

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
AREA: CENTRAL
DEPARTAMENTO GUATEMALA, SACATEPEQUEZ
SUPERVISOR: LIC. JOSUE SAMAYOA
CICLO LECTIVO 2004

**“LA IMPORTANCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL DENTRO
DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTEGRAL DEL
NIÑO”**

Comunidad Santiago Sacatepèquez
Informe Final

Previo a Optar el Título de Licenciada en Psicología

INGRID RUBIO ALEMAN

Guatemala de la Asunción, Octubre 2004

INDICE

CAPITULO I	
ANTECEDENTES	
1.1	MONOGRAFÍA DEL LUGAR 1
1.2	DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN 6
1.3	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA 8
1.4	PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS 10
CAPITULO II	
REFERENTE TEÓRICO-METODOLÓGICO	
2.1	ABORDAMIENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO 12
2.2	OBEJTIVOS 26
2.2.1	OBJETIVO GENERAL 26
2.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR SUBPROGRAMA 26
2.2.3	METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO 27
CAPITULO III	
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS 30	
3.1	SUBPROGRAMA DE SERVICIO 30
3.2	SUBPROGRAMA DE DOCENCIA 33
3.3	SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN 34
CAPITULO IV	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 36	
4.1	SUBPROGRAMA DE SERVICIO 36
4.2	SUBPROGRAMA DE DOCENCIA 38
4.3	SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN 39
4.4	ANÁLISIS DE CONTEXTO 42
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1	CONCLUSIONES 44
5.1.1	CONCLUSIONES GENERALES 44
5.1.2	SUBPROGRAMA DE SERVICIO 44
5.1.3	SUBPROGRAMA DE DOCENCIA 44
5.1.4	SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN 45
5.2	RECOMENDACIONES
5.2.1	RECOMENDACIONES GENERALES 45
5.2.2	SUBPROGRAMA DE SERVICIO 45
5.2.3	SUPROGRAMA DE DOCENCIA 46
5.2.4	SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN 46
BIBLIOGRAFÍA 47	
GLOSARIO 49	

SINTESIS DESCRIPTIVA

Son varias las organizaciones y entidades no gubernamentales, de países industrializados, que han elaborado valiosos informes y realizado proyectos en pro del bienestar de los niños y niñas en el tercer mundo, incluyendo Guatemala, especialmente en las poblaciones más desposeídas y vulnerables.

Como labor educativa, se realizó un Ejercicio Profesional Supervisado orientado a la necesidad de resolver la problemática existente en el lugar donde se realizó la actividad.

Como contexto propio del EPS, deben cumplirse requisitos como subprogramas, los cuales son: de Servicio, Docencia e Investigación, todos éstos, se cumplieron de acuerdo a la problemática presentada.

En el subprograma de servicio, se realizaron actividades para promover la asistencia de la población a los servicios de psicoterapia. También se efectuaron sesiones de terapia individual que evaluaron al niño, por medio de técnicas lúdicas. Se brindó a las madres de los niños, a las comadronas y al personal de salud, técnicas y ejercicios de Estimulación Temprana, para el mejor desarrollo integral del niño.

En el subprograma de Docencia, se capacitó a las madres, comadronas y personal de salud (enfermeras) con temas sobre Crecimiento y Desarrollo del niño, Reflejos Primarios, Desnutrición y La Importancia de la Estimulación Temprana, entre otros, con la finalidad de tener una mejor visión de las necesidades de la población infantil.

El subprograma de Investigación abarcó un tema de gran importancia para el sector educativo, como la Influencia del bajo peso y talla del niño del área preescolar, dentro del proceso de Enseñanza-Aprendizaje. Posteriormente se presentaron los resultados a los padres de familia, así como a las autoridades de la escuela, para que les ayudara a tomar acciones encaminadas a bajar el nivel de desnutrición de la población infantil.

El presente Informe pretende hacer ver a las instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, relacionadas con la salud, educación e información, la importancia del los entornos culturales, sociales y educativos para el crecimiento y desarrollo integral del niño, abriendo espacios dentro de las comunidades en donde la información y la ayuda psicosocial es escasa o inexistente.

INTRODUCCION

Siendo el Centro de Salud una institución que presta servicio a personas con problemas físicos, existe la necesidad de atender a personas con problemas emocionales, considerando necesaria la implementación de personal en el campo de la Salud Mental, para el beneficio de la comunidad.

El abordaje de la Importancia del Crecimiento y Desarrollo Integral del Niño, en cualquier espacio contextual, utiliza la triada, recursos cognitivos, habilidades físico-emocionales, y ambiente, que contribuyen para que el ser humano se encamine a la realización personal.

Siendo la edad de 0-5 años la más susceptible a nivel social, de padecer problemas como: Mal funcionamiento Psicomotor, Problemas de Lenguaje, Privación Ambiental, es necesario el soporte psicológico que permita superar las etapas de desarrollo de una manera satisfactoria.

Con la realización del EPS, se pretendió promover la Salud Mental en el ámbito clínico, recalcando la importancia a nivel biológico, psicológico, social y cultural de los pacientes. Se desarrollaron técnicas y estrategias que permitieron alcanzar los objetivos planteados y se realizó trabajo de educación preventiva en los subprogramas de docencias e investigación.

CAPITULO I ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFIA DEL LUGAR

Este estudio se realizó en el municipio de Santiago Sacatepèquez, Departamento de Sacatepéquez, el cual limita al norte con el municipio de Santo Domingo Xenacoj (Depto. De Sacatepéquez) y San Pedro Sacatepéquez (Depto. De Guatemala), al sur con los municipios de San Bartolomé Milpas Altas y San Lucas Sacatepéquez, al oriente con los municipios de San Pedro Sacatepéquez y Mixco, ambos del departamento de Guatemala y al poniente con el municipio de Sumpango, departamento de Sacatepéquez.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS- ANTROPOLÓGICOS

El municipio fue fundado por los españoles durante la época de la colonia, con el nombre de Santiago Sacatepèquez, y con este nombre figura en el índice alfabético de las ciudades, villas y pueblos del reino de Guatemala. Además es conocido como Barrio del curato de San Sebastián, en Sacatepèquez.

El municipio de Santiago Sacatepèquez, tomó su nombre del apóstol Santiago, patrono de España y de la capitanía General de Guatemala y Sacatepèquez de Zacate-hierba y Tepic-montaña, lo cual significa Santiago de la montaña de Zacate.

En el código de Livingston que se decretó el 27 de agosto de 1936, al realizar la distribución de los pueblos de Guatemala, por la administración de Justicia por el sistema de Jurados, el pueblo de Santiago Sacatepèquez, fue adscrito al circuito de la Antigua Guatemala.

Según sesión de personas ancianas, que se encuentran bien documentadas al respecto, cuentan que Santiago Sacatepéquez antiguamente existió en el lugar que hoy se denomina Las Cruces, que se localiza en el lindero de San Pedro Sacatepéquez, y dista tres kilómetros de la localización actual, pero debido al intenso frío decidieron buscar otro lugar cuyo clima fuera templado. Cuentan que varios indígenas encontraron el lugar indicado cierto día que salieron a buscar bejucos y al caminar sintieron que el clima cambiaba por lo que esparcieron la noticia y en masa la población se trasladó al lugar encontrado, donde se localiza actualmente el municipio.¹

El municipio de Santa Maria Cauqué se anexó, como aldea al de Santiago Sacatepèquez por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935. El Irlandés Tomás Gage, quien vivió en el país de 1625 a 1637, mencionó que en el valle de Sacatepèquez "hay cuatro pueblos considerables, el primero se llama

¹ Castillo Medina Nineth, "**ESTUDIO MONOGRAFICO DE LA ALDEA PACHALI DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO SACATEPEQUEZ**", Guatemala 1981, Pág. 72.

Santiago, donde hay quinientas familias; el segundo San Pedro, que tiene seiscientos, el tercero San Juan, que tiene otras tantas y el cuarto Santo Domingo de Sinacao, donde puede haber alrededor de 300 familias. Estos cuatro pueblos son muy ricos, el clima es muy frío en los dos primeros, pero en los otros dos son más calientes. En sus alrededores hay muchas haciendas, donde se cosecha mucho trigo y maíz. Aquellos indios tienen más valor que los de otros pueblos, y en mi tiempo estuvieron cerca de sublevarse, contra los españoles porque los trataban mal. Los españoles son allí extremadamente ricos, y cuando yo estuve en aquel país hubo un indio del pueblo de Santiago que por pura vanidad dió seis mil ducados a la iglesia del lugar; y sin embargo se descubrió después que este miserable era un adivino y un idolatra".²

Entre sus principales fincas pueden citarse: San Miguel que cuenta con magníficos astilleros y cultivos de hortalizas, Pachali, El Tigre y Patulin donde se cultiva: maíz, frijol, arveja, lenteja, chile (ají) güico y gran variedad de árboles frutales, todos de excelente calidad, todos los cuales abastecen los mercados de la cabecera departamental y la capital.

ÁREA GEOGRÁFICA

Su cabecera municipal dista de la Antigua Guatemala, 25 Kilómetros y 40 Kilómetros de la capital, unida a ellas por magnífica carretera asfaltada. Su extensión territorial es de 15 kilómetros y su altura sobre el nivel del mar es de 2000 metros.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Santiago Sacatepéquez, tiene una población de 22,567 habitantes, la mayoría de ellos de origen Maya, predominando el idioma Cachiuel. La base de su economía es la agricultura, que se realiza por un 80-85% de la población.³

ANTECEDENTES SOCIO-POLÍTICO ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

La municipalidad es de tercera categoría y fue fundada el 26 de julio de 1957. Esta tiene a su cargo todas las actividades de carácter público así como de tipo administrativo de todo el municipio. Además cuenta con una alcaldía auxiliar en cada aldea del municipio.

Cuenta con las siguientes organizaciones:

² Gall, Francis, "**DICCIONARIO GEOGRAFICO NACIONAL DE GUATEMALA**", Instituto Geográfico Nacional, "Ingeniero Alfredo Obiols Gómez" (IGN), Guatemala, 1980 (TomoIII) Pág. 688,689

³ Elaborado por la Dirección de Políticas Regionales y Departamental de SEGEPLAN, con información base del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Instituto Nacional de Estadística –INE- y Centro Latinoamericano de Demografía -CELADE-, Guatemala: Estimaciones de población por departamento y municipio, Guatemala, abril de 1,997.

Una cooperativa agropecuaria, llamada Santiago de los Caballeros, la cual está autorizada. En el mes de abril de 1980 fue autorizada la cooperativa de agricultores, "UNION DE CUATRO PINOS", que lo integran habitantes tanto de la cabecera municipal, como de las tres aldeas. Su función es mejorar el desarrollo agrícola de la región.

Comité de protectores de límites de Santiago Sacatepéquez: es un grupo no autorizado, ni organizado. Se hacen llamar así porque la causa de su fundación fue debido a los problemas existentes sobre los límites de Santiago, principalmente sobre el problema en relación a los límites de la aldea Machali, con el municipio de San Lucas Sacatepéquez.

Este grupo está formado desde hace mucho tiempo y protegen documentos originales antiguos más de 50 años, donde están indicados los límites de todo el municipio. Está integrado únicamente por habitantes de la cabecera municipal.

Existe una institución privada que se establece después del terremoto de 1976, se hace denominar GRUPO SUIZO o LAS CINCO INSTITUCIONES CARITATIVAS SUIZAS, está integrado por el delegado del consejo federal para misiones de socorro en el extranjero, La Cruz Roja, Suiza, Caritas Suiza, organización de ayuda de la iglesia evangélica suizas y la Asistencia Obrera Suiza. Esta organización tiene como objetivo la realización de un proyecto integral que ayuda a crear las condiciones para mejorar y elevar el nivel de vida de la población de Santiago Sacatepéquez y además se extiende su proyecto hacia las aldeas del municipio. Dicho proyecto abarca proyectos educativos, manualidades., orientación, ayuda en la agricultura y el comercio. Su objetivo inicial fue la reconstrucción física de Santiago Sacatepéquez, extendiéndose luego a las aldeas.⁴

ORGANIZACIONES SOCIALES

Grupo Cultural y religioso: Cada año con motivo de la celebración de la fiesta titular del municipio, que se celebra el 25 de julio, se reúne un grupo de habitantes que se encargan de la organización de la fiesta. Se denomina COFRADIA DE SANTIAGO, es el grupo que coordina todas las actividades de la fiesta titular.

INSTITUCIONES, ORGANISMOS INTERNACIONALES

Hay un edificio municipal donde funcionaban las dependencias del ayuntamiento, telecomunicaciones y otras de servicio público. Cuenta también con un mercado municipal que funciona todo el año, siendo amplio e higiénico. En su plaza hay dos hermosas fuentes. Durante el año 2003-2004, se construyó un Centro Comercial, ubicándose en la parte izquierda de la

⁴ Castillo Medina Nineth, op.cit.

Municipalidad. Dicho lugar cuenta con servicios de una Despensa Familiar, Banco, Venta de Electrodomésticos, Copicentro, Restaurantes entre otros.

En los servicios públicos existen escuelas primarias en dos jornadas, pre-primaria dos jornadas, Instituto Básico por Cooperativa, correos, bomberos y servicio social pregonero.

En los servicios privados hay un colegio evangélico, con pre-primaria, primaria y primero básico, una academia de mecanografía y dos centros de computación.

En el área de salud existe un Centro de Salud y varias clínicas médicas privadas. También hay una comisaría de Policía Nacional Civil, un Juzgado y oficina de correos.

En la comunidad de Santiago Sacatepèquez existen grupos sociales organizados como por ejemplo: La Asociación Femenina (AFEDES), Consejo Ciudadano de Mujeres, Santa Maria Cauque, Grupo de Jóvenes colegial Tinamit.

ASPECTOS INDUSTRIALES Y ECONÓMICOS

Entre los principales productos de cultivo encontramos: maíz, frijol y arveja china. En las labores de la agricultura participan principalmente los hombres, pero en muchos casos también mujeres. Los niños usualmente atienden la escuela por la mañana y por la tarde ayudan a cultivar la tierra. Las niñas se dedican a estudiar y quienes no lo hacen, se quedan en casa realizando los quehaceres domésticos.

La economía es mixta (formal e informal), predominado la agricultura. Aparte de la agricultura, hay escasas oportunidades de empleo en esta comunidad. Es necesario viajar a la capital para obtener un empleo, para mejorar las condiciones de economía familiar que la agricultura en su propio lote permite. "Esta actividad solo permite una economía informal, porque no hay estabilidad y viven sólo del consumo y ventas de los productos cultivados por ellos mismos en su terreno".⁵ El Nivel de clase económica es predominantemente pobreza extrema. La vivienda es propia aunque en condiciones precarias.

Las madres son trabajadoras, en su mayoría, razón por la que no brindan a los hijos la atención y cuidados necesarios, ni la orientación emocional correcta.

Las zonas, calles y avenidas están catastradas. La escolaridad es muy baja y hay un alto predominio de analfabetismo.

⁵Instituto Nacional de Estadístico, op.cit.

Esta comunidad cuenta con agua potable, drenajes, energía eléctrica, teléfonos de tierra y públicos en escasa cantidad. La mayor parte de la comunicación, hoy en día es por servicio celular. Hay una línea de transporte público a San Lucas Sacatepéquez, cada media hora y otra a la ciudad de Guatemala tres veces al día.

ASPECTOS IDEOLOGICO-CULTURAL

Sus habitantes profesan la religión católica, en su mayoría, existiendo otras denominaciones, por lo general cristiano evangélicos.

La población en su mayoría es de origen Maya, aunque existe un buen número de familias no indígenas. El idioma que predomina es el cachiquel y todos entienden el idioma castellano. No ha habido influencia de la migración a causa del conflicto armado. En los patrones de crianza de la educación se da la prioridad al género masculino. Existe un patriarcado. La Seguridad a Nivel de población ha quedado muy sujeta a la situación que vive actualmente el país, viviendo con delincuencia, migrada de la capital, y de maras o grupos que alteran la armonía que se vive en esta comunidad.

FIESTAS Y TRADICIONES

La fiesta titular la celebran el 25 de julio en honor al Apóstol Santiago, pero la que mayor ha dado nombre internacional al lugar es el día de Todos los Santos (1 de noviembre). En esa oportunidad los vecinos suelen visitar las tumbas donde reposan sus seres queridos, en el Cementerio General, las que han sido pintadas y lucen adornadas con ofrendas florales a donde llegan desde horas de la mañana, así como la tradición de elevar los gigantescos barriletes.

1.2 DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

El Centro de Salud de Santiago Sacatepéquez, es un centro de salud tipo "A", que cubre los sectores de San Lucas Sacatepéquez, San Bartolomé Milpas Altas, Santo Domingo Xenacoj y Sumpango Sacatepéquez.

El edificio es de una planta, de construcción relativamente antigua, construido por el gobierno de Carlos Castillo Armas en 1955. Ocupa una superficie de cerca de 300 metros cuadrados, contiene los servicios de laboratorio, clínica odontológica y atención de pacientes. No cuenta con encamamiento ni suficiente personal médico. También atiende servicios de saneamiento ambiental, atención y cuidado materno-infantil, inmunización a infantes y animales domésticos como perros y gatos.

Por otra parte, el Centro de Salud también realiza visitas de casa en casa, impartiendo pláticas sobre prevención de enfermedades y posibles epidemias, así como también de higiene personal. Actualmente, se le quiere dar mayor énfasis a la Salud Integral de la Mujer, por lo que desde hace algunos años se realiza la Feria Integral de la Mujer. El Servicio de Psicología se ubica en un sector detrás del edificio principal del Centro y ocupa un área de 60 metros cuadrados.

OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN:

Las políticas de salud comprenden las guías generales para la acción con sus correspondientes líneas de trabajo concretas a desarrollar dentro del plan de salud 2004. Las políticas son las siguientes:

1. Salud Integral de los grupos de familias.
2. Salud de los pueblos Mayas, Garífunas y Xinca, con énfasis en La mujer.
3. Salud de la población migrante.
4. Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
5. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
6. Desarrollo del saneamiento básico del ambiente.
7. Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.
8. Desarrollo estratégico del recurso humano.
9. Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
10. Coordinación intra e intersectorial.
11. Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
12. Desarrollo del financiamiento del sector salud⁶.

⁶ Plan Nacional de Salud 2000-2004

FUNCIONES

El personal se divide de acuerdo a las funciones que tiene según el reglamento interno del distrito. Cuenta con personal administrativo y personal operativo.

El personal administrativo lo conforman las siguientes personas: "Encargadas de: Coordinadora del Distrito II, Profesional I (médico y cirujano), profesional II (odontólogo) Paramédico III (enfermera) Técnico Administrativo, Técnico I (técnico en salud rural) Centro de Salud, oficinista III (secretaria) Asistente Administrativo, paramédico I (auxiliar de enfermería) paramédico I (laboratorista) Operativo III, trabajador operativo jefe I (almacén), trabajador operativo II (conserje) Trabajador operativo (guardián)"⁷.

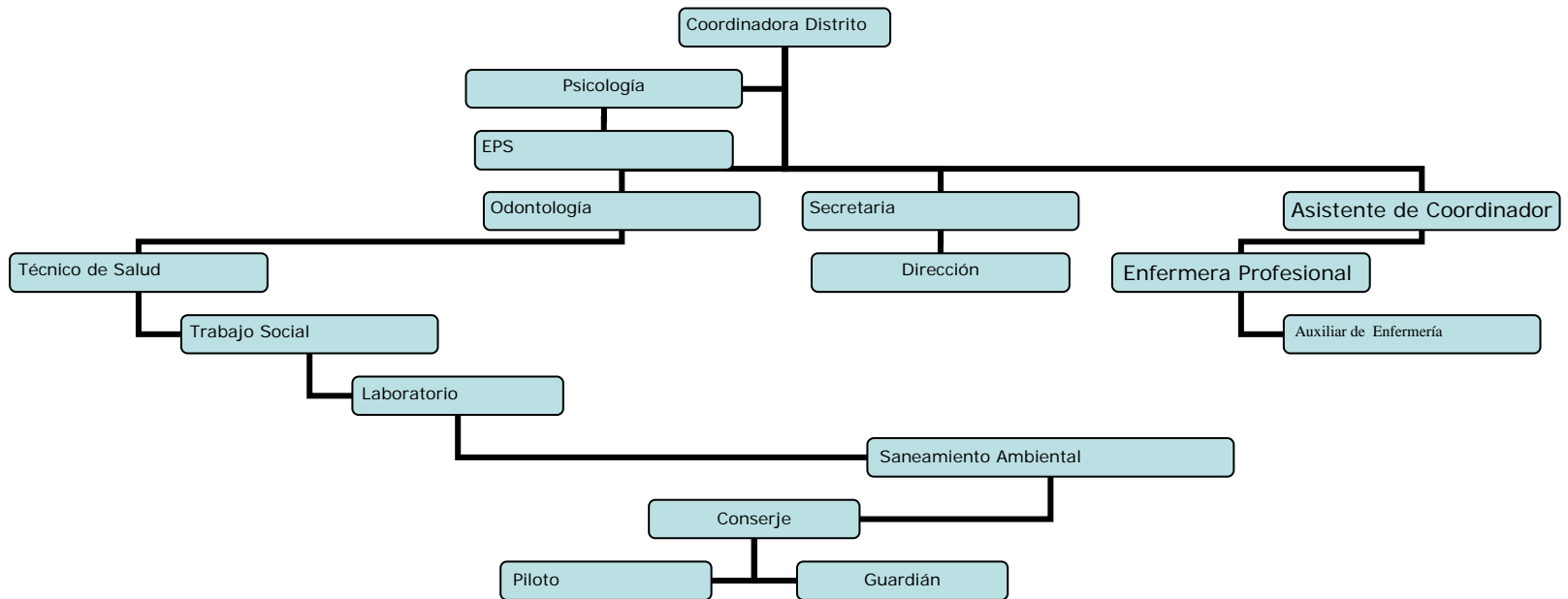
INSTALACIONES Y EQUIPO

Sus instalaciones cubren las necesidades del Centro de Salud. En relación con el equipo, cuenta con "archivadores, escritorios, máquinas de escribir, sillas de metal, sillas de madera, pizarrón de formica, bancas de madera, camillas, pesas para adulto, pesas para infantes, vitrinas, estanterías, escaleras, máquinas de coser, carretas, planta eléctrica, vehículos para uso del Centro de Salud, aparatos e instrumentos científicos de laboratorio, cirugía, odontológicos, dibujo e ingeniería de radiodifusión y varios".⁸

⁷ Funciones de Distrito Santiago Sacatepéquez 2003

⁸ Inventario No. 2 de los bienes muebles Útiles y Enceres del Centro de Salud Santiago Sacatepéquez

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN CENTRO DE SALUD SANTIAGO SACATEPÉQUEZ



1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A LA CUAL ESTÁ DIRIGIDA EL EPS

En el Centro de Salud de Santiago Sacatepèquez, se atienden niños, de sexo masculino y femenino, comprendidos entre las edades de 0-5 años, en una cantidad aproximada de 383 niños por mes (según SIGSA No. 6).⁹ El control diario se realiza bajo un formato de SIGSA No. 3¹⁰, que cuenta básicamente con información como: nombre del paciente, edad, sexo, residencia, consulta, control, diagnóstico y tratamiento o medicamento. Esta información le permite al Centro de Salud, tabularla y elaborar estadísticas que tienen como principal característica determinar la incidencia de la población, así como de su problemática. La población atendida estuvo compuesta por niños, en su mayoría indígenas. La mayor parte de niños provienen de Santiago Sacatepèquez y aldeas aledañas. Son hijos de padres con escasos recursos y provienen de familias numerosas. Muchos de ellos están al cuidado de sus hermanos mayores, tíos, primos o abuelitos. Entre las dificultades que enfrentan los niños son: desnutrición, carencia afectiva, problemas socioeconómicos, entre otros.

Los padres son personas dedicadas a la agricultura o al comercio. En algunos casos, los padres son afectados por el desempleo o subempleo. La mayoría de madres trabajan fuera de casa, hay casos de madres solteras que tienen la responsabilidad de llevar el sustento diario a casa para complementar el ingreso en el hogar.

Entre otro grupo de personas con las que se trabajó, se encuentran las comadronas que es un grupo establecido por el Centro de Salud, del cual éste se ha valido para lograr una mayor cobertura en la población, del área preventiva.

Las enfermeras auxiliares, son otra pieza clave con las que se emplearon las actividades, pues son ellas las que llevan a cabo diariamente el desarrollo y ejecución del programa de "Niño Sano" establecido por el Centro de Salud. La mayoría de las personas con las que se trabajó, en el caso de las enfermeras, no son personas que viven directamente en el municipio, pero si conocen la realidad existente, pues es un diario vivir, la evaluación y el contacto que se tiene con la población.

Las condiciones sociales y económicas en las que vive la población de Santiago Sacatepèquez, es de carácter emergente, de los problemas generalizados en el país, creando una incidencia de pobreza mayor, de la que se ha tenido en otros años, sin contar por supuesto en el estado mental, que puedan tener. Uno de los factores de más relevancia a rescatar acá, es que la población en su mayoría es analfabeta, esto no permite el desarrollo intelectual y de perspectivas en planos futuros para el desarrollo de la comunidad.

⁹ Sistema de Información Gerencial de Salud

¹⁰ Numero de Formulario del Sistema de Información Gerencial de Salud

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños de 0-5 años, tienen una serie de problemas: familiares, sociales y emocionales que afectan su vida cotidiana. Entre ellos están

- **Desnutrición:** Los niños presentan trastornos de alimentación, y por lo tanto carecen de una buena dieta alimenticia.
- **Embarazo no deseado:** Algunas madres tienen varios hijos, pues no realizan la planificación familiar, servicio que brinda el Centro de Salud.
- **Madres solteras:** Algunas mujeres tienen a sus hijos y no cuentan con el apoyo del padre del niño, quien simplemente desaparece.
- **Abandono Infantil:** Algunas madres, han dejado a sus hijos, a cargo de otras personas, quienes al final, no tienen la mejor condición de cuidado hacia con los niños.
- **Orfandad:** A diferencia de lo anterior, hay algunas madres que han abandonado a sus hijos, dejándolos en algún lugar.
- **Malas relaciones intrafamiliares (padres-hermanos):** Las razones pueden deberse a varios factores tanto internos de la familia, como desintegración familiar, alcoholismo, mala comunicación entre padres e hijos o demás miembros de la familia que generalmente son extendidas. Entre los factores externos se puede mencionar el desempleo, la pobreza, la situación general del país, entre otros.
- **Migración:** hay algunos padres de familia, que han tenido que ir de alguna aldea a otra por mejorar su situación económica.
- **Discapacidad física y/o emocional:** Hay algunos padres o encargados de los niños, que presentan problemas de discapacidad física, y también que padecen de alguna patología emocional como depresión, ansiedad, adicción a algún fármaco o al alcoholismo, que necesariamente viene a inestabilizar la dinámica familiar.
- **Bajo rendimiento motriz:** hay algunos niños, que presentan problemas de psicomotricidad tanto fina como gruesa.

Los problemas encontrados en el área emocional afectan distintas esferas en la vida del infante:

PERSONAL

- Crecimiento y Desarrollo físico/emocional en todas sus sub-áreas:
 - Lenguaje
 - Psicomotricidad Fina/gruesa
 - Sensopercepción
 - Personal Social

- FAMILIAR:
 - Autonomía
 - Seguridad
 - Rechazo
 - Maltrato Físico/Psicológico
 - Negligencia de las personas responsables del cuidado de los niños.
 - Pobreza

- SOCIAL:
 - Mecanismos de Defensa Creados
 - Conducta Inapropiada
 - Pérdida de la Confianza
 - Problemas de Interrelación Social
 - Bajo Rendimiento Escolar
 - Generación de Problemas de Aprendizaje

CAPITULO II REFERENTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo se encargará de establecer las bases teóricas de los conceptos de las problemáticas que se presentaron en la población, dándose desde una perspectiva muy general. Para lo cual se inicia describiendo la situación actual de las familias de la Comunidad de Santiago Sacatepèquez, así como de la visión a nivel nacional. Finalmente, se explicará la importancia del factor cultural y su enfoque sociocultural.

SITUACIÓN ACTUAL A NIVEL NACIONAL, ASÍ COMO DE LAS FAMILIAS DE SANTIAGO SACATEPEQUEZ

Guatemala por sus circunstancias histórico-culturales, ha sido un país con una fuerte represión y con problemas socioeconómicos, que además de estar mantenidos por décadas, no son resueltos. Indudablemente esto influye negativamente en los patrones de crianza de los padres y en la sociedad en general.

Muchos padres de familia están subempleados, otros no finalizaron sus estudios y otros se han dedicado toda su vida a la agricultura o al comercio. Esta situación cuya problemática de raíz es el factor económico que arrastra el factor cultural, provoca que los padres no posean ni los medios ni la motivación de formarse desencadenando frustración, desvalorización e impotencia cuando son cabezas de familia.

Se ha visto que a nivel social, organizaciones nacionales e internacionales, de los que podemos mencionar OPS, OMS, UNICEF GRUPO SUIZO, que se han dedicado a la intervención de programas que permiten educar a los padres, han logrado crear un "circulo sano", en donde los beneficiados posean mejores herramientas emocionales y cognitivas para la adaptación social de sí mismos, como de sus hijos.

Siendo el Servicio de Psicología una alternativa necesaria en cualquier proceso de reestructuración de la Salud Mental, el Centro de Salud cuenta con él, pero la comunidad santiagueña no hace uso de éste, pues por ser un factor externo y ajeno a su cultura, no hay lazos que permitan conectar la asistencia clínica-médica con este servicio.

La comunidad de Santiago Sacatepèquez carece de cierta información necesaria para su desenvolvimiento extrínseco, utilizando la optimización de la madurez emocional.

Cuando las personas consultantes asisten al Centro de Salud e integran la población que forma parte del Programa de Niño Sano, sólo se evalúan aspectos

puramente clínicos como lo son, los niños que inician el control, la edad en que la inicia, los niños desnutridos, los que inician tratamiento por desnutrición, los que son vistos en el servicio, así como los que reciben tratamiento. Estos datos son recopilados por las enfermeras y son anotados en un formulario denominado SIGSA No. 3, que es el Registro Diario de Consulta, donde los datos psicológicos no forman parte de dichas evaluaciones, por lo que carecen de información necesaria acerca de las deficiencias físico-emocionales que son tan importantes para el desarrollo intra e inter- personal.

Por tal razón se considera como problema esencial el hecho que no se atiende a los niños y niñas, en aspectos, como lo es, Desarrollo Integral del Niño, porque pueden desencadenar patologías de índole psicológico. Tomando en cuenta pues que es un factor cultural y social, es necesaria la atención explicativa de los términos así como de los componentes que esto conlleva.

La edad preescolar, es considerada como aquella etapa del desarrollo que abarca desde el nacimiento hasta los 6 o 7 años, y que en la mayor parte de los sistemas educacionales coincide en términos generales con el ingreso a la escuela.

Este período es considerado por muchos como el más significativo en la formación del individuo. En la misma se estructuran las bases fundamentales de las particularidades físicas y formaciones psicológicas de la personalidad, que en las sucesivas etapas del desarrollo se consolidarán y perfeccionan. Esto se debe a múltiples factores, uno de ellos el hecho de que en esta edad las estructuras biofisiológicas y psicológicas están en pleno proceso de formación y maduración, lo que la hace particularmente significativa a la estimulación que pueda hacerse sobre dichas estructuras, y por lo tanto, de las cualidades, procesos y funciones físicas y psíquicas que dependen de las mismas.

Es quizás el momento de la vida del ser humano en el cual la estimulación es capaz de ejercer la acción más determinante sobre el desarrollo, precisamente por actuar sobre formaciones que están en franca fase de maduración. Otro factor de importancia es la nutrición, que pueda tener el niño durante esta fase, para que los procesos anteriormente mencionados se puedan llevar a cabo, en óptimas condiciones.

De esta manera se destaca que la falta de estimulación y la **desnutrición** puede tener efectos permanentes e irreversibles en el desarrollo del cerebro, pues altera su organización, y las posibilidades de configurar las estructuras funcionales que han de constituir la base fisiológica para las condiciones positivas del aprendizaje.

La relación directa que tiene el estado nutricional de los niños con la morbilidad y mortalidad se han señalado en diferentes estudios nutricionales. Se

pueden presentar un retardo en la estatura (desnutrición crónica), que puede ser consecuencia de deficiencias nutricionales en la dieta o incidencia de infecciones. El valor observado de desnutrición crónica total a nivel nacional sobre pasa el 45%, por lo que indica que la mitad de los niños menores de 5 años están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica. Se estima que la desnutrición en el área rural, es mayor que en la urbana (15% más). La desnutrición crónica es el doble en los niños indígenas que en los niños ladinos. En relación con el nivel educativo de la madre, se puede mencionar que la desnutrición de los niños, cuyas madres no tienen educación formal, es más de tres veces mayor que la estimada para los niños de madres que han asistido a secundaria.

El bajo y muy bajo peso al nacer en la edad caracteriza a la desnutrición global. Este indicador refleja que, por un lado, un bajo peso al nacer y por otro un adecuado peso para talla, son esenciales en el estudio de la desnutrición. En Guatemala, 22.7% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición global total y 3.7% presentan desnutrición global severa. En el área rural la desnutrición global total es 25.9%, bastante más que en la urbana, donde es de 16.2%. Los niños de las madres indígenas presentan un nivel más alto de desnutrición global total, comparada con niños de madres ladinas. Según el nivel educativo de las madres, se observa que la proporción de niños de bajo peso para la edad entre aquellos cuyas madres, no tienen educación formal es más de tres veces la encontrada para los niños de madres con educación secundaria o superior.¹¹ Esta situación se presenta en la comunidad, donde se realizó el estudio.

Datos aportados en 1994 por investigaciones realizadas por la Cornegie Corporation, en Estados Unidos, revelan que el medio ambiente, léase estimulación, no sólo afecta el número de células cerebrales, las posibilidades de sinapsis entre ellas y la manera como estas conexiones se establecen, sino que esa influencia temprana del medio exterior deja huellas definitivas en la psiquis humana, y que su falta causa daños irreversibles en el individuo.

Se sabe que la **privación emocional** en el primer año de vida puede acarrear daños irreparables en el desarrollo físico y mental del niño o niña, y en los años a continuación traen como resultado una disminución del peso y talla, una propensión marcada a las enfermedades, dificultades en la atención y la concentración, pobreza intelectual, entre otros. Pero también la privación cultural y la falta de estímulos psicosociales van a afectar este desarrollo, situación que sucede en la comunidad de Santiago Sacatepèquez, pues uno de las mayores expresiones de este fenómeno es considerado un Tabú, el simple hecho de que un niño que presente ausencia de cariño, presente patologías emocionales

¹¹ Encuesta de Salud Materno-Infantil, 2002 Guatemala 2003, Editorial Oscar de León Palacios, Pág.191,192,193

posteriores. El servicio de Psicología del Centro de Salud ha visto la necesidad de expresar las dificultades del desarrollo en el niño, cuando sucede este fenómeno. Pero la situación va más allá que un estado de alarma o de atención terciaria, cuando el problema ya está instalado, es cuando la comunidad se da cuenta que existe una dificultad en el desarrollo pasando por desapercibido el factor primordial o el causante. Aunque no podemos discriminar particularmente en lo intelectual y la formación de la personalidad esta situación, es en muchas ocasiones imposible de retrotraer por no haberse propiciado la estimulación en el momento preciso en que debía ser proporcionada.

La necesidad de proporcionar una estimulación propicia en el momento oportuno, condujo inexorablemente a la consideración de impartir la estimulación desde los momentos más tempranos de la vida, surgiendo así el concepto de estimulación temprana del desarrollo.

El término de **estimulación temprana** aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas. Es decir, como una forma de estimulación a los niños y niñas discapacitados, disminuidos o minusválidos.

Este concepto de niños en riesgo fundamentó en un principio la necesidad de la estimulación temprana. Por niños en riesgo se sobreentendió aquellos que estuvieran en condiciones deficitarias de índole biológica, como resulta con las alteraciones que involucran funciones del sistema nervioso central, entre ellos los infantes prematuros y postmaduros; los menores con lesión directa en este sistema, tales como daños encefálicos, las disfunciones cerebrales y los daños sensoriales; los que tuvieran alteraciones genéticas, como los Síndromes de Down, las cardiopatías, las leucosis; y finalmente, los niños y niñas con trastornos de inadaptación precoz, bien fueran menores perturbados emocionalmente por fallo de las relaciones familiares y ambientales, o por las limitaciones en la comunicación, los casos de hospitalismo, los autistas, los psicóticos. En la comunidad santiagueña éstos casos se presentan aunque no precisamente obtengan una atención clínica o psicológica, ya que los recursos con los que cuenta el Centro de Salud, así como el Servicio de Psicología, no son de carácter urgente, según la escala de atención en salud. Además debemos incluir el factor cultural y social en este punto, pues enmarca una situación de ideología y formas de vida, que no permite tener un acercamiento con evidencia precisa del alcance de población que pueda estar padeciendo estas patologías.

Por supuesto que la atención a los niños y niñas con déficits biológicos o psicoambientales constituye un deber y una necesidad, además de un derecho, de estos menores, de la sociedad hacia estos niños y niñas, por las implicaciones que

tales déficits y carencias tienen para su desarrollo, y de cómo esto puede ser remediado, al menos paliado, con la intervención temprana y una estimulación que propicie el desarrollo.

El hecho de alcanzar el año y medio de edad sin un programa de estimulación en estos niños de alto riesgo, determina en muchos de ellos la presencia de déficits cognoscitivos que ya son valorados como irreversibles.

“El término más difundido de estimulación temprana parece ser inicialmente más apropiado, por referirse al período de desarrollo”¹² en el cual actúa un determinado sistema de influencias educativas, organizado de manera sistemática para propiciar el desarrollo del niño y la niña correspondiente a ese momento. Sin embargo, este término también tiene sus detractores, que lo señalan como parcialmente inadecuado, por considerar que la problemática no radica en proporcionar la estimulación en un momento dado, sino que lo que importa es la oportunidad en la que esta estimulación se imparta.

El niño primariamente, junto a la falta de madurez biológica, es un organismo indefenso que depende de otros para sus más elementales gratificaciones de alimento, calor y otros elementos de protección. Por esta razón es que el proceso de socialización, se va moldeando su personalidad en la medida en que también ha de aprender las pautas de conductas esperadas de las personas con quienes toma contacto en los diferentes escenarios sociales en los que se va desenvolviendo, su medio familiar, la escuela, su comunidad.

Del medio familiar emanan pautas que regulan el comportamiento de los niños, promoviendo o limitando su autonomía, su auto percepción, su sentido de iniciativa, facilitando o inhibiendo el desarrollo de sus habilidades cognitivas y psicomotoras, reforzando o extinguiendo su autoestima, seguridad y auto confianza. Tales orientaciones se van traduciendo en patrones de crianza, en las que media el equilibrio entre las expectativas de la familia y las reacciones de los niños.

Los niños también son sujetos activos con expectativas y atributos. Sus propias expectativas, traducidas en actitudes condicionan la conducta de los adultos. La conducta del adulto para con el niño no es igual que su conducta y casi en seguida de lo que se interpreta que son sus expectativas, así el niño está esperando que le den su alimento. Por tanto el adulto se convierte, en las etapas tempranas del crecimiento de los niños, en el agente de socialización portador de recompensas para posteriormente, ser un agente de castigo, en la medida en la que la conducta de los niños se desvíe de las expectativas trazadas por él, pero también puede obrar como modelos de imitar¹³.

¹² Bee, Helen, “**EL DESARROLLO DEL NIÑO**”, Industria Editorial, México 1978, Pág.150

¹³ S/A “**LOS NIÑOS DE GUATEMALA**”, Colombia, 1995, Graficas Corni. Ltda. Pág. 118-119

Por otro lado el proceso de aprendizaje se va facilitando por ciertos atributos clásicos de los niños, como su plasticidad, o sea su capacidad de aprendizaje de pautas alternativas, y su capacidad de vinculación con los demás. Estos atributos como la imitación y la identificación. Este último es considerado como el mecanismo de aprendizaje más importante para la adquisición de las pautas de valor, en la medida en que a través de la identificación se logra una relación recíproca de roles facilitando la internalización de los valores del modelo. Faltando esta característica los niños presentarían patologías tales como **Discapacidad Física y/o emocional**, básicamente, estos niños siempre presentan tres **características**:

- **torpeza de movimientos** (movimientos pobres y dificultad en su realización).
- **paratonía**: el niño no puede relajar el tono de sus músculos de forma voluntaria; incluso en vez de relajarlos, los contrae exageradamente. Este rasgo es el más característico de este trastorno.
- **sincinesias**

A veces, también presentan inestabilidad motriz, tics, tartamudeo,...

Este trastorno afecta a diferentes áreas del niño: al afectivo, la sensorial, al psíquico y al motor, será muy importante realizar un buen diagnóstico que discrimine si el niño sufre una "debilidad motriz" o se trata de otro trastorno psicomotor, para enfocar correctamente el tratamiento o reeducación. En el Centro de Salud, dentro del desarrollo del Programa del Niño Sano, no se cuenta con este tipo de evaluación, puede ser debido a un factor presupuestal, o clínicamente no se ha caído en la cuenta de su importancia. Ahora ¿ qué sucede cuando sí es conocido el déficit motriz por las enfermeras?, lo que ellas hacen en éstos casos, es referir al paciente a la enfermera titular, la cual le hace una evaluación un tanto más exhaustiva, si ella se percata de la problemática hace la referencia al servicio de psicología. Si existiera dentro del sistema de evaluación clínica la implementación de la psicológica, sería más fácil la detección y atención a este tipo de trastornos.

El **Bajo Rendimiento Escolar**, a causa del mal desarrollo del niño, es uno de los problemas que más preocupan a padres y maestros. El impacto psicológico para el niño que presenta bajo rendimiento escolar es de sufrimiento y puede dejar secuelas importantes en su desarrollo que pueden afectar a su calidad de vida. Se calcula que un 20% de la población infantil presenta bajo rendimiento escolar. Los costos económicos y sociales del problema son enormes. Aquí debemos darle una atención particular argumentando que además del factor nutricional, los estudios realizados, reflejan que la población, solamente la del área preescolar, presentan una media de Desnutrición I, esto necesariamente repercute

en la educación, presentándose casos de niños y/o adolescentes con edades de 18 años en 6to Primaria.

Las causas del bajo rendimiento escolar son diversas y para su tratamiento se requiere de un diagnóstico correcto y exhaustivo. Las principales causas son el trastorno de déficit de atención y los problemas del aprendizaje tales como dislexia y problemas asociados. Uno de los factores más importantes, y hasta ahora poco consideradas, son las deficiencias nutricionales.

Las vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales, aminoácidos, enzimas e incluso hormonas, interactúan entre sí para brindarnos un óptimo rendimiento físico y mental, por lo tanto la deficiencia, o el mal funcionamiento de alguno de éstos, juegan un papel importante en el bajo rendimiento escolar.

Las deficiencias nutricionales hoy en día son más comunes de lo que imaginamos, desgraciadamente en muchas ocasiones no tenemos conocimiento de éstas y van causando daños que interfieren en el comportamiento de nuestros hijos ocasionando graves problemas de atención y aprendizaje, si no consideramos el aspecto nutricional en el tratamiento de éste problema, no obtendremos buenos resultados en el largo plazo¹⁴.

De esta relación recíproca, se derivan también “los primeros rasgos que empiezan a configurar la personalidad del niño, y que son los que interponen para encarar su relación con su medio social, tales como: Su sentido de confianza básica, referido a la protección que le brinda la madre, su sentido de autonomía, en la medida en la que el niño inicia por si solo la exploración del mundo exterior y su sentido de iniciativa, cuando llega a adquirir la capacidad de realizar tareas específicas”¹⁵.

La escuela, que podría ser un mecanismo contenedor para aquellos niños que se encuentran en riesgo de salir a la calle, se convierte más bien en un factor de expulsión, en tanto que está sustentada por principios y metodologías alejadas totalmente de su realidad y necesidades.

Las condiciones de vida de los niños les provocan un bajo nivel de aprendizaje y la escuela se convierte en un espacio de estigmatización y rechazo para el ellos. Las características del modelo escolar en nuestro país no se han podido adecuar a las necesidades de los millones de niños que trabajan para sobrevivir.

¹⁴ Roel Favela Adrián, S/T, Director del Instituto de Bienestar Integral.. www.uanl.mx

¹⁵ Ericson, E. “**INFANCIA Y SOCIEDAD**”, Editorial Horme, 1976

Cabe por tanto entrar a relacionar la manera en la que se lleva a cabo la vinculación del medio familiar y el niño, y el papel afectivo que éste desempeña en el proceso de socialización. Cuando el niño empieza a desenvolverse por sí solo y ya no es tan dependiente del contacto físico, la madre empieza a cumplir una función reguladora de la manera de actuar, pensar y sentir de los niños. Es decir, las madres como producto de la particular de la formación heredada de su núcleo familiar, de compartir pautas que se van haciendo recíprocas en la convivencia social en la comunidad, ha estructurado un particular proyecto, como lo es la familia, respecto al comportamiento deseado por sus hijos, para que estos en última instancia puedan adaptarse y ser aceptados en el medio social.

Este proyecto se ve interrumpido cuando se presentan problemas de **desintegración familiar o conflicto entre padres**. Situación que se presenta con mucha frecuencia en la población con la que se trabajó, pues los niños con estas patologías, hacían referencia de su situación económica y que esto forzosamente incidía en su desarrollo físico y emocional. En el caso de las relaciones entre padres e hijos, entre adultos y niños se representa en un contexto de intercambio comunicativo, social y emocional permanente que, entre otras consideraciones de naturaleza sustantiva, suele reflejar de manera intensa el modo en que unos y otros perciben, "leen" e interpretan la vida y las múltiples conexiones de esta con sus cogniciones, pensamientos, sentimientos y afectos fundamentales.

Los conflictos entre padres e hijos, entre adultos y niños, no son infrecuentes. De hecho, el conflicto supone una plataforma estable para la recreación permanente, para el crecimiento intelectual, para la maduración psicológica. Malos momentos, sentimientos mutuos y recíprocos de incompreensión, desvelos y anhelos, dudas y formas diferentes de enfocar las situaciones en que nos vemos envueltos en el día a día.

No resulta sencillo afrontar los conflictos con nuestros hijos, con nuestros pequeños o adolescentes. Las dudas sobre el enfoque de los mismos y sus repercusiones en el desarrollo de las relaciones y de los propios procesos madurativos de aquellos suelen "invadir" las conversaciones de padres y madres, deseosos de encontrar la mejor respuesta, la salida ágil y coherente, la acción efectiva y constructiva. El interés por habilitar permanentemente adecuadas "respuestas pedagógicas" se convierte en no pocas ocasiones en marcada y significativa "singladura", plena de inquietudes, tanteos, movimientos dubitativos y, como no, también, de sustantivos aciertos, pues se estima que el vínculo entre la madre y el padre tengan buenas relaciones, pues de esto dependerá que el proyecto que la madre inicia con el hijo sea en las mejores condiciones y bases.

Las manifestaciones de afecto que las madres están vinculadas a cuatro grandes motivaciones, dos de ellas se podrían relacionar con las pautas dirigidas

directamente con la generación de condiciones que permitan, por un lado mantener el equilibrio físico-emocional del niño, y por otro lado, a que se vaya acumulando valores y elementos cognoscitivos para el futuro. Está detrás una proyección de seguridad y bienestar del niño, no solo en lo inmediato, sino pensando en que el esfuerzo desplegado por ella actualmente se verá reflejado en las posibilidades en que el niño pueda inestarse en mejores condiciones a la sociedad cuando sea mayor¹⁶. Aquí se puede hacer una reflexión, en el sentido de que si no sucede la atención materna dentro del desarrollo de socialización del niño, entonces presentará problemas de adaptación, pero es necesario afirmar también que no sólo la madre toma partido de esta formación, sino que también el padre como agente socializador, por lo que la carencia de la figura paterna y materna en este proceso hace que el niño forme, con referencias negativas, su propio camino. El **abandono**, es cuando los padres biológicos renuncian a sus derechos de padres legales y a sus responsabilidades - en ese orden- permitiendo a su niño ser adoptado. Siguiendo el aconsejamiento, el abandono es un proceso legal que se hace delante de un tribunal. Su decisión se hace final cuando el tribunal la ha oído.

La ley habla del deber de convivencia entre los cónyuges y cuando uno de ellos abandona el hogar sin una causa razonable puede estar incumpliendo ese deber. Por lo tanto, la única forma de hacer bien las cosas es presentar ante un juez los motivos por los que uno se va de su casa. Es lo que se llama demanda de separación y el plazo de presentación es de 30 días. Según establece el Código Civil transcurrido ese tiempo la persona que sigue en el domicilio puede denunciar a su pareja por abandono del hogar.

Si no lo hace, el abandono de hogar se transforma en cese efectivo de la convivencia conyugal. Si los cónyuges regulan esta situación por sí mismos, sin acudir a los tribunales, estamos ante un supuesto de separación de hecho. Una solución podría ser llegar a un acuerdo verbal para que ambos se tomen un tiempo para reflexionar, eso sí, sin que ninguno de los dos plantee acción alguna tendente a la separación judicial. El riesgo de esta opción es que alguno rompa el pacto y denuncie al otro.

En cualquier caso, el abandono del hogar no afecta a otros derechos del cónyuge. Ni pierde la propiedad del domicilio (siempre tiene un 50% de él da parte), ni incurre en delito de abandono de familia, siempre que siga cumpliendo con sus hijos las obligaciones afectivas y económicas; dicho de otro modo, que siga viendo a sus hijos y se haga cargo de sus estudios alimentación o ropa. Otra cosa es el uso de la vivienda que la ley establece que corresponde a los hijos y al cónyuge en cuya compañía queden.

El abandono injustificado del hogar no implica que se haya cometido un delito de

¹⁶ Los Niños de Guatemala, op. Cit., Pág.123

abandono de familia. Para incurrir en ello se deben producir los siguientes hechos:

Dejar de cumplir los deberes legales respecto a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o abandonar las obligaciones económicas con los descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentren necesitados.

En estos casos el delito podrá ser castigado con la pena de arresto de 8 a 20 fines de semana. El juez también podrá imponer la pena de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar por tiempo de 4 a 10 años. Dejar de pagar durante 2 meses consecutivos o 4 meses alternos cualquier tipo de prestación económica establecida en convenio regulador de separación o divorcio en favor de su cónyuge o sus hijos (pensión compensatoria, pensión de alimentos... Igualmente, la pena de arresto es de 8 a 20 fines de semana, **orfandad y madres solteras**, cobran sentido, según estas afirmaciones.

IMPORTANCIA DEL FACTOR PSICOSOCIAL Y CULTURAL

En la concepción histórico – cultural, el desarrollo se valora como un fenómeno irregular y ascendente, que pasa por períodos de lentos cambios y transformaciones en que todos los niños se asemejan entre si, las llamadas etapas del desarrollo, y momentos de cambios bruscos y rápidos, de transformaciones aceleradas, llamadas crisis del desarrollo, que permiten el transito cualitativo de una a otra etapa, y que son, por lo tanto, una manifestación natural del desarrollo.

Así, cualquier programa que intervenga en el crecimiento y desarrollo integral del niño, verdaderamente científico, no solamente debe considerar la “acción sobre el componente sensorio-perceptual, cognoscitivo, afectivo y motor, sino también lo socio moral, lo estético, la formación de hábitos y organización de la conducta, los motivos, entre otros tantos aspectos, y que tienen su base primigenia muchos de ellos en estas etapas bien tempranas del desarrollo”¹⁷.

Como se ve, cualquier, actividad de aprendizaje para ser efectiva y promover el desarrollo, tiene que tomar en consideración tres factores: el niño o niña al que se le aplica a la educación, el sujeto o mediador que promueve este desarrollo, y las condiciones bajo las que el tipo de desarrollo que se pretende alcanzar sea funcional desde el punto de vista social, esté acorde con el nivel de organización social en el que se promueven estos programas de estimulación.

Pero, estructurar la interacción significa también que la estimulación impartida sea funcional con la cultura, con los objetivos que se plantea la sociedad para los niños y las niñas de la edad en cuestión. De ahí se deriva que un sistema de estimulación temprana que no contemple el “acervo sociocultural, o que sea

¹⁷ Vygotsky, L.S. “**PENSAMIENTO Y LENGUAJE**”, Cambridge Mit. Press, 1972, Pág.135

ajeno al mismo, no podrá ser efectivo para alcanzar los niveles esperados de desarrollo".¹⁸

PERFIL PSICOSOCIAL DEL NIÑO CON ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA EXPLICADA

Las prácticas inadecuadas de estimulación, la falta de nutrición y desatención del cuidado dentro de la familia están asociadas con las posteriores y limitadas habilidades para comprender información y desarrollar un pensamiento creativo y lógico y habilidades de comunicación. Un rol subordinado de la madre también afecta el desarrollo de los niños y las relaciones equitativas entre hermanos y hermanas.

La iniciativa de Cuidado para la Supervivencia, Crecimiento y Desarrollo Temprano está orientada a identificar mecanismos y políticas que permitan también a las niñas y niños de poblaciones en situación de pobreza y exclusión de tener la oportunidad de un buen inicio en la vida, factor fundamental para romper el círculo vicioso de la pobreza. Todo ello forma parte de un proceso que requiere de tiempo para mostrar resultados. Se desarrollará iniciativas locales que incluyan a por lo menos 20% de niñas y niños de comunidades seleccionadas en estrategias de cuidado integral, a nivel de las familias y comunidades. Este porcentaje puede parecer bajo. Sin embargo, es un estimado en zonas de exclusión y es un mínimo para poder considerar que se ha identificado cómo superar las brechas. Se trata de que garantizar su derecho a un óptimo crecimiento y desarrollo intelectual y psicosocial temprano. El derecho fundamental al nombre y a la nacionalidad y a estar registrado también está considerado en la iniciativa.

Análisis particular requiere las graves consecuencias derivadas de condiciones desfavorables por carencia de estímulos, afecto, alimentación y comunicación cuando estas se producen en las primeras etapas de vida. Esto es muy peculiar en Santiago Sacatepéquez, por ejemplo, el primer año de vida se caracteriza por un ritmo veloz de crecimiento y desarrollo, por una estrecha relación entre el desarrollo neuropsíquico y físico y porque los niños presentan poca resistencia ante las enfermedades; dadas estas características, la educación en esta edad debe contemplar el cumplimiento riguroso del horario de vida, propiciar las condiciones que favorecen el desarrollo óptimo del niño en la edad. Cuando uno de los aspectos señalados anteriormente es insuficiente o está ausente se afecta el desarrollo, bien porque lo frena o lo limita. Se considera algún porcentaje de los niños que asisten al Centro de Salud, padecen de algunas de éstas deficiencias.

¹⁸ Martínez Mendoza, Franklin, "LA ESTIMULACION TEMPRANA, ENFOQUES, PROBLEMAS Y PROYECCIONES", documento internado por Internet, portal [pages.ivillage.com/estimulación temprana](http://pages.ivillage.com/development/estimulación_temprana)

Cuando los niños están desprovistos de lo necesario, desde las edades tempranas, o esta ha sido insuficiente, se aprecia una repercusión desfavorable en su desarrollo, y si esto se conjuga con una pobre relación afectiva se presentan consecuencias más severas, tales como retardo de los movimientos y del desarrollo del lenguaje, de las posibilidades de aprendizaje, de la expresión afectiva, pudiendo llegar a situaciones severas de retardo general del desarrollo. Debido a la importancia que ha tomado el Servicio de Psicología en este aspecto de casos que existen en Santiago Sacatepéquez, ha desarrollado programas de carácter intelectual, afectivo y volitivo, uniéndolos, a una historia clínica, con su respectiva anamnesis, en la atención a pacientes, permitiendo tener sus propios resultados de evaluación, arrojando índices altos de patologías, en donde la importancia de su seguimiento es indiscutible. La historia social del niño, está más documentada por el trabajo del Servicio de Psicología, pues en lugar de contar con la ayuda de Trabajo Social, todo se media a través de atención a pacientes.

Al estudiar la etiología de las enfermedades defectivas emocionales Spitz afirma que estas se derivan, por lo general, de la ausencia física materna y que el sustituto de la madre es inadecuado o prácticamente no existe. Considera como aspecto esencial "la no relación" con la madre y le otorga un "papel secundario" a la personalidad individual de la misma. El daño sufrido por el niño privado de su madre será proporcional al período en que transcurre esta privación y distingue las categorías o momentos de las enfermedades defectivas emocionales: la privación afectiva o depresión anaclítica y la privación afectiva total que la denomina hospitalismo o institucionalismo. Señala que no existe una división entre estos dos síndromes resultantes de la privación afectiva y que se da una transición de uno a otro, con un carácter progresivo, atravesando fases de severidad crecientes. Los síntomas se van haciendo más agudos en dependencia del aumento del período de separación, llegando hasta el hospitalismo, fase más aguda en la que se produce un empeoramiento progresivo de la salud del niño y aumenta la propensión a las infecciones, que lo puede llevar al marasmo y a la muerte

Las situaciones adversas de franca desventaja social en las que algunos niños se encuentran sometidos pueden ser de carácter extremo cuando son totalmente abandonados, bien por conductas antisociales de los padres o cuando por razones de enfermedad se ven imposibilitados de brindar el cuidado y atención que sus hijos requieren. Por diversas vías se trabaja para transformar las situaciones adversas y actitudes inadecuadas de algunos padres de familia o personas encargadas del cuidado de estos niños por la influencia negativa que esta situación conlleva.

Para lograr crear nuevas condiciones ambientales, en la que concuerden factores sociales, psicológicos y educacionales a favor de la formación y educación de los menores considerados en situación de desventaja social. Se requiere del esfuerzo y dedicación de un grupo de personas, entre ellas: educadores,

psicólogos, trabajadora social, y tiene especial significación la labor conjunta, vista como coordinación de acciones del psicólogo, la trabajadora social y el personal docente.

La recopilación de la mayor cantidad de información sobre el niño objeto de estudio constituye una premisa muy importante para el análisis conjunto que se debería realizar entre la trabajadora social, el psicólogo y educadoras, en este caso el Servicio de Psicología, del mismo se deriva la estrategia a seguir. Es importante que este análisis sea dinámico, flexible, ajustado a las características y evolución del caso en cuestión y no utilizar "fórmulas" preconcebidas, así como no transferir el uso de métodos y acciones que para otros fueron efectivas; esto es, partir del análisis del niño bajo el principio de la individualidad y de su situación social concreta.

La determinación de la acción social no depende únicamente de cuáles y de qué tipo han sido las influencias que el niño ha recibido, debe ir más allá, a la repercusión que estas han tenido en el niño.

En función de la problemática del niño se decide si el psicólogo o la educadora deben participar en las visitas de terreno. Por ejemplo, cuando el Centro de Salud realiza sus jornadas de vacunación, también se realizan visitas de casa en casa. Estas se realizan con el objetivo de ganar información, de interactuar con los miembros del núcleo familiar, orientar aspectos determinados, o bien para profundizar en una cuestión particular

El ingreso a estas instituciones puede ser de niños con múltiples situaciones de desventaja social, como son:

- Hijos de enfermos crónicos (mentales, tuberculosos, leprosos) imposibilitados de tener a sus menores.
- Hijos de reclusos, elementos antisociales que quedan al cuidado de un padre o familiar que no reúne las condiciones requeridas para su correcta formación.
- Huérfanos sin amparo filial.
- Niños totalmente abandonados.
- Hijos de personas que por razones muy especiales, se mantengan alejados de ellos.

Los círculos infantiles mixtos deben estar organizados de forma tal que permitan garantizar las condiciones de estimulación, alimento y afecto, tanto de posibilidades de actividad, aspecto vital para el desarrollo de las potencialidades del niño, como de las relaciones afectivo-emocionales entre las educadoras y niños, reuniendo así óptimas condiciones de organización y educación que permiten la satisfacción plena de las necesidades de los niños y un adecuado desarrollo de su personalidad, desempeñando la doble función de círculos infantiles

y hogar para los niños internos. No obstante, es importante que siempre que sea posible el niño mantenga vínculos con su familia, es por esto que la labor del epesista en este proyecto estimuló y controló las reuniones semanales, logrando que el niño mantuviera una buena relación con sus familiares. Sólo en casos extremos han de permanecer en el círculo infantil y relacionándose con otros niños.

En la consecución de los objetivos del círculo infantil mixto, el psicólogo y la trabajadora social cuentan con el apoyo de los equipos metodológicos que orientan el trabajo educativo en su conjunto.

Las acciones psicosociales en el círculo infantil mixto también se realizan en tres direcciones básicas: con los niños, con el personal y con la familia. En este caso la labor con los padres tiene sus particularidades, y resulta más compleja y difícil, cuando se cuenta con poca cooperación, falta de interés o ausencia de los padres. Es posible encontrarnos con familiares que manifiestan marcadas conductas antisociales, total desinterés por el hijo o padres cuyas actitudes son resultado de severas perturbaciones mentales. Sea una u otra la causa, el trabajo conjunto entre el psicólogo, la trabajadora social y el personal docente debe realizarse coordinado y de común acuerdo. Dadas las características del caso y para el logro de una labor eficaz, psicólogo, en este caso el epesista, la trabajadora social, supervisores y educadoras proyectan las acciones entre ellas, visitas conjuntas al seno familiar, a la comunidad, a centros hospitalarios o a centros penitenciarios.¹⁹

¹⁹ Pérez Villar, José. **ETAPAS DEL DESARROLLO Y TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL NIÑO**, Pág. 37,45,98,99,105,106,107

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

Promover la Salud Mental, desde una perspectiva psicosocial de la población beneficiada directamente. (Niños y niñas de 0-5 años, madres, comadronas y enfermeras.)

2.2.2 Objetivos Específicos

Servicio

- Procurar los espacios para la atención terciaria, por medio de psicoterapia, a los pacientes de consulta externa que presenten problemas de desarrollo físico-emocional, que comprendan las edades de 0-5 años.
- Incidir en la población directamente afectada, en la construcción de un pensamiento crítico, alternativo y colectivo desde experiencias de la vida cotidiana.

Docencia

- Impulsar mecanismos de decisión colectiva y de producción de las decisiones sociales y comunitarias para construir una cultura ciudadana de la salud y del bienestar social.
- Capacitar y asesorar a líderes comunitarios, personal de salud, beneficiarios, para la elaboración de planes comunales de desarrollo local, basándose en la problemática del desarrollo psicomotor del niño.

Investigación

- Ubicar factores primarios del déficit cultural, social y educativo en la estimulación temprana, tomando como base la población preescolar y sus índices de desarrollo y crecimiento lineal, así como su estructura psicológica.

2.2.3 METODOLOGIA DE ABORNDAMIENTO

Servicio

La primera fase consistió en la visita de reconocimiento al Centro de Salud en la cual se conoció a la población beneficiaria y se obtuvo un aproximado de la cantidad de niños asistentes al Programa de Niño Sano. Además de ello se tuvo la presentación del personal administrativo. La segunda fase en la elaboración y aprobación del proyecto de factibilidad. Posteriormente a eso, se inició la asistencia a la institución. Se realizó promoción del servicio en la consulta externa así como en el servicio radial de la comunidad. Se explicó la importancia de la atención psicoterapéutica así como de su asistencia.

En la Quinta fase, se elaboraron expedientes de carácter psicológico, que permitieron darle seguimiento al proceso terapéutico, utilizando una hoja de evaluación clínica, y psicológica, adaptada a la población a evaluar. Se trabajó con los niños 0-5 años que presentaban patologías en su crecimiento, con el indicativo primario de bajo peso, para determinar su desarrollo psicomotor, siendo esto parte de la sexta fase. La Séptima fase, se aplicaban los ejercicios de estimulación de acuerdo de las edades de cada paciente así como el programa de educación para padres. La octava fase consistió en elaborar mensualmente un informe de la realización de actividades, que permitía obtener una evaluación del trabajo realizado. La fase final consistió en la elaboración del informe final.

Entre las técnicas utilizadas en este subprograma están:

- Observación: Esta técnica permitió obtener información visual de los niños que presentaban problemas con atención psicológica.
- Evaluación Psicológica: Esto permitió recaudar la información necesaria para la aplicación tanto de la terapia así como de los instrumentos psicométricos.
- Terapia Lúdica: Se les aplicó una terapia acorde a la necesidad de cada caso, tomando como base la metodología y técnicas de Virginia Axline.
- Documentación Bibliográfica: permitió tener acceso a las nuevas propuestas en cuestión de formación profesional, así como de información que se requiera para los casos.

Docencia

Durante la primera fase se realizó una visita diagnóstica a la institución para conocer los objetivos y misión de la misma. Durante la segunda fase se definió el objetivo del proyecto y los objetivos específicos del subprograma. La tercera fase consistió en la búsqueda y presentación de los grupos establecidos en el Centro de Salud. En la cuarta fase, se coordinó con la Trabajadora Social así

como con la Enfermera Titular, las sesiones de trabajo y los lugares en donde se iba a trabajar con estos grupos para la capacitación así como de la aplicación de talleres facilitando la apropiación del conocimiento de los contenidos. En la quinta fase se elaboró material acorde a la población a trabajar, pues en muchos de los casos las personas a quienes iban dirigidos los talleres, eran analfabetas, por lo que el material didáctico fue de gran ayuda. En la sexta fase, se realizó un informe mensual. En la séptima fase se elaboró un informe final.

Entre las técnicas utilizadas en este subprograma están:

- Observación: Se utilizó esta técnica, para determinar la afluencia de personas en el programa de Niño Sano, así como la participación en los talleres.
- Talleres con Metodología Participativa: Se utilizó esta técnica para que los asistentes de las actividades pudieran vivenciar las dinámicas, así mismo obteniendo un aprendizaje más significativo.
- Lluvia de Ideas: Permitted recolectar la información que supiera la población acerca del tema a tratar.
- Elaboración de material didáctico, para la población analfabeta.
- Afiches: Se colocaron dentro y fuera del Centro de Salud, para que la población se enterará de las actividades a realizar.
- Discusiones Grupales: Con la intención de llegar a una sola definición, se utilizó esta técnica, para que los participantes ampliaran su marco de referencia.

Investigación

Durante la primera fase se realizó una observación de la población con la que se estaría trabajando. Posterior a la observación, se identificaron los objetivos de la investigación y se eligió el tema de la misma. La tercera fase consistió en la documentación bibliográfica de la misma. Durante la cuarta fase se cambió el tema de investigación, pues carecía de fundamentación y población a trabajar. En la quinta fase reformulados los objetivos, se eligió la muestra a trabajar, así como la aplicación de la evaluación. La sexta fase consistió en la elaboración del instrumento: una batería de desarrollo. La séptima fase consistió en la aplicación de la evaluación clínica así como del instrumento psicológico. En la octava fase se evaluaron los resultados, realizando un análisis e interpretación de los mismos. En la novena se presentaron los datos obtenidos. En la décima fase se realizó un informe mensual. En la fase undécima se elaboró un informe final.

Entre las técnicas utilizadas en este subprograma están:

- Observación: Se utilizó para poder determinar que grupos sirvieron para la muestra.

- Documentación Bibliografica: Dió soporte teórico a la investigación.
- Bateria de Desarrollo: Permitió sintetizar la información que fue clave para los resultados a analizar en la investigación
- Plenarias: se realizaron reuniones para recopilación de información.
- Instrumentos Estadísticos: para la aplicación y análisis cuantificados de los documentos.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SERVICIO

Actividades

- Se realizó una visita a la Institución durante 15 días.
- Se realizó la presentación ante las autoridades de la Institución, al personal administrativo, enfermeras y personal de limpieza.
- Se realizó el proyecto de factibilidad del EPS. Luego se efectuaron las correcciones pertinentes para la aprobación del mismo.
- Se elaboró el esquema del diario de campo para el registro de las actividades del subprograma.
- Se tuvieron lecturas de autoimplementación acerca del enfoque teórico en que basaría el trabajo de psicoterapia.

Resultados

Con la visita de reconocimiento, se logró conocer la población de trabajo y sus características como edad, sexo, origen étnico, y número aproximado de la población total, lo cual sentó las bases para la elección de la técnica terapéutica a seguir.

Con la presentación del personal administrativo y enfermeras, se logró conocer a las personas con quienes se estaría trabajando durante todo el ciclo febrero-septiembre 2004 y conocer sus funciones dentro de la institución.

Con la realización y aprobación del proyecto, se logró tener una visión a corto, mediano y largo plazo de las actividades a realizar.

Con la elaboración del esquema del diario de campo, se logró tener de manera ordenada toda la información desde un principio para su posterior uso.

Con las lecturas de autoimplementación se logró tener una mejor preparación teórica para el momento de la práctica.

Actividades

- Se solicitó espacio físico, dentro del Centro de Salud, para llevar a cabo las sesiones terapéuticas.
- Se promocionó el servicio terapéutico en Consulta Externa.
- Se le solicitó colaboración a la Enfermera Titular, para coordinar con enfermeras auxiliares la remisión de casos.

Resultados

Con la promoción del servicio en consulta externa, se logró que las enfermeras y el médico, remitieran casos que se encontraron dentro del parámetro de evaluación.

Se logró reunir un grupo de niños de diferentes edades que permitían la evaluación psicológica en cada caso en particular.

Se pudo detectar casos severos de desnutrición, deficiencias en el desarrollo, entre otros, que permitió darle seguimiento y tratamiento específico.

Actividades

- Se elaboró una herramienta de trabajo, siendo la entrevista psicológica, para recaudar información necesaria dentro de la terapia.
- Se aplicó dicha entrevista a Padres y/o encargados del niño, necesaria para la Historia Clínica. A los pacientes se les administró una prueba de desarrollo estandarizada por la Procuraduría General de la Nación.
- Se utilizó la Terapia Lúdica para el desarrollo psicoterapéutico y ejercicios de Estimulación Temprana.
- Se remitieron casos a Hospital de Antigua, debido a una atención más específica.

Resultados

Con la elaboración de la herramienta y su aplicación, se logró obtener un acercamiento con los padres de los niños que presentaban la problemática, conociendo su caso, obteniendo datos que serían importantes para la emisión de un diagnóstico.

Con la aplicación de las escalas de desarrollo, se determinó la situación de cada paciente, así como su proceso terapéutico.

Al remitir casos, se logró tener una dinámica multidisciplinaria significativa entre enfermera, médico, psicólogo y conexión con el Hospital.

Actividades

- Se determinó con los pacientes, el tiempo de duración de cada terapia y colaboración en el hogar para la continuidad y refuerzo.
- Se llevó a cabo tres reuniones diarias, durante tres días a la semana para cada paciente.

Resultados

A pesar de que cada paciente tuvo sus propios logros, a continuación se describen los beneficios a nivel general después de las sesiones de psicoterapia.

A nivel Afectivo

- ✓ Darle a conocer a los padres de familia o encargados, el grado nutricional que se encontraban los niños, y como esto repercute en su desarrollo, tomándolo con la aceptación necesaria para optimizar la ayuda.
- ✓ Que el niño pueda expresar su sentir.
- ✓ Identificación de conflictos entre la madre y su hijo.
- ✓ Identificar las necesidades emocionales de las madres, así como la relación con su hijo.
- ✓ Que la madre expresara su frustración acerca del cuidado físico y/o emocional del niño.

- ✓ Se logró que las madres se sintieran en un ambiente de aceptación y comprensión.

A Nivel Social

- ✓ Capacidad para dar a conocer y orientar a los miembros de su comunidad.
- ✓ Dar oportunidad sobre meditar su situación actual y sus metas futuras.
- ✓ Auxiliar a las madres, dando a conocer la ayuda que se brinda en el Centro de Salud.
- ✓ Explicación de dudas sobre diversos temas.
- ✓ Que tomaran conciencia de la importancia del desarrollo adecuado de su hijo, para poder ejecutar las actividades, tanto en casa como en su contexto.

A Nivel Familiar

- ✓ Hacer conciencia de la dinámica familiar en la que viven.
- ✓ Hacer conciencia de los conflictos familiares, como falta de afecto y privación emocional.
- ✓ Se contribuyó en el manejo de las malas relaciones con su pareja/hijo o demás miembros de familia.
- ✓ Delimitar su responsabilidad dentro de la casa.
- ✓ Lograron expresar su malestar ante problemas con su pareja, de alcoholismo o alguna otra enfermedad.
- ✓ Identificar sin son maltratados física o emocionalmente, algunos miembros de la familia.
- ✓ Se ayudó a los pacientes (madres) a mediar con un ambiente familiar hostil.

Actividades

- Se realizó una visita domiciliaria para conocer la dinámica y estado económico de la familia en evaluación.

Resultado

Se logró, ante los miembros de las familias presentes, dar orientación acerca de acciones encaminadas a promover su salud física y mental.

Actividad

- Se ordenó la información, se redactó y se transcribió el Informe Final

Resultado

Por último, con la redacción y presentación del informe final se dió a conocer la importancia de la labor del psicólogo, dentro de toda Institución de Salud Pública y/o privada y dar a conocer la metodología de trabajo utilizada en el EPS 2004.

3.2 DOCENCIA

Actividades

- Se realizó una visita de reconocimiento a la Institución para conocer las características de la población.
- Se definió el objetivo del proyecto y los objetivos específicos del subprograma.
- Se elaboró todo el material didáctico para los talleres, carteles, elección de hojas de trabajo, dibujos, material para repartir, etc.
- Se elaboró proyecto de factibilidad.
- Se tuvieron lecturas de autoimplementación sobre dinámicas de grupo y talleres.

Resultados

Con la visita de reconocimiento se logró conocer a la población de trabajo del EPS.

Con la definición de los objetivos, general y específicos, se logró decidir los temas concretos a tratar en los talleres.

Con la realización de las planificaciones, se logró realizar todo el material didáctico, como seleccionar las hojas de trabajo, reproducirlas en fotocopias y realizar todos los carteles que servirían como atractivo visual de los temas a tratar.

Actividades

- Se inició el EPS y se acudió a la enfermera Titular y Trabajadora Social, para coordinar un cronograma de actividades.
- Se organizó un horario de manera que se pudieran cubrir todas las actividades y capacitación una vez por mes.

Resultados

Con la información del horario y tiempo proporcionado se lograron organizar los talleres para cubrir una sesión mensual, siendo ésta, el segundo martes de cada mes.

Actividades

- Se impartieron 8 talleres distribuidos así:

NOMBRE DEL TALLER	A QUIEN FUE DIRIGIDO
Reflejos Primarios	Enfermeras Auxiliares
Nutrición	Comadronas
Desnutrición	Madres/Comadronas
Cuidados Pre y Post natales	Madres/Comadronas/Enfermeras
Crecimiento y Desarrollo Normal	Comadronas
Higiene y Salud	Comadronas
Las Importancia de la Estimulación Temprana	Comadronas
Ejercicios de Estimulación Temprana	Comadronas

Resultados

Con el taller de Reflejos Primarios

Que las enfermeras se dieran cuenta de su importancia en el momento de evaluar al niño en la consulta, específicamente en el programa de Niño Sano.

Actualizar la información clínica acerca del tema.

Con el taller de Nutrición

Que conocieran los términos básicos del tema ejemplificando con alimentos propios de la región, como mantener una buena dieta alimenticia.

Se motivaron tanto del tema, que se hizo un segundo taller, bajo el mismo tema, solamente que utilizando como recurso, la soya, su aplicación y elaboración.

Con el Taller de Crecimiento y Desarrollo del Niño

Se explicó los diferentes momentos y etapas del niño, durante los primeros años de vida.

Con el Taller de Higiene y Salud

Hacer conciencia de la importancia de cómo a nivel físico puede contribuir a una mejor nutrición la limpieza personal, así como de los alimentos.

Con el Taller de Estimulación Temprana

Una de las comadronas invitó a una paciente suya, quien tenía un niño de 6 meses. Las participantes pudieron observar los ejercicios que se le aplicaron al niño, para que tomaran conciencia de su importancia y la sencillez de los ejercicios, para su aplicación.

Con el taller de Cuidados Pre y Postnatales

Se logró brindar una información necesaria para las madres y comadronas acerca del cuidado físico y emocional de los niños de esas edades, para mantener un buen desarrollo.

3.3 INVESTIGACIÓN

Actividades

- Se realizó una visita a la Institución durante 15 días.
- Se redactaron los objetivos específicos del subprograma, el tema de la investigación y además el tipo de investigación.

Resultados

Después de la visita a la escuela se logró conocer las edades promedio, el sexo y las circunstancias socioeconómicas y culturales de las personas que estarían sirviendo de muestra para la investigación.

Con los objetivos, el tema y el tipo de investigación elegidos, se logró tener una idea clara del trabajo a realizar la cual sentó las bases para la creación de un instrumento adecuado a ese esquema de investigación.

Actividades

- Se eligió una muestra de 25 niños comprendidos entre los 6 y 7 años de edad, de la Escuela 10 de Mayo, área preescolar.
- Se coordinaron fechas para la evaluación clínica con maestra de grado, enfermeras auxiliares y servicio de psicología.
- Se elaboró un registro de evaluación clínica, el cual consistía en nombre del niño, edad, sexo, peso actual, talla actual, peso y talla según OMS y estado nutricional actual.
- Al momento de la evaluación clínica, los niños se dividían en subgrupos de 5, quienes eran acompañados por una integrante del Servicio de Psicología y epesista, para ser medidos y pesados en el Centro de Salud por una enfermera auxiliar.
- Al finalizar la evaluación clínica se coordinó con la maestra de grado la evaluación psicológica.
- Debido a la falta de escalas de desarrollo estandarizadas a nivel preescolar en niños del área rural a nivel nacional, se utilizó la fase última o etapa de desarrollo de 60 meses la cual consistía en las áreas de Motricidad Gruesa, Auto-Ayuda, Personal Social, Perceptual Cognoscitivo, Lenguaje Receptivo, Lenguaje Expresivo y Psicomotricidad Fina de la escala de desarrollo de la Procuraduría General de la Nación como punto de referencia para su aplicación y al momento de la interpretación de resultados.
- Se realizó la evaluación psicológica en el salón municipal, debido a la falta de espacio físico, tanto en la escuela como en el Centro de Salud.
- Se recopiló información en INCAP para la interpretación de Resultados.

Resultados

La apertura por parte de las partes involucradas, maestra, servicio de psicología y enfermeras auxiliares, propició que la realización de las actividades se llevaran a cabo de una manera satisfactoria contando con ello la formación de un equipo de trabajo multidisciplinario.

Al momento de la evaluación clínica no se pudo abarcar todo el número de niños que se pretendían evaluar, debido a problemas internos en el Centro de Salud, quedando solamente 25 niños los cuales ya habían sido evaluados.

La dificultad al momento de la interpretación de datos a nivel estadístico fue significativa, debido a la carencia de datos estandarizados a nivel nacional, así mismo como escalas de desarrollo.

En la aplicación de la evaluación clínica, de la clasificación de Peso para edad, la media fue según la categoría de Gómez, Desnutridos Grado I siendo éstos datos el 80% de los niños evaluados. En la categoría de Talla para edad la media fue Retardo Leve con un porcentaje del 90%.

En la aplicación de Evaluación Psicológica se determinó que el 98% se encuentran en estado normal, ya que la escala utilizada necesariamente favorecía a la mayoría de niños, pues como se mencionó anteriormente, se utilizó una escala de desarrollo de 5 años, cuando en realidad los niños evaluados tenían 6 o 7 años.

CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Durante el tiempo de ejecución del proyecto de factibilidad del EPS, se realizaron actividades propias de este subprograma que permitieron cumplir los objetivos planteados, presentando durante su desarrollo una serie de situaciones, que en algunos casos enriquecieron, y en otros, necesariamente influyeron para la completación del mismo.

A continuación se detalla el tipo de terapia a utilizar así como la población con la que se trabajó durante el tiempo de las sesiones, el número de ellas, su asistencia, promoción del servicio, aplicación de escalas de desarrollo, finalizando con la problemática social existente en la comunidad.

La técnica de orientación terapéutica utilizada dentro del servicio fue la Terapia Lúdica, de Virginia Axline, puesto que esto permitió una buena identificación tanto con el paciente como con lo padres. Los niños asistían muy motivados a las reuniones, dando el clima de confidencialidad, respeto, atención comprensión y apoyo.

El hecho de conocer a las autoridades del Centro de Salud y las enfermeras, constituyó un gran paso para la facilitación de las actividades a realizar. A pesar que eran los niños y madres quienes constituían la fuente de trabajo, fue importante llevar una relación armónica con el resto del equipo, situación vital dentro de toda organización.

El personal administrativo colaboró para las cuestiones internas, por ejemplo, solicitud de expedientes, uso del salón de usos múltiples, material etc.

La elaboración del proyecto de factibilidad permitió tener una planificación ordenada y una visión a corto, mediano y largo plazo a través del proceso de EPS.

Cuando se inició la asistencia al Centro de Salud, se enfrentó la primera dificultad: **no existía espacio físico para EPS**. Esto constituyó un impedimento ya que el espacio dentro de un proceso de psicoterapia es valioso y necesario para que los resultados sean eficaces. Dadas las circunstancias antes descritas, se inició la psicoterapia en los espacios que brindaba temporalmente la clínica del Servicio de Psicología y/o en el peor de los casos en bancas del salón de usos múltiples.

Previo a la iniciación del proceso terapéutico, se realizó la lectura de "Terapia de Juego de Virginia Axline", para reforzar los conocimientos que se tenían. Fue una experiencia enriquecedora, didáctica y de mucho beneficio para ambas partes.

En lo que respecta a la promoción del servicio, en las consultas externas, fue necesario hacer énfasis en que, los consultantes no conocían nada del tema y debido a la falta de tiempo, solamente se pudo dar una breve explicación de la labor psicoterapéutica.

Las personas que se acercaban a solicitar ayuda, solamente lo hacían en un momento de crisis o desesperación. La ausencia era permanente ya que muchas madres por desconocer de la labor psicológica, no le daban la importancia y la voluntad necesaria para que se dieran cuenta de la situación inestable en la que se encontraban. Ahora bien, esto puede ser un indicativo cultural, como hemos mencionado dentro del informe, las repercusiones sociales, políticas y económicas prevalecientes en la comunidad, influyen en el pensamiento de las personas que viven allí. Poco puede ser la labor que ha realizado el servicio de psicología en cuanto a la apertura de marco referencial de cada persona, pero el trabajo se sigue haciendo y esto cada vez genera necesariamente cambios, aunque pocos se vayan realizando. Muchas personas consideran que el servicio de psicología está limitado para cierta clase de población, sin darse cuenta que por salud mental, es más importante que un chequeo médico.

En la fase de entrevistas, se permitió conocer personalmente quienes estaban en el cuidado del niño y datos centrales como nombre, edad, perfil emocional, introduciendo así la dinámica familiar existente, logrando posteriormente elaborar un diagnóstico diferencial, que contribuyera al estudio del caso, para la aplicación de la técnica psicoterapéutica a utilizar.

La aplicación tanto de baterías de escalas de desarrollo, como ejercicios de estimulación temprana, permitió un enriquecimiento, y no sólo a nivel de documentación sino personal, para la búsqueda de nuevas técnicas de aplicación.

Durante las primeras sesiones, las madres asistían con puntualidad y deseosas, a través del tiempo, se tuvo épocas de mucho ausentismo. Lo que más prevaleció y marcó una diferencia significativa, enumerándola como segunda dificultad: **El Rota Virus**. Durante el mes de marzo y a mediados de abril, el Centro de Salud pasó de estado amarillo a estado rojo o emergencia general. Puesto que esta enfermedad afectó específicamente a la población infantil, no se atendía a niños en Control de Niño Sano, ya que corrían riesgo de contaminación. A inicios del mes de Mayo, fue regulándose el servicio psicoterapéutico.

Éstos, entre otros, son algunos factores sin dejar de mencionar la resistencia psicológica, que normalmente aparecen conforme el paciente se va enfrentando a si mismo.

En el caso de las madres, ellas deben enfrentar diariamente situaciones de violencia intrafamiliar, problemas de abandono por el padre del niño, madres solteras que viven en casa de sus padres, problemas económicos y atención de los

demás niños del hogar, ya que generalmente son familias sobre pobladas o extendidas. En la sección 1.4 del presente informe, se mencionan los problemas más encontrados a nivel emocional, social, familiar, entre otros.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

La realización de todas las actividades previas o de planificación fue la base para que este subprograma se llevara a cabo de manera satisfactoria. Con la elaboración del proyecto de factibilidad, se lograron definir los objetivos de los talleres y la metodología a utilizar.

Los temas elegidos fueron los adecuados para las comadronas, enfermeras, pues son estos dos grupos, quienes tienen el contacto directo con las madres y niños, población altamente en riesgo dada sus circunstancias socioeconómicas, familiares y culturales.

La metodología de trabajo, de carácter interactivo y dinámico, tuvo que ampliarse y adecuarse a la población, puesto que la mayoría en el caso de las comadronas, eran analfabetas, adaptándose el material escrito, como trifoliales y hojas de información.

Un dato importante a rescatar aquí, es que la participación y puntualidad de las comadronas dependía necesariamente de algún incentivo material que se les entregara el día de la charla, aun siendo obligatoria su asistencia. Esto repercutió de alguna manera en la organización de los horarios, tratando de buscar siempre un punto medio entre su presencia y su puntualidad.

Se programó en una ocasión una segunda sesión en el mes, pero fue una decepción, puesto que de las 15 personas del grupo asistieron dos y fuera de la hora planificada.

Esta situación influyó de manera directa, pues el tiempo limitado para la ejecución de los talleres y la ausencia por parte del grupo, no permitía abarcar todo el tema y actividad planificada.

En el caso de los talleres ejecutados, se obtuvo una buena respuesta de la población presente. En su mayoría, el nivel de atención fue bueno, muchas de ellas colaboraban voluntariamente dando su opinión personal y otros expresaban sus dudas y comentarios, enriqueciendo la actividad.

En cuanto a los temas tratados, fue de gran ayuda, como ellas mismas lo expresaron, puesto que desconocían de datos reales de caso de desnutrición, por ejemplo, casos de problemas de desarrollo, desconocían situaciones como que un niño de 4 años no hablara por razones que pudieran ser físicas o de carácter

psicológico. Las comadronas conocen casos de personas con alto riesgo en todas las áreas de salud, pero el factor cultural no les permite que utilicen los recursos que poseen o que están a su alcance como lo es el servicio de psicología en el Centro de Salud.

En muchas familias de Santiago se vive en extrema pobreza, como lo mencionan las comadronas, y esto influye tremendamente en la dinámica familiar y a nivel comunitario.

La situación se genera así, las comadronas, visitan a sus pacientes, quienes nunca o casi nunca visitan el Centro de Salud, cuando existen casos de desnutrición generalizada o de cualquier otra enfermedad, estas personas no asisten al centro de salud, por ayuda, atribuyéndose a principios ideológicos y culturales. Además representa la ausencia en el hogar, de por lo menos, la mitad del día, pues aunque el servicio y atención del paciente se presta a las 8:00 AM, la toma de turnos, presencia y evaluación con el médico puede ocupar mayor tiempo.

Cuando se hacen las visitas domiciliarias o hacen turnos de vacunación por parte del Centro de Salud, la población es muy renuente en su colaboración, pues argumentan que el servicio que presta el Centro no es adecuado, además del trato personal implícito. Lamentablemente este hecho arrastra al servicio de psicología, por tener sus clínicas dentro de la Institución.

Con la colaboración de las comadronas, se les invitó a que promovieran el servicio psicológico, y los beneficios que la población puede obtener.

La valoración en el trabajo de las comadronas, como de las enfermeras, es altamente significativo dentro del proceso de reestructuración en la salud. El trabajo desempeñado durante este subprograma permitió que estas personas tomaran conciencia de la importancia de la situación en que la población Infantil es tácitamente vulnerable y no debido sólo a su problemática contextual, sino a todo el componente socioeconómico y cultural en que se vive. Por lo que el aprendizaje del cual las comadronas y enfermeras se hicieron acreedoras, no limita a un sector de la población, ya que este será extendido a nivel comunitario. Los temas empleados fueron abordados tomando como base el principio de proyección comunal, siendo el nivel de cobertura primario el de: comadronas-enfermeras-pacientes-núcleo generador-comunidad. Basándose en esta dinámica, se puede concluir que el trabajo propició la apertura del campo psicológico en la comunidad, cumpliendo los objetivos de decisión colectiva, y la producción de decisiones sociales para la elaboración de planes comunales.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Dentro del programa de Ejercicio Profesional Supervisado existe un subprograma dedicado especialmente a la realización de una investigación. Este

punto es de mucho crédito para el epesista, pues el grado de contribución que se puede lograr a nivel comunitario, ejemplifica la gran capacidad y voluntad que se tiene, para dar solución de alguna manera a las necesidades sociales que existen. A raíz de esto, inicialmente se había estipulado un trabajo de investigación diferente con el que se concluyó y esto fue más interesante, puesto que cuando se planificó el primero, no se tenían claros ciertos aspectos de las necesidades emergentes. Así que en el transcurso del desarrollo del EPS, se hicieron los cambios pertinentes, para obtener un resultado diferente en la investigación.

Inicialmente el factor cultural de la estimulación temprana es un aspecto, que debe de ser estudiado, pues desencadena situaciones más profundas, pero no era una necesidad emergente en la comunidad. Durante una actividad con maestros, servicio de psicología, centro de salud y epesista, se determinó que una de las realidades que perjudican en el proceso de Enseñanza-Aprendizaje, era precisamente la alimentación. Ahora bien ¿qué acciones se estaban tomando para mermar esta problemática?, la inquietud existía y los resultados eran obvios. Así que se tomó esa experiencia para darle cuerpo al proceso investigativo a realizar.

Se realizó entonces, la hipótesis de que la alimentación influía en el proceso educativo de los niños del área preescolar, tanto en su desarrollo físico como mental. Se creó una base sólida de información para poder diseñar las herramientas que, no sólo permitieran alcanzar los objetivos planteados, sino que con los datos obtenidos, dar solución a la problemática.

En cuanto a la muestra, se tenía estipulado trabajar con las dos secciones de la Escuela 10 de Mayo, siendo un total de 45 niños entre las edades de 6 y 7 años, población, considerado por muchos, como la edad más significativa en la formación del individuo. Se inició pues el proceso de medición y peso por niño, comenzando con una sección, agrupándolos en subgrupos de 5, para ser fácil el acceso de la escuela al Centro de Salud. Al concluir con la primera sección, se presentaron conflictos internos dentro del Centro, por lo que la segunda sección no pudo ser ni medida ni pesada, quedando solamente los datos ya obtenidos que sirvieron de fundamentación estadística para la investigación. Clínicamente no se realizan evaluaciones para éstos niños, puesto que no están incluidos en algún programa de salud. El Programa de Niño Sano, abarca hasta la edad de 5 años.

Para la interpretación de la medición clínica de los niños, se utilizó una tabla proporcionada por el INCAP, acerca del peso y talla de niños y niñas de área rural, que se utilizó dentro de un estudio realizado por ellos, pero que no es ni válida ni confiable, debido a la carencia de estandarización de tablas de medición, intentando pues cuadrar los datos para el análisis de resultados. Esto generó una frustración al momento de la interpretación, puesto que la **NO** existencia de tablas de estandarización a nivel nacional, mucho menos a nivel rural, creó discrepancias al momento de determinar que tan mal estaban los niños en relación con lo normal. Así mismo se les aplicó una prueba de desarrollo, para la cual se utilizó

una batería estandarizada por la Procuraduría General de la Nación, con la única intención de que los datos obtenidos fueran lo más cercano a la realidad nacional. Esta situación fue igualmente frustrante, puesto que no existen baterías de desarrollo que superen la edad de 5 años o 60 meses, ni a nivel nacional, muchos menos a nivel rural. Los resultados de esta evaluación fueron que todos los niños presentaban un estado normal, claro la etapa evaluada correspondía a la edad de 5 años y los niños comprendían las edades de 6 y 7 años, obviamente muy por debajo de su edad cronológica y mental.

Finalmente se realizó un reporte y presentación de datos a los padres de familia de los niños estudiados, para conocer los resultados arrojados por las pruebas, los estados nutricionales en los que se encontraban los niños, así como las alternativas de solución.

El tema investigado aportó datos importantísimos, tanto para el campo educativo, como para la población, objeto de estudio y micro comunidad (padres de familia). Esto tiene elementos multiplicadores, puesto que el interés de los maestros, epesista y servicio de psicología, para determinar la incidencia del bajo peso y desnutrición del preescolar en el área educativa, despertó en ellos la inquietud de reducir éstos índices y elevar el grado de nutrición y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

A nivel comunitario, la investigación generó un impacto sociocultural, logrando crear nuevas perspectivas de ayuda, aperturando espacios dentro de los grupos organizados, padres-maestros-psicólogos-servicio de salud, creando alternativas de ayuda para la población infantil, dentro del campo de la educación.

4.4 ANALISIS DE CONTEXTO

Para hablar de Santiago Sacatepéquez, debemos reconocer aspectos fundamentales como su Economía que es altamente agrícola, y que además de esta situación, se vive en extrema pobreza. Existe un alto índice de desempleo, por lo que las mujeres, niños y adultos mayores, han incursionado en el trabajo de los hombres y trabajan también en el campo. Esto con la intención de elevar su nivel de vida.

En la población santiagueña predomina la cultura maya, se habla cachiquel y es altamente católica. Dentro del grupo familiar, existe un patriarcado y son numerosas.

Su contexto sociopolítico, ha sido marcado por el conflicto armado, y las represiones a nivel emocional que ha desencadenado en la población. Patologías como depresión, conductas mal adaptativas, agresividad, son tan solo algunas vistas por el Servicio de Psicología.

En el Centro de Salud asisten personas, tanto de Santiago como de regiones cercanas. Se presta el servicio de salud, servicio de psicología, laboratorio, odontología, entre otros, y en casos de emergencia, se remite al Hospital más cercano.

La Institución abre de 8:00 AM a 4:30 PM. Para que le brinden el servicio, el paciente debe presentarse desde las 6:30, esperar afuera, formar una cola, hasta que se abren las puertas, pasar con el secretario, quien proporciona un número, para que finalmente, sea atendido. Hace su evaluación con la enfermera auxiliar, para luego pasar con el médico. Generalmente son madres con niños quienes integran la consulta externa. En cuestiones de tiempo, se puede tardar 2 horas, hasta incluso llegar al medio día, en espera de atención.

Situación que ha logrado crear un ausentismo, por las múltiples actividades que desempeñan los pacientes en consulta. Esto propició, que de alguna manera, el Centro de Salud, haya creado visitas domiciliarias y trabajo fuera de la Institución.

Cuando los pacientes del área de Psicología asistían al centro, se les informaba que no debían pasar por todo este proceso, pues el expediente, y la atención, eran y es totalmente ajena al control administrativo del centro ya que Psicología cuenta con su propio registro, situación que ayuda de gran manera en la asistencia y seguimiento de los casos.

Otra de las razones que se puede atribuir en el servicio,, es el trato con la población, creando un ambiente incómodo, molesto, imperando una desatención por parte del personal, tanto administrativo, como operativo, hacia los pacientes. Ahora bien, esto es causado, o generado por una mala organización que existe,

desde el interior del centro, pasando por la coordinación de área, hasta llegar a la jefatura del distrito. Como es claro, esto representa un problema político y que afecta directamente a la población, porque por cuestiones de poder, se olvida el trato directo y cordial que se debe brindar en todo servicio público.

Pero esto lo podemos generalizar, a nivel Nacional, ya que realidades como, la inseguridad, el desempleo, el analfabetismo, la drogadicción, son tan solo algunas situaciones que enmarcan el contexto desencadenador de otros factores.

El factor Educativo, Psicológico y de Salud, fue la dinámica que imperó en todo el servicio. Se aprecia que el contexto de salud está totalmente lastimado por cuestiones de poder, pero esto se extiende a nivel educativo, puesto que un niño que se encuentra enfermo, se ausenta de la escuela, se presenta al centro de salud, por atención, a parte de perder todo el día de clases en espera, según la enfermedad que presente, su recuperación será mucho más lenta, porque además este niño debe compartir el alimento con sus demás hermanos, sin prever, que puede retardar, no sólo su asistencia en la escuela, sino que además su mejora en salud.

En el desarrollo del EPS, durante consulta externa, hubo muchos casos de niños desnutridos, que llegaban no por esa razón, sino por otra causa, y al ser detectado por medio de la evaluación, se intentaba darle seguimiento, pero las madres se ausentaban y era difícil seguir con el caso.

Otra situación de mucha relevancia por mencionar es el marco cultural, ya que las madres quienes llevaban a sus hijos a atención, no tenían conciencia por lo que estaba atravesando el niño a nivel físico y mental y por razones de idiosincrasia, de mitos de crianza, de hábitos, no tomaban la seriedad del asunto, argumentado no tener tiempo para llevarlos a una terapia o para darle seguimiento al control del niño.

Otro golpe para el campo de la salud, fue el ROTAVIRUS. Situación que afectó a nivel nacional, pero que además, repercutió en los niveles no sólo de pobreza que imperan en la comunidad, sino que afectó la atención de pacientes dentro del desarrollo del EPS.

En relación en mi experiencia personal, fue muy enriquecedora. Tuve la oportunidad de ejercer como una profesional de la salud mental dentro de la Institución y se logró la promoción de la labor del psicólogo a nivel comunitario.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 GENERALES

- El Área de Salud, como factor imperante en toda sociedad debe propiciar el espacio del desarrollo humano, pues encierra necesariamente la dinámica biológico-psicológico-social. Una persona con salud, está encaminada a una realización personal, por lo tanto poseerá Salud Mental.
- Las autoridades del Centro de Salud, pueden generar cambios pertinentes para nivelar la organización dentro de la misma y crear un ambiente en armonía en pro del paciente.
- Todo profesional en el área de la Psicología, debe estar bien documentado acerca de las necesidades de la comunidad con la cual va a trabajar.
- El departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, debe coordinar con las instituciones un espacio físico para el mejor desempeño del epesista.
- La preparación académica influye significativamente en la ejecución del EPS.

5.1.2 SERVICIO

- Dentro de la Evaluación Clínica del Programa de Niño Sano, no existe ningún parámetro de estimación para el factor psicológico.
- La terapia lúdica propició una apertura por parte del paciente en la adaptación social y personal.
- La colaboración por parte de los padres de familia en la solución de problemas dentro del hogar, constituye un recurso esencial para la mejora del paciente.
- La incidencia de la población fue por causas de bajo peso y problemas en el desarrollo del niño.
- El ausentismo de la población se considera por razones ideológicas de cultura y de machismo.
- Uno de los logros se dió por parte del trabajo conjunto con las enfermeras, quienes se percataron de la importancia de la evaluación psicológica para detectar problemas de desarrollo.

5.1.3 DOCENCIA

- Para la implementación de los temas es necesario conocer a la población y las necesidades emergentes que las afectan.
- Temas como La Desnutrición, Problemas de Aprendizaje, no sólo afecta el nivel emocional del niño, sino además de su salud, su ámbito escolar.
- La realización de material didáctico adaptado a las comadronas constituyó, un acercamiento más a la comunidad porque permitió explicar de manera más directa y participativa el móvil de la actividad.
- El personal de salud, quien tiene contacto con los niños y/o adultos, debe conocer temas básicos de salud.

- Con los temas impartidos, se logró conocer las inquietudes y experiencias en las que viven las personas de la comunidad y aperturar los espacios en los campos de la psicología.

5.1.4 INVESTIGACIÓN

- El tema de investigación fue generado por la necesidad de la comunidad educativa y de salud, de solventar la problemática nutricional y problemas de aprendizaje.
- La combinación teórica-práctica es indispensable en la efectividad de las actividades y resultados de un proceso investigativo.
- La elaboración de la herramienta es indispensable en la recopilación de información para el análisis y presentación de resultados.
- Se logró determinar que el bajo peso y casos de desnutrición alteran necesariamente en el proceso enseñanza-aprendizaje. La población preescolar, es la menos evaluada por el Centro de Salud.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 GENERALES

A LA INSTITUCIÓN

- Elaborar las gestiones pertinentes para la aplicación de una plaza como Psicólogo de Planta, con un departamento bien equipado para la atención de niños, adolescentes y adultos.

A LAS AUTORIDADES DE LA INSTITUCIÓN

- Crear un ambiente de armonía entre el personal del Centro y los pacientes desarrollando actividades que eleven el potencial humano y de servicio.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

- Promover en el estudiante la inquietud de realizar el EPS para enriquecer su desarrollo profesional, pero generándole herramientas cognoscitivas dentro del proceso de su aprendizaje a lo largo de la carrera y no limitarlo sólo a la formación de instrumentos que van más orientados a la estructura de la Tesis.

A LOS FUTUROS EPESISTAS

- Delimitar bien los espacios de trabajo dentro de la Institución y efectuar acciones necesarias para la continuidad del presente trabajo.

5.2.3 SERVICIO

- Se recomienda incluir dentro del registro de evaluación clínica, el espacio para psicología, determinando que es un factor importante dentro del crecimiento y desarrollo del niño.
- Delimitar un espacio físico, acondicionado para el área de servicio del epesista, para que brinde una mejor atención a sus pacientes.

- Estimular a la población participante en la consulta externa a utilizar el servicio de psicología como una alternativa de solución para la problemática que presenten los niños tanto en su desarrollo físico-emocional como en el ámbito escolar.
- Que tanto las autoridades como personal operativo, se involucren en actividades de desarrollo humano, tomando como base brindar la atención personal desde una perspectiva humanitaria.

5.2.4 DOCENCIA

- Que dentro de la planificación anual, realizada por el Centro de Salud, se generen los espacios para trabajar conjuntamente con los grupos establecidos en pro de la comunidad.
- Capacitar a las comadronas, promotoras de salud y enfermeras en la actualización de temas de salud, así como el incentivo de su participación en este tipo de actividades.
- Involucrar a organizaciones de la comunidad, que trabajan directamente para la población abarcando un mayor número de personas, beneficiando a los sectores más vulnerables como son los niños y adulto mayor.
- A los futuros epesistas se les recomienda que generen campos de acción utilizando las entidades que colaboran con el servicio de Psicología, como lo son la Alcaldía, la Iglesia y entidades educativas.

5.2.5 INVESTIGACIÓN

- Se recomienda elaborar una investigación en beneficio de la comunidad, conociendo previamente las necesidades que existen.
- Se recomienda la autoimplementación de temas de interés y material que permita contribuir a una mejor elaboración dentro del desarrollo de la investigación.
- Presentar los datos obtenidos y estudio realizado a las organizaciones involucradas en la comunidad para que tomen acciones que permitan mermar las deficiencias existentes.

BIBLIOGRAFIA

- Bee, Helen, "**EL DESARROLLO DEL NIÑO**", Industria Editorial, México, 1978, Pág. 358
- Castellanos Montúfar, Sagrario, y otros , "**EL LIBRO DE CRISTAL**", Fondo de Cultura, Guatemala 2003, Pág. 222
- Castillo Medina Nineth, "**ESTUDIO MONOGRÁFICO DE LA ALDEA PACHALI DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO SACATEPÉQUEZ**", Guatemala 1981, Pág. 72.
- Censo Departamental, Sacatepéquez, "**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA**", 2002
- Dirección de Políticas Regionales y Departamental de SEGEPLAN, con información base del Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Dorsch, Frederich, "**DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA**", Editorial Herder, 1994 Barcelona España, Pág. 1030
- Encuesta de Salud Materno-Infantil, 2002 Guatemala 2003, Editorial Oscar de León Palacios, Pág.295
- Ericson, E. "**INFANCIA Y SOCIEDAD**", Editorial Horme, 1976
- Funciones de Distrito Santiago Sacatepéquez 2003
- Gall, Francis, "**DICCIONARIO GEOGRÁFICO NACIONAL DE GUATEMALA**", Instituto Geográfico Nacional, "Ingeniero Alfredo Obiols Gómez" (IGN), Guatemala, 1980 (TomolIII) Pág. 830
- Inventario No. 2 de los bienes muebles Útiles y Enceres del Centro de Salud Santiago Sacatepéquez
- Matas, Susana, M. de Mulvey, Maureen, otros, "**ESTIMULACIÓN TEMPRANA**", Editorial Lumen, Argentina 5ta. Edición, 1997, Pág.244
- Martínez Mendoza, Franklin, "**LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA, ENFOQUES, PROBLEMÁTICAS Y PROYECCIONES**", documento publicado por Internet, portal [pages.ivillage.com.development/estimulación temprana](http://pages.ivillage.com.development/estimulación%20temprana)
- Plan Nacional de Salud 2000-2004

- Pérez Villar, José. **ETAPAS DEL DESARROLLO Y TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL NIÑO**, Pág. 163
- S/A, **"DIPLOMADO A DISTANCIA EN SALUD DE LA NIÑEZ"**, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala
- S/A, **"ESTÁNDARES DE PESO Y ESTATURA"**, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala
- S/A, **"GUÍA DE PADRES"**, Secretaria de Educación Pública, Rekord Impresores, México 1980, Pág. 237
- S/A **"LOS NIÑOS DE GUATEMALA"**, Colombia, 1995, Graficas Corni. Ltda. Pág. 118-119
- S/A, **"MÓDULO III: ASPECTOS PREVENTIVOS EN SALUD DE LA MUJER"**, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala 2003, Pág. 144
- S/A, **"¡UN NIÑO!"**, Subsecretaria de Educación Elemental, Dirección General de Educación Inicial, México 1981, Págs. 182
- Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)
- Roel Favela Adrián, S/T, Director del Instituto de Bienestar Integral. www.uanl.mx
- UNICEF, **"CURRICULUM DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA"**, Editorial Piedra Santa, 1999, Pág. 154.
- Vigotsky, L.S. **"PENSAMIENTO Y LENGUAJE"**, Cambridge Mit. Press, 1972, Pág.332

GLOSARIO

- **BIOFISIOLÓGICA**
Ciencia que estudia los estados físicos de los seres vivos y las leyes que rigen la energía vital
- **COMADRONA**
Partera
- **EXTRÍNSECICO**
Adj. Externo, no esencial: una causa extrínseca
- **PATOLOGÍA**
MED. Parte de la medicina que estudia las enfermedades.
Enfermedad, dolencia: aún no le han diagnosticado la patología que padece
- **PSICOTERAPIA**
Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos:
sesión de psicoterapia
- **PSIQUIS**
Conjunto de actos y funciones de la mente: es necesario cuidar la psique tanto como el cuerpo.
- **SIGSA**
Sistema de Información Gerencial de Salud
- **SINAPSIS**
Impulso nervioso entre las terminaciones de dos neuronas. Región de contacto entre los axones, terminaciones de las neuronas, y las dendritas, o cuerpo celular de otras neuronas. No varía en pl.