIDA

Fecha de la Entrevista: ____ ____ _____

I. IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA

¿Cuándo y a qué atribuye el comienzo del problema, cómo ha evolucionado, cómo se ha intentado solucionar?:

_____

_____

_____

_____

_____

I. DATOS DEL NIÑO: EDAD:

_____ _____ _____

1er y 2do Nombre 1er Apellido 2do Apellido

Lugar de Nacimiento y Fecha: _____

Residencia Actual y Teléfono: _____

Escolaridad: _____ Institución: _____

ANTECEDENTES DE SALUD: Factores Perinatales: _____
_____
_____.

Factores Post-natales: _____
_____
_____.

II. DATOS DE LA MADRE:

_____ _____ _____
1er y 2do Nombre 1er Apellido 2do Apellido

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

DATOS DEL PADRE:

_____ _____ _____
1er y 2do Nombre 1er Apellido 2do Apellido

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

III. Enfermedades Familiares:

_____
_____
_____
_____

IV. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:

Enfermedades o trastornos sufridos –hábitos de alimentación, sueño

_____
_____
_____
_____

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR:

Aspecto Socio Afectivo- Personas que viven con el niño:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____-

V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

_____

Sandra Milena Cardona Moncada.

Cc: **42165300**

Apéndice D. Historia Clínica psicológica en Adultos

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA (Adultos)

E.S.E SALUD LA FLORIDA

Fecha de la Entrevista: ____ ____ _____

I. IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA

¿Cuándo y a qué atribuye el comienzo del problema, cómo ha evolucionado, cómo se ha intentado solucionar?:

_____

_____

_____

_____

_____

_____ .

II. DATOS:

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Residencia Actual: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

III. ENFERMEDADES FAMILIARES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:

Enfermedades o trastornos sufridos –hábitos de alimentación, sueño

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ .

V. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

Aspecto Socio Afectivo -Personas con las que vive

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ .

VI. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ .

_____ .

Sandra Milena Cardona Moncada.

Cc: **42165300**

Apéndice E. Formato de interconsulta

FORMATO DE INTERCONSULTA

Fecha: ____ ____ _____

REMITE: _____

SERVICIO SOLICITADO: Evaluación Psicológica: ___ Intervención Social: ____

Medicina: ___ Enfermería: _____

DATOS DEL USUARIO:

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre Acudientes: _____

Institución Educativa: _____

Lugar de Residencia: _____ Teléfono: _____

MOTIVO DE REMISIÓN: _____

_____ .

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN: _____

_____

_____

_____

_____

_____ .

FIRMA:

NOTA: Si es un adulto, entonces dejar en blanco los espacios de Nombre Acudientes e Institución Educativa

Apéndice F. Registro de Atenciones Psicológicas a la Comunidad.

REGISTRO DE ATENCIONES PSICOLÓGICAS

INDIVIDUALES A LA COMUNIDAD

RED DE UNIVERSIDADES DE RISARALDA

N.	NOMBRE	EDAD	LUGAR/FECHA	MOTIVO DE CONSULTA	POBLACIÓN BENEFICIADA	TELÉFONO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Apéndice G. Registro Mensual de Atención Psicológica Individual.

#	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	ASISTE			REMISIÓN		CONTINÚA SEGUIMIENTO	
					SI	NO	RAZÓN	SI	NO	SI	NO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Apéndice H. Cuestionario para Entrevista a Profesores sobre los niños que puntuaron alto en Comportamiento Agresivo.

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA A PROFESORES SOBRE LOS NIÑOS QUE PUNTUARON ALTO EN COMPORTAMIENTO AGRESIVO

1. Qué puede decirme sobre_____ :
2. Cómo puede describir el comportamiento de: _____ :
3. Alguna vez _____ ha tenido dificultades en el colegio?
4. De qué manera se relaciona _____ con los compañeros en el aula de clase?
5. Cuál es el comportamiento de _____ en el descanso? Y en eventos culturales?
6. Cómo se relaciona _____ con los profesores, el coordinador y el rector?
7. Como reacciona _____ ante la norma.
8. Ha notado en algún momento un estado deprimido en _____
9. _____ ha estado involucrado en algún conflicto con algún niño del colegio?
10. Conoce las relaciones familiares del niño?
11. Por qué se generan los conflictos entre los estudiantes?

Elaboración conjunta con Edwin Ávila Nieto.

Apéndice I. Primera actividad para encuentro de Resolución de Conflictos “El pie atado”.

Lugar: Escuelas del Corregimiento de la Florida
Asunto: Encuentro sobre resolución de conflictos

Objetivo General: Proporcionar un espacio para que los estudiantes, mediante una dinámica se interroguen sobre sus modos de relacionarse.

Objetivos Específicos:

- Identificar a través de la dinámica los comportamientos agresivos que puedan presentarse.
- Potenciar a través del juego interactivo, la capacidad de trabajar en equipo y mejorar los procesos comunicativos de los niños y niñas.
- Realizar discusiones constructivas, en torno a la actividad propuesta con el fin de reflexionar acerca de las situaciones de conflicto presentadas.
- Abrir un espacio para la reflexión donde se pongan de manifiesto los diferentes escenarios de conflicto y así dar la posibilidad de que los estudiantes hagan preguntas sobre su manera de relacionarse con los otros.

Dinámica “El Pie Atado”

Consiste en formar dos equipos en línea paralela e indicarles que deben dirigirse hacia unas bombas de determinado color (un color para cada equipo), las cuales contienen fragmentos de una frase alusiva al conflicto, y que los niños deben unificar de manera coherente. Una vez conformados los equipos, y estando atados a sus pies el uno con el otro, deben crear estrategias para la dirección del equipo, comunicación, apoyo, respeto por el otro y así acercarse a la meta común.

Terminada la actividad, se realiza una retroalimentación por parte de los psicólogos practicantes y así mismo, se les invita a pensar e interrogarse sobre las maneras de relacionarse en los distintos espacios de interacción e identificar si corresponden a relaciones agresivas, sea con sus pares, familia y adultos en general.

Apéndice J. Segunda Actividad para encuentro de resolución de conflictos “Los árboles del conflicto”.

Actividad realizada con los grupos que no fueron intervenidos bajo la lógica de los encuentros de Resolución de Conflictos en el primer semestre de práctica.

Asunto: Encuentro sobre resolución de conflictos

Objetivo General: Proporcionar un espacio para que los estudiantes, mediante una dinámica se interroguen sobre sus modos de relacionarse.

Objetivos Específicos:

- Identificar a través de la dinámica los comportamientos agresivos que puedan presentarse.
- Potenciar a través del juego interactivo, la capacidad de trabajar en equipo y mejorar los procesos comunicativos de los niños y niñas.
- Realizar discusiones constructivas, en torno a la actividad propuesta con el fin de reflexionar acerca de las situaciones de conflicto presentadas.
- Abrir un espacio para la reflexión donde se pongan de manifiesto los diferentes escenarios de conflicto y así dar la posibilidad de que los estudiantes hagan preguntas sobre su manera de relacionarse con los otros.

Dinámica “Los arboles del conflicto”

1. Se explicará el significado de la palabra conflicto, **ciclo** del conflicto, **elementos** del conflicto y **mecanismos** alternativos para la solución de conflictos.
2. Cada persona en una hoja de papel dibujará un árbol, con raíces, tallo y frutos.
3. En el tallo deberá colocar los principales conflictos que tiene en la relación con los demás, a nivel de comunidad, de sociedad como tal. Y si tiene algún conflicto importante a nivel personal lo coloca.
4. En las raíces deberá colocar las causas de ese conflicto.

5. En los frutos deberá colocar las consecuencias de ese conflicto en los espacios en los que se dinamiza su vida.
6. Posteriormente, en subgrupos compartirán lo realizado y escogerán un conflicto común. En cartulina dibujarán el árbol con lo recogido en el grupo, nombrarán un coordinador que deberá socializar los resultados entre el grupo y analizar las posibles soluciones al conflicto.

Terminada la actividad, se realiza una retroalimentación por parte de los psicólogos practicantes y así mismo, se les invita a pensar e interrogarse sobre las maneras de relacionarse en los distintos espacios de interacción e identificar si corresponden a relaciones agresivas, sea con sus pares, familia y adultos en general.

7. **Materiales**
   a. Hojas de papel
   b. Colores
   c. Lápices
   d. Cinta
   e. Temperas
   f. Papel Adhesivo
   g. Música

Apéndice K. Actividad para encuentro de resolución de conflictos “El árbol del conflicto”.

Asunto: Encuentro sobre resolución de conflictos en donde se explicarán las **fases** del conflicto, **elementos** del conflicto y **mecanismos** alternativos para la solución de conflictos.

Objetivo General: Conocer y poner en práctica los mecanismos alternativos para la solución de conflictos.

Dinámica: “Árbol del conflicto”

1. Cada niño del grupo deberá participar en la construcción de un árbol en común
2. En el tallo deberá colocar los principales conflictos que tiene en la relación con los demás, aquí el grupo debe elegir si va a trabajar a nivel de comunidad, de familia o de escuela. Y si tiene algún conflicto importante a nivel personal lo coloca.
3. En las raíces deberá colocar las causas de ese conflicto.
4. En los frutos deberá colocar las consecuencias de ese conflicto en los espacios en los que se dinamiza su vida.
5. Posteriormente, en subgrupos compartirán lo realizado y nombrarán un relator que deberá socializar las reflexiones entre el grupo y analizar las posibles soluciones al conflicto.

Materiales:

1. Temperas
2. Cartulina
3. Cinta
4. Tijeras
5. Música
6. Papel Adhesivo

Conflicto

Es un proceso que tiene varias etapas e involucra varios actores, es susceptible de transformarse y describe diferentes situaciones en distintos ambientes. Incluye, desde aspectos internos, hasta relaciones entre grupos. Es el enfrentamiento en el cual cada uno de los comprometidos trata de ganar o de imponer valores, actitudes, estilos, costumbres o creencias. Se percibe como positivo, en tanto su transformación permite un cambio en las personas involucradas. Puede surgir de las diferencias de puntos de vista, de la desigualdad en la distribución de ideas o de la exclusión, porque en una decisión que atañe a todos, no se ha tenido en cuenta. La situación conflictiva, se puede convertir en una oportunidad participativa para transformar una situación negativa en positiva.

Elementos del conflicto

Problema: es la descripción de la situación, logrando identificar las raíces del problema.

Actores: son las partes involucradas, puede tratarse de personas, grupos sociales, instituciones o Estados.

Proceso: hecho, causa del conflicto, momento que ha intensificado el conflicto, elementos externos que han influido en el mismo, como el tamaño de la comunidad, el territorio, clima político, caminos a seguir.

Ciclos del conflicto

Inicio: es cuando surge el conflicto que a veces está oculto, hay una disfrazada estabilidad. Cuando las tensiones entre las partes aumentan, comienza a manifestarse, porque se hacen más evidentes las diferencias.

Crecimiento: se presenta cuando no se ha podido responder de manera creativa ante la situación conflictiva, se ha llegado a una expresión abierta de hostilidad, incluso se ha desarrollado un discurso de agresión y en el lenguaje de las partes hay cada vez más demandas. Las causas permanecen y tienden a crecer al haber pasado la violencia psicológica y física.

Recrudecimiento: aumenta el sentimiento y la posición, es decir, la actitud de culpar a la otra persona. Aumenta la desconfianza y la intención de daño sobre la otra persona.

Alivio: el alcance de las heridas, el dolor ocasionado entre las partes hace que se pueda contemplar un cambio de actitud de éstas y un posible acercamiento al diálogo. Este puede darse y volverse a recrudecer por desconfianza o desinterés.

Acuerdo: es un convenio o pacto sobre algún aspecto en particular. Se alcanza cuando se logra consolidar un cambio de actitud. Las causas aún siguen.

Resolución: resolver el conflicto es el resultado ideal cuando se han logrado eliminar o transformar sus causas fundamentales.

Reconstrucción: es la oportunidad para que las partes trabajen conjuntamente, para superar los daños y dolores ocasionados. Tiene como antecedente el acuerdo.

Reconciliación: es una especie de sanación de la relación de las personas con su entorno. Se refiere a los traumas, heridas y dolores. Alcanzar un reconocimiento no traumático de lo vivido.

Convivencia pacífica

Es vivir en armonía, no sólo con las demás personas, sino con nuestro entorno. La convivencia comienza con la autoestima y el auto-respeto de cada persona, porque si no nos valoramos a nosotros mismos, viviremos en conflicto con los demás. Para vivir en paz con los demás, debemos poseer la cualidad de la solidaridad, se debe aprender a vencer los rencores, a reconocer los errores y a no humillar a los demás. La falta de convivencia pacífica conlleva a actos de violencia, que son actos de agresión física, verbal o sociológica que se le hacen a una persona o grupo de personas. Convivencia es poseer capacidad de apertura, valores como la tolerancia, el respeto, desarrollar la capacidad de perdón y reconciliación, trabajar siempre en la construcción de una comunicación eficaz.

La convivencia lleva consigo la construcción de paz. Es encender una luz en nuestro corazón, para trasmitirla en la interacción con el otro.

Apéndice L. Circular de citación a padres de niños con comportamiento agresivo.

El Proyecto Color Colombia de la Red de Universidades de Risaralda, informa a los padres de la comunidad educativa _____ que desde Septiembre de 2010, se han venido realizando actividades de convivencia con los niños de las escuelas, con el interés de darle continuidad a la investigación: "Medición de Comportamientos Agresivos y pro-sociales en los niños de la ciudad de Pereira", estudio que tuvo en cuenta a los niños de las escuelas del corregimiento de la Florida y que por medio de la intervención psicosocial, busca contribuir en la construcción de una Colombia en paz y para todos.

Como resultado de estas actividades y del estudio realizado, se detectaron algunos comportamientos agresivos en algunos de los niños, para los cuales se ofrece una Atención Psicológica Individual, por lo tanto lo invitamos a una reunión de información de este tratamiento para su hijo, el día _____.

Muchas Gracias, contamos con su asistencia.

Sandra Milena Cardona Moncada.
Psicóloga Practicante UCP.

Elaboración Propia.

Anexos

Anexo A. Cuadro explicativo de los ejes del Proyecto Color Colombia.

EJE FUNDAMENTAL				
Apoyo a los Procesos Autogestionarios de Desarrollo Regional-Local, Humano, equitativo y sostenibles				
Componentes estratégicos				
Integración académica	Desarrollo comunitario	Vinculación empresa privada	Presencia de estado	
Ejes de desarrollo				
Organización y gestión del desarrollo		Desarrollo humano sostenible		
Áreas de desarrollo				
Educación	Salud	Reconversión productiva	Desarrollo ambiental	Organización y participación

Cuadro tomado de la presentación oficial del Proyecto Color Colombia