

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**"INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS SECCIONES DE
PEDIATRIA, RECIEN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELLEN LOSSI DE
LAUGERUD, COBAN, ALTA VERAPAZ"**

**Informe final del Ejercicio Profesional Supervisado
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas.**

POR

ALBA YANETH DELGADO SOTO DE ORELLANA

previo a conferirsele el título de

PSICOLOGA

en el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, Octubre de 1,995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



13
T(820)
C.4

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIOS 'M-5, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-84 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

TRIBUNAL EXAMINADOR

LICENCIADO WALTER RENÉ SOTO REYES
DIRECTOR

LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA
SECRETARIO

LICENCIADO FELIPE ALBERTO SOTO RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS 780780-94 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
DEPTO. E.P.S.
Archivo

REG. 2627-93

CODIPs. 530-95

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL
DE EPS.

Octubre 12 de 1995

Señorita Estudiante
ALBA YANETH DELGADO SOTO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUARTO del Acta TREINTA Y CINCO NOVENTA Y CINCO (35-95) de fecha doce de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS- titulado: "INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS SECCIONES DE PEDIATRIA, RECIEN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELEN LOSSI DE LAUGERUD, COBAN, ALTA VERAPAZ", de la carrera Licenciatura en Psicología, realizado por:

ALBA YANETH DELGADO SOTO

CARNET No. 88-13988

El presente trabajo fue asesorado y supervisado por la Licenciada Alba Gloria Morales y revisado por la Licenciada Ileana Godoy Calzia.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑANZA A TODOS"

Licenciado: *Yurahán Cortez Mejía*
SECRETARIO

/rmp.



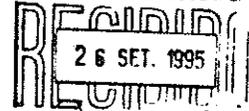
1995 AÑO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA. CON TU PARTICIPACION LA REFORMA AVANZA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIOS "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS 780780-84 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Reg. 2627/93

E. P. S. 118/95

19.30

26 de septiembre de 1,995

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

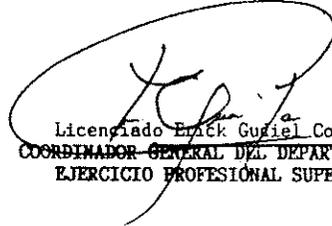
Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que la Licenciada Alba Gloria Morales ejecutó la ~~asesoría~~ **asesoría y supervisión** del Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología, de la estudiante ALBA YANETH DELGADO SOTO, carnet No. 8813988-6, titulado: " INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LAS SECCIONES DE PEDIATRÍA, RECIÉN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELLEN LOSSI DE LAUGERUD, COBAN, ALTA VERAPAZ.

Así mismo, se informa que la Licenciada Ileana Godoy Calzia, procedió a efectuar la **revisión** del Informe Final, habiendo también emitido su **APROBACION**, por lo cual, ésta Coordinación envía la documentación correspondiente, con el propósito de que continúe el trámite respectivo.

Sin otro particular, atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Erick Gudiel Corzantes
COORDINADOR GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO



c.c. archivo.
dg.

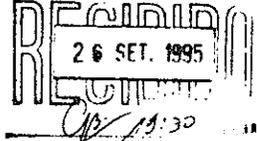
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO M.S. M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS 780780-84 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Reg. 2627/93



E. P. S. 117/95

25 de septiembre de 1,995

Licenciado
Erick Gudiel Corzantes
Coordinador Departamento
Ejercicio Profesional Supervisado
Presente

Señor Coordinador:

Atentamente, me permito informar a usted, que he concluido con la asesoría y supervisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología, titulado: " INTERVENCION PSICOLÓGICA EN LAS SECCIONES DE PEDIATRÍA, RECIEN NACIDOS MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELLEN LOSSI DE LAUGERUD, COBAN, ALTA VERAPAZ ", realizado por la estudiante ALBA YANETH DELGADO SOTO, co número de carnet: 88-13988-6.

El trabajo mencionado llena los requisitos necesarios establecidos por este Departamento, por lo que emito mi dictamen de APROBACION.

Se despide de usted, respetuosamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

Licenciada Alba Gloria Morales Castellanos
ASESORA Y SUPERVISORA



c.c. archivo.

dg.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

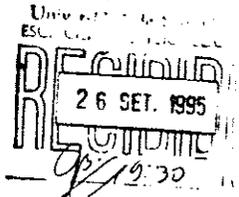


ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIOS 1-A, 2-A, 3-A
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 780780-84 Y 780965-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Reg. 2627/93

E. P. S. 116/95

25 de septiembre de 1.995



Licenciado
Erick Gudiel Corzantes
Coordinador del Departamento de
Ejercicio Profesional Supervisado
Presente

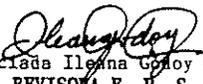
Señor Coordinador:

Atentamente me permito informar a usted que he concluido con la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología, titulado: " INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS SECCIONES DE PEDIATRIA, RECIEN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELLEN LOSSI DE LAUGERUD, COBAN, ALTA VERAPAZ ", realizado por la estudiante ALBA YANETH DELGADO SOTO, con número de carnet: 88-13988-6.

Considero que el trabajo en mención llena los requisitos de forma y contenido exigidos para su presentación, por lo que brindo mi APROBACION al mismo.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Ileana Calzúa
REVISORA E. P. S.



c.c. archivo.

dg.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO "M.S. M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS 780780-84 Y 780888-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
Depto. EPS.
Archivo
asesor

REG. 2627-93

CODIPa. 689-93

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

29 de noviembre de 1993

Señorita Estudiante
ALBA YANETH DELGADO SOTO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO SEPTIMO (27o.) del Acta CUARENTA Y DOS NOVENTA Y TRES (42-93) de Consejo Directivo, de fecha 25 de noviembre del presente año, que copiado literalmente dice:

VIGESIMO SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "INTERVENCION PSICOLOGICA EN LAS SECCIONES DE PEDIATRIA, RECIEN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "HELLEN LOSSI DE LAUGERUD", COBAN, ALTA VERAPAZ.", de la Carrera de Licenciatura en Psicologia, presentado por:

ALBA YANETH DELGADO SOTO

CARNET No.88-13988-6

Dicho proyecto se desarrollará en la Ciudad de Cobán, Departamento de Alta Verapaz, ubicándose a la Profesora Nohemi Leal Stowlisky como la persona que ejercerá funciones de supervisión y control por la parte requiriente y la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve **APROBAR SU REALIZACION** en el periodo comprendido del 15 de octubre de 1993, al 15 de abril de 1994." - - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

Licenciada. *Abramo*
SECRETARIO



Liliana

CAPROEPS.CI

DEDICATORIA

- A Dios nuestro Señor: Por su amor y sabiduría, que ha derramado en mí.
- A mis Padres: Saúl Arcadio Delgado Díaz.
Rosalinda Soto de Delgado.
Por todo su amor y apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera y de toda mi vida.
- A mi Esposo: Marvin A. Orellana López
Por su amor, comprensión y apoyo.
- A mis Hermanos y Sobrina: Juan Carlos, Patricia, Daniel, Luis, Francisco,
María Alejandra y María Fernanda.
Por su cariño.
- A mi Familia en General: Por su afecto.
- A mis Amigos, en especial a: María Elena Thomae, Marilyn Caal y Neftali Mejía.
- Y a Usted: Con todo respeto y por el tiempo dedicado a la lectura de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas.

**Al Hospital Regional "Hellen Lossi de Laugerud". Cobán, Alta Verapaz.
Que a través de mi estancia y servicios proporcionados me permitió
conocer la realidad nacional y la importancia del papel del psicólogo.**

**Al personal Médico y Paramédico del Hospital Regional "Helen Lossi de
Laugerud". Cobán, Alta Verapaz.**

**Por su amistad y apoyo que fueron fundamentales en el logro de los
objetivos del proyecto.**

A los Licenciados:

Erick Gudiel Corzantes

Alba Morales

Miriam Ponce Ponce

Ileana Godoy Calzia

Por su apoyo y orientación en la realización de este proyecto.

PADRINOS

Lic. Marylin Caal B.
Lic. Cristina Muñoz.

SINTESIS DESCRIPTIVA

El Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado "Intervención psicológica en la sección de pediatría, recién nacidos, maternidad y consulta externa del Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud, Cobán Alta Verapaz "; fue realizado cubriendo las necesidades de apoyo, principalmente a pacientes hospitalizados en la sección de pediatría , quienes presentaban un sin número de problemas emocionales debidos a los efectos de la internalización.

A través de la experiencia de trabajo realizado, se evidenció la necesidad de un departamento de psicología que cubriera las necesidades emocionales de los pacientes, especialmente de la niñez, debido a que se ven afectados en primer lugar al verse alejados de su familia y en segundo lugar al verse en otro ambiente diferente al que suelen estar.

La planificación de este proyecto, se distribuyó en programas de Servicio, Docencia e Investigación, los cuales se trabajaron con diferentes sectores de la población.

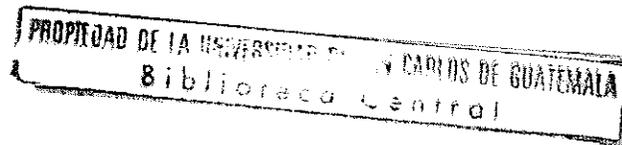
El Sub-programa de servicio consistió en la atención psicológica prestada a niños hospitalizados, a la detección y estimulación temprana de niños con daño establecido y riesgo de sufrir retraso psicomotor, apoyo a padres de familia , monitoreo del desarrollo infantil , atención de casos individuales a pacientes internos y atención de casos individuales a pacientes externos.

El Sub-programa de Docencia se dirigió al personal paramédico y padres de familia en a orientación de las necesidades psicológicas del niño hospitalizado y la implementación sobre aspectos del desarrollo infantil. A las madres de familia se proporciono orientación pre-natal, post-natal y monitoreo del desarrollo infantil con técnicas de estimulación.

El Sub-programa de Investigación fué dirigido a los padres de familia y familiares de pacientes epilépticos que en un determinado momento solicitaron el servicio del hospital, dicha investigación consistió en conocer las formas de pensamiento y actitudes que maneja la población de Cobán, A.V., ante la epilepsia.

Las actividades de los tres programas: Servicio, Docencia e Investigación, fueron programadas para cubrirse durante el período del 22 de Octubre de 1,993, al 22 de Junio de 1,994, con un promedio de 34 horas semanales, en horario de 8:00 a 12:30 y de 14:00 a 16:00 horas.

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en el Hospital Regional "Hellen Lossi de Laugerud", Cobán, Alta Verapaz.



El Informe que a continuación se presenta pone de manifiesto el logro de los objetivos planteados en beneficio de la población que demanda el servicio de psicología.

El informe está dividido en cuatro capítulos, como sigue:

Capítulo I:

Comprende los antecedentes de la población de la ciudad de Cobán, A. V., descripción del Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud, antecedentes de trabajo en el Hospital y el planteamiento de los problemas.

Capítulo II:

Está conformado por el abordamiento científico de las bases teórico-metodológicas, objetivos del proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado y la metodología de abordamiento.

Capítulo III:

Contiene la presentación, análisis y discusión de resultados de cada Sub-programa (Servicio, Docencia e Investigación).

Capítulo IV:

Se presentan las conclusiones y recomendaciones de cada sub-programa y la bibliografía utilizada.

INTRODUCCIÓN

El niño, desde el momento en que nace, comienza a reaccionar frente a su ambiente y si éste es patológico, eventualmente comenzará a manifestar signos de desajuste emocional, los que pueden aparecer en cualquier momento del transcurso de la niñez, adolescencia o postergarse y aparecer en la vida adulta.

En el curso de la hospitalización, puede evidenciarse la presencia de un sin número de síntomas que indiquen diferentes conflictos, los cuales podrían ser una respuesta al cambio de ambiente, a la separación de los padres o a los procedimientos médicos. En tales circunstancias, la conducta del niño es una reacción pasajera al stress del medio en que se encuentra y que, en muchas ocasiones, se alivia al desaparecer el sintoma estresor; fue a través de la realización del Ejercicio Profesional Supervisado que se brindó tratamiento psicoterapéutico a este tipo de pacientes, lo que ayudó a minimizar la conflictiva emocional que presentaban.

El hecho de que un niño se encuentre hospitalizado y ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos, afecta a los padres de familia, quienes manifiestan de una u otra forma el manejo de cierto grado de ansiedad y stress. Fue a este tipo de padres a quienes se les proporcionó apoyo en relación al problema que estaban atravesando.

Así mismo, a través de la ejecución del proyecto, se orientó al personal de enfermería en las necesidades psicológicas del niño hospitalizado, ya que se detectó el desconocimiento de esta problemática.

Se brindó estimulación temprana a aquellos niños con retraso en áreas del desarrollo, por lo que se contempló orientar y trabajar con madres de familia; y con el personal paramédico, tomándose en cuenta que la inadecuada o falta de estimulación ocasiona múltiples problemas en los aspectos psicobiosociales de la vida del niño.

Se incluyó la atención directa a pacientes en forma individual, tanto de la sección de pediatría como de medicina de hombres y medicina de mujeres, así como atención a pacientes externos. Se facilitó la atención de la población infantil a través de la creación de un cuarto de juego, al personal paramédico y a padres de familia se les orientó en como cubrir las necesidades que se evidenciaron en los niños.

El Ejercicio Profesional Supervisado incluyó, además, una investigación sobre las formas de pensamiento y actitudes de la población de Cobán ante la epilepsia.

Para concluir, agradezco al personal médico y paramédico del Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz y a la población en general, por el apoyo y colaboración brindada para la realización de este proyecto.

CAPITULO I
1. ANTECEDENTES

1.1 DESCRIPCION DE LA POBLACION DONDE SE REALIZO EL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO.

Antes de 1877 , lo que hoy es conocido como Alta Verapaz, era una sola unidad geopólita, que comprendia los departamentos de Petén, parte de Izabal y el territorio de Belice. En este entonces habitada por los grupos kekchies, pocomchies y otros. (1)

"En 1814, cuando Izabal sufrió modificaciones agregándose y segregándose a otros corregimientos, Petén fue elevada al corregimiento y Verapaz se redujo territorialmente. El 4 de mayo de 1887 sufrió su última división y se convirtió en Alta y Baja Verapaz." (2)

La Ciudad moderna fue fundada por Fray Bartolomé de las Casas el 4 de agosto de 1538, bajo la advocación de Santo Domingo de Guzmán, y en el año de 1877 por Decreto Gubernativo No. 181, se estableció el departamento de Alta Verapaz.

A mediados del siglo XVI el misionero Domingo Bernardo Patricio de Ceballos, nombro a la Verapaz como Tezulutlán, lo cual significa visión de la paz de la nueva Jerusalem de las Indias, título que le es merecido ya que con el transcurso del tiempo ha sido posible penetrar a regiones ayer inhóspitas." (3)

"El nombre Cobán, cuyo significado en castellano no se ha descifrado, tiene una sonoridad y entonación dulce que bien pudiera devenir de las expresiones del rico kekchi, de la palabra Coo; que quiere decir hija consentida, que también se da a la linda novia o patoja (nola) y del vocablo Baan, bálsamo, remedio o cura." (4)

La Ciudad de Cobán, está ligada a la historia patria y posee monumentos y reliquias dignas de estudio, como las que mencionaremos a continuación:

La Iglesia Catedral, fué construida en 1543, se le aduce a Fray Melchor de los Reyes. En los años de 1742 y 1965 fué reconstruida esta catedral y en 1972 se le efectuaron reformas substanciales que modificaron sus formas estructurales.

El convento ubicado a un costado de la Catedral fue construido por Fray Francisco Viana, en 1551. Ha sufrido dos reconstrucciones, la primera durante los años de 1853-1858, bajo la dirección de Fray Pedro de Alvella, y la segunda, en 1917- 1918, se contrajo todo en

- (1) P. 2
- (2) P. 6
- (3) P. 1
- (4) P. 1

entretrechado, bajo la supervisión de la Municipalidad. (5)

El Calvario está construido en un pequeño cerro, desde el cual se divisa toda la ciudad, y se cita a 1810 como la fecha en que se concluyó la obra. Se cuenta que esta obra fue subvencionada por el indígena Francisco Pop uno de los hombres más ricos en esa época.

El Estadio Verapaz, fue inaugurado en 1936; siendo el General Miguel Castro Monzón, el principal impulsor de la obra." (6)

En el parque central de la ciudad se encuentra el **Monumento de Miguel García Granados**, principiada por órdenes del General Enrique Arias y terminado por el General Mariano Ponce. (7)

Hechos Sobresalientes

En el año de 1599 fue creado el Obispado de las Verapaces con sede en Cobán, y fue Fray Pedro de Angulo el primer Obispo.

El primer jefe político de Alta Verapaz, fue el Licenciado Manuel Rodríguez Castillejo y el último el Licenciado José Vega.

El 31 de mayo de 1877 se estableció la Administración de Rentas Comunes y de Licores, nombrándose como Administrador a don Francisco Caballeros.

Según acuerdo del 26 de julio de 1957, la Municipalidad de Cobán se encuentra catalogada como de primera categoría.

En el mes de mayo de cada año se lleva a cabo la Carrera Internacional y a finales del mes de julio se celebra el Festival Folklórico de Cobán, el cual se ha realizado durante 25 años.

La feria departamental se celebraba en el mes de abril, pero por acuerdo del 11 de septiembre de 1866, se trasladó a los días 1, 2, 3, 4 de agosto; elevada a categoría de feria departamental, ampliándose la misma hasta el 6 de agosto.

Ubicación Geográfica

"Cobán está limitada al norte con Chisec, al Oeste con San Pedro Carchá y San Juan Chamelco, al Poniente con Santa Cruz Verapaz y San Cristóbal Verapaz y al Sur con Tactic;

(5) P. 6

(6) P. 3

(7) P. 2

municipios del departamento de Alta Verapaz" (8)

La ciudad Imperial de Cobán, está situada a 1336 metros sobre el nivel del mar, con una latitud 15' 290' O" y una longitud de 2,132 Kms. cuadrados de superficie.

Recursos Naturales

La calidad de tierra del municipio de Cobán es areno-arcillosa; los suelos son heterogéneos sobre piedra caliza. Tiene diferentes tipos de suelos, por lo que la zonificación ecológica comprende: zona sub-tropical, muy húmeda y montañosa, baja y muy húmeda. El suelo es calcario, según la clasificación de Simons y Pinto y pueden ser denominados: Suelo Cobán, Tamahú, Chacalté y Tzozá.

Cuenta con un promedio de 1069 Kms. cuadrados de bosque.

En relación a la **Flora**, uno de los elementos destacados de Cobán es la Monja Blanca, declarada Flor Nacional de Guatemala.

El municipio por tener un clima humedo cuenta con variedad de plantas, tales como la palmera, el chuy, shate de exportación y otras, también existe gran variedad de orquídeas, azaleas, camelias, dalias, etc.

La **Fauna** del municipio de Cobán, es bastante numerosa; existen animales como el tigrillo, venado grande, venado de cola blanca, cabros de monte, tigres, ocelotes, coche de monte, jabali, cotuza, puercoespín, tepezcuintle, pizote, ardilla, mapache, loro, guacamaya, senzontle, chacha, perico, susulá, guardabarrancos y nuestra ave nacional El Quetzal, sus principales refugios, son Sierra de Chamá, Xucaneb, Samac y Seacté.

Hidrografía

Esta zona se caracteriza por sus diversos ríos que bañan el suelo. El río Chixoy es el más grande y sirve de límite departamental con el Quiché. Tiene además afluentes como el río Icbolay que ayuda, en gran parte por su navegación llamada Los Rápidos, asimismo la laguna de Lachua, localizada en la parte norte del municipio.

La parte sur de Cobán está bañada por los ríos Chió y Cahabón, que son de gran beneficio, pues en ellos están instaladas las hidroeléctricas de Chió y Chichaic. (9)

(8) P. 2

(9) P. 3

Condiciones Climatológicas

Alta Verapaz es predominantemente húmedo, se mantiene una lluvia suave que forma el continuo Chipi-Chipi, o lluvia que desciende suavemente en gotas livianas que mantienen la en la zona de cualquier altura. En algunos municipios las condiciones del clima, van desde 250 mts de altura sobre el nivel del mar; en la del Polochic hasta los 1,350 mts en la zona de Tactic, donde la temperatura por la misma razón es más fría que la de Cobán, y son estos variados niveles de altura los que determinan la producción agrícola.

Vías de Comunicación

En cuanto a las vías de comunicación, la Ruta Nacional No. 5 totalmente asfaltada, une a Alta Verapaz con el sistema vial de la república a una distancia de 205 Kms. Esta ruta tiene ramificación hacia la zona del Polochic, hasta el municipio de El Estor, Izabal (terracería); así como la ruta que une a Cobán con Lanquín-Sebol, sin asfaltar. (10)

El área de la Ciudad de Cobán, utiliza medios de comunicación como telégrafos, correos, teléfono de discado automático y telex. Los transportes pullman Monja Blanca se movilizan a la ciudad capital con diferentes horarios de servicio. A inmediaciones del Gimnasio Municipal en la zona 4, se estacionan ruleteros y buses extraurbanos, los cuales parten a diferentes puntos de Cobán.

Los siguientes cuadros muestran totales en base a las características de la población de la ciudad de Cobán y los porcentajes en relación al trabajo laboral que desempeñan.

oblación en base a proyección para el año 1993

Poblacion total	77,240
Area Urbana	25,129
Area Rural	52,111
Sexo Femenino	39,593
Sexo Masculino	37,647
Alfabetas	22,848
Analfabetas	54,392
Ladinos	15,020
Indígenas	62,220
Población Económicamente Activa.	21,497

Fuente: Depto. de Estadística.
Gobernación Departamental de Cobán.

pecto Económico:

Agrícola	78.45%
Comercio y Financiero	3.62%
Construcción	2.13%
Minera	0.25%
Industria	7.77%
Servicios	6.72%
Otros	1.06%
Total.	100.00%

Fuente: Depto. de Estadística.
Gobernación Departamental de Cobán.

La lluvia constante de Cobán mantiene la humedad de las tierras y hace que sus suelos sean fértiles y los cultivos no sufran malas consecuencias por las inclemencias del tiempo.

Su principal renglón económico es la agricultura adaptada a las diferentes latitudes, por lo cual se obtienen abundantes cosechas de maíz, frijol, arroz, café, cacao, pimienta, cardamomo y otros. "Desde finales del siglo XIX, ingleses y alemanes abrieron la región para sembrar café, la producción agrícola creció considerablemente y se incentivó al cultivo del cardamomo", (11) siendo hoy día los dos productos de mayor cultivo por los habitantes de Cobán.

La fruticultura es también variada, pues se incluye la producción de durazno, banano, naranja y plátano.

"Se ha logrado aclimatar en Cobán, una fruta que dicen es de origen japonés, y que se denomina persimon o persimona, es un árbol que alcanza hasta cinco metros de altura, de regular follaje. Y el fruto cuando madura es de color rojo de tomate, sin semilla y de un sabor delicioso." (12)

Además de su riqueza agrícola se desarrolla el sector comercial, industrial y la producción minera, especialmente el plomo y el zinc.

Otro elemento de identidad del municipio es la industria de la artesanía, destacándose los tejidos, objetos de talabartería, trabajos de madera; en especial muebles y máscaras, sombreros de palma, cerería, pirotecnia, cerámica, y la industria artesanal, en la que sobresalen la orfebrería y platería.

En pequeñas fincas se destaca la crianza de ganado, ya sea en pequeños o medianos porcentajes.

(11) P. 4

(12) P. 2

Aspecto Político

La ciudad Imperial de Cobán está conformada políticamente en el orden jerárquico siguiente:

Gobernador
 Alcalde Municipal
 Tres Alcaldes Auxiliares
 Consejo Municipal formado por diferentes partidos políticos
 Dos Síndicos
 Siete Consejales Titulares
 Un Síndico Suplente
 Comandante de la Zona Militar No. 21
 Policía
 Párroco

Fuente: Depto. de Estadística.
 Gobernación Departamental.

Cobán cuenta con diferentes tipos de instituciones entre las cuales se citan las siguientes:

a. Instituciones Gubernamentales y Privadas

Gobernación Departamental
 Supervisión Departamental de Educación
 Dirección General de Bosques y Vida Silvestre
 Dirección General de Servicios Agrícolas
 Dirección General de Servicios Pecuarios
 Instituto Nacional de Transformación Agraria
 Hospital Nacional Heñen Lossi de Lauguerud
 Centro de Salud
 Centro de Desarrollo Urbano y Rural
 Comité de Reconstrucción Nacional
 Dirección General de Obras Públicas
 Dirección General de Caminos, Zona Vial No. 7
 Dirección General de Rentas Internas
 Zona Militar No. 21
 Guardia de Hacienda
 Policía Nacional
 Coordinadora Departamental
 Escuela de Enfermería
 Centro de Bienestar Social
 Programa Nacional de Educación Bilingüe
 Instituto Nacional de la Juventud
 Servicios de Telecomunicaciones
 Tribunal Supremo Electoral
 Empresa Guatemalteca de Telecomunicaciones
 Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica
 Instituto Nacional de Fomento Nacional

Unidad Ejecutora para Agua Potable
 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
 Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
 Comité Nacional de Alfabetización
 Sociedad de Beneficencia
 Fundación del Centavo
 Colegios Privados
 Asociación Radio Banda de Once Metros
 Bomberos Voluntarios
 Cruz Roja
 Programa de la Mosca del Mediterráneo
 Malaria
 Curia Eclesiástica
 Cooperativa de Ahorro y Crédito Cobán, R.L.
 Instituto Nacional de Cooperativas
 Fundación Desarrollo Empresarial
 Génesis Empresarial
 Indeca

Fuente: Depto. de Estadística Guatemala, C.A.

b. Instituciones No Gubernamentales

Fundabiem:
 Servicio de Bienestar
 Comité Nacional de Reconstrucción
 Aprofam
 Asociación del Desarrollo para América Central (ADEPAC)
 Centro Catequístico
 Comunidad Ong's y Medio Ambiente

Aspecto Cultural

En lo que respecta a Religión, en el municipio de Cobán se practican varias religiones predominando la católica, la cual se encuentra influenciada por la tradición colonial. Los Dominicanos marcaron su sello indeleble en las comunidades aborígenes.

En la Iglesia Católica existen varias organizaciones religiosas, denominadas Cofradías, cuyas fiestas y celebraciones reciben el enfónico nombre de "Pabaanc". en las mismas hay abundante música, platos típicos como el sacquic y otros, por ejemplo: el famoso caldo de chunto, que se acompaña con el Boj, bebida del lugar, hecha de guarapo de caña de azúcar con fermento de maíz.

En el transcurso del año la Iglesia Católica celebra varias fiestas religiosas, siendo las principales:

El seis de enero, se celebra el día de los Santos Reyes, la mayoría de los indígenas acostumbran a visitar El Calvario.

El quince de enero, se celebra con una misa el Día del Señor de Esquipulas, la cofradía respectiva celebra por tres días consecutivos y es visitada la imagen que se encuentra en El Calvario.

El cuatro de agosto. Día de Santo Domingo de Guzmán, se realiza una actividad con baile, bebida, comida típica, siendo bienvenida toda aquella persona que desee participar.

El ocho de diciembre, el día de la Virgen de Concepción.

El doce de diciembre, se celebra el día de la Virgen de Guadalupe, aparte de los servicios religiosos en honor a ella, la mayoría de los habitantes visten el tradicional traje típico. (13)

También son importantes las fiestas de los barrios de San Marcos, Santo Domingo, San Juan y Santo Tomás, cada una organizada por su cofradía. Entre otras actividades religiosas se incluye la celebración de la Semana Santa y Navidad.

En relación a usos y costumbres, "uno de los vestuarios más vistosos entre las diversas tribus que pueblan el territorio nacional, lo tienen las mujeres kekchies. (14)

En cuanto a los matrimonios entre la raza kekchí se conserva un sello típico ancestral, pues son los padres de los novios los que arreglan las uniones matrimoniales.

"Es muy corriente el uso de agua de maza conocida con el nombre de Raxucún, el pinol, la bebida llamada Batido, que fabrican del cacao y ofrecen a sus invitados en todas sus reuniones y fiestas religiosas en jicaras y guacalitos." (15)

Actividades Recreativas y Atractivos Turísticos

Toda la ciudad por su belleza es un sitio de recreación que cuenta con lugares turísticos como: San José La Colonia, Parque Nacional Las Victorias, El Calvario, Balneario Talpetate y Chichochoch, El Estadio Verapaz, etc.

(13) P.4

(14) P.2

(15) P.3

En el transcurso del año, la afluencia del turismo nacional e internacional es muy alta, pero se incrementa durante la realización de la Carrera Internacional, en el mes de mayo, y durante la celebración del festival folklórico en el mes de julio, lo cual no sólo es atractivo turístico sino recreativo.

El complejo deportivo del Instituto Nacional de la Juventud Altaverapacense, INJAV, es la institución que promueve recreación en los municipios de todo el departamento.

Entre otras instituciones que promueven recreación están: Los Grupos Scouts, Damas Guías, y algunas agrupaciones religiosas.

La población que vive dentro de la ciudad de Cobán conformando el área urbana, cuenta con los satisfactores de agua potable, luz eléctrica corriente alterna de 110 y 220 voltios, drenajes, etc., de manera que la mayoría de las casas cuentan con aparatos eléctricos.

La Ciudad cuenta con centros comerciales, supertiendas, abarroterías, restaurantes, cafeterías, gasolineras, diez agencias de bancos privados y estatales, trece grupos de Alcohólicos Anónimos, ocho iglesias católicas, catorce grupos juveniles católicos distribuidos en las diferentes iglesias.

Aspectos Educativos

Para su educación los habitantes de Cobán cuentan con 7 escuelas oficiales de nivel pre-primario y 11 privadas; para el nivel primario hay 81 escuelas oficiales y 12 privadas; para el nivel básico, una escuela oficial y 6 privadas; para el nivel diversificado, 3 escuelas oficiales y 7 privadas. En su totalidad, las escuelas oficiales son mixtas y algunas funcionan con las jornadas matutina y vespertina; las cuales no cuentan con material psicopedagógico adecuado y por lo general en la mayoría de ellas hay super población.

Fuente: Supervisión Educativa Departamental. Cobán, Alta Verapaz.

En Cobán sobresalen Profesionales: Abogados, Médicos, Odontólogos, Ingenieros, Arquitectos, Veterinarios y Contadores; en los últimos años se ha contado con la presencia de Psicólogos, las instituciones de Fundabiem y EDECRI han estado impulsando el papel del Psicólogo en la sociedad cobanera.

Servicios de Salud

Con respecto a estos servicios, Cobán cuenta con un Centro de Salud y cuatro puestos de salud, los cuales dependen administrativamente de la Jefatura del Área de Salud. Estos puestos se encuentran ubicados a distancias de Cobán Chitocán a 35 Kms., Secocpur a 47 Kms., Choval a 15 Kms. y Cooperativa Sachoc a 21 Kms.

El Centro de Salud de Cobán, está a cargo de un médico que realiza las funciones de Director, cuenta con una Enfermera Profesional, tres Auxiliares de Enfermería, un Odontólogo, dos Técnicos ISA (Inspectores de Saneamiento Ambiental), Secretario, dos conserjes y operativos. Entre los programas está el monitoreo de crecimiento y desarrollo en base a peso y talla, atención a madres lactantes, control prenatal, programas TRO (Tratamiento de Rehidratación Oral), inmunización y programa profiláctico.

Los puestos de salud están a cargo de un auxiliar de enfermería quién es encargado de cubrir los programas que están a servicio de los pobladores. Entre los programas están: atención a menores de quince años, control prenatal y cubriéndose principalmente primeros auxilios.

Fuente: Secretaría Centro de Salud de Cobán, A.V.

"La mayoría de la población rural, se encuentra conformada por grupos autóctonos kekchies y pocomchies, que son personas humildes y aún conservan la religión de los frailes Dominicanos, si no en su totalidad en un alto porcentaje. Cultivan la música con arte admirable y encantador; expresan sus sentimientos por medio del violín, marimba, arpa y chirimía." (16)

Viven agrupados en pequeños poblados aislados como caseríos, aldeas y fincas de difícil acceso entre el sistema montañoso de la región, constituyendo comunidades menores de habitantes, cuyos hábitos y costumbres son ancestrales y las condiciones de vida no llenan los requisitos mínimos necesarios para la supervivencia: mala vivienda, hacinamiento, falta de servicios básicos de salud, educación, etc. La alimentación consiste en la triada: maíz, frijol y chile, algunas veces raíces vegetales, practicando el monocultivismo, sin técnicas agrícolas apropiadas; un analfabetismo de más de 50%.

En relación a la vivienda los indígenas viven en ranchos con paredes de guarumbo a lo que ellos denominan bach ya sea de tañil o madera, techo de paja y piso de tierra. Por lo general cada rancho está dividido en dos secciones; una habitación donde duermen todos los miembros de la familia, en camas de madera y varas y una cocina en la cual únicamente se encuentra una mesa de madera con una piedra de moler, una fogata con piedras alrededor de ella y una especie de repisa (tapesco) donde se colocan los utensilios domésticos.

1.2 DESCRIPCION DEL ORGANISMO REQUERIENTE

Ubicación del Hospital en la Organización Departamental.

El hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud de Cobán, Alta Verapaz, fue planificado para que funcionara con 300 camas, actualmente están habilitadas, y se encuentran distribuidas en los diferentes servicios. El Hospital fue construido en la Cabecera Departamental y presenta los servicios básicos de hospitalización de Medicina, (hombres y mujeres), Cirugía (hombres y mujeres), Pediatría, Obstetricia y Ginecología.

La población atendida en su mayoría es altaverapacense con mayor afluencia de la población de origen indígena; aunque fue diseñado como Hospital Regional, ya que a él acuden habitantes de departamentos vecinos como Baja Verapaz, El Quiché, El Petén, Izabal, etc. Además presta servicios de Odontología, Oftalmología, Consulta Externa y Emergencia.

Reseña Histórica del Hospital

"El Hospital de Cobán, se fundó en el año de 1879, su primer director en aquel entonces, fue el Lic. Don Jacinto Córdoba González. En esa época, la persona que gobernaba el departamento, era el señor Luis Torres y el Alcalde Municipal, Don Jacinto De Arreaga" (17), y quien gobernaba el país era el Lic. Manuel Estrada Cabrera.

Tomando en consideración la labor humanitaria de la madre del presidente, que se canalizaba o proyectaba preferentemente hacia los pobres y los niños, en esa época el Hospital fue bautizado como Hospital Joaquina, nombre que correspondía a la madre del Licenciado Estrada Cabrera.

A la caída del gobierno del Lic. Estrada Cabrera, y ya en época del General Jorge Ubico, siendo director del Hospital el Señor Manuel Hernández, el edificio sufrió algunas reformas, tanto en la infraestructura como en lo administrativo, desapareciendo el nombre de Hospital Joaquina.

En el año de 1966, el Dr. Alfonso Ponce Archila, quien desempeñó el cargo de Ministro de Salud, dándose cuenta del estado calamitoso del edificio y la promiscuidad en que se encontraban los pacientes, debido a su elevado número y lo ya insuficiente del local, colocó la primera piedra, de lo que hoy es el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz.

Pero lamentablemente por diversas circunstancias, en el año de 1968, la obra fue suspendida. (18)

"El pueblo cobanero, sin embargo, clamaba por la continuación de los trabajos de dicha obra, por lo que se integró un comité presidido por el Dr. Julio Cesar López Estrada, quien gestionó ante el entonces Ministro de Salud Dr. José Trinidad Uclés, lográndose con ello que el Presidente de la República, General Carlos Arana Osorio, ordenara el seguimiento de la obra, reiniciándose el 16 de febrero de 1974, dándosele el mayor impulso, aunque no se concluyó. Luego, durante el gobierno del General Kjell Eugenio Laugerud García y el entusiasmo de su señora Hellen Lossi de Laugerud, concluyeron la obra, la cual a la fecha aporta enormes beneficios a la población Norte de la República de Guatemala." (19)

(17) P. 9

(18) P. 11

(19) P. 12

Clasificación del Hospital

- Según sus servicios es un Hospital General completo, debido a que posee los cuatro servicios básicos de: Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia.
- Según su Estancia: Es un hospital para agudos, en base a que el periodo de estancia es inferior a 30 días.
- Según su Dependencia: Es oficial y gubernamental.
- Desde el punto de vista arquitectónico: Es monobloque horizontal.
- Según el Cuerpo Médico: Es un hospital cerrado, debido a que no admite médicos de cortesía.
- Docencia: Es un hospital docente, de Pre-Grado, (facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala).
- De acuerdo a su capacidad: Es un hospital mediano (Tipo II) debido a que cuenta con 300 camas.
- De acuerdo a su área de influencia: Es un hospital regional, ya que fue diseñado como centro de Referencia dentro de la Región Norte de la República de Guatemala.

Objetivos del Hospital

- Efectuar la instrumentalización de la atención que el Hospital Regional de Cobán, presta a la comunidad.
- Aplicación de conocimientos, sobre instrumentalización de Hospitales, adquiridos en la Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela.
- Contribuir con el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz en la determinación de la utilización de sus recursos y el rendimiento del mismo, a fin de establecer estrategias que contribuyan a mejorar la atención a la comunidad. (20)

Estructura por Departamentos

Departamentos Generales:

Dirección

(20). P.45

Administración
 Mantenimiento y saneamiento
 Alimentación y dietética
 Lavandería, costurería y ropería
 Almacén
 Farmacia

Departamentos Intermedios

Radiología
 Laboratorio Clínico
 Central de Equipos y Esterilización (Area Quirúrgica)
 Labor y Partos
 Sala de Operaciones (Area Quirúrgica)
 Enfermería
 Servicio Social
 Registros Médicos
 Transporte
 Recién Nacidos

Departamentos Finales

Hospitalización Medicina:

Sección de Hombres
 Sección de Mujeres

Hospitalización Cirugía:

Sección de Hombres
 Sección de Mujeres

Hospitalización Obstetricia
 Hospitalización Pediatría
 Emergencia

Consulta Externa cuenta con clínicas de: Medicina, Cirugía, Pediatría, Oftalmología, Odontología. (21)

El Hospital Regional cuenta con un Director, personal médico y paramédico, trabajador social, oficinistas, personal de cocina, guardería, mantenimiento, lavandería, conserjes, etc.

(21) P. 28

Para este E.P.S. fue de interés cubrir ciertas necesidades de la población que demandaba los servicios en los departamentos de Recién Nacidos, Maternidad, Pediatría y Consulta Externa, por lo que se hace una descripción de cada uno de estos departamentos.

Departamento de Recién Nacidos

Según la enfermera jefe de este departamento, Recién Nacidos está dividido en cuatro áreas:

Alto Riesgo: Se ubica a los niños delicados, prematuros o que han presentado problemas en su nacimiento como asfixia perinatal, cianosis, etc.

Transición: Se ubica a los niños que no pueden estar junto a su madre por diferentes motivos como madres a las que hubo necesidad de realizar cesárea, madres con complicaciones, etc.

Céptico: Se ubica a los niños que ingresan al hospital porque han nacido en condiciones no adecuadas en la calle, o que presentaron algún tipo de problema y no fueron atendidos debidamente.

Post-parto: Se ubica a los niños que han nacido en buenas condiciones y pueden estar con su madre.

Diariamente nacen de quince a veinte niños. el médico inmediatamente le hace un examen físico y neurológico por medio de la evaluación del apgar. Al tener más de setenta y dos horas de estar en esta área, los niños son trasladados a Pediatría. Los siguientes requisitos son necesarios para ingresar al área de Recién Nacidos; debe existir una razón justificada, lavarse las manos, usar bata y evitar el manipuleo de los niños.

En los últimos meses de Junio y Julio de 1993, se presentó un síndrome diarreico en todos los niños recién nacidos, por lo que las órdenes de entrada eran restringidas.

Personal con que cuenta el Departamento de Recién Nacidos:

- 1 Médico Jefe Permanente
- 1 Médico que rota cada dos meses
- 1 Enfermera Jefe
- 5 Auxiliares de Enfermería
- Servicios de dietas
- Conserje

El Médico jefe realiza una visita diaria. La enfermera Jefe tiene turnos de lunes a viernes por las mañanas y las enfermeras auxiliares turnos rotativos, cubriendo mañana, tarde y

noche. La sección de recién nacidos, no cuenta con manual informativo sobre el servicio y sus objetivos.

Sección de Maternidad

La sección de maternidad está dividida en cuatro áreas: área de post-parto por cesárea, área de post-parto normal, área de complicaciones ginecológicas, como abortos; área de complicaciones de alto riesgo, como problemas de útero o uterinas.

Según observaciones en la visita de reconocimiento al Hospital Regional y por información de la enfermera jefe de esta sección, podemos decir que cuenta con 37 camas, enumeradas de la siguiente forma: área post-operada de la cama 1 a la 12, área post-parto de la cama 13 a la 24, área complicaciones ginecológicas de la cama 25 a la 36, área de aislamiento cama 37.

En el área de aislamiento y observaciones se colocan a pacientes con cambios de conducta o por herida infectada.

Personal con que cuenta la sección de maternidad:

- 1 Jefe Médico Obstetra
- Médico de servicio con turnos rotativos
- 1 Enfermera Jefe
- 5 Auxiliares de Enfermería
- 2 Encargados de dietas
- 1 Conserje

El médico realiza su visita médica de 08:00 a 12:00 a.m.; en el horario de 01:00 a 04:00 p.m., hay un médico de turno y otro de 04:00 a 08:00 p.m.

La enfermera Jefe tiene turnos de lunes a viernes de 07:00 a.m. a 02:00 p.m.

Las auxiliares de enfermería tienen turnos rotativos cada turno es de 6 horas y velas de 12 horas. En cada turno sólo se cuenta con una enfermera para cubrir la población.

El servicio de maternidad cuenta únicamente con un manual instructivo para enfermeras en la que se describe una serie de normas para el trato con el paciente.

Departamento de Pediatría

Este departamento cuenta con un manual de normas de atención y procedimientos administrativos, de donde se obtuvo cierta información, así como la proporcionada por la enfermera Jefe de esta sección, y la observación directa que se realizó durante la visita de reconocimiento. Entre sus objetivos se encuentran:

Brindar atención médica y de enfermería oportuna y libre de riesgos que ayude a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del niño para lograr su pronta recuperación.

Planear programa de educación para el personal, niños y familia.

Que cada niño reciba atención pronta, oportuna y libre de riesgo durante las 24 horas.

Mantener ambiente que contribuya a dar un buen servicio, establecer satisfacción en el trabajo y elevar la moral del personal.

Ayudar, apoyar y fomentar el cumplimiento de todas las normas del hospital.

Cooperar con los otros departamentos del hospital, para lograr el bienestar de los niños y personal.

Cooperar con todos los miembros del equipo de salud para lograr el bienestar de los niños." (22)

El Departamento de Pediatría está ubicado en el costado norte del edificio del hospital, comprende las secciones de Primera y Segunda Pediatría, Unidad de Tratamiento Intensivo y Traumatología.

Primera Pediatría

Ingresan niños en las edades de cero a tres años de edad (23), las principales causas de morbilidad que se atienden son: Bronconeumonía, neumonía, diarrea, síndrome de desnutrición y enfermedades infecto-contagiosas. En esta sección se ubica mensualmente un promedio de doce pacientes, algunos han sido abandonados por sus padres.

La primera pediatría comprende dos salas generales, donde se ubica a niños con Síndrome Diarréico, Hidrocefalia, Bronconeumonía, etc.

En la sección de Hidratación y observación se ubica a niños deshidratados, niños que son ingresados con el fin de observar la evolución de la enfermedad y sus síntomas, en la sección de aislamiento se ubica a niños con enfermedades infecto contagiosas.

Segunda Pediatría

Ingresan niños de 3 a 12 años cumplidos (24), las principales causas de morbilidad

(22) P. 5

(23) P. 6

(24) P. 6

que se atienden en esta sección son: Abscesos, enfermedades comunes como dolor abdominal. El promedio de encamamiento para esta sección es de 15 pacientes.

La segunda pediatría comprende dos salas generales en donde hay niños con enfermedades ya mencionadas; una sección de Cirugía ubicándose en ella pacientes en su fase pre y post operatoria. Las referencias más comunes son hernia y apendicitis.

Unidad de Tratamiento Intensivo

En esta sección se atiende todo tipo de pacientes en un estado crítico; ubicándose lo que es cirugía, traumatología y medicina; se atienden generalmente, problemas de bronconeumonía, epilepsia, reactivación bronquial, problemas pulmonares y amebiasis. En esta sección se atiende diariamente un promedio de cinco pacientes.

Traumatología

Se atiende todo tipo de fracturas. Las edades de los pacientes que con mayor incidencia son ubicados en esta sección, oscila entre 6 y 12 años, principalmente del sexo masculino.

La población promedio que se atiende mensualmente en todo el departamento de Pediatría es de 85 a 95 casos, en su mayoría de origen indígena. En época de cosecha, el porcentaje de población atendida disminuye. A los padres de familia se les dificulta traer a sus hijos debido a la distancia, además es cuando ellos tienen la oportunidad de obtener un mayor ingreso económico. "La capacidad de encamamiento de Pediatría es de 60 cunas distribuidas así: primera pediatría 16, aislamiento 6, segunda pediatría 20, cirugía 8, traumatología 4 y terapia intensiva 6. Las cunas de observación e hidratación no son contables." (25)

Para la atención de niños con enfermedades infecto-contagiosas existen normas: El niño que ingresa con alguna enfermedad infecto-contagiosa, es sometido a técnicas de aislamiento; se debe efectuar un lavado de manos estricto y eficaz, antes y después de proporcionar un cuidado personal al niño.

El material o equipo que se utiliza con este tipo de pacientes debe desinfectarse adecuadamente o esterilizarse después de que se ha utilizado (de ser posible utilizar equipo desechable). Toda persona que brinde cuidado a estos niños, debe utilizar batas protectoras. (26).

El Departamento de Pediatría cuenta con el siguiente personal:

(25) P. 6

(26) P.45.

- 1 Jefe médico Pediatra con turno de 08:00 a.m. a 02:00 p.m
- 4 Médicos Pediatras que asisten de 08:00 a 12:00 a.m. y cubren turnos de 04:00 p.m. a 08:00 a.m.
- 9 Enfermeras Graduadas o Profesionales que cubren turnos rotativos de 07:00 a.m. a 01:00 p.m., de 01:00 a 07:00 p.m. y de 07:00 p.m. a 07:00 a.m.
- 19 Auxiliares de enfermería que también cubren turnos rotativos.
- 4 Conserjes
- 2 Encargadas de lactario
- 2 Encargadas de dietas.

Todo el personal está obligado a participar en las reuniones a que convoque la Dirección y el Departamento de Enfermería. Una vez al mes hay reunión con enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería.

Departamento de Consulta Externa

Por referencia de la enfermera jefe de este departamento se sabe que Consulta Externa del Hospital Hellen Lossi de Laugerud, presta los servicios de Traumatología Gineco-Obstetricia, Medicina y Oftalmología. Cada servicio tiene designada una clínica.

Para ser atendidos los pacientes deben pasar a recepción, donde se llena su papelería. Si es primera consulta, deben dirigirse a servicios y tratamiento ambulatorio. Aquí se llenan sus signos vitales y luego pasa a la clínica de clasificación, donde se documenta a la persona, orienta y se le asigna a la clínica correspondiente, de acuerdo a su necesidad.

La sección de Pediatría cuenta con una clínica para consulta externa, atendiéndose a niños recién nacidos a catorce años. Asisten a consulta general y se monitorea el desarrollo en base a peso y talla.

El horario de atención es de 07:00 a.m. a 12:00 p.m. La población promedio que se atiende en consulta externa de pediatría es de quince casos. La mayor incidencia de referencias son diarrea, alergias y parásitos.

El paciente es citado cada 15 días, al egresar de Pediatría se le da su número de historia clínica. Al asistir a consulta externa se busca su papelería, la cual pasa al servicio para continuar tratamiento, en dicho expediente se coloca la evolución del caso, hora y fecha de consulta.

Personal con que cuenta Consulta Externa de Pediatría:

Un médico que rota mensualmente, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, enfermera graduada, exclusiva para este servicio.

Debido a que hay escasez de personal, todo el servicio de consulta externa cuenta con:

- 1 Médico Jefe
- 1 Médico rotativo cada semana
- 1 Oftalmólogo
- 1 Odontólogo
- 1 Traumatólogo
- 1 Enfermera Profesional Jefe
- 3 Enfermeras Auxiliares
- Estudiantes de medicina
- Estudiantes de enfermería

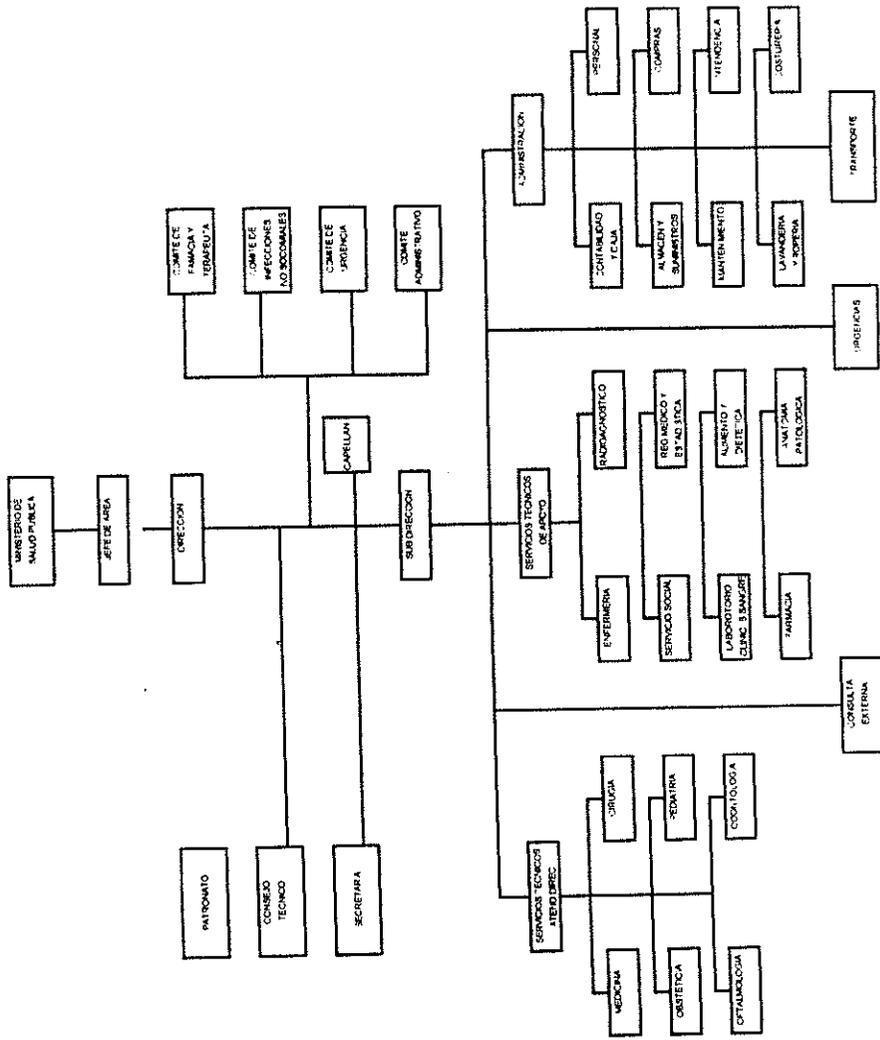
Cuadro que muestra la población atendida en consulta externa de pediatría, en el mes de junio de 1993. Información tomada del Departamento de Estadística del Hospital Regional.

EDADES	CANTIDAD	CONSULTA
De 28 Días	22 casos	
De 28 Días a 12 Meses	51 casos	
De 1 a 4 años	98 casos	
De 5 a 14 años	97 casos	
Menores de 28 Días	4 casos	Consulta General
Menores de un año	48 casos	Consulta General y Control del niño
De 1 a 4 años	138 casos	Consulta General y
	4 casos	Control del niño
De 5 a 14 años	168 casos	Consulta General

El área de Consulta Externa no cuenta con un manual informativo de servicio y sus objetivos.

En la fecha en que se llevó a cabo la visita de reconocimiento, se estaba reorganizando y modificando la Sección de Consulta Externa del Hospital Regional.

HIRCAV.



1.3 ANTECEDENTES DE TRABAJO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN

En el primer semestre del año 1993, por primera vez en Guatemala la Psicología intervino dando su aporte en el área de Pediatría del Hospital Regional de Cobán, A.V. Este primer trabajo fué llevado a cabo por la epesista de psicología Hortence Elizabeth Stokes Brackett.

Parte de su trabajo fué instalar un programa de atención psicológica para niños hospitalizados ebido a que el personal que labora dentro de la institución evidenció la manifestación de conductas depresivas en los niños.

Para ello hubo una fase de rapport con los niños para luego iniciar la fase de evaluación; a la vez, brindó estimulación temprana a niños con carencia psicomotriz, apoyo psicológico a padres de familia y orientación al personal y padres de familia sobre el manejo del niño hospitalizado.

Realizó un estudio entre los padres de familia en relación a los patrones de crianza que existe en dicha población.

El presente proyecto de E.P.S. ejecutado dió continuidad al trabajo realizado por la anterior epesista de Psicología.

1.4 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS

La Ciudad Imperial de Cobán, por contar con una población en su mayoría indígena, población de descendencia Kekchi y Pocomchi, presenta una variada configuración de creencias. En el ámbito de la salud, tienen por costumbre, utilizar las hierbas o montes como procedimientos curativos para la familia. Utilizan el Bacché, que es una hoja que usan para calmar el dolor de estómago, en especial su fin es curar las amebas; el tielcualbac, sirve para las fracturas; las hojas de Apazote y el Ajo son útiles para el ataque de lombrices. Parte de la población no acude a los servicios del hospital, y solicitan el servicio sólo en casos de emergencia.

Al departamento de Pediatría ingresan mensualmente entre 85 y 95 pacientes. Este dato se obtuvo mediante observación y consulta del libro de ingresos. Las condiciones físico-ambientales de esta área se muestran poco favorables para el desenvolvimiento eficaz de un programa curativo. El ambiente que se respira es frío, desolado, poco motivador y atractivo para ser un ambiente de trabajo y atención a niños.

Entre las cinco principales causas de mortalidad infantil que se presentan en el Hospital Regional de Cobán, se encuentran: prematuridad, bronconeumonía, sepsis, encefalopatía e ictericia. Las cinco principales causas de morbilidad infantil son: infección respiratoria superior, parasitismo, sarcoptiosis, bronconeumonía y diarreas. (Información obtenida en un trabajo de investigación interna, hecha por el Doctor Carlos Rodolfo Wohlers.)

Asimismo, se da el caso de niños que nacen con daño establecido, que son afectados por trastornos cromosómicos de diferente tipo; entre ellos el Síndrome de Down y anomalías craneales como microcefalia. Durante el parto hay niños que nacen con algún tipo de riesgo como Hipoxia Neonatal, Aspiración de Meconio e Ictericia. Hay presencia de niños con estados de Desnutrición y Convulsiones Febriles.

Cuando un niño nace con problemas, el personal médico y paramédico no brinda la información correcta a la madre y ningún tipo de apoyo emocional, lo que ocasiona desorientación en los padres de familia, principalmente en la madre quién permanece la mayor parte de tiempo cerca del niño.

Casos como estos necesitan ser atendidos tempranamente a fin de minimizar los efectos incapacitantes de las deficiencias que presentan. El hecho de no darles la estimulación adecuada que se merecen los niños que nacen con riesgo repercute más adelante en su desarrollo y afectan al niño posteriormente en su integración a la sociedad y al ambiente escolar.

Por otra parte, existe la problemática del niño hospitalizado quien presenta un sin número de trastornos emocionales tales como sentimientos de tristeza, inseguridad, baja autoestima, carencia de afecto, etc; esta situación se presenta al principio y en el transcurso de

la hospitalización; considerándose que la causa principal es la separación de los padres y el ambiente familiar. El apoyo emocional que se le dé al paciente va a permitir aumentar las probabilidades de recuperación del problema que presente; el hecho de no dársele podría desencadenar una problemática mayor. Al brindarle apoyo y orientación a los padres de familia, facilitará que se interesen y preocupen manifestando muestras afectivas a sus hijos.

En el departamento de Pediatría no existe un aula o salón de juegos que facilite a los niños una estancia de agrado en donde se cubran sus necesidades lúdicas, evitándose el permanecer postrados en una cama. A través de un ambiente acogedor y de juego, es posible minimizar los problemas emocionales y la presencia de grados de depresión que puedan presentarse en el niño; evitándose con ésto que la estancia en el hospital pueda colocar al niño en riesgo de una aguda perturbación emocional que puede tener consecuencias a largo plazo.

Muchos de los padres de familia, no cuentan con un plan educacional que los oriente en relación al desarrollo del niño y la importancia de los hábitos de higiene y alimentación, etc. Esta falta de orientación trae como consecuencia que se incremente el porcentaje de desnutrición, parasitismo, y diarrea en la población infantil.

Haciendo una síntesis de las condiciones económicas por las que atravieza el Hospital Regional de Cobán, A.V., es de reconocer que es una limitante para cubrir satisfactoriamente la demanda de quienes solicitan el servicio.

El personal médico y paramédico es escaso en relación al porcentaje de la población que acude a los diferentes servicios; de esto surge una sobrecarga de trabajo que facilita el manejo de stress y ansiedad que no permite el desenvolvimiento satisfactorio en las labores a desempeñar.

Ante la presencia de los problemas planteados es necesario e importante continuar con el apoyo del programa psicológico hacia el niño hospitalizado, así como a padres de familia y, a la vez, hacia el personal de enfermería servicio que fué iniciado por la anterior epesista y al que se le dió continuidad.

CAPITULO II

2. ABORDAMIENTO CIENTIFICO DE LAS BASES TEORICO-METODOLOGICAS:

EFFECTOS DE LA HOSPITALIZACION Y LA ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS

"Existe el acuerdo general de que el impacto de la hospitalización y la enfermedad va de ligero a grave, la primera provoca un grado variable de incertidumbre y aprensión en el niño". (27)

En la mayoría de los hospitales, los médicos centran su preocupación en los síndromes y en la enfermedad física, pero prestan muy poca atención a las perturbaciones psíquicas derivadas de los tratamientos médico quirúrgicos.

Cuando el niño es hospitalizado ocurren con frecuencia cambios en su conducta, la mayoría de las veces la separación de la familia resulta traumatizante, pero también para algunos podría constituir nuevos tipos de relación, sociales y culturales desconocidos a veces por el niño. "En el hospital se generan ansiedades por la exposición a lo nuevo, gente y actividades que le extrañan y cuya adaptación resulta dificultosa" (28) Es enorme la cantidad de personas que laboran en un hospital, en cada turno se presencian personas nuevas y diferentes, lo que hace generar ansiedad al niño. "La hospitalización puede ocasionar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación: gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital, etc. o bien reacciones que pueden aparecer después de la hospitalización, actitudes de castigo, de rechazo o de regresión, problemas alimenticios, perturbación del sueño, regresión esfintereana, estados depresivos o trastornos del comportamiento como iras y rabietas". (29) Hay casos de niños aislados que permanecen en cama, y que se vuelven inmóviles y callados, rehusándose a comer y con la mirada perdida. Son frecuentes también las descripciones de niños que despiertan con pesadillas y que no quieren permanecer solos. Se sabe de algunos niños que presentan regresiones en el desarrollo que incluyen la pérdida de habilidades higiénicas y sanitarias, neuromusculares, sociales y de madurez emocional.

Algunos actúan en forma resentida contra sus compañeros, reaccionando en forma de ira. Otros presentan grandes rabietas, se aferran a los adultos protestando enérgicamente cuando los sueltan. Surgen también actitudes rebeldes rehusándose a tomar los medicamentos, a dejarse inyectar, seguir las indicaciones médicas o permanecen inquietos para la toma de rayos X.

(27) P. 193

(28) P. 48

(29) P. 847

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Hay niños que si cooperan, pero se sienten temerosos ante lo que se les va a hacer o aplicar. Hacen preguntas, lo que denota la confusión que sienten y la falta de conocimiento.

Algunos niños presentan una serie de trastornos biológicos y psíquicos muy graves que los conduce a un estado de perpetuo desinterés por su cuerpo, esto debido a que la hospitalización siempre altera el modo de vida normal del niño.

La hospitalización a largo plazo conlleva problemas graves, puede dar lugar a una privación emocional grave: en grandes instituciones, especialmente, los niños presentan depresión crónica y aislamiento que a menudo origina relaciones sociales superficiales, conceptos temporales distorsionados, capacidad limitada para el aprendizaje, disminución de la resistencia a la enfermedad, conducta rebelde o antisocial. Se ha demostrado que la hospitalización puede causar desequilibrios emocionales que duran de seis o más meses, sobre todo en niños menores de cuatro años.

"Cuando la internación tiene lugar durante el primer año de vida, la expresión que surge de la criatura es de tristeza, apatía, falta de respuesta a los estímulos, pérdida de peso, propensión a enfermedades y retraso del cociente de desarrollo". (30)

Cuanto más pequeño es el niño, más serias son las consecuencias de estos problemas, que pueden llegar a ser irreversibles. "El ambiente hospitalario es frío y poco familiar, cargar y acariciar al niño puede ayudar a disminuir las molestias y el temor que representa la hospitalización" (31).

En los niños de edad escolar puede presentarse una leve regresión y ansiedad con respecto del funcionamiento de determinados órganos. Las reacciones de los niños ante la hospitalización dependen de diversos factores los cuales perturban el proceso de adaptación del paciente:

- a. **Exógenos:** Actitud de los padres, cantidad y calidad de experiencias hospitalarias y duración de las mismas.
- b. **Endógenos:** Caracteres físicos y de la personalidad, aptitudes del niño, capacidad de enfrentar la situación, edad, inteligencia, naturaleza de la enfermedad y capacidad de adaptación.

Entre los primeros factores se considera la actitud de los padres frente a la hospitalización como el más importante, debido a que crea las condiciones emocionales en el niño e influye así en el tono que adoptarán sus respuestas.

(30) P. 236

(31) P. 520

Las Experiencia hospitalarias previas influirán en el niño por la manera en que el hospital manejará los problemas emocionales y cuál es la actitud y conducta del personal para atenderlas.

En un país como el nuestro, las condiciones ideales de planta física se cumplen escasamente, de manera que el acondicionamiento ambiental a nivel humano de calidez, comprensión y respeto del niño debe ocupar un lugar importante, así como la actitud del personal que lo rodea, debe contribuir a atenuar los efectos de esta situación difícil por la que atraviesa el niño.

Dentro de los factores endógenos son importantes las características físicas y personales del niño, un niño bien parecido, atractivo y desenvuelto tendrá una experiencia hospitalaria distinta de la de aquel niño feo e introvertido, debido a las respuestas que recibe en función de la simpatía que despierta.

"Los conceptos de los niños sobre su dolor y enfermedad pueden también estar distorsionados y conducir a la confusión, pánico y culpa." (32) "El niño puede sentir su enfermedad como un suceso místico o relacionarlo con algo malo que ha hecho. Puede sentir la hospitalización como castigo por mala conducta e incluso por malos pensamientos." (33)

Informar al niño previamente sobre su tratamiento médico puede que sienta miedo o ansiedad pero nunca presentará el mismo número de complicaciones que aquel que no lo está. "La preparación es siempre un asunto difícil ya que hay muchos factores implicados tales como: edad, razón de la hospitalización, personalidad de los padres, duración de la estancia. Es más fácil preparar a un niño mayorcito con el que es posible razonar." (34) La preparación es más eficaz si se efectúa a través de los padres, asegurándole al niño que estarán en contacto con él y que retornará a su casa lo más pronto posible, cuando se encuentre bien.

Al presenciarse los efectos de la hospitalización sobre los niños, se ha observado un sin número de experiencias; por ejemplo, el no darse una intervención psicológica, puede colocar al niño en riesgo de una aguda perturbación emocional reactiva que puede tener consecuencias a largo plazo.

A continuación mencionaremos algunos de los trastornos y síntomas a tratar con técnicas psicoterapéuticas en el ambiente hospitalario de Pediatría.

(32) P. 195

(33) P. 195

(34) P. 234

TRASTORNOS DEL CONTROL ESFINTERIANO

Enuresis o incontinencia de orina

La enuresis es la falta de control en la emisión de la orina, la cual puede aparecer durante el día o la noche, de forma inconsciente e involuntaria, y que se mantiene o aparece pasada la edad de adquisición normal, después de los 6 años de edad.

"La enuresis puede ser primaria o secundaria. El niño padece enuresis primaria cuando nunca ha conseguido alcanzar el control, y enuresis secundaria, si después de adquirir un control prolongado (próximo a un año), vuelva a dejar de controlar. Las causas pueden ser múltiples y tienen que ser vistas en relación con cada niño, según su personalidad y trastornos afectivos. No obstante en cualquier caso está anunciando a modo de síntoma que algo no funciona bien y que el niño necesita ayuda." (35) La enuresis es uno de los síntomas más comunes de los problemas emocionales de la niñez. Muchos lo utilizan para reclamar la atención y mostrar la necesidad de ayuda.

"La enuresis, a pesar de su frecuencia, es uno de los síntomas de origen emocional más difíciles de clasificar y de sistematizar con exactitud. Se presenta en algunos niños que tienen escasas manifestaciones adicionales de dificultades emotivas, pero también existe en niños sumamente perturbados." (36)

El síntoma enurético no siempre obedece a un mismo tipo de trastorno emocional, sino que pueden ser distintos conflictos internos lo que lo hagan aparecer.

Lo frecuente es que el síntoma revela un conflicto emocional más o menos serio que es en definitiva lo que deberá resolverse.

Encopresis

"Evacuación intestinal parcial o total que tiene lugar pasada la edad normal de control, siempre que no sea debido a algún tipo de afección orgánica." (37) Al igual que la enuresis, la encopresis puede ser primaria o secundaria. En su forma primaria, el niño nunca ha dejado de ensuciarse; al menos por un tiempo suficientemente largo como para que pueda considerarse que ha alcanzado un control.

En la secundaria, aparece una encopresis que coincide a menudo con un factor desencadenante, alejamiento de la madre, operaciones o internamiento del niño o de uno de los padres, modificaciones de la estructura familiar (muertes o nacimiento de un hermano) entrada en la escuela, etc. (38)

(35) P. 40

(36) P. 76

(37) P. 40

(38) P. 42

Los niños encopréuticos padecen en general un tipo de trastorno de la personalidad con características comunes a todos ellos. Presentan dificultades en el manejo de la agresión, son muy dependientes y toleran mal las frustraciones. Presentan dificultad de relación con la madre y acostumbran ser ansiosos e indecisos.

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Constipación: "Es la retención fecal, cuando no existen anomalías anatómicas, ni causas dietéticas especiales. Aparentemente no es un problema importante. La retención fecal tiene sus orígenes en causas de tipo psicológico." (39)

Asma: Es más un síntoma que un estado patológico; en particular se caracteriza por la falta de entrada y salida de aire en los pulmones que produce respiración de tipo sibilante. "El factor emocional importante del asma psicofisiológica es el apego íntimo pero ambivalente del niño a la figura materna." (40)

El niño de una manera inconsciente teme que ésta intimidad cese y que su madre lo abandone. El niño puede sufrir un ataque de mal asmático siempre que circunstancias externas amenacen con separarlo de la madre. El tratamiento cuando está indicado, debe orientarse hacia la correlación de todos los problemas emocionales que aparezcan.

Entre otros síntomas psicósomáticos, se pueden mencionar dolor abdominal, taquicardia con componente casual psíquico.

TRASTORNOS INCAPACITANTES DE LA PERSONALIDAD

Timidez: Para que sea considerada como un trastorno, debe darse una persistente y excesiva disminución de la familiaridad en contacto con extraños de severidad suficiente como para interferir en la relación afectuosa y satisfactoria con miembros de la familia y otros cuidadores. En estos niños persiste una conducta de rechazo. "El rechazo de la socialización adecuada a la edad y la estimulación educativa puede crear sentimientos de aislamiento y depresión. Al tener pocos contactos las expresiones son muy limitadas, lo que provoca falta de confianza en sí mismo." (41)

Introversión: "El niño introvertido tiene pocos deseos de relación social, gusta de la soledad y prefiere la compañía de otros más pequeños o menos dotados." (42)

(39) P. 42

(40) P. 157

(41) P. 50

(42) P. 76

El curso de la enfermedad no es claro, algunos progresan y serán sociales al llegar a la adolescencia; mientras que en otros puede persistir el retraimiento y el aislamiento. Debido a este carácter puede que más adelante se presenten problemas en el aprendizaje escolar.

Estados de ansiedad: "Se caracterizan por sentimientos subjetivos de angustia, con manifestaciones somáticas como sudoración, taquicardia, a veces cólico abdominal que aparecen sin causa identificable." (43)

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Insomnio: Puede tratarse de dificultades para conciliar el sueño o de despertarse durante la noche; estos síntomas pertenecen casi siempre al contexto de una perturbación familiar. En el niño de cero a tres meses, el insomnio puede estar relacionado a una mala aplicación del régimen alimenticio. "Igualmente, puede estar emparentado con excitaciones cutáneas insuficientes, con unas hiperestimulaciones de una madre ansiosa, o a una falta de estimulación por una madre deprimida o fóbica. Una determinada sensibilidad constitucional del niño, la asfixia u otro traumatismo del parto, también pueden contribuir a la persistencia del despertarse durante la noche, al fracaso de la regulación." (44)

A partir de los cinco años estas anomalías, si se presentan de forma persistente, son síntoma de una perturbación de la personalidad, cuyo significado será distinto según el niño, por lo que deberá estudiarse cada caso en particular.

Los miedos: "Son diferentes según la edad. Comienzan entre los dos años y medio y los tres años, y se mantienen hasta los cinco o más. El niño pide tener la luz encendida aún cuando a veces se contenta con apagarla, pero teniendo un interruptor al alcance de la mano." (45)

Hacia los tres años y medio tendrá talves miedo de ver animalitos en la cama, mientras que a los cinco y medio, creará ver animales salvajes en la habitación. Hacia los seis, especialmente las niñas, temen que alguien se oculte bajo la cama; hacia los siete, talvez tenga miedo a las sombras, que le parecerán espías o fantasmas y quizá crea que hay ladrones escondidos en el armario.

Terrores Nocturnos: Es otro de los trastornos del sueño. "El niño, después de algunos pequeños gritos, se levanta o se sienta en su cama, su cara está angustiada, grita, gesticula, se agita, hace como si se defendiera; como si viviera una representación terrorífica; no reconoce a las personas

(43) P. 77

(44) P. 166

(45) P. 168

le le entornan pero reacciona más o menos a los intentos de reconfortarle; cuando el terror se acaba, el niño vuelve a dormirse. Cuando en la mañana se despierta, no recuerda nada de lo que le ha vivido." (46)

Estos terrores pueden repetirse varias noches consecutivas y muy raramente en una misma noche.

esadillas: Durante estas, el niño hace algunos movimientos, gime y termina por despertar, explicando los terribles sueños que ha tenido y le da miedo volverse a dormir.

Las pesadillas son una expresión de la ansiedad concretada en imágenes de los sueños que el niño vive como real.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

anorexia Mental: Esta es esencial en la adolescencia. La edad más frecuente de aparición se sitúa entre los doce y los dieciocho años con gran predominio entre el sexo femenino.

El síntoma más destacado es la pérdida de peso, con el subsiguiente adelgazamiento que en muchas ocasiones puede llegar a la caquexia (alteración profunda de la nutrición).

El anoréxico persiste en el empeño de adelgazar a pesar de encontrarse sumamente delgado, y mostrar un inexplicable temor a perder el control y engordar.

ABORDAMIENTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO HOSPITALIZADO

Naciones Unidas, en su declaración de los Derechos del Niño, estipula: "El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones... la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho." (47)

Este derecho está siendo restringido por la falta de interés, oportunidad y recursos. Por lo tanto, a los niños no se les garantiza el derecho a desarrollar sus capacidades en la medida de lo posible.

El juego es esencial en la vida de los niños; los ayuda a dominar su ambiente, a comprender y hacer frente al mundo que lo rodea. Da oportunidades para que cada niño se desarrolle social, emocional, intelectual y físicamente, es divertido y ofrece a los niños la oportunidad de desplegar su iniciativa y de ser independientes, para "Melanie Klein, el juego no es simplemente la satisfacción de un deseo, sino un triunfo y dominio de la realidad penosa, mediante el proceso de proyección en el mundo exterior de los peligros internos; el juego

(46) P. 170

(47) P. 91

transforma la angustia del niño normal en placer." (48)

Los niños a través de este pueden resolver a menudo la frustración y la ira, proporcionando al niño oportunidades para aprender acerca de sus reacciones emocionales y de las de los demás, a explorarlas y resolverlas en forma adecuada.

Todo niño normal tiene necesidades de juego; por eso es importante reconocer la necesidad especial que tienen los niños que tienen dificultades físicas, mentales o que están hospitalizados. "Los niños hospitalizados también deben tener la oportunidad de experimentar el juego. Los pacientes de corta edad necesitan la oportunidad de divertirse, porque la risa y la alegría son las mejores medicinas del mundo, necesitan ejercitar su cuerpo en crecimiento aunque partes de este cuerpo puedan estar inmóviles, que a través del juego puedan enterarse de cómo son sus tratamientos, las personas que los atienden, todo aquello que es nuevo y extraño para ellos, que se les de la oportunidad de jugar para hacerle frente a sus ansiedades y temores en este mundo totalmente anormal y ajeno." (49) El niño hospitalizado necesita ser integrado lo más pronto posible a la corriente principal de la vida y no dejarlo aislado. En ocasiones es importante proporcionar un ambiente de juego diseñado especialmente a las necesidades del niño; la hospitalización no tiene que significar una experiencia nociva y desagradable para él.

"La psicoterapia con niños se lleva a cabo a menudo semanalmente con sesiones de hasta una hora, dependiendo de la edad del paciente, del nivel de desarrollo y estado emocional. Para los niños menores en edad preescolar, los juegos educativos aportan medios de comunicación adecuados adicionales al lenguaje. La pintura, el modelado, la fabricación de muñecos pueden contribuir a mejorar el acceso a la imaginación del niño pequeño. Las entrevistas personales comienzan a ser útiles a partir de los 6 a 7 años". (50)

TERAPIA DE JUEGO

La principal característica de la terapia de juego es la importancia que se le da al desarrollo de la confianza, lográndose a través de la relación terapéutica. Existe la terapia de juego individual y la terapia de juego de grupo; en los hospitales la terapia de juego de grupo es muy fructífera en la solución de los problemas emocionales de los pacientes. Pero los dos tipos de terapia son importantes para que el niño se adapte a la hospitalización. A través de la terapia de juego se pueden tratar los problemas de la separación, la desinformación médica y procedimiento que evidencian los niños. Entre una de las técnicas de la terapia de juego está la de reventar globos; ésta se considera útil para insidir en los niños inhibidos a que tengan más seguridad en sí mismos.

(48) P. 74

(49) P. 6

(50) P. 143

TERAPIA DE JUEGO SEGUN VIRGINIA M. AXLINE

"La terapia de juego es un método empleado para ayudar a aquellos niños considerados problema, que tienen diversos grados de perturbaciones conductuales y emocionales; para que se ayuden a sí mismos a adaptarse. Estos niños son generalmente tensos, sumamente infelices, tanto que en ocasiones sienten que ya no pueden vivir una vida así." (51)

Esta terapia es no directiva, el niño toma la iniciativa y elige el juego; se basa en el hecho de que el juego es el medio que él utiliza para su libre expresión y le proporciona la oportunidad de extremar sus sentimientos y problemas de forma espontánea, como lo haría otro adulto en otro tipo de terapia.

Por medio de la terapia de juego no directiva, el niño tiene la oportunidad de actuar con sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temores, perplejidad y confusión.

Se considera que no interesa la sintomatología que el niño presenta actualmente; se le recibe en su etapa de desarrollo y estado; se deben evitar las interpretaciones hasta donde sea posible; dentro de este contexto lo que pasó pertenece a la historia.

Principios Básicos de la Terapia de Juego No directiva

1. El terapeuta desarrolla una relación estrecha y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal cual es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de manera que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él, de tal forma que logre profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño al solucionar sus problemas.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia.

(54) P. 235

(51) P. 30

8. El terapeuta establece sólo las limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hace patente al niño de su responsabilidad en la relación.

Entre algunos de los materiales que deben considerarse para el cuarto de juego se encuentran los títeres, los cuales sirven para muchos propósitos; en este caso, son excelentes para promover la proyección, la expresión verbal y permiten al niño dar escape a mucha de su energía reprimida, disminuyendo así su tensión.

En cuanto al tono de voz del terapeuta debe presentarse con firmeza, no con censura.(52)

Terapéutica de Apoyo: Este tipo de terapia se proporciona a la población infantil y a los pacientes adultos hospitalizados en medicina de hombres y medicina de mujeres. Esta terapia ofrece apoyo por parte de una figura de autoridad durante un periodo de enfermedad o turbación o de descompensación temporal. Tiene como finalidad restablecer o fortalecer las capacidades de defensa e integración que se han alterado. Proporciona un periodo de aceptación y dependencia para un paciente que necesita ayuda para tratar con sus sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad y para enfrentarse con la frustración o las presiones externas que han sido demasiado intensas para poder controlarlas.

Esta terapia utiliza recursos del tipo de dirección cálida, amistosa y firme, técnicas que puedan hacer que el paciente se sienta más fuerte, aceptado, protegido, animado, seguro, menos ansioso y menos solo; estas técnicas son:

- a. **Técnica de Concordancia:** Es la creación de un ambiente de cordialidad y una atmósfera de mutua confianza entre el paciente y terapeuta, principalmente en la primera sesión.

"En concordancia, significa una condición de comprensión e interés mutuo sobre objetivos comunes." (53)

- b. **El reflejo del sentimiento:** Rogers la presenta como una de las técnicas más importantes para suscitar un sentimiento de comprensión.

Esta técnica ayuda al individuo a penetrar bajo la superficie de la conciencia y más allá del sistema del ego, con la finalidad de llegar a los oscuros sentimientos, percibirlos más y tratarlos más eficazmente.

(52) P.37

(53) P.66

- c. **Técnica de Aceptación:** Consiste en responder con frases breves como, ajá, sí, continúe, ya veo....., las cuales están implicando una aceptación. Se emplea al principio de la consulta cuando hay mucho material narrativo, sin mucho sentimiento. En los últimos grados de la consulta, es la expresión verbal de las actitudes de condescendencia y la aceptación del consultor.
- d. **Técnica de Dirección:** Robinson concibe la dirección en la consulta como "un trabajar juntos, como un equipo en el que las observaciones del consultor parecen al paciente como expresión del siguiente punto que está dispuesto a aceptar." (54)
- e. **Técnica de alentar:** Uno de los usos capitales de esta técnica es satisfacer las necesidades emocionales específicas del paciente. El aliento es un vehículo tan común en las relaciones humanas cotidianas, que puede afirmarse que en la consulta es usado en exceso.
- f. **Técnica para Terminar:** Se da fin a una unidad de discusión cuando el terapeuta hace un pequeño resumen de todos los cabos sueltos expuestos en la sesión, debe percibirse cuando es el momento indicado para hacer este resumen.

ABORDAJE A PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

A los padres de familia se les proporcionó ayuda individual tomando en cuenta los pasos siguientes de la Terapia de apoyo:

Ventilación de sentimientos: Todo ser humano inteligente necesita liberar sus sentimientos. Si no se abren causas apropiados para tal liberación, ellos encuentran escape en forma autoperjudicial. Los padres llegan a lamentarse, a criticar, a confesarse y pedir perdón, expresan hostilidad, insuficiencia y culpabilidad.

Tranquilización: Decirle a un padre que no se preocupe es de escaso valor; mejor que esto es la técnica de llevarlo a que él se autotranquilece. "La eficaz tranquilización, crea una atmósfera de confianza en el paciente que a su vez ejerce un efecto en cadena sobre toda la familia." (55)

La tranquilización es fomentada por el terapeuta dependiendo de la forma en que proporcione la información, y se debe tener valoración dentro de los límites realistas e impartir solo aquel grado de esperanza del que se está convencido. Se debe evitar hablar demasiado o tranquilizar con mucha frecuencia, ya que es inadecuado dar más de lo que la persona necesita recibir.

(54) P. 235

(55) P. 227

Apoyo: "Por apoyo se entiende el estímulo que ayuda a un paciente a conseguir, con un plan, cambio o modificación de hábitos. El apoyo puede darse mediante preguntas selectivas a través de las cuales el paciente toma conciencia de las hazañas inherentes en su actitud o planes." (56)

Aclaración: "Esto equivale a ayudar al paciente a obtener una adecuada perspectiva de sus problemas con el fin de que pueda comprender mejor lo que hay implicado e intente hacer algo sobre dicho problema. La aclaración consta de apoyo emocional y psicológico." (57)

Educación: "Hay que enseñarle y proporcionarle información, o reducir cuando los padres son influidos por conceptos erróneos y falsa información." (58) Los padres deben estar enterados de la forma apropiada de enfrentarse con los problemas de modo que ésto le permite ayudar al niño y controlarse.

Reuniones de Grupo: Todo ser humano busca relaciones sociales, que lo ayuden a aliviar la ansiedad, a reducir la tensión y a promover el bienestar emocional o material. "Es la experiencia emocional en el grupo lo que resulta eficaz para modificar las actitudes." (59)

En el caso de los padres de familia con hijos enfermos en situaciones críticas, los que tienen la posibilidad de compartir sus penas con otros padres, obtienen un beneficio derivado de la ayuda y apoyo práctico. Los padres encuentran consuelo al darse cuenta que no están tan solos con sus sentimientos, sus complejos de culpa y sus temores.

"El máximo beneficio que se pretende obtener de estas reuniones son los cambios de actitud en los participantes, esto a su vez, alienta a una mejora en las relaciones con otras personas y hace la vida satisfactoria. Los beneficios psicológicos proceden principalmente del intercambio verbal de los participantes, de padre a padre, con algún beneficio también de la interacción del padre con el dirigente del grupo." (60)

Tomando en cuenta que en nuestro país hay gran cantidad de niños que no gozan de un desarrollo psicomotor adecuado, se describe a continuación una serie de factores de riesgo que alteran el desarrollo infantil.

(56) P. 228

(57) P. 231

(58) P. 232

(59) P. 232

(60) P. 232

FACTORES DE RIESGO QUE ALTERAN EL DESARROLLO INFANTIL

Son varios los factores que pueden causar dificultades en el proceso de desarrollo. Sin embargo, muchas veces no es posible saber de antemano cuál va a ser el impacto de éstos sobre el futuro del niño; por lo tanto, es mejor referirse a ellos como factores de riesgo, en el sentido de que su presencia pone al niño en peligro o sea, que aumenten su riesgo de tener problemas en su desarrollo. Estos factores pueden ser de riesgo biológico, cultural o ambiental.

a. Factores de Riesgo Biológico

"Son todos aquellos elementos que intervienen a nivel orgánico, afectando tanto al niño como a la madre, ya sea desde el embarazo, durante el parto o después de éste." (61)

El riesgo biológico establecido está relacionado con aquellos niños cuyo desarrollo temprano deficitario se relaciona con un diagnóstico médico de etiología conocida como el síndrome de Down.

El riesgo biológico probable, incluye a aquellos niños que presentan una historia con factores pre y neonatales que sugieren una alteración del Sistema Nervioso Central y que aislada o colectivamente, aumenta la probabilidad de que aparezca más tarde un desarrollo deficitario.

Factores de Riesgo en la Madre: "Los problemas de la madre influyen directamente en el niño durante el embarazo y también afectan su ambiente en los primeros años de vida." (62)

Una madre desnutrida, con una dieta deficiente de proteínas, grasas y carbohidratos, puede que afecte al feto.

Una madre que ha sufrido efectos de desnutrición anteriores al embarazo o durante el propio embarazo, puede tener como consecuencia una desnutrición del feto, que se manifiesta con un bajo peso al nacer. "El hecho que no ingiera ciertas vitaminas como: C, B-6, B-12, D, E, y K, tiene probabilidades especiales de obstaculizar el patrón normal de desarrollo prenatal." (63)

En las zonas rurales y urbanas marginales, la mujer embarazada, además de recibir una alimentación insuficiente, tiene que realizar un trabajo excesivo dentro y fuera del hogar, lo que provoca en ella un desgaste físico importante.

(61) P. 12

(62) P. 206

(63) P. 67

Esto no le permite lograr el aumento de peso necesario durante la gestación, ni acumular las reservas adecuadas para una buena lactancia.

La ingesta de alcohol, drogas y medicamentos, así como el tabaco, tienen grandes desventajas perjudicando al feto y posteriormente al bebé.

"Así mismo, existen varias infecciones maternas que pueden afectar al niño, entre éstas la sífilis, presencia de rubéola en la madre durante el primer trimestre de gestación, toxoplasmosis, histoplasmosis, exposición a rayos X, radium, etc." (64)

Se considera que una mujer muy joven que no ha alcanzado todavía su nivel de madurez física y emocional, no está preparada para ser madre y tiene más probabilidades de tener un hijo con bajo peso al nacer, con problemas ulteriores de crecimiento y desarrollo. "La edad límite de riesgo puede variar de 16 a 18 años, según las características étnicas y culturales de cada región o grupo humano. Otro riesgo aparece cuando la mujer es mayor de 35 años por razones de envejecimiento de los órganos reproductores, también de agotamiento físico general, sobre todo si ha tenido ya muchos hijos." (65)

Por otro lado los factores psicológicos forman parte del riesgo, una variedad de problemas emocionales pueden limitar la aceptación de la mujer ante la atención médica que necesita durante la gestación y después de ésta, como cierto rechazo al embarazo o nacimiento del niño.

Factores de Riesgo en el Niño: El niño desde su concepción está sometido a diferentes influencias, las que van a modificar su desarrollo. Los factores genéticos que pueden ser determinantes, son los primeros en actuar y en retardar y alterar el desarrollo del niño. "Entre estos factores se pueden presentar anomalías cromosómicas: Síndrome de Down, Klinefelter, Trisomías D, y otras. Anomalías Craneales: Microcefalia, Craneostenosis, Hidrocefalia; Trastornos del Metabolismo: de las proteínas, Hidratos de Carbono, Grasas y enfermedades desmielinizantes cerebrales." (66) Todo este tipo de problemas citados pueden presentarse desde un principio o a lo largo del embarazo a causa de enfermedades o condiciones maternas.

Otro factor de riesgo muy importante es el bajo peso al nacer, el cual en general se define como un peso de 2,500 gm. o menos. Cuando el niño pesa menos de lo debido esto puede indicar que durante el periodo gestacional no creció bien en el útero, ya sea porque la placenta no dejaba pasar los nutrientes o porque la madre estaba desnutrida, con mala alimentación. En otros casos, el bajo peso se debe a que el niño nació antes de tiempo o sea prematuro antes de las 37 semanas de gestación. La prematuros es otra dificultad que pone en

(64) P. 27

(65) P. 63

(66) P. 12

eligio al niño de enfrentar varios problemas que pueden afectar su desarrollo.

En el momento del parto puede presentarse variedad de problemas, la utilización inadecuada de algún tipo de instrumento puede ocasionar un daño neurológico en el niño, la falta de oxígeno en el cerebro llamada Anoxia, durante o después del parto, es otro riesgo que afecta directamente al cerebro; por lo tanto un niño que nace cianótico o con presencia de asfexia debe considerarse en riesgo de tener problemas posteriores.

Después del nacimiento y durante los primeros años de vida, hay muchos factores que pueden afectar a un niño, de los cuales se citan: las infecciones cerebrales como meningitis, encefalitis, abscesos; traumatismos cerebrales como golpes fuertes en la cabeza; intoxicaciones por plomo, óxido y otros; accidentes vasculares como oclusiones y hemorragias cerebrales, debidos a defectos genéticos; encefalopatía; Postinmunización como tosferina, viruela, rubéola y otros.

"El factor más importante en América Latina es la desnutrición que se evidencia en muchos niños, alterando el funcionamiento y la estructura del cerebro y disminuye el interés del niño por explorar su medio ambiente." (67)

El niño que nace con desventajas biológicas o que las adquiere posteriormente, tiene un riesgo directo de presentar alteraciones en su desarrollo, limitando su capacidad de aprendizaje.

Cualquiera de estas desventajas alteran el desarrollo del niño, sin embargo, el nivel de desarrollo que alcance dependerá, en gran manera, de la combinación de sus características particulares y de la forma de que su ambiente familiar, comunidad y escolar satisfaga sus necesidades básicas.

B. DEPRIVACION CULTURAL

Existen infinidad de diferencias en el desarrollo psíquico de niños pertenecientes a diversos grupos socioeconómicos o culturales.

"La mayoría de las observaciones muestran que tales diferencias obran en desmedro de los grupos socialmente desaventajados, a partir de los que Riessman (1962) acuñó el término de Deprivación Cultural al que se ha homologado también el de Deprivación Psicosocial o Deprivación Ambiental" (68), refiriéndose a la carencia o falta de estímulos visuales, sociales, limitación del movimiento y carencia afectiva en el niño, respecto a su familia y comunidad.

(67) P. 208

(68) P. 62

Un primer factor al que algunos autores han atribuido una importancia primordial en la explicación del retardo mental sociocultural es la desnutrición, que afecta a una considerable proporción de niños de familia de escasos recursos.

A Nivel de la Familia: Los bajos ingresos y el desempleo obligan a la familia a vivir en zonas desaventajadas, en donde las condiciones de vida son pésimas, existiendo falta de servicios básicos y de salud.

La condición socioeconómica impide a la familia proporcionar a sus hijos alimentación y atención médica así como vivienda y abrigo adecuadas a sus necesidades. La falta de higiene en el hogar favorece las enfermedades.

Debido a esta situación que vive, la mayoría de familias manejan inestabilidad emocional; ya que la sobrecarga de trabajo es una limitante en relación a la calidad de demostraciones afectivas hacia los hijos.

A Nivel de la Comunidad: Son varias las condiciones que pueden actuar indirectamente para aumentar la probabilidad de problemas de desarrollo en los niños. Las condiciones de insalubridad son pésimas, por lo que los padres restringen las actividades del niño, para evitar enfermedades o accidentes. La falta o el difícil acceso de servicios de salud en algunas comunidades, limitan la posibilidad de que los padres obtengan información y orientación educativa en relación a la higiene y alimentación de sus hijos; aumentándose la frecuencia de las enfermedades infantiles por falta de acciones preventivas en dichos sectores. El aislamiento disminuye el campo de interacción social de los niños, así como reduce el acceso a diversos servicios.

Los antecedentes hasta aquí presentados justifican que en la práctica y desde un punto de vista asistencial, se considere como de alto riesgo ambiental a todos aquellos niños que nacen en sectores socioeconómicos desventajados. (69)

En virtud de que estos sectores constituyen una alta proporción de la población en países subdesarrollados como el nuestro, se torna una obligación ineludible dar la más alta prioridad a estos niños y diseñar estrategias de acción en su favor.

AREAS DEL DESARROLLO

Son grupos de conductas que tienen una finalidad común. Se consideran siete áreas de desarrollo; sin embargo, siempre debe recordarse que el niño es una unidad, no un conjunto de piezas y que existe interacción entre una área y la otra.

Generalmente un niño con retraso en el área cognoscitiva, tiene retraso en otras áreas. Se hacen subdivisiones por área para que no se escape ningún aspecto del niño sin evaluar y sin estimular. Las áreas de desarrollo son:

- a. Reflejos
- b. Motora gruesa
- c. Motora fina
- d. Cognoscitiva
- e. Lenguaje
- f. Socioafectiva
- g. Hábitos de Salud y Nutrición

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO Y ETAPAS DEL DESARROLLO

Desarrollo: Es un proceso gradual y continuo de cambio en lo que se refiere a la calidad de las conductas que el sujeto va presentando durante su vida. Este proceso se lleva a cabo en una serie ordenada de etapas con características bien definidas. Cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo, que se caracteriza por la aparición y utilización de nuevas conductas que lo ayudan a adaptarse a su medio en forma más eficiente.

El niño de un mes: La expresión del rostro se muestra indefinida. Su mano se cierra al contacto de la palma con un objeto, pero hay que abrirla para darle el sonajero, al que deja caer inmediatamente. Lloro y estornuda ante la mayor provocación y hace pequeños ruidos guturales después de alimentarse. Su Sistema Nervioso Central está mejor organizado que en el momento de nacer, su respiración es más profunda y más regular, su deglución es más firme.

Es menos susceptible al sobresalto. Comienza a reaccionar de modo positivo ante lo cómodo y de modo negativo ante la incomodidad, llora y emite otros sonidos elementales para expresar sus exigencias y deseos.

El niño de dos meses: Su expresión facial ha cambiado y ahora está alerta. Responde con gritos si se le arrulla y estimula, así como con sonrisas y charla. Los sonidos vocales que se escuchan con mayor frecuencia en esta charla son a, i y e. A partir de esto se escuchan los sonidos consonantes de j, k y g.

También chasquea los labios después de las comidas. Si a esta edad se le entrega un sonajero, lo retiene brevemente pero no lo mira. Sus ojos se mueven más.

El niño de tres meses: Se sienta con apoyo, sostiene el sonajero y hasta lo mira teniéndolo en la mano. Por primera vez, comienza a mirarse las manos, lo que representa un gran paso a la coordinación óculo-manual. Sus ojos siguen a un objeto que se desplaza por un breve trayecto. Hay una considerable disminución del llanto y mayor vocalización hablada; el niño comienza a

mover la lengua, los labios y la mandíbula, y algunos niños empiezan a emplear sonidos interactivos como: ga, ga, ga, ga, asimismo, el lactante consigue levantar la cabeza en decúbito ventral con relativa facilidad, pero no en decúbito dorsal.

El niño de cuatro meses: Ahora está en condiciones de mantener erguida la cabeza y le agrada permanecer levantado.

Percibe mucho mejor y es más expresivo. Mira de un objeto a otro y sonríe con solo ver una cara. Succiona con energía, el atragantamiento todavía sigue permaneciendo como reflejo y persistirá hasta que se establezca el mascado.

La mano comienza a aflojarse y adquiere conciencia de sus dedos pues juega con ellos y se los lleva a la boca. El balbuceo propiamente dicho aparece entre los tres y cuatro meses, señalando un adelanto en la adquisición de las habilidades de la locución.

Comienza a levantar la cabeza en decúbito dorsal.

El niño de cinco meses: El niño está a punto de quedar sentado sin apoyo y lo consigue por momentos en esta etapa.

Con sus ojos puede seguir a un anillo que cuelge y se desplace hacia la derecha y hacia la izquierda. Bertha Bobath cita a Gesell, quien refiere que el niño observa y capta al mundo con sus ojos, mucho antes de que se consiga captarlo con las manos." (70)

El niño de seis meses: Tendido en decúbito dorsal, levanta los glúteos y se sostiene sobre los hombros y los pies. De este modo extiende la columna y las caderas, preparándose para sentarse, ponerse de pie y caminar. Se sostiene sobre las manos y las rodillas. Si se le da un sonajero, lo retiene. Empuña un cubo con toda la mano y en pronación, o sea con la palma hacia abajo. Los ojos y las manos muestran mayor coordinación y mira lo que hace con las manos. El balbuceo va en aumento y comienza a emplear algunos gestos y expresiones para comunicarse. También empieza a entender los gestos de los demás. El niño está en condiciones de levantar la cabeza con toda facilidad en decúbito dorsal, lo mismo que en el ventral.

El niño de siete meses: Pasa los objetos de una mano a otra, se las succiona y las mordisquea, después las aleja y las mira. Cuando se le da de comer, emplea los labios y la lengua con mayor precisión y, cierra la boca con firmeza si ya comió suficiente. El balbuceo es mucho más variado.

El niño de ocho, nueve y diez meses: El niño permanece sentado sin apoyo durante un minuto.

(70) P.64

Se mantiene recto, pero con inestabilidad. A los nueve meses permanece sentado sin apoyo diez minutos. Desde esta posición consigue agacharse y después enderezarse levemente.

Un mes más tarde mantiene la posición de sentado con un control, buena estabilidad y bien erguido.

A los ocho meses, el niño normal se vuelve sobre el decúbito ventral y si se le ayuda, puede mantenerse erecto. A los nueve meses se pone de pie, sosteniéndose de la baranda de la cuna o del corralito, intenta gatear pero tiene dificultad para controlar las extremidades inferiores. A los ocho meses, por primera vez el niño imita los movimientos rítmicos del adulto, como batir palmas y asentir con la cabeza. Su destreza manual avanza con celeridad; a los diez meses no sólo toma objetos con las manos, sino que comienza a soltarlos. Su dedo índice entra en acción en esta época.

Niño de un año: Su idea principal consiste en ponerse de pie. Se toma de la baranda de la cuna o corralito, tracciona para incorporarse y después da unos pasos, primero hacia un lado y después hacia el otro. Recoge objetos con los dedos y con toda la mano, le agrada tomar objetos y dejarlos caer. Masca y deglute con mayor facilidad.

El niño de quince meses: Se completan las modalidades del comportamiento. Muestra y ofrece sus juguetes a los demás, a menudo sólo para exigirlos de vuelta. Rechaza el biberón y le gusta alimentarse con la cuchara, aunque lo haga con mucha torpeza. Muchas veces no atina como llevarse la cuchara a la boca, aunque no le sucede con los dedos. En cambio, al niño paralítico cerebral le resultaría difícil llevarse los dedos a la boca, porque esto requiere una coordinación oculomanual que por lo general está fuera de su alcance a esta edad.

El niño normal entiende una gran cantidad de palabras, pero su vocabulario y el empleo de las mismas aumenta con mucha lentitud. Consigue trasladarse de un lugar a otro gateando, desplazándose sentado sobre los glúteos y dando vacilantes pasos.

El niño de dieciocho meses: La actividad motora gruesa tiene primacía con respecto a la fina, pero ya se saca los zapatos, el sombrero y los guantes; habilidades que el niño de parálisis cerebral adquiere más tarde. El niño normal por lo general tiene unas diez palabras a su disposición.

El niño de dos años: Todavía está orientado hacia la actividad motora gruesa, pero su control fino ha mejorado y posee mejor coordinación. Da puntapiés a la pelota y manipula instrumentos, primero con una mano y después con la otra. Hacen su aparición las frases de tres palabras monológicas cuando está solo verbalizando sus experiencias inmediatas.

El niño de treinta meses: A esta edad al niño le resulta difícil modificar y controlar su comportamiento físico y psicológico al mismo tiempo. Esto parece obedecer en gran medida a los poderes inhibidores del sistema nervioso central, que todavía no está desarrollado lo suficiente.

Psicológicamente, esta incapacidad para inhibir, se pone de manifiesto con rabietas y modalidades de conductas extremas. La mayoría de los niños de dos a tres años exhiben un gran incremento del vocabulario y comienzan a combinar dos frases cortas para formar oraciones más complejas.

El niño de tres años: Sus finas coordinaciones motoras están desarrolladas, sabe desabotonarse la ropa y dibujar con lápices de colores, e inclusive dibujar una cruz con mayor precisión. Emplea frases sencillas y complejas con facilidad.

Escucha atentamente las palabras y las practica en sus dramáticos monólogos.

EPILEPSIA

"En el desarrollo actual de la medicina, muchas son las enfermedades insuficientemente conocidas, pero pocas patologías han acumulado tantas creencias erróneas, basadas en la superstición, prejuicio e ignorancia. De hecho, en algunos medios es más difícil manejar el ambiente donde se desenvuelve el paciente epiléptico, que el control de sus crisis. En varios periodos de la historia, la epilepsia ha sido vista como signo de castigo o motivo de persecución, de hechizo, de posesión del demonio o como una enfermedad contagiosa" (71)

Estos conceptos aún persisten en la medicina empírica de algunos países, y en la actualidad parece ser que la creencia de que la epilepsia es contagiosa es la más difundida. (72)

"En Africa, el concepto empírico de epilepsia no resulta mejor entendido que en otros lugares. En general, se cree que un espíritu ancestral se posesiona o maneja al individuo, o que el epiléptico está bajo el influjo de la luna. También se cree que la epilepsia se debe a algún alimento que la madre del enfermo ingirió durante el periodo de gestación" (73)

Ante las crisis epilépticas son muchas las formas de pensamiento que maneja la sociedad cobanera, incluyendo las ya mencionadas, así como las actitudes que adopta la familia o la sociedad en general; comprendiéndose por actitud "La predisposición permanente de un individuo a reaccionar en un sentido sea cual fuere la situación" (74)

(71) P. 355

(72) P. 355

(73) P. 355

(74) P. 7

En cuanto a la alteración que se da en el núcleo familiar del paciente epiléptico, según investigaciones realizadas, los padres refieren experimentar stress psicológico. También se ha reportado tendencia a la sobreprotección de los pacientes, con mayor frecuencia en las madres; es importante también el efecto producido en el núcleo familiar cercano, como la desintegración familiar.(75)

Etimológicamente, la palabra epilepsia deriva de una preposición y de un verbo irregular griego, Epilambanein, que significa: Ser sobrecogido bruscamente.

Se dice que la definición de epilepsia ha provocado polémica entre las diferentes escuelas neurológicas, lo que ha creado confusión en la literatura así como ciertas conflictivas, ya que se utilizan definiciones distintas.

"En 1973, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la organización Mundial de la Salud publicaron un diccionario de epilepsia en el que se define a ésta como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas" (76)

Como se sabe, la epilepsia es uno de los padecimientos más frecuentes del sistema nervioso central, su importancia radica en que conociéndose más cada día sobre la incidencia y prevalencia de esta patología, la hace un problema de salud pública y, conociéndose estos aspectos epidemiológicos, el tratamiento involucra al médico, al paciente, su familia y la comunidad.

Al hablar de epilepsia se deben aclarar los conceptos de crisis epiléptica, epilepsia y síndrome epiléptico.

Crisis Epiléptica: Es la expresión clínica debida a una descarga eléctrica anormal, súbita y excesiva de una población neural determinada.

Epilepsia: Es la tendencia a presentar crisis epilépticas de repetición.

Síndrome Epiléptico: Es un trastorno epiléptico caracterizado por un grupo de signos y síntomas de carácter clínico que habitualmente ocurren juntos.

La característica clínica más importante de la epilepsia es la variabilidad de las manifestaciones según el sitio de descarga y, por otro lado, lo impredecible de su presentación y reaparición, con periodos asintomáticos que pueden durar minutos, días, meses y años.

(75) P. 356

(76) P. 19

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

La epilepsia se manifiesta en todas las edades; según investigaciones en el 76.8% de los casos se presenta antes de la adolescencia, el 16.3% aparece en el adulto joven, el 5.2% corresponde a los adultos y el 1.7% a los ancianos.

Las crisis epilépticas se han clasificado de acuerdo con su expresión clínica y electroencefalográfica; en la actualidad se discute si otros elementos, como su posible etiología y edad en que se presentan, deben tenerse en cuenta o no.

Clasificación de Crisis Epilépticas

Crisis parciales (focales, locales). Las crisis parciales son aquellas en las que el primer evento clínico y electroencefalográfico señala una activación de un grupo neuronal en uno o en ambos hemisferios. Las crisis parciales se clasifican teniendo en cuenta si se altera la conciencia o no. Cuando la conciencia no se altera, la crisis se clasifica como parcial simple, cuando se altera, la crisis se clasifica como parcial compleja. El trastorno de la conciencia puede ser el primer síntoma o una crisis parcial simple puede transformarse en una compleja.

En pacientes con trastornos de la conciencia pueden presentarse alteraciones de conducta como automatismos; igualmente, una crisis parcial simple puede progresar a una crisis generalizada. La alteración de conciencia se define como la incapacidad para responder normalmente a estímulos externos, por alteración de la conciencia o de la capacidad de la respuesta. Hay evidencia de que las crisis parciales simples generalmente se inician en un hemisferio (unilateral); en cambio, las crisis parciales complejas suelen tener representación hemisférica bilateral.

Las crisis parciales pueden clasificarse dentro de los siguientes grupos fundamentales:

- a. Crisis parciales simples
- b. Crisis parciales complejas:
 - Con alteración de la conciencia al inicio
 - Parcial simple al inicio, seguida de deterioro de la conciencia.
- c. Crisis parciales que evolucionan a convulsiones tónico-clónicas generalizadas:
 - Simples que evolucionan
 - Complejas que evolucionan (incluyendo aquellas con inicio parcial)

2.1 OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

OBJETIVO GENERAL

- a A través del Ejercicio Profesional Supervisado, continuar brindando servicio psicológico en el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz, enfocado específicamente a la atención del niño que demanda los servicios de Pediatría, así como a los Padres de Familia.

Crear un programa de Estimulación Temprana en el Departamento de Consulta Externa del Hospital Regional de Cobán, A.V., para controlar el desarrollo infantil del niño en riesgo y daño cerebral establecido, involucrando a los padres de familia, con propósito de disminuir efectos negativos en la vida del niño y encausar un desarrollo integral del mismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

.1.1 Sub-Programa de Servicio.

- 1. Identificar problemas emocionales en niños hospitalizados y brindar tratamiento psicológico para que a través de este servicio se pueda contribuir al bienestar de la salud mental de la niñez y una mejor adaptación al ambiente hospitalario.
- 1. Crear o habilitar un cuarto de juego en el departamento de Pediatría con fines terapéuticos y de ludoterapia para el niño hospitalizado.
- 2. Brindar apoyo psicológico a padres de familia con hijos críticamente enfermos ubicados en la Unidad de Cuidados Intensivos, con el fin de minimizar niveles de ansiedad que en ellos se producen.
- 1. Detectar oportuna y tempranamente a niños que nacen con riesgo y daño cerebral establecido, realizar la referencia a los servicios especializados de la Escuela de Educación Especial y Centro de Rehabilitación Integral y al Hospital San Juan de Dios, en aquellos casos que se considere oportuno.
- e. Determinar, mediante la evaluación y el monitoreo del desarrollo del niño, las correlaciones existentes entre la edad cronológica y las distintas destrezas a ejecutar en cada área del desarrollo infantil, involucrando en la vigilancia del desarrollo a padres de familia, para que contribuyan en la aplicación del programa de Estimulación Temprana en el ambiente familiar.
- f. Proporcionar atención terapéutica a pacientes adultos hospitalizados y referidos por el personal médico y paramédico de los diferentes servicios del Hospital Regional, de manera que se pueda cubrir las necesidades emocionales que presentan.
- g. Brindar atención psicológica a niños y adultos externos del Hospital Regional que demandan este servicio, con la finalidad de cubrir y abordar, a través de las diferentes técnicas psicoterapéuticas, el problema emocional que les afecta.
- h. Crear actividades de salud mental dirigidas hacia el personal paramédico de los servicios de Pediatría, Recién Nacidos y Maternidad, que permitan una mejor continuación, motivación y ejecución laboral.

2.1.2 Sub-Programa de Docencia.

- a. Orientar al personal paramédico y padres de familia sobre el manejo y necesidades psicológicas del niño hospitalizado, para que lo estimulen, comprendan y le proporcionen apoyo en el transcurso de su tratamiento médico.
- b. Capacitar al personal paramédico disponible para que sean agentes multiplicadores en la detección y vigilancia de problemas del desarrollo infantil.
- c. Orientar a padres de familia de niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría en relación a hábitos de salud en higiene y alimentación y prevención de accidentes, para minimizar los problemas que puedan presentarse a este nivel.
- d. Orientar a madres de niños recién nacidos en relación a los primeros cuidados y estimulación del niño para contribuir a un mejor desarrollo de la niñez.
- e. Orientar a madres embarazadas en relación a cuidados prenatales que han de tenerse para evitar problemas que puedan presentarse durante el desarrollo gestacional.
- f. Brindar orientación educativa a madres de familia en relación a los primeros cuidados y estimulación del niño para contribuir a un mejor desarrollo de la niñez.
- g. Orientar e implementar a estudiantes del Quinto Año de Bachillerato por Madurez del Instituto El Nazareno, en relación a rasgos y tipos de personalidad, con la finalidad de incrementar sus conocimientos académicos.

2.1.3 Sub-Programa de Investigación.

- a. Analizar las actitudes que tienen algunas personas de la Ciudad de Cobán en relación a la epilepsia.

2.2 METODOLOGIA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado "INTERVENCION PSICOLOGICA EN LA SECCION DE PEDIATRIA, RECIEN NACIDOS, MATERNIDAD Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HELLEN LOSSI DE LAUGERUD, COBAN, A.V.," se realizo bajo la supervisión directa del asesor de E.P.S. de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

En el mismo se desarrollaron los subprogramas de servicio, docencia e investigación, en los cuales se lograron satisfactoriamente los objetivos planteados, de la siguiente forma:

2.2.1 Sub-Programa de Servicio.

Se dirigió a cinco secciones del Hospital Regional de Cobán. Sección de Pediatría, Recién Nacidos, Consulta Externa, Medicina de Mujeres y Medicina de Hombres.

Para el abordamiento metodológico de los problemas emocionales del niño hospitalizado en la Sección de Pediatría, se brindó apoyo individual en aquellos casos que se consideraba así los ameritaban; para la selección de estos casos se utilizaron las estrategias de observación, evaluación y de allí se determinó el tratamiento psicológico. Se realizó una observación directa de la conducta que presentaban los niños, se consultaron los expedientes médicos, se tomaron datos generales y se anotaron signos y síntomas. En cada se registro en el expediente médico la impresión diagnóstica y la evolución del paciente.

En el expediente psicológico individual se anotaron los mismos datos, así como el plan de tratamiento y la evolución del paciente. Algunos casos fueron referidos por el personal paramédico.

El apoyo fue brindado en el momento de ingreso, principalmente a aquellos pacientes que rehusaban la hospitalización; en momentos de curaciones, presencia de llanto, antes y después de una intervención quirúrgica, por depresión ante la ausencia de los padres de familia, negación a ingerir los alimentos o medicamentos, etc. Se trabajó con los pacientes del área de traumatología que se encontraban en reposo y algunos casos del área de medicina que tendían a deprimirse, ya sea individualmente o en grupo asignándoles un periodo de media hora dos veces por semana para el desarrollo de actividades pedagógicas y manuales.

Con el apoyo brindado a los pacientes de la pediatría se logró minimizar niveles de ansiedad debido a la intervención quirúrgica y procedimientos médicos, así como se obtuvo que los niños se adaptaran más rápidamente al ambiente hospitalario.

En aquellos casos en que se evidenció presencia de perturbaciones mayores como problemas psicosomáticos, trastornos de personalidad, del control esfinteriano, de la alimentación, del sueño, etc; se procedió a evaluar a algunos de estos pacientes con pruebas proyectivas mayores y menores como el test CAT, Familia y Figura Humana. Se efectuó la interpretación de las pruebas, se realizó la elaboración diagnóstica y en base a esto se diseñó plan de tratamiento individual y se les procedió a darles terapia individual.

Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron terapia de apoyo, terapia de juego no directiva, y actividades lúdico pedagógicas. En algunos casos en que se detectó que la dinámica familiar afectaba la emocionalidad del paciente, se procedió a realizar terapia familiar.

Con los niños de la Pediatría se formaron grupos homogéneos en relación a edad, se trabajaron dinámicas de grupo de proceso de socialización para que entre los pacientes existiera un primer contacto, un intercambio de gustos, actitudes y modos de ser.

En los grupos se realizaron actividades ludicopedagógicas con fines terapéuticos, se utilizaron técnicas de expresión plástica y corporal, y de adaptación del niño al ambiente hospitalario, en ciertas actividades se incluyó la participación de los padres de familia.

El horario de atención a niños hospitalizados fue tres veces por semana de 10:00 a.m. a 11:00 a.m. y dos veces por semana de 14:00 a 16:00 horas.

Para contar con un cuarto de juego en el Departamento de Pediatría se realizaron los trámites respectivos ante las autoridades del Hospital, para la obtención y aprobación de un espacio físico.

Se logró la asignación de un espacio físico dentro del Departamento de Pediatría y se recurrió a la Dirección General de Obras Públicas para solicitar la colaboración para la construcción de una pared que debía dividir el cuarto de juego con la Primera Pediatría. A la vez se solicitó al Director de Obras Públicas la reconstrucción de toda la instalación física de Pediatría ya que se evidenció el mal estado en que se encontraba; junto con la aprobación de la petición se asignó un capital de Q 100,000.00 para llevar a cabo la reconstrucción y realizar cambios respectivos. Parte del capital se utilizó para hacer algunas reformas físicas en otras áreas del hospital.

Actualmente la Pediatría cuenta con un nuevo ambiente ya que fue concluida la reconstrucción, así como se cuenta con el cuarto de juego.

Para la obtención del equipamiento del cuarto de juego se dirigieron cartas dirigidas a empresas y a personas individuales, solicitándoles su aporte, ya fuera económico o materiales y equipo a utilizarse. La respuesta a dichas solicitudes fue positiva, lográndose recaudar un total de Q. 900.00 en efectivo y variedad de juguetes ya usados como muñecos de peluche, carritos, juegos de trasteros, cincos, chinchines, pelotas plásticas, etc. De los Q 900.00 recaudado invertimos Q 500.00 para la compra de material lúdico pedagógico, entre estos cubos, juegos de memoria, lotería, damas chinas, rompecabezas, muñecos, juegos de comedor, cocina, sala, dormitorio y baño; estos últimos para la casa de muñecas que se elaboró.

Los Q. 400.00 restantes se entregaron a la enfermería Jefe del Departamento de Pediatría que los utilizó en la compra de equipo de medicina para primeros auxilios debido a que el hospital atravesaba en un momento crítico.

En el cuarto de juego se brindó tratamiento psicoterapéutico individual a través de la terapia de juego. Tres veces por semana se atendió a los niños por un período de cuarenta y cinco minutos en actividades de juego libre.

En la inauguración del cuarto de juego participaron los pacientes, padres de familia, personal médico y paramédico. El acto se llevó a cabo el mismo día en que se realizó el cierre del E.P.S., se dió una plática y un refrigerio.

En la sección de Pediatría se brindó apoyo a los padres de familia que se encontraban amablemente afectados al tener un hijo en la Unidad de Tratamientos Intensivos; el tipo de apoyo fue individual y grupal, con el fin de bajar niveles de ansiedad.

Esporádicamente se realizaron reuniones de grupo con el fin de brindarles a los padres e familia unos minutos placenteros de intercambio de vivencias y para que sus horas de visita se convirtieran en momentos de pena y angustia.

Generalmente en horario de la tarde una vez por semana se trabajó, en grupo en donde realizaban actividades ocupacionales que les permitían compartir tanto con sus hijos como con otros padres de familia.

Se tuvo la oportunidad, siempre en horario de la tarde, de realizar terapias de grupo en donde los padres de familia compartían su dolor y experiencia hospitalaria personal y la de sus hijos. En cada terapia grupal se contaba con aproximadamente de seis a ocho padres de familia que al explicarle en que consistía el trabajo de grupo accedían y mostraban interés a quedarse, en algunos casos se seleccionaba especialmente a los padres que se encontraban más afectados por el estado de su hijo.

En lo que se refiere a la detección de casos en riesgo, se estableció comunicación con el médico jefe y enfermera jefe de la sección de Recién Nacidos, con el fin de establecer el horario de 11:00 am a 11:30 am, para la evaluación de estos casos; se revisó el expediente médico, se registraron los datos generales del paciente, incluyendo el diagnóstico al nacimiento y las observaciones.

En aquellos casos en que el diagnóstico indicaba problemas de riesgo o algún tipo de daño establecido, se procedió a evaluarlos y brindarles estimulación temprana; a los padres de familia se les orientó en como manejar a su niño a la vez que se les daba apoyo.

En la sección de Pediatría, se evaluó con escalas del desarrollo Edin I y Edin II a los niños con estados de desnutrición, síndrome convulsivo y meningitis, de acuerdo a los resultados se orientó a la madre para que estimulara a su hijo en horas de visita y le diera muestras de cariño. En horario de 08:00 a 09:00 a.m. se les proporcionó estimulación temprana, según la guía individual de estimulación que se elaboró a cada paciente; en el expediente médico y psicológico se registraron los resultados de la evaluación y evolución de los casos. En la misma sección de Pediatría se identificaron casos de riesgo, hidrocefalia, anomalías del tubo neural y parálisis cerebral; se proporcionó apoyo a los padres de familia y se les orientó en relación a cada caso.

Aquellos pacientes detectados, tanto en la Sección de Recién Nacidos y Pediatría, que se encontraban en estado grave y que debían ser intervenidos quirúrgicamente, como los niños con hidrocefalia o espina bífida, aunque no era función de la epesista, se procedió a agilizar sus

trámites para su traslado e intervención al Hospital San Juan de Dios de la ciudad capital o bien al Hospital Hermano Pedro de San José de Betancour en la Antigua Guatemala.

En varios casos , dada la necesidad apremiante de obtener, válvulas a menor costo, se realizaron diferentes actividades de apoyo dirigidas a los padres de familia.

En el momento de egreso de todos aquellos pacientes evaluados en riesgo de sufrir retraso en el desarrollo infantil, se les dió cita para que los llevaran a la clínica de estimulación en el departamento de consulta externa, para que continuaran con su vigilancia del desarrollo.

A la Escuela de Educación Especial "EDECERY" y a FUNDABIEM fueron referidos aquellos casos que necesitaban atención más específica de rehabilitación en retraso mental, Terapia del lenguaje o fisioterapia, y otras áreas de la Educación Especial.

Se compartió con Trabajo Social la clínica de Consulta Externa en donde se monitoreaba el desarrollo infantil, dos veces por semana en horario de la mañana.

El monitoreo del desarrollo consistió en entrevista inicial a la madre para recabar la historia del niño; se evaluó al niño de acuerdo a las escalas de desarrollo Edin I y Edin II, material que fue proporcionado por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Dirección de Asistencia Educativa Especial.

Según los resultados obtenidos, se proporcionó guía de estimulación a la madre y se le orientó para que en el hogar realizara las actividades con el niño.

La orientación se dió a través de ejemplificaciones y explicaciones sencillas; una vez demostradas las técnicas de estimulación, se pedía que las repitieran, con el fin de verificar la asimilación y el manejo de las mismas. En este caso la orientación se dió individual, se hizo conciencia a la madre sobre la importancia del buen desarrollo de su hijo. A la población Kekchí se le hablaba en su idioma.

Se llevó un expediente para cada caso, en donde se anotó la evaluación del paciente. Las citas se hicieron mensualmente, se reevaluron los casos y se proporcionó una nueva guía de estimulación. En la sección de anexos se presenta la guía de entrevista dirigida a padres de familia.

El monitoreo del desarrollo únicamente se pudo llevar a cabo durante dos meses en la sección de Consulta Externa, debido al paro laboral médico que se inició en la segunda quincena de febrero de 1994. Los padres de familia que mostraron interés, fueron atendidos en el área de Pediatría, en el monitoreo del desarrollo de sus hijos.

Las estrategias utilizadas en el monitoreo del desarrollo infantil fueron con entrevista, detección, orientación, seguimiento de algunos casos y promoción.

El personal médico y paramédico del Hospital Regional también solicitó el servicio de psicología para pacientes adultos hospitalizados y se proporcionó esa atención en forma individual en los servicios de medicina de hombres y medicina de mujeres. Se brindó terapia de apoyo, se evaluó a través del examen mental y fueron atendidos en horario de la tarde.

También se proporcionó atención psicológica a pacientes adultos y niños de consulta externa utilizándose técnicas terapéuticas según el caso; estos pacientes fueron atendidos una vez por semana, en horario de la tarde, llevándose un expediente individual para cada paciente.

Estos servicios recibieron nuestra atención durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, el cual se efectuó del mes de octubre de 1,993 al mes de Junio de 1,994.

2.2.2 Sub-programa de Docencia.

El abordamiento metodológico para este subprograma consistió en dar una plática mensual al personal paramédico de la sección de la pediatría, en donde se dió a conocer los efectos, el significado de la hospitalización y los posibles trastornos a tratar con técnicas psicoterapéuticas en el ambiente de la pediatría, la manera de cómo ayudar a los niños para minimizar la conflictiva emocional que vivían; así mismo se trataron otros temas a petición e interés del personal tales como liderazgo, autoestima y sufrimiento.

Cada actividad con el personal de enfermería tenía una duración de sesenta minutos. Se realizaron dinámicas grupales y discusión de algunos casos de interés, con el fin de que ellas detectaran y refirieran a pacientes emocionalmente perturbados. De los temas tratados se proporcionó material impreso. En algunas ocasiones se realizó dinámicas de sensibilización para concientizar al personal en relación al trato y necesidades del paciente.

Se implementó al personal de enfermería del área de recién nacidos en la vigilancia del desarrollo infantil, se les entrenó sobre aspectos del desarrollo infantil a través de pláticas dinamizadas con revisión de bibliografía.

Los temas tratados fueron, factores de riesgo, el desarrollo y sus áreas, técnicas de estimulación según la edad del niño, evaluación del recién nacido y manejo de la pautas de evaluación Edin I y Edin II. Una vez que se asignó el espacio físico a la especialista las sesiones se llevaron a cabo mensualmente con una duración de cuarenta y cinco minutos a una hora.

Con el personal Paramédico de Pediatría y Recién Nacidos realizaron actividades de Salud mental con dinámicas de grupo, actividades recreativas y de terapia ocupacional en las que pudieron ver la importancia de su trabajo y el valor del mismo.

Para la celebración del Día de la Enfermera el 26 de Mayo de 1,994 se organizó una charla por el Licenciado en Trabajo Social Mariano Cruz Gomez quién implementó al personal

médico y paramédico en relación al "Contexto socioeconómico y sus implicaciones en las políticas sociales, principalmente en aspecto de salud"; hubo preguntas y respuestas, finalizamos con un almuerzo, entrega de diplomas y un obsequio para la enfermera de Pediatría más apreciada, otro para la enfermera más antigua y para la mejor enfermera del Hospital Regional. Los obsequios fueron donados por diferentes empresas.

En esta actividad el personal paramédico reconoció la labor de la epesista a través de la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, obsequiándole una plaqueta como muestra de agradecimiento.

Los padres de familia de los niños de Pediatría recibieron atención psicológica en sesiones grupales una vez por semana, por un periodo de cuarenta y cinco minutos a una hora en horario de la tarde. En cada actividad se hicieron dinámicas de integración, se plantearon los problemas que presentaban sus hijos al estar hospitalizados y la demanda de afecto que estos tenían. Cada padre de familia analizaba la problemática de su hijo en relación a los cambios que observaba durante su estancia en el hospital; se propusieron soluciones para dichos problemas y cada padre hacía un compromiso individual en relación al trato y afecto que debía de tener para con su hijo.

En horario de la mañana se proporcionaba orientación a padres de familia en relación a hábitos de salud, higiene y alimentación, especialmente a padres de hijos internados con síndrome diarreico y desnutrición. Se utilizaron láminas ilustradas las cuales eran analizadas por las madres, al finalizar la reflexión de las láminas se daba un pequeño resumen y conclusiones de la importancia de la higiene en todo el ambiente familiar y personal y los hábitos de salud que han de tenerse. Se sostuvieron pláticas de prevención de accidentes con los padres de familia con hijos quemados en traumatología. Para cada plática se utilizó material pedagógico ilustrado.

En la sección de Maternidad diariamente, en el horario de la mañana se dieron pláticas educativas a las señoras que se encontraban en el área de cuidados postnatales. Las pláticas fueron grupales y dinamizadas, tratándose los temas la importancia de la lactancia materna en el desarrollo del niño, cuidados y ejercicios de estimulación que deben brindársele al recién nacido y otros. A cada madre se le proporcionó una guía ilustrada en relación al tema.

En el Departamento de Consulta Externa se proporcionó orientación a madres de familia que asistían a control prenatal; en cada plática se les habló de la importancia de llevar un control médico para tener una buena salud durante el periodo de gestación, el tipo de alimentación que han de ingerir, la importancia de evitar la ingestión de medicamentos sin autorización de su médico, el evitar relacionarse con personas con enfermedades infecto-contagiosas, la importancia de mantener su salud mental en el curso del embarazo, la estimulación y el afecto que han de tener para con su hijo aun estando en el vientre. Esta actividad se realizó dos a tres veces por semana, por un periodo de veinte minutos en horario de la mañana. Para cada plática se reunió a las señoras en grupos homogéneos de acuerdo al

grupo lingüístico al que pertenecían. Al finalizar la actividad se proporcionó guía ilustrada de cuidados prenatales.

Se dió orientación sobre técnicas de estimulación a las señoras que llevaban a sus hijos a consulta médica; esta orientación fué individual y se hizo a través de modelamiento para facilitar la comprensión. Las técnicas se dieron según los resultados de la evaluación en el monitoreo del desarrollo infantil.

A partir de la segunda quincena del mes de febrero de 1994 no se continuó con las pláticas de orientación prenatal, debido a que se suspendió la Consulta Externa al declararse el paro laboral a nivel médico en el Hospital Regional de Cobán.

2.2.3 Sub-programa de Investigación.

Tres meses y medio después de estar realizando el Ejercicio Profesional Supervisado, se definió el tema a investigar en este sub-programa.

El tema seleccionado fue: "FORMAS DE PENSAMIENTO Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE COBAN, A.V., ANTE LA EPILEPSIA".

Dicho tema fue seleccionado en base a que desde que se inició el Ejercicio Profesional Supervisado en el Hospital Regional de Cobán, se evidenció que ingresaban casos con diagnóstico médico de Epilepsia a la sección de Pediatría, en la consulta externa se atendía a pacientes adultos y niños con este tipo de diagnóstico y pacientes que en alguna oportunidad estuvieron hospitalizados. Según referencias las personas desconocen de que previene tal padecimiento; también nos percatamos que manejaban ciertas creencias y tomaban diferentes actitudes ante los pacientes epilépticos.

Muchos padres de familia, desconocen lo que le sucede a sus hijos, de manera que muchos manejan altos grados de ansiedad al no saber qué hacer con ellos o como tratarlos. Todo esto motivo realizar nuestra investigación sobre el tema.

Después de la delimitación del problema se procedió a la implementación teórica, para lo cual se realizaron consultas a los médicos Pediatras de la ciudad de Cobán; se tomó muy en cuenta la experiencia del médico del Centro de Educación Especial Alida España de Arana que trata directamente con pacientes epilépticos, fuente de la cual se obtuvo material bibliográfico.

Terminada la implementación teórica, se elaboró entrevista de preguntas abiertas, se consultó el libro de ingresos de Pediatría, Medicina de hombres y Medicina de mujeres con la finalidad de tomar la muestra de pacientes con diagnóstico de epilepsia. Los datos más importantes a tomar fueron el nombre del paciente y el número de expediente médico.

Con la colaboración del personal de la Sección de Estadística se logró consultar los expedientes para conocer la historia del problema, verificar el diagnóstico y el tratamiento recibido.

Se consultaron treinta y tres expedientes, tomándose como muestra veinticuatro de estos casos, se anotaron los datos generales de cada paciente y se realizó una visita a sus domicilios, la mayoría de los entrevistados viven en municipios retirados de la ciudad por lo que hubo necesidad de trasladarse a sus lugares de residencia para entrevistar a los padres de familia. En aquellos casos en que no fue posible localizar a los padres del paciente, se entrevistó a familiares más cercanos y en otros casos se entrevistó a vecinos.

Como último paso, se procedió a la tabulación de los datos para obtener porcentajes. Los resultados sobre "Formas de pensamiento y Actitudes" se presentan en Frecuencias observadas para facilitar la interpretación de los mismos. Finalmente, se redactaron conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La presentación, análisis y discusión de los resultados del trabajo realizado en el Hospital Regional de Cobán A.V. se presenta a continuación, según los tres subprogramas cubiertos durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

3.1 Sub Programa de Servicio:

PRESENTACION:

Para el mejor desarrollo de este subprograma se atendieron diferentes actividades que se cubrieron en el trabajo del E.P.S., siendo estos.

- a) Apoyo a niños hospitalizados.
- b) Apoyo a padres de familia .
- c) Detección de casos de riesgo y estimulación temprana a niños de la sección de Pediatría.
- d) Detección de casos en riesgo y daño cerebral establecido en la sección de recién nacidos.
- e) Monitoreo del desarrollo infantil a niños que asisten a consulta externa.

La demanda del servicio de Psicología fue cubierta también en los otros programas de :

- a) Atención de casos individuales a pacientes internos.
- b) Atención de casos individuales a pacientes externos.

Los resultados se trabajaron según el análisis de frecuencias reportada y de esto se partió para la elaboración de los cuadros que a continuación se presentan. En ellos se describe con mas detalle las características de la población que se cubrió y en las gráficas muestran los porcentajes de diagnóstico de los diferentes casos que se atendieron en el sub-programa de servicio.

CUADROS

CUADRO No. 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION INFANTIL DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA ATENDIDA CON TERAPIA INDIVIDUAL										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No Tx	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 6 AÑOS										
A	21	14	8	27	11	24	14	21	DE 6 A 32 Tx POR PACIENTE	35
13 AÑOS										

LA ATENCIÓN INDIVIDUAL SE PROPORCIONO A UN TOTAL DE 35 PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES MAYORES. EN ALGUNOS CASOS HUBO NECESIDAD DE REALIZAR TERAPIA FAMILIAR

CUADRO No. 2

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION INFANTIL A QUIEN SE LE PROPORCIONO APOYO EN EL TRANSURSO DE SU HOSPITALIZACION										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No DE SESIONES POR Px	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 3 AÑOS										
A	76	50	42	84	47	79	47	79	DE 1 A 3 Tx POR PACIENTE	126
13 AÑOS										

SE BRINDO APOYO , INDIVIDUAL Y GRUPAL, A LOS 126 PACIENTES EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN PRESENCIA DE LLANTO, EN EL MOMENTO DE CURACIONES, ETC.

CUADRO No. 3

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE PADRES DE FAMILIA A QUIENES SE LES PROPORCIONO APOYO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No DE SESIONES POR Px	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 18 AÑOS										
A	15	81	21	75	28	68	32	64	DE 4 A 12 Tx POR PACIENTE	96
48 AÑOS										

EL APOYO QUE SE BRINDO A LOS 96 PADRES DE FAMILIA FUE INDIVIDUAL, PRINCIPALMENTE A AQUELLOS QUE SE ENCONTRABAN MAS AFECTADOS POR EL ESTADO CRITICO DE SUS HIJOS

CUADRO No. 4

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DETECTADA EN RIESGO DE SUFRIR RÉTRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL EN EL DEPTO DE PEDIATRIA										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No DE SESIONES POR Px	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 21 DIAS A 6 AÑOS	25	24	20	29	15	34	26	23	DE 7 A 20 POR PACIENTE	49

A CADA UNO DE LOS 49 CASOS DETECTADOS EN RIESGO SE LES DISEÑO GUIA INDIVIDUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA, SEGUN SUS RESULTADOS DE EVALUACION.

CUADRO No. 5

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DETECTADA EN RIESGO DE SUFRIR RETRASO EN EL DESARROLLO INFANTIL EN EL DEPTO DE RECIEN NACIDOS										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		PROMEDIO CONSULTAS	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 0 A 2 DIAS	26	28	17	37	37	17	25	29	DE 1 A 2 POR PACIENTE	54

DE LOS 54 CASOS DETECTADOS EN RIESGO, A 48 SE LES PROPORCIONO ESTIMULACION TEMPRANA, LOS 6 RESTANTES SE ENCONTRABAN EN ESTADO GRAVE Y POR ORDEN MEDICA NO SE LES PODIA MOVILIZAR.

CUADRO No. 6

MONITOREO DEL DESARROLLO INFANTIL EN EL DEPTO DE CONSULTA EXTERNA										
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		PROMEDIO CONSULTAS	TOTAL No DE Px ATENDIDOS
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI		
DE 22 DIAS A 3 AÑOS	30	19	22	27	19	30	37	12	DE 2 A 5 POR PACIENTE	49

LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL MONITOREO DEL DESARROLLO INFANTIL FUERON ENTREVISTA, EVALUACION, DETECCION, ORIENTACION, SEGUIMIENTO Y PROMOCION

CUADRO No. 7

ATENCION DE CASOS INDIVIDUALES A PACIENTES INTERNOS.											
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		OCUPACION	ESCOLARIDAD	No DE Tx
	PROMEDIO	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL			
DE 14 AÑOS A 38 AÑOS	10	8	17	1	17	1	18	0	ESTUDIANTES 3 LABORAL 15	3ero PRIMARIA A DIVERSIFICAD.	DE 5 A 19 POR Px

SE ATENDIERON 18 CASOS REFERIDOS POR EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO, CUBRIENDO LAS AREAS DE MEDICINA DE HOMBRES Y MEDICINA DE MUJERES.

CUADRO No. 8

ATENCION DE CASOS INDIVIDUALES A PACIENTES EXTERNOS											
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		OCUPACION	ESCOLARIDAD	No DE Tx
	PROMEDIO	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL			
DE 6 AÑOS A 48 AÑOS	4	18	20	2	19	3	22	0	ESTUDIANTES 14 LABORAL 6	1ero PRIMARIA A DIVERSIFICAD.	DE 14 A 31 Tx POR Px

A LOS 22 PACIENTES QUE SOLICITARON EL SERVICIO DE PSICOLOGIA, SE LES PORPORCIONO TERAPIA INDIVIDUAL

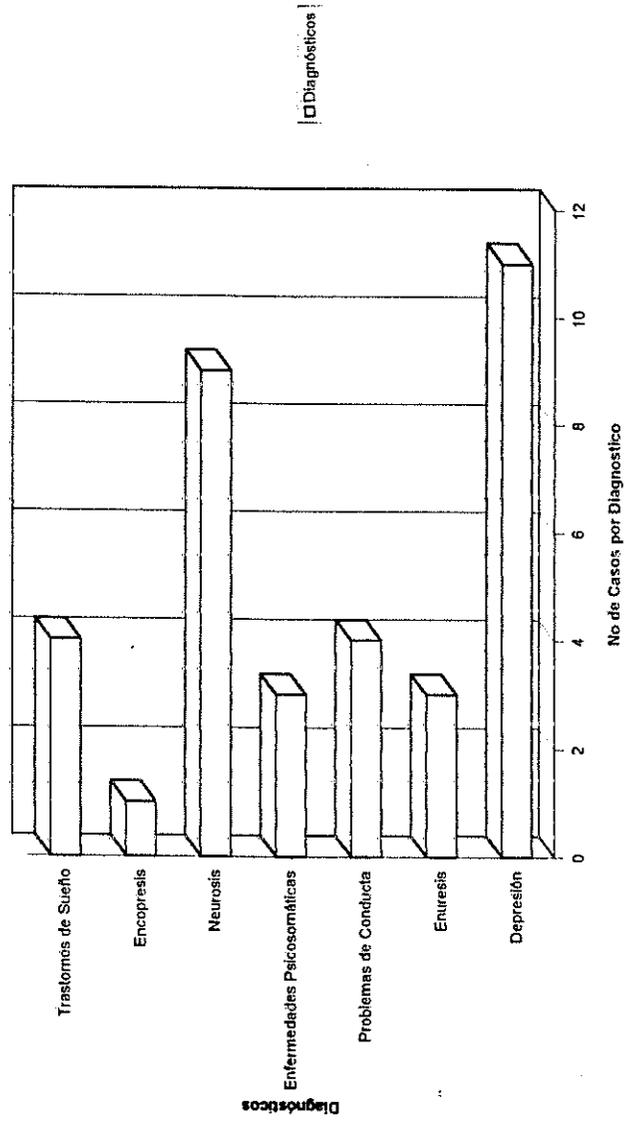
CUADRO RESUMEN

CUADRO No 9

PRESENTACION DE PORCENTAJES Y TOTALIDAD POR CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL SUB PROGRAMA DE SERVICIO		
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION	No DE PERSONAS	PORCENTAJE
SEXO MASCULINO	207	46%
SEXO FEMENINO	242	54%
TOTAL	449	100%
AREA URBANA	167	37%
AREA RURAL	282	63%
TOTAL	449	100%
LADINOS	193	43%
INDIGENAS	256	57%
TOTAL	449	100%
HABLA ESPAÑOLA	221	49%
HABLA KEKCHI	228	51%
TOTAL	449	100%

GRAFICA No. 1

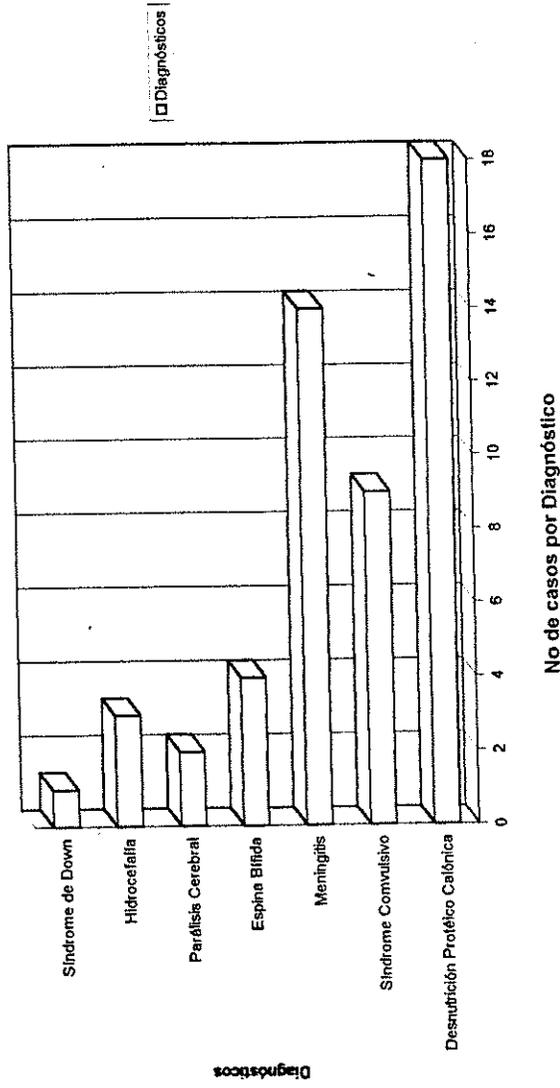
Diagnóstico de los casos atendidos con Terapia Individual en la sección de Pediatría



Total de la Muestra: 35 Casos

GRAFICA No. 2

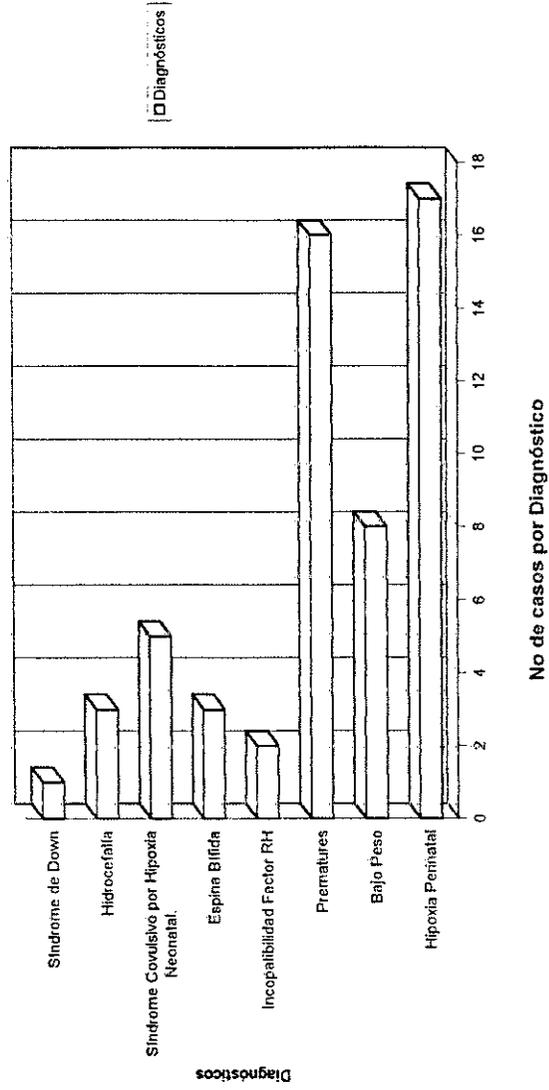
Diagnóstico de los casos detectados en Riesgo de Sufrir Retraso en el Desarrollo Infantil en la Sección de Pediatría



Total de la Muestra: 49 Casos

GRAFICA No. 3

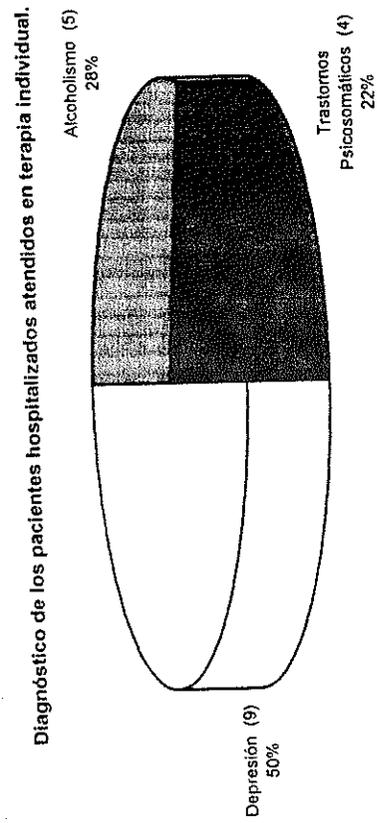
Diagnóstico de los casos detectados en Riesgo de Sufrir Retraso en el Desarrollo Infantil en la Sección de Recién Nacidos



Total de la Muestra: 54 Casos

GRAFICA No. 4

Diagnóstico	No de Personas	Porcentaje
Depresión	9	50%
Alcoholismo	5	28%
Trastornos Psicósomáticos	4	22%
TOTAL	18	100%



Total de la Muestra: 18 Casos

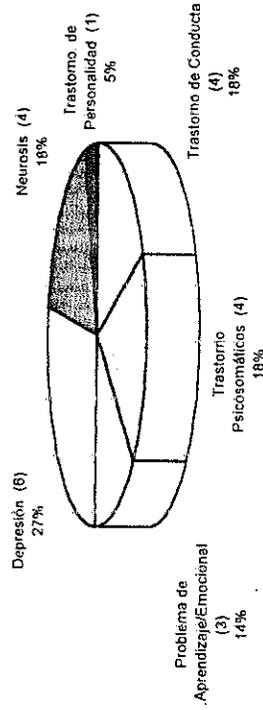
GRAFICA No. 5

Diagnóstico	No de Personas	Porcentaje
Depresión	6	27%
Neurosis	4	18%
Trastorno de Personalidad	1	5%
Trastorno de Conducta	4	18%
Trastorno Psicósomáticos	4	18%
Problema de Aprendizaje/Emocional	3	14%
TOTAL	22	100%

Tipos de Neurosis que se Diagnosticaron

- a. Fobica = 1
- b. Obsesiva = 1
- c. De abandono = 2

Diagnósticos de los pacientes externos que solicitaron el servicio de Psicología a quienes se les trató en terapia individual



Total de la Muestra: 22 Casos

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz, que fueron atendidos tanto en terapia individual como grupal, recibieron el apoyo psicológico en el transcurso de su hospitalización.

La atención de casos individuales permitió adquirir mayor conocimiento y experiencia en cuanto al abordamiento clínico, ya que se daba la constante necesidad de realizar consultas bibliográficas como consultas a profesionales dentro de la rama de la Psicología.

Se evidenció que, a través de la instalación del cuarto de juego, se logró satisfactoriamente la adaptación del niño al ambiente hospitalario, así como contribuyó a que se les brindara un mejor servicio y tratamiento psicológico.

Las instalaciones físicas del Departamento de Pediatría no llenaban los requisitos de un ambiente favorable que contribuyera en la recuperación del niño hospitalizado, por lo que en los primeros meses de ejecución del E.P.S., a raíz de una serie de trámites que se realizaron, se logró la aprobación de la reconstrucción de la Pediatría por parte de la Sección de Obras Públicas de la ciudad de Cobán. A partir del quinto mes se inició dicha reconstrucción, por lo que hubo necesidad de desalojar las instalaciones y reubicar en otra área física del Hospital el Departamento de Pediatría.

En el Departamento de Pediatría se proporcionó atención psicológica a un total de 161 pacientes, que incluye a quienes se les trató con terapia individual y a los que se les proporcionó apoyo. Entre los porcentajes sobresalientes, según las características de la población, el 60% pertenecen al sexo masculino y el 40% al sexo femenino, el 31% proceden del área urbana y el 69% del área rural, el 36% de la población es de origen ladino y el 64% de origen indígena, el 38% es de habla española y el 62% de habla kekchí. La población que demanda más el servicio de Pediatría del Hospital Regional es la indígena, de habla kekchí y procedentes del área rural.

De los 36 padres de familia a quienes se les proporcionó apoyo psicológico en los momentos críticos por tener un hijo en estado grave, el 70% es de origen indígena de habla kekchí, en su mayoría procedentes del área rural, un 84% de la población pertenecen al sexo femenino; lo que demuestra que en su mayoría son las madres de familia quienes se están más al lado de sus hijos en el transcurso de la hospitalización, deduciéndose que los padres de los pacientes tienen una limitante para permanecer al lado de sus hijos debido a que tienen que cumplir con sus tareas laborales.

En cuanto a la detección de casos en riesgo en la Sección de Pediatría de los 49 pacientes evaluados que presentaron retraso en las diferentes áreas del desarrollo, el 37% fueron diagnosticados con desnutrición proteico calórica y el 29% con un diagnóstico de meningitis; siendo estos dos diagnósticos los que se presentaron con mayor incidencia. A todos los casos

evaluados se les proporcionó estimulación temprana, lo que contribuyó a que la mayoría de los niños lograran llegar a funcionar de acuerdo a su edad cronológica en cada área del desarrollo.

En el Departamento de Recién Nacidos, de los 54 casos detectados en riesgo de sufrir retraso en el desarrollo, los dos diagnósticos de mayor prevalencia que se presentaron fueron la hipoxia perinatal en un 31% y prematuridad en un 30% de la población. Estos niños recibieron estimulación temprana integrando a la madre en el desarrollo de las actividades, lo que permitió un mayor acercamiento entre madre e hijo.

En el Departamento de Consulta Externa se monitoreó el desarrollo infantil de 49 pacientes oscilantes entre las edades de 22 días a 3 años. En los primeros tres meses de ejecución del E.P.S., no se logró iniciar con el monitoreo del desarrollo infantil debido a que la consulta externa contaba con un espacio físico muy reducido y no se pudo instalar la clínica de estimulación temprana. En los últimos días del tercer mes de iniciado el E.P.S., se trasladó la consulta externa a una nuevas instalaciones se compartió la clínica con Trabajo Social, iniciándose el programa de monitoreo del desarrollo.

Este programa se logró desarrollar dos meses y medio en la Consulta Externa, ya que se declaró un paro laboral a nivel Médico a partir de la segunda quincena del mes de marzo de 1994, cerrándose por completo las instalaciones, en el Departamento de Pediatría. Se continuó monitoreando el desarrollo de 16 casos.

La atención de casos individuales a pacientes adultos hospitalizados y adultos y niños de consulta externa, fue un gran logro debido a que no se tenía contemplado dentro del proyecto un objetivo para tal servicio. Los casos atendidos en su mayoría concluyeron el tratamiento psicológico, obteniéndose resultados clínicos positivos favorables tanto para los pacientes como para la epesista.

De los 75 casos a quienes se les proporcionó terapia individual, incluyendo a niños y adultos internos y pacientes externos, el diagnóstico de mayor prevalencia fue depresión, presentándose en un 47% de la población.

Durante los ocho meses de ejecución del E.P.S., en el subprograma de servicio se atendió un total de 449 personas, 256 de origen indígena, representando un 57% de la población atendida.

Lo que contribuyó y fué de gran ayuda para el logro de los objetivos planeados fué que a la población indígena se le habló en su idioma, permitiendo tener mejor relación y comprensión de sus problemas; se pudo observar que ellos son quienes demandan con más frecuencia los diferentes servicios que presta el Hospital Regional de Coban, Alta Verapaz.

3.2 Sub-Programa de Docencia

PRESENTACION

Para el mejor desarrollo de este sub-programa se realizaron diferentes actividades en el transcurso del Ejercicio Profesional Supervisado. Estas actividades de docencia fueron dirigidas a diferentes sectores de la población.

- a) Programa de docencia dirigido al personal paramédico del Departamento de Pediatría
- b) Programa de docencia dirigido al personal paramédico del Departamento de Recién Nacidos
- c) Programa de docencia dirigido a padres de familia con hijos hospitalizados en la Pediatría
- d) Programa de orientación postnatal dirigido a madres de familia en la Sección de Maternidad
- e) Programa de orientación prenatal y estimulación temprana dirigido a madres de familia en la Sección de Consulta Externa

Se organizaron dos actividades de docencia dirigidas al personal paramédico de Pediatría con profesionales invitados, atendiendo las necesidades académicas de las enfermeras.

A continuación se presentan los cuadros que describen en detalles las características de las diferentes actividades de docencia realizadas.

CUADRO No. 1

PROGRAMA DE DOCENCIA DIRIGIDO A PERSONAL PARAMEDICO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA						
TEMA Y/O ACTIVIDAD	SEXO		GRUPO ETNICO		REUNIONES GRUPAL	TOTAL POBLACION POR ACTIVIDAD
	M	F	LADINO	INDIGENA		
A. MANEJO Y NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO	0	12	11	1	1	12
B. EFECTOS DE LA HOSPITALIZACION EN EL NIÑO Y SU SIGNIFICADO.	0	13	11	2	1	13
C. TRASTORNOS PSICOLOGICOS	0	18	15	3	1	18
D. AUTOESTIMA Y SUFRIMIENTO	0	16	13	3	1	16
E. LIDERAZGO	0	13	11	2	1	13
F. CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y SUS IMPLICACIONES EN LAS POLITICAS SOCIALES PRINCIPALMENTE EN ASPECTO DE SALUD	7	27	32	2	1	34
G. ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL	0	26	20	6	4	26

CUADRO No. 2

PROGRAMA DE DOCENCIA DIRIGIDO A PERSONAL PARAMEDICO DEL DEPARTAMENTO DE RECIEN NACIDOS						
TEMA Y/O ACTIVIDAD	SEXO		GRUPO ETNICO		REUNIONES GRUPAL	TOTAL POBLACION POR ACTIVIDAD
	M	F	LADINO	INDIGENA		
A. FACTORES DE RIESGO	0	8	7	1	1	8
B. DESARROLLO INFANTIL Y AREAS DE DESARROLLO	0	8	7	1	1	8
C. EVALUACION DEL RECIEN NACIDO, MANEJO DE LAS ESCALAS EDIN I Y EDIN II	0	6	6	0	1	6
D. TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA	0	8	7	1	1	8

CON EL PERSONAL PARAMEDICO DEL DEPTO DE RECIEN NACIDOS SE LLEVO A CABO 4 ACTIVIDADES DE DOCENCIA CON UN TOTAL DE 30 PARTICIPANTES Y UNA REUNION GRUPAL POR ACTIVIDAD.

CUADRO No. 3

PROGRAMA DE DOGENCIA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA											
TEMA Y/O ACTIVIDAD	TOTAL POBLACION	No DE REUNIONES		SEXO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO	
		INDIVID.	GRUPAL	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI
A. MANEJO Y NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO.	126	0	24	25	101	18	108	11	115	37	89
B. ESTIMULACION TEMPRANA Y TECNICAS	49	31	4	8	41	12	37	15	34	19	30
C. HABITOS DE SALUD EN HIGIENE Y ALIMENTACION	105	1	21	0	105	27	78	21	84	28	77
D. PREVENCION DE ACCIDENTES.	68	1	9	19	49	14	54	16	52	21	47
TOTAL	348	34	58	52	296	71	277	63	285	105	243

SEGUN SE DESCRIBE EN EL CUADRO SE TRATARON 4 TEMAS CON LOS PADRES DE FAMILIA
QUE TENIAN HIJOS UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, PROPORCIONANDOLE
ORIENTACION A UN TOTAL DE 348 PERSONAS CON 34 REUNIONES INDIVIDUALES Y 58 GRUPALES.
ASI MISMO SE DESCRIBEN LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ASISTENTE A CADA ACTIVIDAD.

CUADRO No. 4

ORIENTACION PRENATAL EN LA SECCION DE MATERNIDAD											
EDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No DE REUNIONES		TOTAL POBLACION
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI	INDIVIDUAL	GRUPAL	
DE 14 AÑOS											
A	0	808	318	490	257	55	313	495	92	74	808
41 AÑOS											

EL PROGRAMA DE DOCENCIA EN LA SECCION DE MATERNIDAD SE DIRGIO A 808 MADRES DE FAMILIA

CUADRO No. 5

PROGRAMA DE DOCENCIA A MADRES DE FAMILIA EN LA SECCION DE CONSULTA EXTERNA											
TEMA Y/O ACTIVIDAD	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		GRUPO LINGUISTICO		No DE REUNIONES		TOTAL POBLACION
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	ESPAÑOL	KEKCHI	INDIVIDUAL	GRUPAL	
A. ORIENTACION PRENATAL	0	143	56	87	48	95	48	95	0	25	143
B. TECNICAS DE ESTIMULACION	0	49	22	27	18	31	36	13	49	0	49
TOTAL	0	192	78	114	66	126	84	108	49	25	192

EN LA SECCION DE CONSULTA EXTERNA SE PROPORCIONO ORIENTACION A UN TOTAL DE 192 MADRES DE FAMILIA LLEVANDOSE A CABO 25 REUNIONES GRUPALES Y 49 INDIVIDUALES.

CUADRO No. 6

DOCENCIA DIRIGIDA A ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE BACHILLERATO POR MADUREZ DEL INSTITUTO NAZARENO								
TEMA	SE XO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		No DE REUNIONES	TOTAL POBLACION
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA		
TIPOS DE PERSONALIDAD	20	12	18	14	23	9	1	32

EL TEMA QUE SE TRATO FUE A PETICION DE LOS ESTUDIANTES.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para cumplir con los objetivos de la docencia se contó con la colaboración del personal médico y paramédico del Departamento de Pediatría y Recién Nacidos, así como de los padres de familia que tenían hijos hospitalizados.

De las siete actividades de docencia que se realizó con el personal paramédico del Departamento de Pediatría se contó con un total de 132 participantes. El personal con que contaba la Pediatría en el transcurso en que se realizó el E.P.S. fué de 18 enfermeras; únicamente en dos de las actividades se logró la participación de todo el personal; en las demás actividades se contó con 12 a 16 participantes debido a que, según ellas no se enteraron de la fecha de la actividad. El programa de docencia dirigido a dicho personal permitió que adquirieran nuevos conocimientos en la rama de la psicología y a la vez se logró que detectaran y refirieran pacientes que consideraban necesitar atención psicológica. El trato para con los niños hospitalizados mejoró, existiendo una relación mas estrecha entre el paciente y enfermera: hubo una mejor comprensión de la actitud que tomaba el paciente; le proporcionaron apoyo, lo que contribuyó en gran parte a la mejoría del niño y que éste aceptara y contribuyera en su tratamiento médico.

En el Departamento de Recién nacidos se contó en cada actividad con la participación de todo el personal; hubo colaboración, participación y ampliación de conocimientos académicos; esto contribuyó a que refirieran y detectaran niños en riesgo, no solo la epesista sino a las diferentes instituciones que estaban en posibilidad de cubrir las necesidades del paciente.

De los padres de familia, a través de los temas tratados principalmente " El manejo y necesidades del niño hospitalizado", se logró que en los momentos de visita proporcionaran apoyo y dieran muestras de cariño a sus hijos; anteriormente a las pláticas se observó que no existía esa buena relación entre padres e hijos.

La orientación se proporcionó a un total de 348 padres de familia. El 80% de ellos procedían del área rural y el 20% eran de origen indígena, en su mayoría de habla kekchí y de sexo femenino. Las pláticas en su totalidad se dieron en kekchi ya que como se podrá notar el mayor porcentaje de la población de padres de familia a quienes se les proporcionó docencia eran indígenas.

De la orientación posnatal se obtuvo que las madres de familia conocieran el trato, la estimulación y los primeros cuidados que deben dar al recién nacido. A raíz de las pláticas impartidas, en la Consulta Externa aumentó la población infantil ya que las señoras comenzaron a llevar con mas frecuencia a sus hijos a control médico mensual.

En la orientación prenatal que se dió a madres embarazadas que asistían a la consulta externa, se cubrió un total de 143 participantes; de ellas el 66% eran de origen indígena

precedentes en su mayoría del área rural y de habla kekchi. Con esta orientación se logró la asistencia a la consulta médica prenatal de la mayoría de las señoras que recibieron las pláticas.

La docencia también se dirigió a un grupo de 32 estudiantes del quinto de bachillerato por madurez del Instituto Nazareno, el tema que se trató fue atendiendo la necesidad por ellos planteada.

Durante toda la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se proporcionó el servicio de docencia a un total de 1,419 personas, incluyendo al personal paramédico a padres y madres de familia, siendo este un aporte más de la Psicología.

3 Sub-Programa de Investigación

PRESENTACION

El objetivo que la investigación persiguió fue analizar las actitudes que tienen algunas personas de la Ciudad de Cobán en relación a la epilepsia, así como profundizar en las formas del pensamiento.

Se presenta un cuadro donde se describen las características y el total de los entrevistados; posterior a esto, la tabulación de las respuestas de las entrevistas y un análisis de frecuencias de cada respuesta.

Todas las respuestas se trabajaron con porcentajes para determinar la intensidad de la respuesta y la frecuencia que presentaron. De esto se partió para la elaboración de gráficas y el análisis que se realiza de los resultados que se obtuvieron.

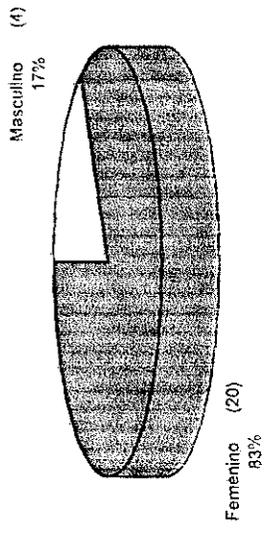
CUADRO No. 1

CARACTERISTICAS DE LOS ENTREVISTADOS							
EDAD	SEXO		PROCEDENCIA		GRUPO ETNICO		TOTAL
	M	F	URBANO	RURAL	LADINO	INDIGENA	
DE 14 AÑOS							
A	4	20	6	18	9	15	24
50 AÑOS							

GRAFICA No. 1

Características x Sexo	No de Personas	Porcentaje
Masculino	4	17%
Femenino	20	83%
TOTAL	24	100%

DEFINICION DE LA MUESTRA POR SEXO

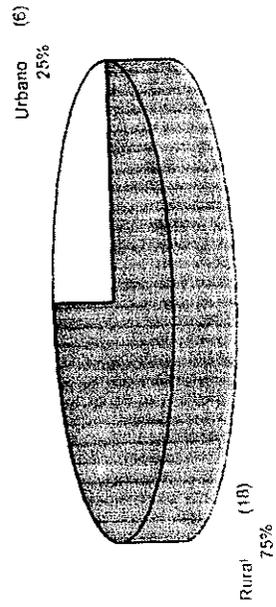


Total de la Muestra: 24 Casos

GRAFICA No. 2

Características x Procedencia	No de Personas	Porcentaje
Urbano	6	25%
Rural	18	75%
TOTAL	24	100%

DEFINICION DE LA MUESTRA POR PROCEDENCIA



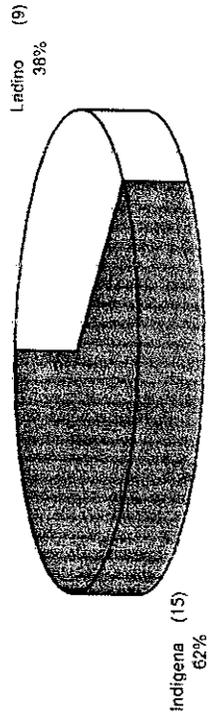
Total de la Muestra: 24 Casos

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GRAFICA No. 3

Características x Grupo Étnico	No de Personas	Porcentaje
Ladino	9	38%
Indígena	15	62%
TOTAL	24	100%

DEFINICION DE LA MUESTRA POR GRUPO ÉTNICO



Total de la Muestra: 24 Casos

DE INVESTIGACION

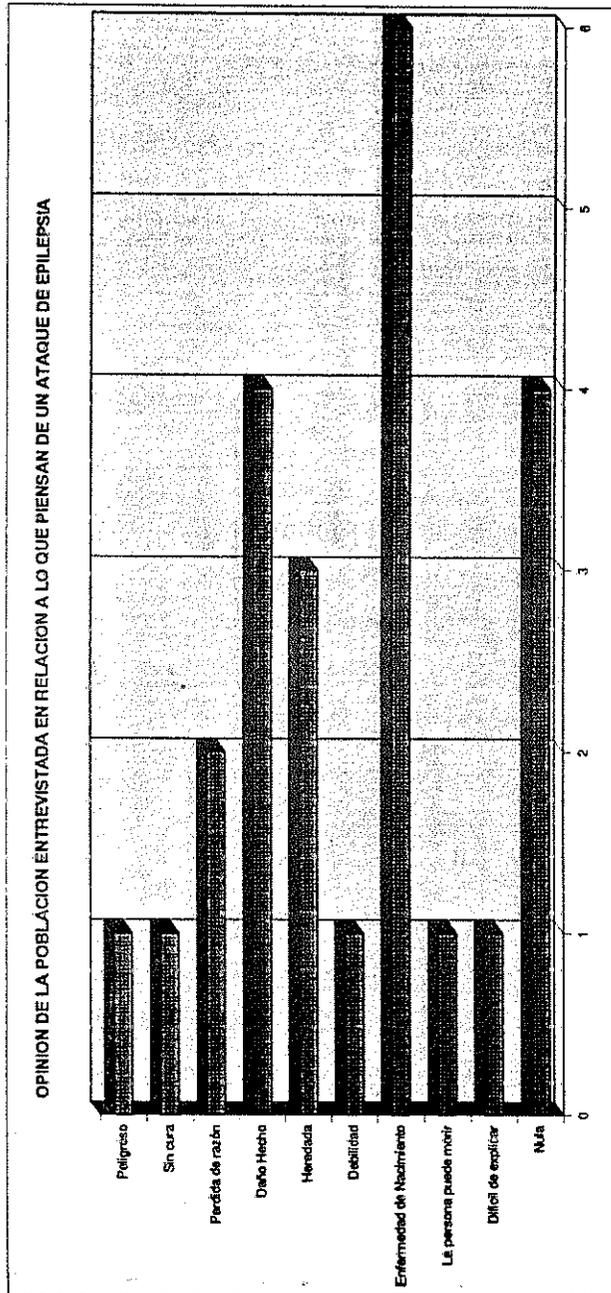
CUADRO No. 2

NUMERO DE ITEM	RESPUESTAS	Fo	%	ANALISIS POR FRECUENCIA OBSERVADA
1. Conoce alguna persona que padece de ataques o ha visto a alguien ante un ataque de epilepsia, que tipo de relación o parentesco lo une a esta persona.	SI - Hermano	3	12.50	La mayor frecuencia que se obtuvo es de 37,50% siendo la respuesta a la pregunta: que si conocen a una persona que padece de ataques, el parentesco o relación que le une a esta persona es de hijo.
	SI - Hijo	9	37.50	
	SI - Primo	3	12.50	
	SI - Vecino	5	20.83	
	SI - Sobrino	4	16.67	
	total..	24	100.00	
2. Que piensa usted de un ataque de epilepsia.	Nula	4	16.66	La respuesta con mayor frecuencia es de 25%, a lo que refieren los entrevistados de que la epilepsia es una enfermedad de nacimiento.
	Es difícil de explicar	1	4.16	
	La persona puede morir	1	4.16	
	Es una enfermedad de nacimiento	6	25.00	
	Es discapacidad	1	4.16	
	Que es heredada	3	12.50	
	Que es un daño hecho	4	16.66	
	Que es pérdida de razón	2	8.33	
	Es una enfermedad que no se cura	1	4.16	
	Que es algo peligroso	1	4.16	
total..	24	100.00		
3. A que cree usted que se deben los ataques de epilepsia.	Nula	4	16.66	La respuesta con mayor frecuencia es de 20,83% en la que se considera que los ataques de epilepsia se deben a golpes en la cabeza.
	A alteraciones del sistema	2	8.33	
	A descuido de los padres	2	8.33	
	A una enfermedad hereditaria	4	16.66	
	A golpes en la cabeza	5	20.83	
	A fiebres	1	4.16	
	A un susto	2	8.33	
	A enojos o por enojados	1	4.16	
A un mal espíritu	3	12.50		
Total..	24	100.00		

NUMERO DE ITEM	RESPUESTAS	Fo	%	ANALISIS POR FRECUENCIA OBSERVADA		
4. Si usted tiene relación directa con una persona epiléptica; ha notado que cosas suceden antes de que se manifieste un ataque de este tipo.	Nula	3	12.50	La respuesta con mayor frecuencia es de 37.50% a lo que refieren los entrevistados de que nunca han observado qué cosas suceden antes de que se manifieste un ataque epiléptico.		
	Nunca ha observado nada	9	37.50			
	Pánico y Mareo	4	16.66			
	Mirada Fija	5	20.83			
	Nerviosismo	2	8.33			
	Problema para Respirar.	1	4.66			
	total.	24	100.00			
	5. Cómo se siente ante una persona que sufre de un ataque epiléptico	Mial	5		20.83	Hay dos respuestas que presentaron la frecuencia de 25.00%; a lo que refieren los entrevistados de que se sienten preocupados y con miedo cuando presentan a una persona con ataques epilépticos.
		Preocupada	6		25.00	
		Nerviosa	5		20.83	
Con miedo		6	25.00			
Angustiaada		2	8.33			
total.		24	100.00			
6. Que Actitud ha tomado o que ha hecho cuando una persona tiene un ataque de epilepsia.	Nula	3	12.50	Dos son las respuestas con mayor frecuencia de 20.83% a lo que se refieren los entrevistados de que han tomado la actitud de mover de lugar y untar con agua florida a quien padece de epilepsia.		
	Colocarle un paño mojado en la frente	1	4.16			
	Colocarle un pañuelo en la boca	5	20.83			
	Untarle con agua Florida	4	16.66			
	Moverlo de lugar	5	20.83			
	Dejarlo solo	4	16.66			
	Darle aire	2	8.33			
	total.	24	100.00			
	7. Ha observado las actitudes de otras personas ante un epiléptico, menciónelas.	Nula	2		8.33	La respuesta con mayor frecuencia es de 29.16% a lo que refieren los entrevistados de que han observado las actitudes en otras personas de miedo y alejamiento al presentar a alguien con un ataque de epilepsia.
		Se Muestran con Miedo y se Alejan.	7		29.16	
Le Colocan un pañuelo en la boca y los agarran		2	8.33			
Se Muestran Nerviosas		2	8.33			
Les dan aire		1	4.16			
Solo observan , se asustan y asombran		4	16.66			
Les untan agua florida.		6	25.00			
total.	24	100.00				

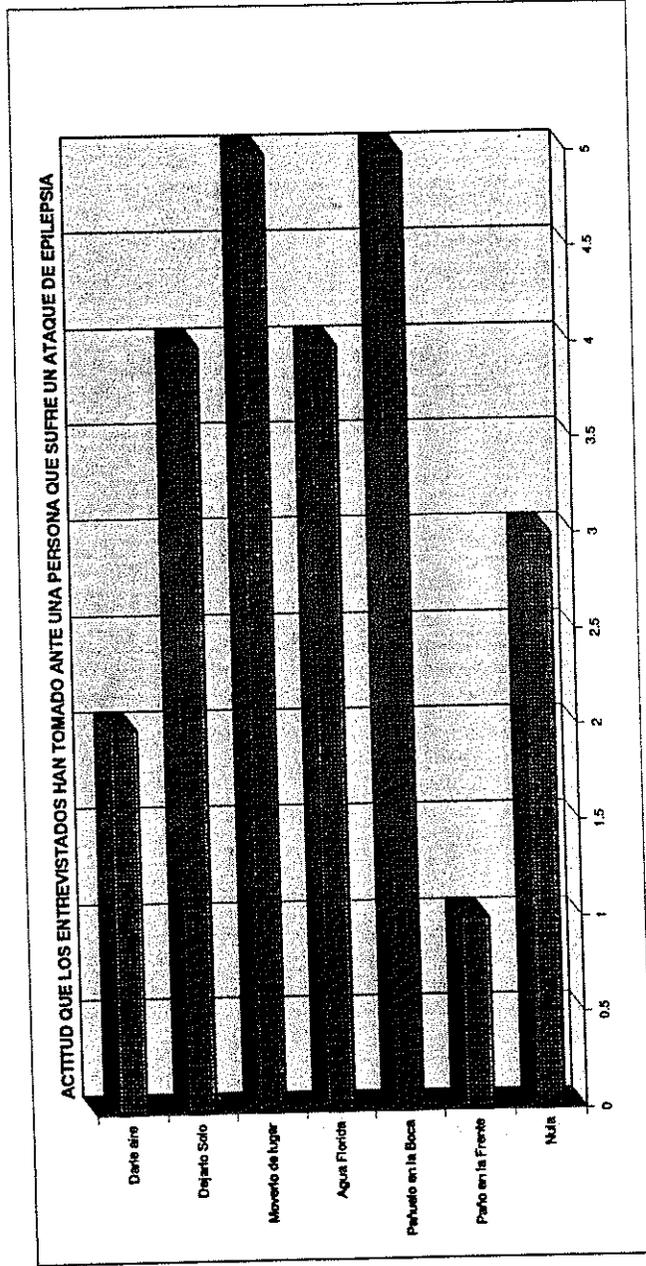
NUMERO DE ITEM	RESPUESTAS	Fo	%	ANALISIS POR FRECUENCIA OBSERVADA
8. Ha observado algunos rasgos físicos especiales en las personas epilépticas.	No Si - Son pálidos y Delgados La cara se muestra trágica y triste.	14 7 3	58.33 28.16 12.50	La mayor frecuencia que se obtuvo es de 58.33% a lo que se refieren los entrevistados da que no han observado rasgos físicos especiales en las personas epilépticas.
9. Que le han dicho otras personas en relación a que hacer ante su hijo o familiar que padece de epilepsia.	total... Nula Que lo lleva a un centro espiritista (Curandero) Llevarlo a la Iglesia Llevarlo a un naturalista Llevarlo a un médico Que se le coloque un pañuelo en la boca No le dicen nada Que no lo mueva.	24 3 5 4 1 4 4 1 4 2	100.00 12.50 20.83 16.66 4.16 16.66 4.16 16.66 8.33	La respuesta con mayor frecuencia es de 20.83%, a lo que refieren los entrevistados de que otras personas les han dicho que deben llevar a su familiar que padece de epilepsia a un centro espiritista.
10. Que explicación ha dado o piensa dará su hijo o familiar ante los ataques de epilepsia.	total... Nula No sabía que decir Que es una enfermedad incurable. Que lo que pasa no es normal Que visite constantemente a un médico.	24 1 10 8 4 1	100.00 4.16 41.66 33.33 16.66 4.16	La respuesta con mayor frecuencia es de 41.66% por lo que refieren los entrevistados de que no sabrían que explicación dar a su familiar epiléptico en cuanto a lo que le sucede.
	Total...	24	100.00	

GRAFICA No. 4



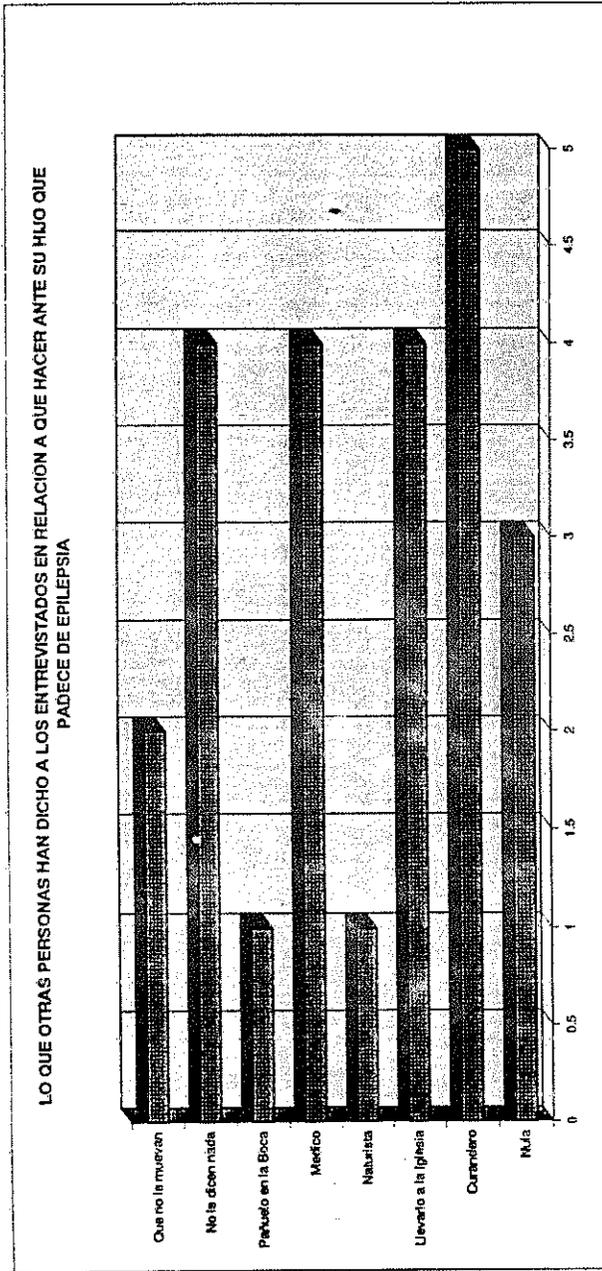
Total de la Muestra: 24 Casos

GRAFICA No. 5



Total de la Muestra 24 Casos

GRÁFICA No. 6



Total de la Muestra: 24 Casos

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para el desarrollo del sub-programa de Investigación se contó con el apoyo del personal paramédico de la Sección de Pediatría, Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres y el personal que labora en el área de Estadística del hospital, así como de la población entrevistada en la ciudad de Cobán, que sin su colaboración no hubiera sido posible realizarlo.

Las entrevistas fueron aplicadas a padres de familia, familiares y en algunos casos a los vecinos de los pacientes con diagnóstico de epilepsia que en algún momento de su vida emendaron el servicio del Hospital Regional de Cobán, A.V.

La tabulación de los datos se realizó por frecuencia observada obteniendo los porcentajes correspondientes de cada respuesta.

De los 24 entrevistados, las respuestas con mayor porcentaje son aquellas en las que consideran que la epilepsia es una enfermedad de nacimiento, que muchas veces se debe a golpes en la cabeza; nunca han observado qué sucede en la persona antes de que se manifieste un ataque epiléptico, han tomado la actitud de preocupación, miedo y le han colocado en la boca un pañuelo para que no se lastime.

Según los entrevistados han observado que otras personas se muestran con miedo y se alejan de la persona que sufre un ataque, que les untan con agua florida en el momento de la convulsión y que la recomendación que les han dado es que los lleven a un centro espiritista o a alguna iglesia para que sea desposeído de las malas influencias.

La mayoría de los entrevistados dice que no han observado ningún rasgo físico que describa a las personas epilépticas y que no sabrían qué explicación dar a la persona sobre lo que le sucede si en determinado momento le preguntara.

El realizar esta investigación permitió conocer más a fondo el pensamiento que maneja un grupo de la población de la ciudad de Cobán, especialmente la población indígena ya que el 63% de los entrevistados pertenecen a este grupo étnico. También se logró conocer las actitudes que adoptan ante los epilépticos; así como se evidencia el desconocimiento que tienen de la etiología de la epilepsia y el manejo adecuado de dichos pacientes en el momento de una crisis.

APITULO IV

CONCLUSIONES

4.1.1 SERVICIO

1. El servicio se dirigió a la población hospitalizada que ameritaba atención psicológica en la Sección de Pediatría, Recién Nacidos, Consulta Externa, Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres.
2. El servicio consistió en proporcionar apoyo a niños y adultos hospitalizados. Evaluar y proporcionar estimulación temprana a niños en riesgo en la Sección de Pediatría y Recién Nacidos. Monitorear el desarrollo de niños en riesgo y niño sano que acudía a Consulta Externa.
3. En el Ejercicio Profesional Supervisado se desarrollaron actividades grupales con niños, a través de las cuales se proporcionó apoyo a los participantes y se adquirió un mayor conocimiento del manejo de grupos.
4. Se realizaron actividades de salud mental con los padres de familia y el personal paramédico de la Sección de Pediatría y Recién Nacidos, las cuales incluyeron actividades ocupacionales, recreativas y dinámicas de grupo.
5. El Ejercicio Profesional Supervisado en la Sección de Pediatría permitió crear un cuarto de juego y a través de su utilización, se mejoró la atención al niño hospitalizado contribuyendo a minimizar los efectos de la hospitalización.

4.1.2 DOCENCIA

1. El trabajo de docencia que se planificó permitió realizar actividades como conferencias, exposiciones orales, talleres y la investigación de varios temas de interés para el personal y padres de familia.
2. Las actividades realizadas con el personal paramédico de la Sección de Pediatría y Recién Nacidos fueron participativas, existiendo interacción de conocimientos entre el personal y personal que labora en dichas secciones.
3. La comunicación con las enfermeras jefes de ambos servicios y con el personal paramédico, como el apoyo que se recibió de parte de ellas, fué un factor importante para el desarrollo de las actividades de implementación.

4.1.3 INVESTIGACION

1. La población cobanera en su mayoría desconoce la etiología de la epilepsia, considerando que los ataques epilépticos se deben a golpes en la cabeza.
2. Según creencias de la población cobanera se debe llevar a la persona que padece epilepsia a un centro espiritista para que le quiten o alejen del daño que le han hecho.
3. El comportamiento que con mayor frecuencia adoptan algunas personas ante los epilépticos son: preocupación, nerviosismo, miedo y angustia.
4. Colocar pañuelo en la boca o untar con agua florida a la persona que sufre de un ataque epiléptico, es la actitud más común que adoptan los familiares o padres de familia con pacientes epilépticos.

RECOMENDACIONES

4.2.1 SERVICIO

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

1. Que se apoye al Departamento de E.P.S. para que se continúe el Ejercicio Profesional Supervisado en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán A.V.

A la Sección de Pediatría del Hospital Regional de Cobán, A.V.

1. Que soliciten al Departamento de E.P.S. estudiantes interesados en realizar su Ejercicio Profesional Supervisado en la Sección de Pediatría.
2. Que el personal paramédico proporcione al niño hospitalizado actividades de integración grupal.
3. Que la enfermera jefe de la sección de pediatría vele por el funcionamiento del cuarto de juego y el equipamiento del mismo.
4. Que se proporcione al niño hospitalizado un tiempo estipulado para que pueda ingresar al cuarto de juego y así realizar actividades lúdico pedagógicas.

.2.2 DOCENCIA

Al departamento de E.P.S. de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

1. Que se proporcione supervisión y asesoría continua a los próximos estudiantes que realicen su Ejercicio Profesional Supervisado en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán.

A la sección de pediatría del Hospital Regional.

1. Que el jefe médico, facilite actividades que sean de interés del personal paramédico.
2. Continuar el apoyo a la docencia a través de invitación dirigida a licenciados en Psicología y otros profesionales que sean afines al papel del Psicólogo.

4.2.3 INVESTIGACION

Al Departamento de E.P.S.

1. Que concientice e implemente al futuro epesista en las diferentes técnicas de investigación y la importancia de cumplir con los lineamientos de la investigación.

A la sección de pediatría.

1. Que el personal médico y paramédico orienten a los padres de familia en cuanto a la etiología y el manejo del paciente epiléptico.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wohlers Carlos Rodolfo Dr. "**Trabajo de Investigacion Interna Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud**". Cobán Alta Verapaz. P.2.
2. Prensa Libre. "**Colección Conozcamos Guatemala**" No. 10 Alta Verapaz, Impresa 27 julio de 1993 P.6
3. Documento **Monografico de Cobán del Instituto de Estadistica** P.1.
4. Ibidem P. 1
5. Wohlers Carlos Rodolfo Dr. "**Trabajo de Investigacion Interna Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud**". Cobán Alta Verapaz. P.6
6. Ibidem P.3
7. Documento **Monografico de Cobán del Instituto de Estadistica** P.2.
8. Ibidem P.2
9. Ibidem P.3
10. Wohlers Carlos Rodolfo Dr. "**Trabajo de Investigacion Interna Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud**". Cobán Alta Verapaz. P.2
11. Prensa Libre. "**Coleccion Conozcamos Guatemala**" No. 10 Alta Verapaz, Impresa 27 Julio de 1993 P.4
12. Documento **Monografico Municipalidad de Ciudad Imperial de Cobán Alta Verapaz. P.2**
13. Documento **Monografico de Cobán del Instituto de Estadistica** P.4
14. Documento **Monografico Municipalidad de Ciudad de Cobán** P.2.
15. Ibidem P.3.
16. Wohlers Carlos Rodolfo Dr. "**Trabajo de Investigacion Interna Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud**". Cobán Alta Verapaz. P.8

17. Ibidem P.9
18. Ibidem P.11
19. Ibidem P.12
20. Ibidem P.45
21. Ibidem P.28
22. Manual de normas de Atencion de Enfermeria y de Procedimientos Administrativos, del Departamento de Pediatria del Hospital Regional "Hellen Lossi de Laugerud", Cobán, Alta Verapaz. P.5
23. Ibidem P.6
24. Ibidem P.6
25. Ibidem P.6
26. Ibidem P.45
27. Schafer Charles E. "**Manual de Terapia de Juego**", Editorial el Manual Moderno, S.A. de S.V. Mexico, D.F. P.193
28. Conde Bran Liliam, "**Efectos de la Hospitalizacion en el Niño**", Tesis, Guatemala USAC. P.48
29. J.de Ajuriaguerra. "**Manual de Psiquiatria Infantil**", Cuarta Edicion. Editorial Toray Masson, Barcelona-Mexico 1983. P.847
30. Reca Telma y Otros, "**Problemas Psicopatologicos en Pediatria**", Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1977. P.236
31. Broadribb Violet "**Enfermeria Pediatrica**" Mexico, Editorial Documento Harla, Tercera Edicion, 1983. P.520
32. Schafer Charles E. "**Manual de Terapia de Juego**", Editorial el Manual Moderno, S.A. de S.V. Mexico, D.F. P.195
33. Ibidem P.195

34. Sem Milton Y otros., **"Trastornos de la Conducta y Desarrollo del Niño"**. Barcelona, Editorial JMS, 1980 P.234.
35. **"Enciclopedia de la Psicología Oceano"** Ediciones Oceano, S.A. Tomo 2. P.40
36. Finch Stuart M. **"Fundamentos de Psiquiatria Infantil"** Editorial Psique, Buenos Aires. P.76
37. **"Enciclopedia de la Psicología Oceano"** Ediciones Oceano, S.A. Tomo 2. P.40
38. Ibidem P.42
39. Ibidem P.42
40. Finch Stuart M. **"Fundamentos de Psiquiatria Infantil"** Editorial Psique, Buenos Aires. P.157
41. **"Enciclopedia de la Psicología Oceano"** Ediciones Oceano, S.A. Tomo 2. P.50
42. Ibidem P.76
43. Stone Frederick H. **"Psiquiatria Infantil"**, Editores Salvat, S.A. 1980. P.77.
44. J.de Ajuriaguerra. **"Manual de Psiquiatria Infantil"**, Cuarta Edicion. Editorial Toray Masson, Barcelona-Mexico 1983. P.166
45. Ibidem P.168
46. Ibidem P.170
47. Secretaria de AIN **"Cuatro Temas Importantes sobre el Niño, Programa Regional de Estimulacion Temprana"** UNICEF. P.91
48. J.de Ajuriaguerra. **"Manual de Psiquiatria Infantil"**, Cuarta Edicion. Editorial Toray Masson, Barcelona-Mexico 1983. P.74
49. Secretaria de AIN **"Cuatro Temas Importantes sobre el Niño, Programa Regional de Estimulacion Temprana"** UNICEF. P.6
50. Stone Frederick H. **"Psiquiatria Infantil"**, Editores Salvat, S.A. 1980. P.143

51. Mansilla Maria Asuncion. **"Terapia de Juego Uso y Aplicaciones"** Universidad del Valle, Guatemala 1988. P.30
52. Ibidem P.37
53. Kolb, Lawrence, **"Psiquiatria Clinica Moderna"**, Mexico, la Prensa Medica Mexicana, 1985. P.66
54. Ibidem P.235
55. Sern Milton Y otros., **"Trastornos de la Conducta y Desarrollo del Niño"**. Barcelona, Editorial JMS, 1980. P.227
56. Ibidem P.228
57. Ibidem P.231
58. Ibidem P.232
59. Ibidem P.232
60. Ibidem P.232
61. Bonilla Lopez Olinda y otros, **"Incidencia de Factores de riesgo y ambiental en problemas de retraso del desarrollo motor grueso en niños de 0 a 2 años."**, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicologicas. Guatemala Septiembre 1990. P.12
62. Atkin Lucille C. **"Paso a Paso como evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños."** Editorial Pax Mexico, D.F. 1987. P.206
63. Hurlock Elizabeth B. **"Desarrollo del Niño"** Sexta Edicion P.67
64. Watson C.H. y otros, **"Crecimiento y desarrollo del Niño"**. Primera Edicion, Editorial Pax, Mexico, D.F. 1987. P.27
65. Atkin Lucille C. **"Paso a Paso como evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños."** Editorial Pax Mexico, D.F. 1987. P.63
66. Bonato Carlos Dr. **"Retraso Mental, Consecuencias de Problema Perinatal"** Guatemala Noviembre 1981. P.12

67. Atkin Lucille C. **"Paso a Paso como evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños."** Editorial Pax Mexico, D.F. 1987. P.208
68. Bralic Sonia y otros, **"Estimulacion Temprana Importancia del ambiente para el desarrollo del niño"**, UNICEF, P.62
69. Ibidem P.62
70. Bobath Berta y Otros, **"Longopedia y el Enforque Bobath en Paralisis cerebral"**, Editorial Panamericana, 1983, Argentina P.64
71. Francisco Rubio Donadieu, **"Epilepsia, un enfoque multidisciplinario"**, Segunda edición, Marzo 1989 Editorial Trillas, P.355
72. Ibidem P.355
73. Ibidem P.355
74. Sancho de Aspetia, **"Diccionario de Psicologia"**, Ediciones Mensajero, S.A. tercera Edicion. P.7
75. Francisco Rubio Donadieu, **"Epilepsia, un enfoque multidisciplinario"**, Segunda edición, Marzo 1989 Editorial Trillas, P.355
76. Ibidem P.19

ANEXOS

21

1

III

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA
MONITOREO DEL DESARROLLO INFANTIL**

**PROGRAMA DE DESARROLLO CON ACCIONES
DE ESTIMULACION TEMPRANA
Y SEGUIMIENTO ESPECIAL**

No. DE REG. _____ LUGAR Y FECHA: _____

RESPONSABLE: _____

Dx. MEDICO: _____

1. DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL NIÑO: _____

DIRECCION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____ ANALFABETA: _____ ALFABETA: _____

OCUPACION: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD: _____ ANALFABETA: _____ ALFABETA: _____

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ No DE HIJOS: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

II. HISTORIA**1. PRE-PERINATAL**1.a. DURACION, CURSO Y CONTROL DEL EMBARAZO: _____

1.b. TIPO DE PARTO: _____

ATENDIDO EN Y POR: _____

PESO: _____ TALLA: _____ COMPLICACIONES: _____

COLORACION: _____ LLANTO AL NACER: _____

1.c. LACTANCIA MATERNA: _____ DURACION: _____

1.d. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____
_____**2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO:****2.a. ANTECEDENTES MEDICOS:**

VACUNACION: _____

PESO: _____ TALLA: _____

AL INGRESAR AL PROGRAMA:

TIPO DE ALIMENTACION: _____

CONVULSIONES: _____ OTROS: _____

FRECUENCIA: _____ CONTROL: _____

.b. EDAD DE CONTROL:

CABEZA: _____

SE SENTO: _____

GATEO: _____

SE PARO: _____

CAMINO: _____

HABLO: _____

CONTROL DE ESFINTERES: _____

COMPRESION: _____

2.c. CONDUCTA GENERAL: _____

3. EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS

DONDE: _____

TIEMPO: _____

PORQUE: _____

AUDICION: _____

VISION: _____

ATENCION PREESCOLAR: _____

4. AMBIENTE FAMILIAR:

PERSONAS QUE INTEGRAN EL HOGAR: _____

INTERES DE FAMILIA ANTE EL MENOR: _____

**ENTREVISTA EN RELACION A LAS FORMAS DE PENSAMIENTO
Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE COBAN, A.V. ANTE LA
EPILEPSIA**

Edad entrevistado: _____ Sexo M ___ F ___

Procedencia: Urbana _____ Rural _____

Grupo Etnico: Ladino _____ Indigena _____

1. Conoce usted alguna persona que padece de ataques o ha visto a alguien ante un ataque de epilepsia:

2. Qué piensa usted de un ataque de epilepsia:

3. A qué cree usted que se deban los ataques de epilepsia:

4. Si usted tiene una relación directa con una persona epiléptica; ha notado qué cosas suceden antes de que se manifieste un ataque de este tipo:

5. Cómo se siente ante una persona que sufre de un ataque epiléptico:

6. Qué actitud ha tomado o que ha hecho cuando una persona tiene un ataque de epilepsia:

7. Ha observado las actitudes de otras personas ante un epiléptico, mencionelas:

AREA DE SALUD Y NUTRICION:

- Ofrezcale los alimentos majados, introducidos en forma separada, para que el niño vaya conociendo nuevos sabores y texturas. Introduzca los semisólidos al final de la fase, para estimular la masticación y la deglución.
- Límpieme sus dientes con un algodón mojado después de comer.
- Mantenga un ambiente de silencio mientras el niño duerme. Arruyelo en sus brazos o mézalo en una hamaca para que se duerma.

AREA COGNOSCITIVA:

- Tome algún objeto que le guste al niño, enseñecelo y cuando lo esta mirando escondalo lentamente debajo de algo que el pueda levantar. Si lo logra, celébrecelo, si no busca, deje que una parte del objeto se asome y muéstrecelo.
- Siente al niño. Amarre las llaves (u otro objeto que interese al niño) a un cordón. Cuando el niño le preste atención mueva el cordón, para que las llaves se balanceen de un lado a otro. Deje caer las llaves para que el sigue el recorrido de arriba a abajo.
- Sentado en niño en la cama o cuna, haga rodar una pelota rápidamente hacia el niño.

AREA DE LENGUAJE:

- Produzca ruidos diferentes cuando esta con el niño, golpee dos pedazos de madera, sacuda un sonajero, ponga el radio suavemente cerca de él, haga sonar una campana. El los escuchará usted sabrá si su oído esta captando los sonidos graves y agudos.
- Converse con el niño para que el la imite. Haga el sonido de un carro (brrr), pronuncie sílabas (pa-pá, ta-ta).
- Llámelo por su nombre, el volverá la cabeza cuando lo llamen, porque ya esta aprendiendo a reconocerlo.

AREA MOTORA GRUESA:

- Deje al niño boca abajo, para que se apoye sobre sus antebrazos y levante la cabeza y el pecho cuando aparezca algún estímulo llamativo, que usted ha puesto cerca de él.
- Colóquese de pie frente a una mesa, tome al niño de pie, con la espalda de él tocando el estómago suyo. Afírmelo poniendo alguna de sus manos a la altura de las rodillas del niño y la otra en el estómago, inclínelo suavemente hacia adelante, hasta que toque la mesa con las manos.
- Ponga al niño boca abajo y coloque un juguete llamativo a cerca distancia, para que se arrastre hasta cogerlo. Tómele las piernas y levántese completamente del suelo, para que el pequeño camine con sus manos.

INDICE GENERAL

	PAGINA
SINTESIS DESCRIPTIVA	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	4
1.1 DESCRIPCION DE LA POBLACION DONDE SE REALIZO EL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO	4
1.2 DESCRIPCION DEL ORGANISMO REQUERIENTE	14
1.3 ANTECEDENTES DE TRABAJO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN	27
1.4 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS	28
CAPITULO II	
ABORDAMIENTO CIENTIFICO DE LAS BASES TEORICO METODOLOGICAS	30
2.1 OBJETIVOS	51
2.2 METODOLOGIA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO	53
CAPITULO III	
PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	62
3.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	62
3.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	74
3.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION	80
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	91
4.1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	91
4.1.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	91
4.1.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION	92
RECOMENDACIONES	92
4.2.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	92
4.2.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	93
4.2.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94
ANEXOS	99