

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

"ORIENTACION, APOYO Y COORDINACION  
DEL TRABAJO PSICOLOGICO EN EL AREA  
DE ENCAMAMIENTO EN LA UNIDAD  
PEDIATRICA DEL INSTITUTO  
GUATEMALTECO DE  
SEGURIDAD SOCIAL  
I.G.S.S."

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Presentado al Honorable Consejo Directivo  
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

P O R

GLORYPELLA LISBET SARAVIA CABRIA

Previo a optar el título de  
PSICOLOGA

En el agrado académico de

LICENCIATURA

GUATEMALA, AGOSTO DE 1997

13  
T(1074)  
C.4

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

---



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4760780-1, 4760285, ext. 483-1  
Directos. 4760002, 4767218, fax 4769914  
e Mail: USACPSICO@UNIGU  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico  
Depto. EPS.  
archivo

REG. 1209-98

CODIPs. 707-97

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE  
EPS.

Agosto 14 de 1997

Señorita Estudiante  
Glorystella Lisbet Saravia Cabria  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.) del Acta VEINTISEIS NOVENTA Y SIETE (26-97) de Consejo Directivo, de fecha 6 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS, titulado: "ORIENTACION, APOYO Y COORDINACION DEL TRABAJO PSICOLOGICO EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO EN LA UNIDAD PEDIATRICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, I.G.S.S.", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

GLORYSTELLA LISBET SARAVIA CABRIA

CARNET No. 80-14190

El presente trabajo fue supervisado por la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela y revisado por el Licenciado Domingo Romero Reyes.

Después de conocido el expediente, 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 ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada ~~Miriam Elizabeth Ponce Ponce~~  
SECRETARIA





ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
to MS, Ciudad Universitaria, Zona 12  
tel: 4760780-4, 4760003, ext. 403-1  
fax: 4760902, 4767219, fax 4760914  
e Mail: UBACPSIC@scd.ig  
ATEMALA, CENTRO AMERICA

Reg. 1209-95

E.P.S. 010-97

Agosto 14 de 1997

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela, ejecutó la **asesoría y supervisión** del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Estudiante: **GLORISTELLA LISBETH SARAVIA CABRIA**, Carnet No.: 80-14190, titulado: **"ORIENTACION, APOYO Y COORDINACION DEL TRABAJO PSICOLOGICO EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO EN LA UNIDAD PEDIATRICA, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, I.G.S.S."**.

Asimismo, se informa que se realizó la **revisión** del Informe Final del trabajo referido, por el Licenciado Domingo Romero Reyes; por lo que que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Sin otro particular, atentamente.

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

  
LICENCIADO ROBERTO MAZARIEGOS RIOS  
COORDINADOR  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



RMR/ab.



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
00780-4, 4780905, ext. 480-1  
4780902, 4787219, fax 4780914  
it: USACPSIC@edu.gi  
AAIA, CENTRO AMÉRICA

Reg. 1209-95

E.P.S. 010-97

Agosto 14 de 1997

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

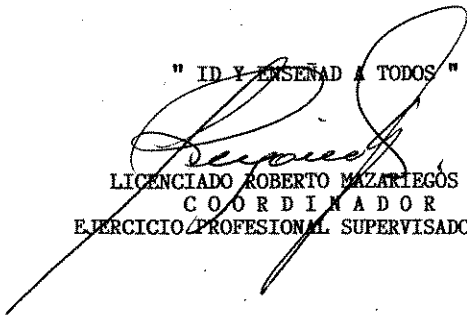
Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela, ejecutó la **asesoría y supervisión** del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Estudiante: **GLORISTELLA LISBETH SARAVIA CABRIA, Carnet No.: 80-14190, titulado: " ORIENTACION, APOYO Y COORDINACION DEL TRABAJO PSICOLOGICO EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO EN LA UNIDAD PEDIATRICA, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, I.G.S.S."**.

Asimismo, se informa que se realizó la **revisión** del Informe Final del trabajo referido, por el Licenciado Domingo Romero Reyes; por lo que que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Sin otro particular, atentamente.

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

  
LICENCIADO ROBERTO MAZARIEGOS RIOS  
COORDINADOR  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



RMR/ab.

# TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M.S. M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 760780-84 Y 760325-26  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

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

REG. 1209-95

CODIPa. 143-95

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

18 de mayo de 1995

Señorita Estudiante  
Glorystella Lisbet Saravia Cabria  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.) del Acta TRECE NOVENTA Y CINCO (13-95) de Consejo Directivo, de fecha 11 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "ORIENTACION, APOYO Y COORDINACION DEL TRABAJO PSICOLOGICO EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO EN LA UNIDAD PEDIATRICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

GLORYSTELLA LISBET SARAVIA CABRIA

CARNET No.80-14180

Dicho proyecto se desarrollará en la ciudad Capital, ubicándose a la Licenciada Isabel Howard Valenzuela, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Erick Amilcar Gudiel Corzantes 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 1o. de febrero de 1995 al 15 de febrero de 1996."

Atentamente,

LEY Y ENSEÑANZA A TODOS  
  
Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO



/Lillian  
CAPROEPS.CD

## ACTO QUE DEDICO

- A Dios y  
a la Virgen María      Por permitirme llegar a este momento  
tan anhelado con mis seres queridos.
- A mis padres      Roberto y Stella, a quienes admiro y quiero por ser  
siempre guía y apoyo en mi vida, por su inmenso amor y  
como una mínima recompensa a sus múltiples esfuerzos  
e ilusiones
- A mi esposo      Rodolfo, por su paciencia, comprensión y amor en todo  
lo que he realizado.
- A mis hijos      Lisbet Michelle y Rodolfo, parte importante de mi vida.  
dedico este pequeño triunfo como estímulo a que  
ellos también alcancen sus propias metas
- A mis hermanos :      Guilmar Estuardo, por darme siempre su cariño  
Herbert R. Saravia Cabria +, porque la  
persona nunca muere, sí vive en nuestro recuerdo y  
hoy está aquí.
- A mis suegros :      Alfredo I. Domínguez S. y Delia F. de Domínguez,  
con mucho cariño, respeto y admiración.
- A mis cuñados y  
cuñadas :      En especial a Sandra de Saravia y Donald  
Domínguez, por demostrarme que siempre  
puedo contar con ellos.
- A mis con cuñados y con cuñadas :      Con cariño.
- A mis sobrinos y sobrinas :      Porque en ellos esta cimentada la esperanza del  
mañana.
- A mis primos :      En especial a Patty, Eira, Luis y Jacky.
-



## AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer profundamente a todas las personas que colaboraron en la culminación de mi carrera y a las instituciones que me abrieron las puertas para formarme como profesional consciente de las necesidades de la sociedad guatemalteca.

Con reconocimiento especial a : Licda. Isabel Howard, Jefe de la clínica de Psicología del Hospital general de Pediatría, por su asesoría y cariño.

A Odilia Gramajo de Escobar, Directora del Colegio A.P.R.O.S. por su apoyo.

A Claudia Melgar por sus horas de trabajo desinteresado.

---

## **PADRINOS**

**Licda. Carmen Isabel Howard Valenzuela**

**Ing. Olga Patricia Guerra de Hasbun**

**Ing. Danilo de Jesús Balcarcel**

**Dr. Gustavo Alfaro Pérez**

---

## **NTESIS DESCRIPTIVA**

El proyecto del Ejercicio Profesional Supervisado se implementó a partir del 1 de enero de 1,995 al 31 de enero de 1,996, en el área de encamamiento de la Unidad Psiquiátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) que se encuentra ubicado en la 9a calle 7-55 zona 9.

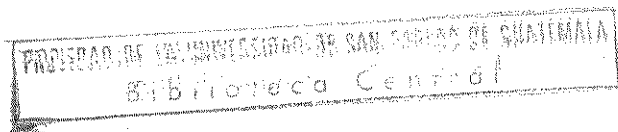
Esta institución realiza acciones de prevención, tratamiento médico quirúrgico y rehabilitación. A los niños que presentan problemas congénitos se les atiende hasta 15 años; a los hijos de afiliados en las edades de 0 a 5 años de edad y a los hijos trabajadores de la institución hasta los 12 años.

A través de la experiencia del trabajo realizado, se evidenció la necesidad de un coordinador del trabajo psicológico en el área de encamamiento, que velará por el cumplimiento de las normas establecidas por la supervisora del centro de práctica; así como:

- Orientar a las practicantes en la actividad a realizar en cada uno de los servicios.
- Brindar apoyo emocional a las practicantes y a los padres de familia.
- Ofrecer colaboración en el campo de trabajo.

La planificación de este proyecto se distribuyó en subprogramas de servicio, docencia e investigación, los cuales se trabajaron con diferentes sectores de la institución.

El sub-programa de servicio consistió en la atención psicológica prestada a niños hospitalizados, monitoreo del desarrollo infantil, estimulación a los pacientes internados, orientación y apoyo a padres de familia, detección de casos de maltrato y



---

de casos específicos, para programas de apoyo psicológico a padres y para trabajos de tesis que realizan estudiantes con pensum cerrado de la licenciatura de psicología. A las madres se les proporcionó orientación sobre el desarrollo infantil con técnicas de estimulación temprana, utilizando guías diseñadas para ese propósito.

El sub-programa de docencia se dirigió a las alumnas practicantes; consistió en orientación de las necesidades psicológicas del niño hospitalizado e implementación sobre aspectos del desarrollo infantil.

El sub-programa de investigación, consistió en el conocimiento de la dinámica de cada encamamiento, necesidades, características y experiencia emocional de los mismos, así como el conocimiento de las normas para evitar las infecciones nosocomiales, realizando un manual práctico de normas adaptadas al trabajo psicológico en el área de encamamiento del hospital.

Las actividades de los tres sub-programas: servicio, docencia e investigación, fueron programadas para cubrirse durante el período antes mencionado en horario de 8:00 a 12:00 Hrs. de lunes a viernes.

## **INTRODUCCIÓN**

El Ejercicio Profesional Supervisado es uno de los medios por el cual la Universidad de San Carlos de Guatemala se ha proyectado hacia la sociedad guatemalteca, con la finalidad de introducir al futuro profesional a su campo de acción y a la vez contribuir con el desarrollo de la sociedad.

El Ejercicio Profesional Supervisado es una de las oportunidades por la cual el estudiante universitario proyecta los conocimientos adquiridos en su formación académica, para desarrollar así su capacidad investigadora buscando soluciones a los problemas sociales y psicológicos del país.

La escuela de Ciencias Psicológicas, como una unidad académica de la Universidad de San Carlos y con base al análisis curricular, estableció la necesidad de ampliar los campos de aplicación de la psicología hacia la comunidad, para que el estudiante epesista se introduzca en las necesidades reales de la población.

La Escuela de Ciencias Psicológicas, en coordinación y a través de un acuerdo con el Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), estableció el programa de Ejercicio Profesional Supervisado a estudiantes de psicología. Con ello pretende coadyuvar en el abordamiento de los conflictos emocionales que experimentan los niños hospitalizados y sus familias, situación que si no se atiende adecuadamente puede causar problemas emocionales y afectar su desarrollo.

El niño, desde el momento en que nace, comienza a reaccionar frente a su ambiente y si este 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 indican diferentes conflictos, los cuales podrían ser una respuesta al cambio de ambiente, a la separación de los padres y/o a los procedimientos médicos. En tales circunstancias la conducta inadecuada del niño es una reacción pasajera al stress del medio en que se encuentra y que, en muchas ocasiones, se alivia al desaparecer el síntoma estresor.

El trabajo psicológico en el área de encamamiento está enfocado a la atención física, social y emocional, del niño y su familia. Todas las personas que están comprometidas en uno o en todos los aspectos del bienestar del niño, son consideradas agentes de salud y el objetivo del trabajo en equipo será lograr un satisfactorio crecimiento y desarrollo de la población infantil.

# ***CAPITULO I***

**ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN**

**ANTECEDENTES DEL SERVICIO PSICOLÓGICO**

**DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

**ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES  
TEÓRICO METODOLÓGICAS**

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

Como resultado de la revolución industrial, se realiza una serie de cambios y reformas en el orden social existente, los cuales culminan en Alemania. El 17 de noviembre de 1,881, el gobierno alemán fijó un programa en materia de política social; los trabajadores gozarían de prestaciones antes no conocidas.

La seguridad social surge como una consecuencia del desarrollo de la sociedad con el propósito de mejorar las condiciones de vida de los trabajadores en todo el mundo.

El término seguridad social lo empleó por primera vez el libertador Simón Bolívar, cuando en febrero de 1,819 declaró en el Congreso de Angostura que: "El sistema de gobierno más perfecto es aquel que ofrece mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social."

En Guatemala, como consecuencia de la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados posterior a la segunda guerra mundial, se derrocó al gobierno dictatorial de Jorge Ubico y se eligió un gobierno democrático bajo la presidencia del doctor Juan José Arévalo.

El gobierno de Guatemala de aquella época gestionó la venida al país de dos técnicos en materia de seguridad social, el Licenciado Oscar Barahona Streber, costarricense y el Actuario Walter Dittel, chileno, quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio fue publicado en un libro titulado "Bases de la seguridad social en Guatemala."



Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala encontró entre las garantías sociales en el artículo 63, el siguiente texto: "Se establece el seguro social obligatorio. La ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe ser puesto en vigor."

El 30 de octubre de 1,946, el Congreso de la República de Guatemala, sanciona el decreto número 295, "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social." Se crea así un régimen unitario, nacional y obligatorio, debe ser único, los patronos y trabajadores de acuerdo con la ley deben estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala promulgada el 31 de mayo de 1985, dice en el Artículo 100: "Seguridad social. El estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes, y la Nación."

Las oficinas centrales estuvieron ubicadas en diferentes direcciones, hasta que el primero de junio de 1,956, se iniciaron los trabajos de construcción del edificio que actualmente ocupan. Los trabajos se entregaron el 30 de junio de 1,959 y se inauguraron el 15 de septiembre de ese año.

Los derechos de los afiliados del I.G.S.S. se enumeran a continuación:

- Podrá tener atención médica en las Unidades Asistenciales del I.G.S.S. tanto en Consulta Externa como de hospitalización para intervenciones quirúrgicas y especialidades.
- Se le proporcionará medicina, aparatos ortopédicos y protésicos.

- Podrá hacer uso del Laboratorio Clínico de Rayos X, Electroencefalogramas, cuando el médico tratante del I.G.S.S. lo indique.
- En caso de necesitar transporte con urgencia y no poder hacerlo por sus propios medios debido a su estado de salud, podrá hacer uso de las ambulancias de la institución.
- En algunos casos de recuperación por asuntos de distancia se proporcionará hospedaje y alimentación.
- Se le orientará y educará sobre las enfermedades y accidentes a través de diferentes medios, en función de prevención.
- Si quedara con limitaciones en movimientos o función de alguna parte del cuerpo, tendrá derecho a rehabilitación.
- Tendrá derecho a tratamiento psicobiológico y social.
- Se le atenderá a la esposa en maternidad si está inscrita.
- Se le atenderá a sus hijos menores de 5 años en el Depto. De Guatemala, Baja Verapaz, Chiquimula, Totonicapán, Zacapa, Jalapa, El Quiché, Sacatepequez, Sololá y Escuintla.
- Tendrá derecho a ser suspendido en sus labores por problemas de salud.
- La esposa del afiliado puede participar en la Escuela de Madres en la que se le educará convenientemente y participará en el Programa de Madre Canguro, de ser necesario.

Salvo en casos de emergencia, los trabajadores afiliados deben acreditar su derecho a recibir prestaciones, presentando los siguientes documentos:

- Certificado de trabajo, extendido por el patrono, en formulario especial.
- Carnet de afiliación, que es una tarjeta emplastada con el número de afiliación del trabajador y su fotografía. Este número es personal y se usa toda la vida. Incluso

después de ella. Aunque el Afiliado cambie de trabajo, su número será siempre el mismo.

- Cédula de vecindad.

En el Departamento de Pediatría del Hospital General se cuenta con el siguiente personal:

- 1 Jefe de Departamento
- 13 Jefes de Servicio
- 10 Médicos Especialistas
- 1 Jefe de Residentes del Programa de Postgrado de Pediatría "RIV"
- 13 Médicos Residentes "R III"
- 14 Médicos Residentes "R II"
- 16 Médicos Residentes "R I"
- 1 Supervisora de Trabajo Social
- 3 Trabajadoras Sociales
- 50 Enfermeras Profesionales
- 189 Enfermeras Auxiliares
- 21 Miembros del Personal Administrativo
- 97 Miembros del Personal de Servicios Varios

## 1.2 ANTECEDENTES DEL SERVICIO PSICOLÓGICO:

En 1,980 se creó la plaza de Psicología en el Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades, al percibirse la necesidad de la población y por el afán de brindar un mejor servicio al afiliado.

Actualmente, Psicología ofrece los servicios de atención y desarrollo de programas sobre:

- Servicio: De lunes a jueves de 8:00 a 12:00 horas, en consulta externa y en los distintos encamamientos del hospital de 9:00 a 11:00 Hrs.
- Docencia: Viernes de 8:00 a 12:00 horas, según calendarización especial y asistencia a eventos científicos intra y extra muros.
- Investigación: Recolección sistemática de datos y trabajo de tesis de graduación.  
Los programas anteriores permiten:
  - Proteger y fomentar la salud mental del niño y su familia.
  - Detectar precozmente alteraciones en el desarrollo psíquico del niño.
  - Establecer su rehabilitación temprana que permita una pronta recuperación .

Atiende a la población de niños en las edades de : 0 a 12 años en Consulta Externa y Encamamientos en la zona 9, Alto Riesgo Neonatal y Seguimiento Especial en el Hospital de Gineco-Obstetricia, zona 12.

A partir de 1,981, el I.G.S.S. ofrece la oportunidad a los estudiantes de Psicología de la Universidad de San Carlos de realizar prácticas de 4to. Y 5to. año. En 1,995 se inicia el programa del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.).

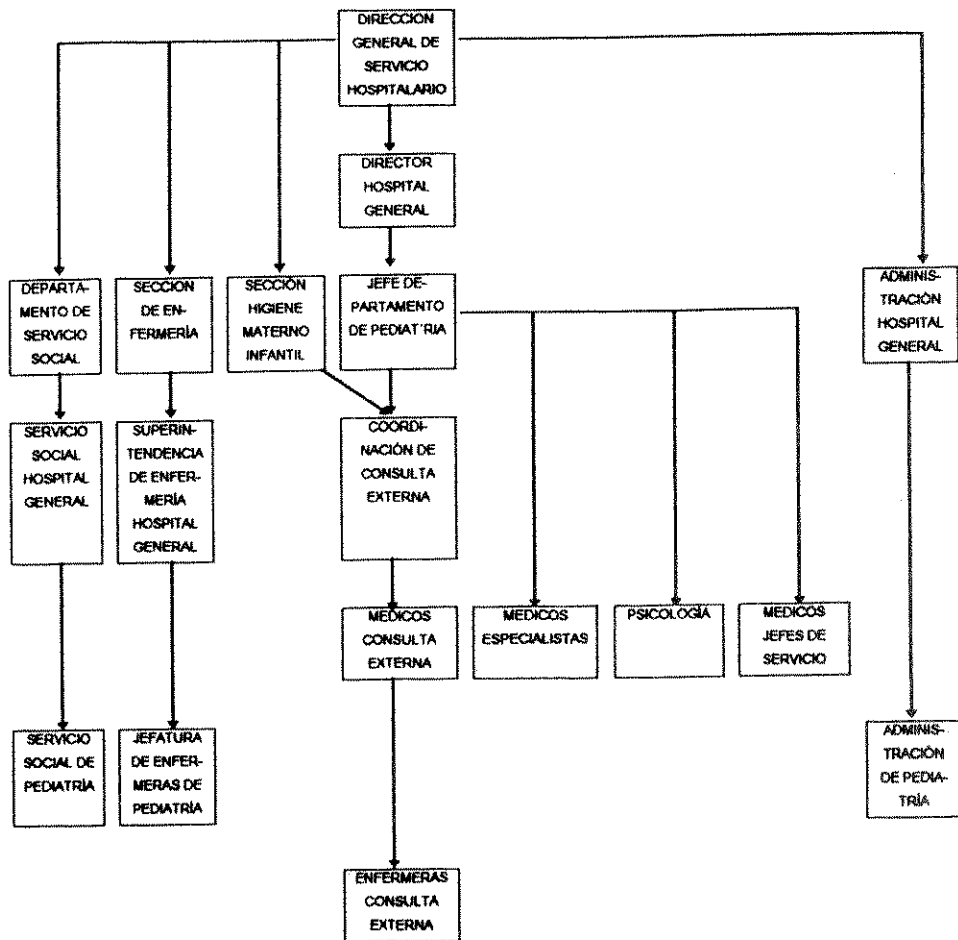
### 1.3 PERSONAL:

En el año de 1,995, las personas que directamente estuvieron relacionadas con el desarrollo del trabajo psicológico fueron:

- Jefe del Departamento de Pediatría.

- 
- Jefe de la Clínica de Psicología.
  - Psicóloga auxiliar.
  - 1 Epesista.
  - 7 Practicantes de 5to. año de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
  - 6 Practicantes de 4to. año de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
  - 1 Practicante de 4to. año de la Universidad Mariano Gálvez.
  - 5 Estudiantes elaborando trabajo de Tesis.

# ORGANIGRAMA



#### 1.4 SERVICIOS:

El Departamento de Pediatría funciona como:

- Unidad Periférica: Atiende en Consulta Externa la población infantil de las zonas 1, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, Villa Canales y Aldea Villa Lobos de Villa Nueva, Aldea El Jocotillo de Villa Canales y Villa Nueva.
  
- Centro de Especialidades Pediátricas: Atiende niños referidos de todas las unidades pediátricas de la República que ameriten la atención especializada en:
  - Neurología
  - Neumología
  - Genética
  - Neonatología
  - Cirugía General
  - Neurocirugía
  - Cirugía Plástica
  - Ortopedia
  - Dermatología
  - Cardiología
  - Endocrinología
  - Otorrinolaringología
  - Nutrición
  - Gastroenterología
  - Odontología
  - Fisiatría
  - Cuidados Intensivos

- Psicología
- Fisioterapia
- Terapia del Habla
- Servicio Social
- Hematología
- Oftalmología
- Urología
- Nefrología
- Radiología
- Laboratorio

Observación: Las últimas cinco especialidades mencionadas anteriormente se encuentran ubicadas en el Hospital de Adultos.

- Area de Encamamiento: Atiende a la población infantil, procedente de todas las unidades pediátricas de la ciudad capital y del interior de la república en los servicios de Emergencias y Observación, ubicados en el primer nivel; así como el área de Encamamientos.

El área de Encamamientos se encuentra distribuida de la siguiente forma:

- Segundo Nivel: Unidad de Tratamiento Intensivo e Intermedio y Encamamiento 2.
- Tercer Nivel: Nutrición, Gastroenterología, Neonatos y Cirugía.
- Cuarto Nivel: Infectología, Hematología y Encamamiento 4.



## **ENCAMAMIENTO 2:**

**Ubicación:** Pediatría del I.G.S.S. zona 9, 2do. nivel, ala derecha.

### **Objetivos:**

- Evaluar el desarrollo psicomotor del niño.
- Brindar estimulación de acuerdo a su condición de salud.
- Detectar población infantil en riesgo con el fin de dar seguimiento especial en consulta externa.
- Orientar a las madres en cuidados generales y estimulación durante la hospitalización y al egresar el niño.

### **Características:**

- Población: Niños de 0 a 2 años.
- Distribución: 4 salas con 8 cunas cada una. 1 sala con 7 cunas.
- Responsables: 1 médico Jefe de servicio.
  - 8 médicos Residentes III, 2 por cada sala.
  - 4 médicos Residentes I, 1 por sala.
  - 1 enfermera graduada, jefe de enfermeras del encamamiento.
  - 4 enfermeras auxiliares, 1 por sala.
  - 4 médicos externos, 1 por sala.
- Colaboradores: 1 practicante de Psicología de 5to. año y 2 practicante de 4to. año.
- Diagnóstico médico principal: Afecciones bronquiales.

**Dinámica:** Las madres tienen autorizado ingresar una hora para dar lactancia a sus hijos, por la mañana, tarde y noche, pero no pueden permanecer allí todo el día. Los niños en general permanecen poco tiempo, pues se trata de salas de enfermedad común. Sin embargo según el diagnóstico pueden ser trasladados a Nutrición, Cirugía, Infectología o Intensivo.

## **NUTRICIÓN:**

**Ubicación:** Pediatría del I.G.S.S. zona 9, 3er. nivel, ala izquierda.

### **Objetivos:**

- Evaluar periódicamente el desarrollo psicomotor del niño.
- Estimular grupal e individualmente a los niños del servicio.
- Establecer comunicación con los padres de familia orientando aspectos higiénicos, de alimentación y de estimulación del niño.
- Participar activamente en el equipo multidisciplinario, proporcionando y obteniendo información de los casos.

### **Características:**

- Población: Niños de 0 a 5 años.
- Distribución: 1 sala de Gastroenterología con 5 cunas.  
3 salas para niños con desnutrición con 5 cunas cada una.  
1 área de prematuros con 8 incubadoras y 4 cunas.
- Responsables: 1 médico Neonatólogo.  
1 médico Residente II de Neonatología.  
3 enfermeras auxiliares en Neonatología.  
1 médico especialista Jefe de Gastroenterología.  
1 médico Residente II, en Gastroenterología .  
1 médico especialista Jefe de Nutrición.  
1 médico Residente I en Nutrición.  
1 enfermera graduada jefe.  
2 enfermeras auxiliares para Gastroenterología y Nutrición.
- Colaboradores: 1 practicante de 5to. año y 1 de 4to. año de Psicología.
- Diagnóstico principal en el área de Nutrición ; Deficiencia Proteínico Calórico grado II y III, tipo Marasmo, Kwashorkor o mixto.

**Dinámica:** A las 9:00 es la hora de visita. La cantidad de pacientes es irregular en el transcurso del año.

Los niños permanecen hospitalizados por meses, porque tiene que recuperar peso y talla normales.

Las enfermeras bañan a los niños por la mañana; los cambian y alimentan cada 3 horas. Sin embargo, es difícil que permanezcan limpios por problemas gastrointestinales.

Los pasillos y las salas están decorados con motivos infantiles. Las madres permanecen por períodos acompañando o alimentando a los niños.

### **CIRUGÍA:**

**Ubicación:** Pediatría del I.G.S.S. zona 9, 3er. nivel, ala derecha.

#### **Objetivos:**

- Evaluar los casos especiales que son referidos.
- Proporcionar estimulación grupal e individual.
- Proporcionar a los padres apoyo psicológico.
- Orientar a los padres sobre el manejo y adaptación del niño a la familia.

#### **Características:**

- Población: Niños de 0 a 12 años.
- Distribución: 2 salas con 6 cunas cada una para Cirugía General.
  - 1 sala con 3 cunas para Cirugía Plástica.
  - 1 sala con 6 cunas para Quemados.
  - 1 sala con 7 cunas; 3 para pacientes de Otorrinolaringología y
  - 4 cunas para pacientes de Neurocirugía.
- Responsables: Cirujanos especialistas.
  - 3 estudiantes de 5to. año de medicina.

1 enfermera graduada, jefe de enfermeras del encamamiento.

2 enfermeras auxiliares, 1 para la atención del área de quemados y una para la atención de todas las demás áreas.

- Colaboradores: 1 practicante de 5to. año y 1 de 4to. año de Psicología.

**Dinámica:** En el encamamiento no permanece ningún médico, pues se encuentran en sala de operaciones; únicamente realizan la visita médica por la mañana especialistas y residentes.

A los niños que son programados para operación los tiene en ayunas, en ocasiones por diferentes razones se suspende la operación y el niño se queda sin alimento hasta la hora del almuerzo.

En la sala de quemaduras son los practicantes de 5to. año de medicina los que realizan las curaciones de los niños. No se permite el ingreso de visitas para prevenir infecciones; los niños permanecen por tiempo prolongado.

Las madres de los niños de Neurocirugía tienen autorización para bañar a sus bebés y visitarlos varias veces al día ya que permanecen por tiempo prolongado.

Los niños de Cirugía General y Plástica tienen visita únicamente por la tarde. Por lo general, dependiendo del resultado o tipo de cirugía, los niños permanecen poco tiempo.

Psicología ofrece estimulación grupal a Cirugía General y Plástica, ya que estos niños son ambulatorios, y estimulación individual a los niños de Neurocirugía y Quemados. Es difícil realizar evaluaciones por las condiciones físicas en que se encuentran los niños.

#### **ENCAMAMIENTO 4:**

**Ubicación:** Pediatría del I.G.S.S. zona 9, 4to. nivel, ala derecha.

#### **Objetivos:**

- Detectar alteraciones del desarrollo psicomotor del niño hospitalizado.

- Evaluar inmediatamente a niños referidos para su estimulación.
- Apoyar emocionalmente a padres de niños hospitalizados en esta área.
- Orientar a padres con guías de estimulación del desarrollo.
- Realizar traslados a consulta externa para seguimiento especial del niño con alteración en su desarrollo o en su conducta.
- Contribuir a la atención multidisciplinaria de las Salas de Alojamiento Conjunto y Hematología.

**Características:**

- Población: Niños de 1 a 12 años.
- Distribución: Enfermedad General, 3 salas con 16 cunas.  
Alojamiento Conjunto, 1 sala con 4 cunas.  
Hematooncología, 1 sala con 5 cunas.
- Responsables: 1 médico Jefe de servicio  
1 médico hematólogo  
1 médico Residente III de hematooncología.  
2 médicos residentes II  
3 médicos Residentes I  
3 estudiantes de 5to. año de medicina.  
1 enfermera graduada jefe  
3 enfermeras auxiliares.
- Colaboradores: 1 practicante de 4to. año y 2 de 5to. año de Psicología.
- Diagnóstico médico principal:  
Neumológico.  
Alteraciones del Sistema Nervioso Central.  
Hematooncología.

**Dinámica:** Los médicos realizan la visita a los niños por la mañana. A las 9:00 de la mañana permiten la visita de los padres. La edad de los niños varía, pero en su mayoría son mayores de 24 meses por lo que, dependiendo de su tratamiento pueden ambular.

En la sala de alojamiento conjunto las madres pueden permanecer las 24 horas con sus hijos y atenderles en sus necesidades básicas. Este servicio dejó de funcionar a mediados de año, actualmente la sala funciona igual que las de enfermedades generales. Los niños pueden permanecer corto o largo tiempo dependiendo del diagnóstico y tratamiento o pueden ser trasladados a Cirugía, Nutrición, Infectología o Intensivo.

#### **SERVICIOS ESPECIALES:**

Se atendió a los Servicios de Neonatos, Infectología y Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios, únicamente cuando casos fueron referidos.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:**

Dado que el Hospital de Pediatría del IGSS atiende a los hijos de trabajadores afiliados, esta representa una población bastante numerosa y heterogénea para lo que fue necesario llevar estadísticas para poder tener una visión clara y objetiva de las características de la población.

A continuación se describirán los datos relevantes recopilados a través del año 1,995.

### **2.1 SEXO:**

Se encontró que la mayoría de pacientes atendidos fueron del sexo masculino.

- Femenino 42.9% (1,598 mujeres)
- Masculino 57.1% (2,127 hombres)

## 2.2 EDAD:

Estos pacientes oscilaban entre las edades de 0 a 12 años por lo que se clasificó las edades de los niños de la siguiente manera:

- 0 a 2.0 años 41.3% (1,538 niños)
- 2.1 a 6.0 años 36.2% (1,348 niños)
- 6.1 a 12.0 años 26.5% (839 niños)
- TOTAL 100.0% (3,725 niños)

## 2.3 PROCEDENCIA:

En la procedencia de los pacientes se encontró que en su mayoría pertenecían al área urbana.

- Urbana 62.4% (2,325 niños)
- Rural 37.6% (1,400 niños)
- TOTAL 100.0% (3,725 niños)

Para establecer los diagnósticos fue necesario diferenciarlos y clasificarlos en: Biológico, Intelectual, Emocional y Socio-económico.

## 2.4 DIAGNOSTICO BIOLÓGICO:

Dentro del diagnóstico Biológico se encontraron 19 problemáticas que se mencionan a continuación:

- No establecido aún: 6.1%
- Sin problema orgánico, sólo ambiental: 26.1%
- Anomalías cromosómicas (Síndrome de Down y otras): 6.7%

• Problema congénito no susceptible de intervención quirúrgica (Microcefalia, Ceguera, Sordera)	2.2%
• Problemas perinatales (Prematurez, Bajo peso al nacer, Muy bajo peso al nacer, Asfixia, Otros.) exclusivo para los que asisten a la clínica de seguimiento especial	7.3%
• Problemas de Sistema Nervioso Central (Convulsiones, Secuelas de Meningitis, Daño Cerebral, Cefaleas, Disritmias, Síndrome de West.):	24.3%
• Problemas nutricionales entre los que se encuentra la Desnutrición en sus variedades: Marasmo, Kwashiorkor y mixto	4.7%
• Problemas endocrinológicos ( Hipotiroidismo):	1.8%
• Neurocirugía : casos congénitos susceptibles de ser operados (Mielomeningocele, Meningocele, Espina bífida, Hidrocefalia) :	3.3%
• Cirugía plástica: casos congénitos (Paladar hendido/ labio fisurado) o problemas adquiridos (Quemaduras) que pueden ser operados :	4.0%
• Cirugía general : casos congénitos que ameritan operación (Año imperforado, Estenosis pilórica):	2.0%
• Problemas neumológicos (Asma, Fibrosis quística, Problemas Bronquiales, Síndrome Coqueluchoide):	0.6%
• Problemas dermatológicos (Vitiligo, Enfermedad Venérea):	2.4%
• Problemas ortopédicos (Luxación de cadera):	0.3%
• Problemas traumatológicos (Fracturas por caídas, Accidentes):	0.5%
• Problemas cardiológicos (Comunicación biventricular, Soplo cardiaco):	2.0%
• Problemas infecciosos ( Sarampión):	1.4%
• Problema renal:	1.3%
• Problema hematológico (Anemia hemolítica, hemofilia, leucemia):	0.1%
• Problemas gastroenterológicos (Gastritis, Estreñimiento Crónico):	0.1%



### 2.3 DIAGNOSTICO INTELECTUAL:

En el diagnóstico Intellectual se encontró que la mayoría tiene desarrollo normal.

- Normal: 63.0%
- Retardo/ Deficiencia mental: 37.0%

### 2.4 DIAGNOSTICO EMOCIONAL:

En caso contrario a lo anterior el diagnóstico Emocional presentó que la mayoría fueron problemas emocionales o conductuales

- Normal: 33.0%
- Problemas emocionales o de conducta: 67.0%

### 2.5 DIAGNOSTICO SOCIO-FAMILIAR:

En este diagnóstico se encontraron 12 problemáticas que se presentan a continuación:

- Hogar integrado, con relaciones satisfactorias: 51.8%
- Viven juntos, pero sus relaciones son conflictivas 21.7%
- Hogar desintegrado: 5.6%
- Madre soltera: 3.1%
- Familia separada por razones de trabajo de uno de los padres: 2.1%
- Orfandad total: 0.0%
- Orfandad parcial, solo un padre: 4.1%
- Síndrome de maltrato: 6.0%
  - Maltrato físico
  - Maltrato emocional

- Abandono y/o negligencia

- Riesgo ambiental por extrema pobreza.

- Abuso sexual.

- Hijo ilegítimo, condiciones irregulares: 6.0%
- Adopción: 1.1%
- Presencia de madrastra o padrastro: 1.6%
- Viven con los abuelos sin ambos padres: 2.1%

## 2.6 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES:

Se consideró importante conocer la escolaridad de los padres y se encontró que la mayoría había realizado estudios secundarios.

- Analfabeta: 2.0%
- Estudios de primaria: 39.2%
- Estudios de secundaria: 48.5%
- Estudios técnicos y /o universitarios: 10.3%

## 2.7 RELIGIÓN:

Era necesario para tener un mejor manejo de los casos conocer la religión que practicaban dado que esta influye en las actitudes y decisiones que se deban asumir en el tratamiento de sus hijos.

- 4.8% Ninguna:
- Católicos: 69.8%
- Evangélicos: 24.8%
- Mormones: 0.6%
- Testigos de Jehová: 1.9%

---

Con estos datos estadísticos de la Clínica de Psicología se puede tener una idea generalizada de la población atendida, tipo de problemática y nivel socio-cultural de los pacientes.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Unidad de Pediatría del I.G.S.S. por contar con toda la población de pacientes de la capital, municipios y departamentos, presenta una variada configuración cultural, con diferentes hábitos, creencias y costumbres. Pero tiene en común el bajo conocimiento del manejo y crianza de los niños.

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 la negligencia en el cuidado y/o el maltrato infantil.

Al Hospital de Pediatría del I.G.S.S. ingresan mensualmente entre 461 y 771 pacientes, este dato se obtuvo mediante consulta del libro de ingresos del hospital. Por esta razón se sobrecarga el trabajo al personal de enfermería por lo que se vuelve insuficiente al igual que los suministros varios, en especial los pañales. Debido a lo expuesto anteriormente las condiciones físico-ambientales se muestran poco favorables y se percibe un ambiente frío, poco motivador y atractivo para los niños.

Al realizar el estudio de los diagnósticos médicos por encamamiento se observó que aproximadamente un tercio de la población tenía el diagnóstico principal acompañado por un diagnóstico secundario "nosocomial", se consultó al personal médico y refirió que no existe un estudio, ni estadística específica en el hospital que proporcione datos concisos acerca del diagnóstico "nosocomial". Lo que motivó a la epesista a realizar una investigación sobre el mismo.

Cuando un niño ingresa con daño establecido, como trastornos cromosómicos de diferente tipo; entre ellos **Síndrome de Down**, anomalías del tubo neural, entre ellas **Hidrocefalia, Convulsiones o Desnutrición**, el personal médico y paramédico, no brindan la información con el lenguaje comprensible al nivel de la preparación escolar de la madre y ningún tipo de apoyo emocional, lo que ocasiona desorientación. Además, el hecho de no brindarles la estimulación adecuada que se merecen los niños con riesgo, repercute más adelante en su desarrollo y le afecta 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 brindar el 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 esto que la estancia en el hospital pueda colocar al niño en riesgo de una aguda perturbación emocional que pueda tener consecuencias a largo plazo.

### 3. ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES TEÓRICO METODOLÓGICAS:

#### **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."<sup>1</sup>

Este derecho esta 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 los rodea. Da oportunidad para que el niño se desarrolle social, emocional, intelectual y físicamente. Es divertido y permite a los niños desplegar su iniciativa y 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 transforma la angustia del niño normal en placer."<sup>2</sup>

Los niños a través del juego pueden resolver a menudo la frustración y la ira, aprender acerca de sus reacciones emocionales y de los demás, explorarlas y resolverlas de forma adecuada.

---

<sup>1</sup> "Cuatro temas importantes sobre el Niño. Programa regional de Estimulación Temprana." UNICEF. P.91

<sup>2</sup> J. de Ajuriaguerra. "Manual de Psiquiatría infantil". Cuarta edición, Editorial Toray-Masson.Barcelona, México, 1,983. P. 74.

Todo niño tiene necesidades del juego; por eso es importante reconocer la necesidad especial que tienen los niños hospitalizados. "Los niños hospitalizados también deben 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, a través del juego pueden enterarse de sus tratamientos, de las personas que los atienden, de todo aquello que es nuevo y extraño para ellos y hacerle frente a sus ansiedades en este mundo totalmente anormal y ajeno".<sup>3</sup>

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.

Por eso Hernan Montenegro se refiere a la **Estimulación Temprana** y dice que es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y cantidad de objetos en oportunidades adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio y un aprendizaje efectivo.

Se sabe que el período de lactancia es extremadamente crítico, en cuanto a las influencias del ambiente, para el normal desarrollo del niño.

---

<sup>3</sup> "Cuatro temas importantes..." Op.Cit. P.6

La cantidad y calidad de estímulos sensoriales que un niño recibe durante sus primeros años de vida, determinarán las características de su personalidad y de su inteligencia.

La estimulación temprana no sólo radica en ser poderoso agente preventivo del retraso mental; su significado más profundo esta en constituir un elemento modelador de la personalidad del ser humano y por ende de la sociedad para lo que es indispensable, informarse cual es el desarrollo esperado y luego los estímulos recomendados.

Para lograrlo debe tenerse un conocimiento claro del desarrollo normal del niño basado en estudios de grandes investigadores como J. Piaget y H. Wallon que se refiere al desarrollo psíquico como una construcción progresiva que se produce por interacción entre el individuo y su medio. Coinciden en una auténtica génesis de la psique frente a la idea del desarrollo como "realización progresiva de funciones predeterminadas"<sup>4</sup>.

- Jean Piaget estudia fundamentalmente la operación intelectual tal y como se presenta al observador a lo largo de diversas asimilaciones del niño.
- H. Wallon valora los estudios descritos partiendo del desarrollo emocional y la socialización.
- S. Freud y sus seguidores psicoanalistas describen la sucesión y encadenamiento de los diversos estadios instintivos.

---

<sup>4</sup> J. de Ajuriaguerra. "Manual de Psiquiatría Infantil". Cuarta edición, Editorial Toray-Masson, Barcelona, México, 1,983. P. 847.



Es importante aclarar que el estadio no tiene una base cronológica, sino que se basa en una sucesión funcional.

Las escalas de desarrollo no deben confundirse con los estadios de desarrollo.

Todas las actividades que se realizan deben ir encaminadas a estimular el desarrollo sensorial, motricidad, lenguaje y el área social.

La evolución del desarrollo del niño se puede evaluar por diversos procedimientos y calcularse mediante unas escalas de desarrollo, las más conocidas son las de Charlotte Bühler y Arnold Gesell y ésta última es la que se utiliza en Pediatría del Hospital General del I.G.S.S.; proporciona un valor estadístico que permite medir en el niño, con una relativa precisión, el nivel de desarrollo alcanzado y así mismo identificar casos con retardo.

Por lo expuesto es necesario describir algunos conceptos y estructura.

#### Test del diagnóstico del Desarrollo de Arnold Gesell

Evalúa los comportamientos tipificados en cada edad.

Los aspectos más importantes de su teoría del desarrollo son:

##### *Modo de conducta:*

Este se refiere a la respuesta definida del sistema neuromuscular ante una situación específica que expresa un cierto nivel de desarrollo.

Las respuestas no son arbitrarias ni accidentales, sino resultado de un proceso integral de desarrollo que se realiza en ordenada sucesión.

Permiten establecer normas tipificadas de conducta por ser significativamente uniformes en su orden de aparición, estas se clasifican en:

1. Permanente: que subsiste o aumenta.
2. Temporario: que es reemplazado por diferente o más avanzado.

Y se observan en las áreas de conducta.

*Áreas de conducta:*

El organismo del ser humano es un complicado sistema de acción, cuyos aspectos más destacados se pueden identificar en cuatro áreas que son:

1. MOTRIZ: Relacionada con el equilibrio del cuerpo para adoptar posturas o desplazarse convenientemente.
2. ADAPTATIVA: Máxima correlación con la conducta inteligente que utiliza la experiencia previa para solucionar nuevos problemas.
3. LENGUAJE: Toda forma de comunicación visible y audible. Imitación y comprensión de lo que expresan los demás.
4. PERSONAL-SOCIAL: Reacciones ante la cultura social. Colaboración y reacción a la enseñanza.

Para tener una orientación de que es lo que se espera en un niño de acuerdo a su edad, presenta la organización de la conducta de la siguiente forma:

0 - 3 meses:	12 músculos oculares.
3 - 6 meses:	Músculos del cuello; brazos y manos.
9 - 12 meses:	Tronco y manos; pulgar e índice.
12 - 18 meses:	Piernas y pies; prensión en pinza.
Segundo año:	Camina y corre; control de vejiga y recto.

### Edades Clave

Las edades clave se refieren a momentos estratégicos que representan etapas básicas de maduración las que sirven de referencia con fines diagnósticos: 1 - 4 - 7 - 10 - 12 - 18 - 24 - 36 meses.

Estos son períodos integrativos en donde se observan las modificaciones principales de los focos y centros de organización de la conducta.

### Evaluación

La evaluación del niño según Gesell debe tener una secuencia lógica en base a la evidencia de la realización progresiva de funciones predeterminadas, en base a su desarrollo y crecimiento.

- El examen se inicia por los ítems que corresponden a la edad cronológica (E.C.)
- Se asciende hasta el fracaso total en una edad completa. El 75% o más de los ítems son negativos (-).
- Y se desciende hasta la edad en que hay un acierto total. El 75% o más de los ítems son positivos (+).

Con este procedimiento se establece el más alto nivel de habilidad y el máximo rendimiento del niño.

### Calificación

Para la calificación debe tomarse en cuenta los siguientes criterios:

- No hay respuestas buenas o malas: Todas son apropiadas para un nivel de edad y se les asigna un signo según sea el caso.
- Cualquier reacción de conducta corresponde a cierta edad o a cierto nivel de funcionamiento psicomotor.
- Debe prevalecer el criterio clínico: el examinador debe poseer un profundo conocimiento del comportamiento normal de un niño de cualquier edad y de las modalidades del examen.
- Se debe evitar el diagnóstico instantáneo.

### Edad de desarrollo

Edad de desarrollo es donde se establece el funcionamiento del niño, este no necesariamente coincide con la edad cronológica (E. C.).

En cada área de conducta la E. C. corresponde al máximo nivel de madurez en que se encuentra el niño.

Se transforma el valor de la conducta en valor de edad mediante la comparación de normas tipificadas.

Es el punto en donde el conjunto de signos (+) se transforma en signos (-).

### Zona de desarrollo

Cuando la distribución de las conductas es irregular y no es posible obtener una edad de desarrollo (E. D).

Se requiere la estimación de una E.D. por área de conducta:

- E.D. Motor
- E.D. Adaptativa
- E.D. Lenguaje
- E.D. Personal-social

### Cociente de desarrollo

Para obtener el cociente de desarrollo se debe considerar las variables involucradas y es un recurso suscrito que expresa el nivel y el ritmo del desarrollo actual reflejado en la relación entre la edad de madurez y la edad del niño cuya fórmula es:

$$C.D. = \frac{\text{Edad de desarrollo}}{\text{Edad cronológica}} * 100$$

Debe asignares un C.D. a cada área de conducta y comprenderse con claridad el valor de cada uno.

Solo cuando al menos dos áreas de conducta tiene niveles próximos se puede establecer un **nivel general de madurez** y calcularse **cociente de desarrollo general** que incluye todas las áreas.

Cada sesión de evaluación conlleva:

1. Estudio de las formas de conducta comunes en los niños de cada edad.
2. Identificación de sesgos en el desarrollo.
3. Orientación a la familia sobre estimulación en casa.
4. Influencia sobre adecuadas prácticas de crianza.
5. Contribución a la socialización del niño: estímulos y persona.
6. Atención y apoyo emocional a la madre.<sup>5</sup>

#### Diagnóstico del desarrollo:

En el diagnóstico de desarrollo se deben tomar en cuenta:

El **Nivel de Desarrollo**. Es un punto de referencia derivado del comportamiento típico en determinada edad.

Está basado en el **nivel de madurez** y tiene **significación pronóstica**: evalúa la eficacia de medidas terapéuticas.

---

<sup>5</sup> Howard, Isabel. "La escala adaptativa de Arnold Gesell". U.S.A.C. 1,992.

El niño promedio perfecto (teórico) es el que mantiene un constante ritmo de desarrollo con un promedio perfecto: La E.C. y la E.D. siempre coinciden (C.D. = 100).

A continuación se presenta la tabla que establece el diagnóstico del niño.

85 - 115	Desarrollo psicomotor NORMAL.
70 - 85	Retardo psicomotor LEVE.
55 - 70	Retardo psicomotor MODERADO.
40 - 55	Retardo psicomotor SEVERO.
Inferior a 40	Retardo psicomotor PROFUNDO.

El diagnóstico no intenta la medición directa de la inteligencia como tal, sino apunta a estimaciones clínicas del potencial intelectual, fundado en el análisis del nivel de madurez.

Se pronostica que el retardo, igual que la sombra aumenta a medida que se aleja de su origen.

Sin embargo, el concepto de la fórmula simple es inadmisibles en el diagnóstico del comportamiento infantil: no puede hacer justicia a la complejidad y variabilidad del desarrollo del niño.

Entre los que están : los efectos de la enfermedad y la hospitalización que podrían alterar el resultado de las evaluaciones ; esto nos lleva a recordar que 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".<sup>6</sup>

Sula Wolf dice: "Entre los siete meses y los cuatro años de edad, aproximadamente, alcanzan su máximo los efectos emocionales de la separación por enfermedad y su tratamiento".<sup>7</sup>

Cuando el niño es hospitalizado ocurren con frecuencia cambios en su conducta; la mayoría de las veces la separación de la familia resulta traumatizante. Cuando el niño es menor de siete meses la madre manifiesta sentimientos de temor y angustia, con la diferencia de que el bebé no tiene la misma consciencia; el niño puede deprimirse y bajar su nivel de actividad así como llorar más que en casa, sin embargo para algunos niños esta experiencia a veces podría constituir nuevos tipos de relaciones sociales y culturales.

"La hospitalización puede ocasionar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación: gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital; o bien reacciones que pueden aparecer después de la hospitalización, como actitudes de castigo, de rechazo o de regresión, problemas alimenticios, perturbaciones del sueño, regresión esfinteriana, estados depresivos o trastornos del comportamiento como iras y rabietas".<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Schafer, Charles E. "Manual de terapia de juego". Editorial El Manual Moderno. México 1,978. P.193.

<sup>7</sup> Wolf, Sula. "Trastornos psíquicos del niño: Causas y tratamientos". Siglo veintiuno editores. México 1,977. P.269.

<sup>8</sup> J. de Ajuriaguerra. "Manual de Psiquiatría infantil". Cuarta edición, Editorial Toray-Masson.Barcelona, México, 1,983. P. 847.



También puede presentarse lo que llamó Schaffer: "el síndrome global", que consiste en que los juguetes y las personas no los distraen y sus madres no logran establecer relación con ellos. Señala que tiene una duración de varias horas a tres días y lo atribuye a la monotonía perceptual a que están sometidos los niños en el hospital.<sup>9</sup>

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 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 actitudes de falta de colaboración hacia el tratamiento médico.

La hospitalización a largo plazo conlleva problemas graves y puede dar lugar a una privación emocional considerable. 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.

---

<sup>9</sup> Luria, A.R. e I. la. Yudovich. "Lenguaje y desarrollo intelectual del niño". Pablo del Río editor. Barcelona, México 1,956. P91.

"El ambiente hospitalario es frío y poco familiar; cargar y acariciar al niño puede disminuir las molestias y el temor que representa la hospitalización".<sup>10</sup> Es por ello que la estimulación psicológica es tan importante en los niños durante este período.

Las reacciones de los niños ante la hospitalización dependen de diversos factores, los cuales perturban el proceso de adaptación del paciente:

- Exógenos: Actitudes de los padres ante la hospitalización, cantidad y calidad de experiencias hospitalarias y duración de las mismas, debido a que estas crean las condiciones emocionales en el niño e influyen así en el tono que adoptarán sus respuestas.

- Endógenos:

- Caracteres físicos y de la personalidad: Un niño bien parecido, atractivo y desenvuelto tendrá una experiencia hospitalaria distinta de la de aquel niño con rasgos estigmatizados e introvertido, debido a las respuestas que recibe en función de la simpatía que despierta.

- Edad, inteligencia, naturaleza de la enfermedad y capacidad de adaptación, "Los conceptos de los niños sobre su dolor y enfermedad pueden también estar distorsionados y conducir a la confusión, pánico y culpa"<sup>11</sup> "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".<sup>12</sup> Al informar previamente al niño sobre su tratamiento médico puede

<sup>10</sup> Broadribb, Violet. "Enfermería pediátrica". Editorial Harla. México 1,983, Tercera edición, P.520.

<sup>11</sup> Schafer, Charles E. "Manual de terapia de juego". Editorial El Manual Moderno. México 1,978. P. 195

<sup>12</sup> Ibidem.

que sienta miedo o ansiedad, pero nunca presentará el mismo número de complicaciones que aquel que no fue informado.

- 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 si los padres preparan a un niño mayor con el que es posible razonar. Asegurándole al niño que estarán en contacto con él y que retornará a su casa lo más pronto posible o cuando se haya restablecido, hará más fácil la preparación, el tratamiento y la recuperación. Al mencionar la personalidad de los padres, se tomará en cuenta la preparación académica, el conocimiento que tengan de la enfermedad, la manera en que enfrentan la misma así como la hospitalización de sus

hijos; por lo que es indispensable proporcionarles ayuda individual tomando en cuenta los pasos siguientes de la terapia de apoyo:

- Ventilación de sentimientos: Todo ser humano inteligente necesita liberar sus sentimientos. Sino se abren canales 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." La tranquilización es formada por el terapeuta dependiendo de la forma en que proporcione la información y se debe establecer dentro de los límites realistas e impartir sólo 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

- 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
- Educación: Hay que enseñarle y proporcionarle información, o reducir las influencias negativas cuando los padres son influidos por conceptos erróneos y falsa información. Los padres deben estar enterados de la forma apropiada de enfrentarse con los problemas de modo que esto le permita ayudar al niño y controlarse.
- 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
- Terapias de grupo: Todo ser humano busca relaciones sociales que lo ayuden a aliviar la ansiedad a reducir la tensión y promover el bienestar emocional o material. "Es la experiencia emocional en el grupo lo que resulta eficaz para modificar las actitudes." <sup>13</sup>

En el caso de los padres 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.

<sup>13</sup> Delgado de Velásquez, María del Rosario "La Terapia de Apoyo como transición a la Logoterapia". Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias psicológicas, 1992. P.58

"El máximo beneficio que se pretende obtener de estas reuniones son los cambios de actitudes en los participantes; esto a su vez, alienta a una mejora de 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."<sup>14</sup>

Basado en esto, las practicantes de 5to. año tuvieron a su cargo la realización de Programas de apoyo a padres de niños con problemas específicos.

Entre estos programas figuraron los de apoyo a padres de niños con anomalías del tubo neural y problemas hematoológicos los que se desarrollan a continuación para ofrecer información general de dichos problemas.

### **Anomalías del Tubo Neural**

"La maternidad comprende tres atributos o cualidades principales: El poder dar a luz, la capacidad de criar y el don de amar. Esta capacidad y disposición de criar en forma adecuada a los hijos muchas veces se ve frustrada por diferentes causas; una de ellas es porque al enfrentar la maternidad, la mujer se encuentra con que el niño que ella soñaba nace con defectos de severidad variable, entre ellas las anomalías del tubo neural. Con frecuencia esta situación le lleva a rechazar al niño por su estructura física, presentando una reacción de duelo ya que el daño es irreparable. Llega a experimentar sentimientos de culpa, tristeza, miedo, inquietud y pesimismo. Presentan verdaderas crisis de angustia, ansiedad y estados neuróticos; también experimentan resentimiento e indiferencia, llegando a estados de depresión.

<sup>14</sup> Ibidem, P. 34

Las anomalías del tubo neural constituyen un problema físico, pero desencadena efectos en la condición mental y psicológica de la madre y su entorno, ya que su nacimiento requiere tratamientos, cuidados y atenciones que viene a desajustar y a cambiar todos los planes y hábitos de la familia. También significan problemas socioeconómicos por los gastos de tratamiento y cuidados del niño

Los defectos del tubo neural representan uno de los tipos más comunes de la malformación congénita seria, entre las cuales se incluyen: espina bífida, meningocele, mielomeningocele e hidrocefalia.

Estas malformaciones se producen durante los primeros 26 días del embarazo. La causa se desconoce. El 95% de ellas ocurre en parejas en las cuales no han habido antecedentes familiares, pero las parejas que tiene un niño con este problema están de 20 a 30 veces más propensas a tener un segundo hijo con anomalía.

1. **ESPINA BÍFIDA:** Defecto congénito de la columna vertebral; se observa en saco extremadamente visible y vértebras defectuosas. Se caracteriza por una depresión cutánea que recubre una masa adiposa situada en la región lumbosacra. En casos menos graves, el defecto es pequeño y el área está cubierta por piel; lo único que permite identificar las zonas afectadas por el trastorno es la presencia de un hoyuelo o mechón de pelos. Los síntomas son leves y en ocasiones incluyen problemas urinarios intermitentes. Por lo general no se requiere de intervención quirúrgica.
2. **MENINGOCELE:** Sobre el defecto óseo, abomba en la superficie de la espalda un saco que contiene las meninges y el líquido cefalorraquídeo. Este tipo de anomalía puede presentarse en cualquier región de la columna vertebral. Amerita intervención quirúrgica.

3. **MIELOMENINGOCELE:** Es una masa de aspecto quístico, blanda, redonda cuya pared contiene tejido nervioso de la médula dañada, habitualmente mal desarrollada. La transluminación se hace con más facilidad que en el meningocele y puede existir parálisis flácida, ausencia de sensibilidad y deformidad de las piernas. En las lesiones cervicales puede haber espasticidad e hiperactividad refleja en las extremidades inferiores. Debe ser intervenido quirúrgicamente.
4. **HIDROCEFALIA:** Es la complicación que se presenta en un 80 a 94% en los niños con meningocele, espina bífida, y mielomeningocele. Algunas veces no se presenta al nacimiento pero puede ocurrir poco después de ser intervenido para el cierre de la espalda. También surge como resultado de infecciones como meningitis durante la lactancia o la niñez. Se conocen dos tipos:
- *Hidrocefalia comunicante:* no hay obstrucción al libre flujo del líquido cefalorraquídeo entre los ventrículos y el conducto raquídeo. El padecimiento se da como resultado de la absorción deficiente del líquido, lo cual origina incremento de la presión en el encéfalo y médula espinal.
  - *Hidrocefalia no comunicante:* Tiene lugar cuando hay obstrucción a la libre circulación del líquido cefalorraquídeo; este problema es causa de incremento de la presión en el encéfalo y médula espinal. El sitio de obstrucción suele corresponder al acueducto de Silvio o a los agujeros de Monro, Luschka o Magendie.

Manifestaciones clínicas:

- Tamaño excesivo de la cabeza.
- Ensanchamiento de las suturas craneales.
- La fontanela anterior se vuelve tensa y abombada.
- El cráneo se agranda en todos sus diámetros.
- El cuero cabelludo adquiere brillantez.

- Dilatación de venas.
- Los ojos parecen estar empujados levemente hacia abajo de modo que la esclerótica es visible por arriba del iris, lo cual constituye el llamado signo del "sol poniente".
- Cabeza pesada.
- Los músculos cervicales no se desarrollan en forma suficiente.

#### Pronóstico:

El pronóstico es reservado; muchos de los neonatos afectados presentan lesiones cerebrales graves al nacimiento. Algunos niños que sufrieron lesiones cerebrales mínimas, funcionan dentro de los límites normales, pero el desarrollo psicomotor usualmente presenta retardo.<sup>15</sup>

#### El paciente Hemato-oncológico:

"El diagnóstico de cáncer es frecuentemente eludido, mientras el tratamiento se dirige hacia entidades más comunes, tales como las infecciones. El curso atípico de lo que parece ser una enfermedad común en la infancia, dolor o fiebre prolongados e inexplicados y especialmente, el crecimiento de masas, debería obligar a la iniciación de estudios rápidos y apropiados.

El cáncer es una de las enfermedades que causa gran cantidad de muertes en comparación a cualquier otra enfermedad infantil entre uno y quince años de edad.

<sup>15</sup> Delgado de Velásquez, María del Rosario "La Terapia de Apoyo como transición a la Logoterapia". Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias psicológicas, 1992. P.58



Poco se sabe acerca de las causas del cáncer en el niño, por consiguiente las posibilidades de prevenirlo son limitadas, lo que constituyen la principal preocupación de los encargados de la salud infantil.

Algunos tumores específicos están determinados genéticamente, otros ocurren en forma esporádica. Se deben considerar factores ambientales.

En los niños, los tumores que predominan la leucemia, tumores cerebrales, linfoma, neuroglastoma, tumor de Wilms y sarcomas de partes blandas, retinoblastoma, tumor gonadal o de células germinales y tumores hepáticos. El pico de incidencia de la leucemia linfoblástica, tumor de Wilms, neuroblastoma, cáncer hepático, dos de los tumores cerebrales (ependimoma y meduloblastoma) se encuentra en niños menores de cinco años.

El pronóstico del estadio I describe un tumor que puede ser completamente resecado. El estadio II generalmente indica un tumor localizado que no puede ser completamente resecado. Estadío III y IV designan tumores que se han extendido más allá del sitio de origen o que han llegado a diseminarse sistemáticamente

El pronóstico está influenciado por : - la precocidad del diagnóstico y tratamiento. Varía con : - tipo de tumor y su grado de diseminación en el momento del diagnóstico. Depende de : - las características histológicas y biológicas".<sup>16</sup>

Como ambos diagnósticos tiene pronóstico reservado se consideró importante conocer el impacto emocional y psicológico de la muerte del niño.

---

<sup>16</sup> Zepeda, Arnoldo. Dr. Maternal Impreso, Pediatría IGSS. 1.,1995.

## El niño y la muerte:

"Es una realidad que todos vamos a morir. Sin embargo la muerte del niño es una imagen inaceptable.

Sin embargo el niño tiende a manifestar temores primitivos de abandono. Los familiares experimentan miedo y tienden a huir de la realidad.

El niño posee recursos de los que generalmente se duda. Toleran el dolor, aceptan consuelo, viven la tristeza, experimentan contacto, tienen una gran capacidad de lucha contra la adversidad.

El aislamiento progresivo y la sensación de soledad son más amenazantes que el hecho de morir.

Sus reacciones mas comunes son:

- Sufren la separación de la familia por estar enfermos.
- Tienden a dudar si su enfermedad es un castigo por faltas cometidas.
- Culpan a sus familiares por abandonarlos y dejarlos sufrir o sienten culpa por abandonar y hacer sufrir a sus familiares.
- Perciben la depresión y aflicción de los adultos.
- Se sienten tristes y asustados por la enfermedad o por lo que puedan imaginar.

Los niños son creativos y prácticos para enfrentar sus aficciones, siempre que su angustia no sea excesiva. Muchos no pueden soportar conocer la verdad sobre su

enfermedad fatal y sus consecuencias... pero tampoco pueden tolerar la completa negación de su enfermedad y su tratamiento.

Experimentan dos tipos de dolor, el físico causado por la enfermedad y el psíquico causado por la soledad.

El no tener conocimiento claro del problema y los sentimientos que se desarrollan en su imaginación pueden ser más incapacitantes que la enfermedad en sí.

El adulto tiende a *ocultarle la verdad*, dejándolo luchar solo con sus dudas. El decirle que "todo está bien" le permite fantasear y deformar la realidad bajando la confianza y antes de estar separado por la muerte se aísla cuando más necesita de otros.

El silencio conlleva a presagio siniestro. La negación puede ser eficaz para ocultar el miedo, pero conocer los hechos hasta un nivel adecuado puede reconfortar a los padres y al niño. Inevitablemente sabrá la verdad: el problema no es decidir si decirlo o no. Es más bien decidir cuándo, cómo, cuánto y quién debe decirlo.

La ansiedad, tristeza y terrible sensación de desamparo puede disminuir si habla y comprende lo que siente: **hasta el nivel de su propia tolerancia.**

En base a la teoría de Jean Piaget sobre este tema ha propuesto un esquema sobre la forma en que evolucionan las ideas sobre la muerte en los niños.

### PRIMER PERÍODO: SENSORIO MOTOR

0 a 2 años:

- Aun no puede construir la realidad.
- No comprende claramente en tiempo, el crecimiento, la vida, la muerte.
- Esta confusión no supone ninguna emoción ante el temor a separarse o a sufrir.

### SEGUNDO PERÍODO: PRELOGICO INTUITIVO

2 a 6 años:

- Teme a la muerte de otros.
- Piensa que es un castigo simbólico por faltas reales o imaginarias.
- Es egocentrista y animista.
- Se deprime por dolores y molestias.

### TERCER PERÍODO: DE LÓGICA CONCRETA

7 a 12 años:

7 años:

- Aumento del desarrollo del pensamiento.
- Da significado a la muerte: fin de la vida y el movimiento, lo que representa dolor, misterio y pérdida.
- Aun no hay explicación lógica o biológica.

8 años:

- Aun no es fenómeno reversible; No comprende el significado de "eterno; estar muerto para siempre, que todos incluso él han de morir".
- Reacciona con temor, incertidumbre, agresividad, cree que es un castigo.

9 años:

- Ya comprende que es un hecho realista, biológico, permanente, universal, definitivo e inevitable: (vida-muerte).

- Sabe que no es un sueño, más bien parece una pesadumbre.

10 a 12 años:

- Su respuesta es similar a la del adulto.
- Manifiestan frustración..
- Perciben la muerte como un obstáculo.

#### CUARTO PERÍODO: DE LÓGICA ABSTRACTA

12 a 18 años:

Adolescente:

- Tiene comprensión intelectual lo que provoca rechazo emocional.
- Siente frustración porque todas sus metas quedarán sin cumplirse.
- Esta es la edad más difícil para enfrentar la muerte.
- La información del profesional debe estar de acuerdo a la edad y madurez del niño.
- El tipo de enfermedad, si es aguda o progresiva.
- El lugar de tratamiento.
- Darle la oportunidad de que tenga experiencias previas, puede ser por explicaciones o por medio del juego.
- Se deben conocer las expectativas de la familia.
- Preparar el clima emocional con solidez afectiva entre el niño y el adulto.
- Se deben conocer las condiciones de vida.<sup>17</sup>

¿Cómo escuchar? ¿Cómo hablar? ¿Cuánto decir al niño y a su familia?:

- Se debe explicar acerca de lo que se está haciendo y por qué.
- Darle medicamentos contra el dolor.

---

<sup>17</sup> Howard, Isabel. Licda. Material impreso, Pediatría del IGSS. 1,995.

- No dejarle solo mucho tiempo.
- Debe tener contacto corporal.
- Darle oportunidades de preguntar.
- Dejarle hablar más que explicar e instruir.
- Permitirle expresar sus temores por su sufrimiento, su enfermedad y/o la separación.
- Demostrar sensibilidad y empatía.

#### Los padres y el personal:

"Deben hacer frente a sus propios sentimientos de depresión, desaliento, impotencia, desesperanza, derrota de sus esfuerzos.

**Los hermanos** deben reparar agravios para disminuir el sentimiento de culpa.

**El personal** debe : -examinar sus propios pensamientos y sentimientos ; - conocer el dolor del niño y el de la familia ; -tener voluntad de participar y servir; -suavizar el proceso de duelo ; -animarles a hablar ; y ante todo ; -ayudar a todos los pacientes a vivir cada día de su vida en forma plena, hasta que ocurra su muerte.<sup>-18</sup>

Sin embargo es lamentable que a veces por negligencia o desconocimiento que tiene las visitas de los pacientes o personas que tiene contacto con ellos dentro del hospital, pueden transmitir infecciones que afecte a tal grado su estado de salud, que pueda incluso llevarlo hasta la muerte. A este tipo de infecciones se les denomina nosocomiales.

<sup>18</sup> Broadnbb, Violet. "Enfermería pediátrica". Editorial Harla. México 1,983, Tercera edición, P.520.

"El término nosocomial se origina de las palabras griegas: Nosos = enfermedad y Komeion = tener cuidado de; y del latín Nosocomion = hospital.

Las **infecciones nosocomiales** se refieren a cualquier infección adquirida durante el ingreso hospitalario de un paciente que no la tenía, ni siquiera en el estadio de incubación en el momento de su ingreso, salvo que la infección se relacione con una hospitalización previa.

Las medidas de control serán efectivas sólo si se tiene un claro conocimiento del problema, es decir:

- Conciencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales.
- Personas con riesgo de infección.
- Fuentes potenciales de infección y de transmisión.

La normatización del manejo de pacientes en las áreas de encamamiento general así como de las salas de aislamiento tienen por objeto disminuir el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias a los pacientes que ingresan a las áreas de encamamiento.

El riesgo ocupacional de tipo infeccioso es otro aspecto contemplado dentro de este documento, pues si este es seguido en forma adecuada, se disminuye en forma importante el riesgo de adquirir infecciones en el personal.

El control de las infecciones intrahospitalarias no es una responsabilidad exclusiva de determinados miembros del personal de salud, sino de todos, pues solamente la concientización logrará influir en las conductas apropiadas que eviten o disminuyan los riesgos para nuestros paciente o enfermos.

### Infecciones frecuentes en unidades pediátricas:

- Infecciones vírales.
- Infecciones gastrointestinales, salmonelosis.

### Vías de transmisión:

La mayor parte de las infecciones nosocomiales son propias del enfermo y son llamadas autónomas, pero también se ocasiona infección cruzada entre individuos hospitalizados. Esta se puede producir a través de transmisión directa (contacto) o por transmisión indirecta (de persona a objetos inanimados y personas; o sea la manipulación de juguetes y material de trabajo de un paciente a otro sin desinfectarlos). El contacto indirecto por las manos del personal hospitalario es, con mucho, la vía más frecuente de transmisión de microorganismos hospitalarios entre los pacientes. Estos agentes son transitorios en las manos del personal y no se establece un estado de portador permanente.

La cadena de transmisión quizá se rompa mediante el lavado de manos adecuado.

### Fuentes de infección:

La piel, las vías respiratorias y el tubo digestivo de los pacientes hospitalizados se colonizan con frecuencia con microorganismos derivados del ambiente hospitalario.

Las fuentes potenciales de estos agentes vinculados con el hospital son múltiples y comprenden las manos del personal, el alimento y agua de beber, las habitaciones de los enfermos, los fregaderos y tinas de baño, otros enfermos y los sistemas de ventilación.



Las infecciones nosocomiales incluyen mayor costo en términos de que prolonga la hospitalización, así como aumenta la morbilidad y la mortalidad. Muchas de estas infecciones son prevenibles.

Al aumentar la comprensión y conocimiento del espectro de infecciones nosocomiales, (huésped susceptible, reservorios de la infección y vías de transmisión) aumentará la proporción que sea posible prevenir y nos ayudará a comenzar el control de este problema creciente en la medicina moderna.

Uno de los mayores objetivos de la medicina moderna es el control de las infecciones adquiridas en el hospital. Estas infecciones han disminuido con los avances de la tecnología y tratamiento médico.

Las normas varían de acuerdo a las modificaciones determinadas por el tipo de establecimiento, el personal y la población de enfermos.

Pero universalmente **El jabón, el agua y el sentido común son los mejores desinfectantes.**<sup>19</sup>

A parte de lo mencionado anteriormente, tenemos que admitir, aunque con tristeza que vivimos en un país sub-desarrollado, con un alto índice de desnutrición causada por deficiencia en la dieta alimenticia, cantidad y calidad de alimento inadecuada, tipo de alimentación dependiendo de la cultura y estado de salud de las personas.

“Las consecuencias de la **desnutrición** son mortalidad infantil, pérdida de tejidos, crecimiento y desarrollo deficientes, propensión a infecciones y enfermedades, deficiencia en la actividad física, secuelas en el sistema nervioso central. Psicopedagógicamente, el cociente intelectual general es bajo, hay alteraciones en el

---

<sup>19</sup> Freigin, Ralph. “Tratado de infecciones en pediatría”. Editorial Interamericana McGraw-Hill México 1,992. Segunda Edición, Vol. II

lenguaje y la audición, bajo rendimiento intelectual, deficiencias en la capacidad del aprendizaje y rendimiento escolar bajo.

Por tal razón, existe un alto índice de ingresos al hospital por problemas de déficit nutricional, para lo que ha sido necesario un servicio para recuperación de peso y tratamiento de problemas gastroenterológicos. El servicio de nutrición es otra área de encamamientos en que se proporciona atención psicológica a los niños.

Hablamos de desnutrición cuando el individuo no consume o no aprovecha los nutrientes suficientes y apropiados para su condición fisiológica o cuando tienen un exceso de pérdidas de nutrientes debido a una infección. Generalmente se clasifican de la siguiente forma:

- Moderadas o crónicas: Normales en países en vías de desarrollo.
  - Severas o agudas: Dentro de las cuales suelen destacarse dos que son formas de desnutrición proteico calórica.
1. Marasmo: Consumo inadecuado de alimento, principalmente de calorías. Es frecuente que existan diarreas en los primeros meses de vida que ayudan a que el niño llegue a un marasmo. Es más común en familias urbanas víctimas de un destete prematuro. Aspecto físico: Detención del crecimiento ponderal, pérdida de peso hasta que se origina una emaciación con pérdida de la turgencia de la piel y del tejido subcutáneo, la piel se arruga y se vuelve laxa a medida que la grasa subcutánea desaparece, cara encogida y marchitada, el abdomen puede tenerlo distendido o adelgazado, el contorno intestinal fácilmente visible, atrofia de los

músculos, hipotonía, puede haber edema. Malhumorado, después indiferente y el apetito disminuye.<sup>20</sup>

2. Kwashiorkor: Resulta de una ingestión inadecuada de calorías y proteínas, y precipitado posteriormente por algún infección severa, suele aparecer al final del primer año o durante el segundo en familias en áreas rurales; después del destete las madres los alimentan con agua. Aspecto Físico: Edema generalizado, lesiones cutáneas; extremada despigmentación de la piel, alteraciones del cabello, escamoso delgado, pierde elasticidad, extremada despigmentación, rayas rojas y grises, músculos débiles, atroficos, puede haber exceso de grasa subcutánea. Irritabilidad y apatía.<sup>21</sup>

Los síntomas de estas dos varían en gravedad y duración. Existen otros tipos menos frecuentes de desnutrición severa:

- Anemias.
- Hipovitaminosis.
- Bocio endémico.

La desnutrición no sólo se presenta durante la vida postnatal, sino que estudios recientes verifican que niños nacidos de madres desnutridas padecen de desnutrición, de tipo severo en algunas ocasiones. Este fenómeno podríamos llamarlo como un círculo vicioso ya que se transmite por generaciones la desnutrición mientras las madres embarazadas no sean bien alimentadas.

---

<sup>20</sup> Vaughan, Nelson y Mc Kay. "TRATADO DE PEDIATRÍA". Editorial Salvat mexicana de ediciones. Sexta edición 1,978. Tomo I, P. 169.

ibidem, P. 172

El pronóstico depende de los recursos socioeconómicos del país, que debe contar con los servicios básicos de salud, para ofrecer la atención médica que requiera el paciente.

Otro factor importante en el pronóstico son las creencias culturales de los padres las cuales influyen para la adecuada atención del niño, recurriendo a la asistencia médica inmediata. O bien la negligencia de los padres que se llegaría a tomar como maltrato dejando morir al niño por falta de alimento.

En caso contrario el pronóstico es favorable.

## **CAPITULO II**

OBJETIVOS

METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

## 1. OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO:

### 1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

#### Objetivos generales :

- Apoyar el servicio psicológico en el área de encamamiento con atención de casos especiales de niños y sus familias.
- Velar por que se brinde un servicio profesional a los pacientes y sus familiares.

#### Objetivos específicos:

- Brindar apoyo psicológico a padres de familia con hijos críticamente enfermos.
- Bajar nivel de angustia y ansiedad en los padres.
- Proponer a los padres de los niños hospitalizados alternativas de solución a problemáticas familiares causadas por la enfermedad de sus hijos internados.
- Determinar mediante la evaluación del desarrollo del niño, las correlaciones existentes entre la edad cronológica y las distintas destrezas a ejecutar en cada área del desarrollo infantil.
- Orientar a los padres de familia para que contribuyan en la aplicación de guías de estimulación temprana en el ambiente familiar.
- Brindar atención psicológica a niños hospitalizados mediante estimulación temprana.
- Brindar atención y afecto a los niños hospitalizados para bajar sus niveles de angustia.
- Organizar actividades de recreación para estimular el ambiente social de los niños hospitalizados.
- Apoyar y orientar a las practicantes de 4to. año en la evaluación de los niños.

- Apoyar y orientar a las practicantes de 4to. año en la entrevista a los padres.
- Organizar a las practicantes de 4to. año para la planificación del programa de apoyo a padres en el área de encamamiento.
- Contribuir a mantener un ambiente con el menor riesgo de producir infecciones a pacientes y personal laborante.
- Reestructurar las normas de cuidado personal e higiene de los materiales de trabajo de las practicantes de psicología, para evitar infecciones nosocomiales.
- Implementar las normas aquí contenidas para disminuir los costos de operación derivados de las infecciones nosocomiales.
- Enumerar el personal que atiende en cada servicio del área hospitalaria en los que colabora psicología.

## 1.2. SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

### Objetivo general:

- Coordinar el trabajo de las estudiantes practicantes de 4to. y 5to. año de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos y de otras universidades, en el área de encamamiento.

### Objetivos específicos:

- Organizar y dirigir lecturas.
- Coordinar el diseño de nuevas guías de estimulación.
- Desarrollar conferencias.
- Asesorar al personal de Psicología en la adecuada atención de los pacientes, a fin de evitar complicaciones de tipo infeccioso.

- Evaluar al inicio y final del trabajo realizado por cada una de las practicantes de 4to. año.
- Realizar actividades que permitan valorar el trabajo realizado por las practicantes de 4to. e insentivarlas a continuar igual o realizar mejoras.

### 1.3. SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

#### Objetivos generales:

- Prevenir la propagación de infecciones dentro del hospital.
- Estructurar un plan de inducción a la organización del área hospitalaria, para las practicantes que la desconocen .

#### Objetivos específicos:

- Investigar las principales vías de contaminación de los pacientes dentro del hospital.
- Identificar las necesidades dinámica y experiencia emocional de cada encamamiento.



## **2. METODOLOGÍA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO:**

El Ejercicio Profesional Supervisado "Orientación, Apoyo y Coordinación del trabajo psicológico en el área de Encamamiento de Pediatría del I.G.S.S."

Se realizó bajo la supervisión directa de la jefe del servicio de Psicología del Hospital, Licda. Isabel Howard y asesorado por el supervisor de E.P.S. de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

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:

### **2.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:**

Se dirigió a 4 servicios del Hospital de Pediatría del I.G.S.S.

Para el abordamiento metodológico de los problemas emocionales del niño hospitalizado se brindó apoyo individual en casos referidos por el personal médico, o paramédico y en los que Psicología consideró necesaria su intervención.

Para la selección de estos casos se utilizaron las estrategias de estimulación, observación, evaluación, entrevista y orientación del tratamiento psicológico a los padres.

- La estimulación diaria permitía observar directamente la conducta, los signos y los síntomas que presentaban los niños.
- Se consultaban los expedientes médicos para tomar datos generales, diagnóstico y tratamiento médico.
- Con base en lo anterior se evaluaba para determinar el diagnóstico psicológico.

- Dependiendo del resultado se contactaba la cita con los padres para llevar a cabo la entrevista y la orientación.
- En el expediente médico se adjuntaba el informe psicológico.
- En algunos casos se participaba de la visita médica para solventar dudas e informar de la evaluación psicológica del paciente.
- En la clínica de psicología se registran datos generales, diagnóstico médico y psicológico, para llevar estadísticas y se archivan las evaluaciones, entrevistas e informes psicológicos.

El apoyo fue brindado en momentos de curaciones, antes y después de una intervención quirúrgica, en el momento de la separación de los padres o cuando presentaban depresión por la ausencia de los mismos ; negación a ingerir alimentos o medicamentos; cuando había presencia de llanto, etc.

Por medio de juegos y juguetes se brindó apoyo al niño : se logró crear un ambiente más agradable minimizando los niveles de ansiedad, angustia y depresión; con lo que se obtuvo una mejor y más rápida adaptación al ambiente hospitalario.

Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron actividades lúdica-pedagógicas, terapia de juego, no directiva y terapias de apoyo.

A los niños se les evaluó con la "Escala Adaptativa de Arnold Gesell".

Se entrevistó con papelería propiedad del hospital.

La orientación a los padres es unificada utilizando guías, en su mayoría ya existen en la clínica y si no, se elaboran específicamente con la supervisión de la Licda. Howard.

El apoyo brindado a los padres fue en forma individual en las áreas de encamamiento y en forma grupal en los programas organizados por las practicantes de 5to. año, los que se llevaban a cabo mensualmente. El objetivo de los programas era

educativo y ofrecer la oportunidad de ventilar y compartir experiencias con otros padres que tiene las mismas experiencias.

Cuando el diagnóstico de los niños evaluados fue anormal, en el momento del egreso se le refirió a la clínica de consulta externa, para continuar con el control del desarrollo y la orientación a la madre.

El horario de atención a niños hospitalizados fue de 9:00 a 11:00 Hrs., de lunes a jueves.

## 2.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA

En horarios de 8:00 a 9:00 hrs. de lunes a jueves se organizaron lecturas con temas afines al trabajo hospitalario y a las nuevas experiencias que las practicantes enfrentaban diariamente, por lo que era necesario que tuviésemos una preparación con bases teóricas para saber como actuar en los momentos de necesidad.

Participaron practicantes de 4to. y 5to. Años.

Se estudió e investigó el desarrollo normal del niño con practicantes de 4to Año.

En la planificación y realización de los programas organizados por las practicantes de 5to. años la epesista tuvo una participación indirecta.

Así como también fue invitada por algunos de los programas a dirigir algunas dinámicas, impartir algunas pláticas y orientaciones a los padres.

Los días viernes estaban dedicados a docencia a cargo de la Licda. Howard en los que participamos exponiendo temas que se tratan en el hospital.

### 2.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

Al inicio del E.P.S. investigué en cada uno de los encamamientos donde Psicología brindó apoyo. ; las diferencias en cuanto a tipo de pacientes, cantidad de trabajadores que atienden el área, la dinámica y el ambiente emocional que se experimenta .

Después continué con la investigación sobre la prevención de infecciones nosocomiales. Con el objetivo de realizar un manual con las normas específicas para las practicantes de psicología, lo que se considera una aportación importante pues no existe en ningún lugar, ni hospitales, ni universidades.

Para su elaboración se contactó a la enfermera encargada del comité de Prevención de Infecciones Nosocomiales del Hospital General del I.G.S.S., la que proporcionó documentos con alguna información sobre normas para el personal médico y de enfermería. La enfermera ofreció una plática informativa y películas al grupo de practicantes. La investigación se complementó con bibliografía de la biblioteca médica del Departamento de Pediatría y folletos del Hospital Roosevelt.

Terminada la implementación teórica , se elaboró el documento y se entregó a médicos y enfermeras de diferentes servicios para su revisión y corrección. La revisión final estuvo a cargo de la Licda. Howard.

Al finalizar el E.P.S. se entregó a la Licda. Howard un documento que contenía las normas de prevención que deberían cumplir las practicantes en el área de encamamiento ; enumerando las responsabilidades correspondientes a cada grupo de practicantes de 4to. Y 5to. años.

## **CAPITULO III**

### *PRESENTACIÓN DE RESULTADO*

### 1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

Para el mejor desarrollo de este sub-programa se atendieron diferentes actividades conforme al Proyecto y Programa del E.P.S., siendo estos:

- a. Apoyo a niños hospitalizados.
- b. Orientación y apoyo a padres de familia.
- c. Estimulación temprana a niños hospitalizados.
- d. Detección de casos de Síndrome de Down, Hematología, Madres adolescentes y Neurocirugía, para referencia a Programas de apoyo dirigidos a padres organizados por las practicantes de 5to. año de Psicología.

### RESULTADOS CUANTITATIVOS :

Los resultados se trabajaron según el análisis de frecuencias reportadas y de esto se partió para la elaboración de los cuadros y gráficas que a continuación se presentan. En ellos se describe con más detalle las características de la población infantil atendida durante los meses de febrero a noviembre de 1,995, en encamamiento y en los grupos de orientación a padres a cargo de practicantes de 4to. y 5to. año de licenciatura en psicología, coordinado por la epesista y con la asesoría de la supervisora de práctica psicológica.

Cuadro 1

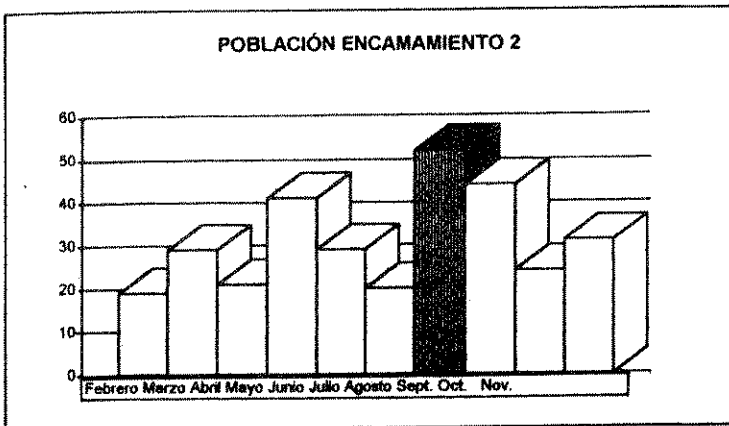
Estadística mensual de casos atendidos  
atendidos por las practicantes de psicología.

MES	SERVICIOS			
	ENCAMAMIENTO 2	ENCAMAMIENTO 4	NUTRICIÓN	CIRUGÍA
FEBRERO	19	27	10	34
MARZO	29	17	4	32
ABRIL	21	17	5	23
MAYO	41	13	7	42
JUNIO	29	11	13	11
JULIO	20	10	10	34
AGOSTO	52	31	10	20
SEPTIEMBRE	44	36	9	21
OCTUBRE	24	19	3	34
NOVIEMBRE	31	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>	<b>182</b>	<b>72</b>	<b>253</b>

La mayor cantidad de pacientes atendidos fue de 52 en el mes de agosto en el encamamiento 2.

Gráfica 1

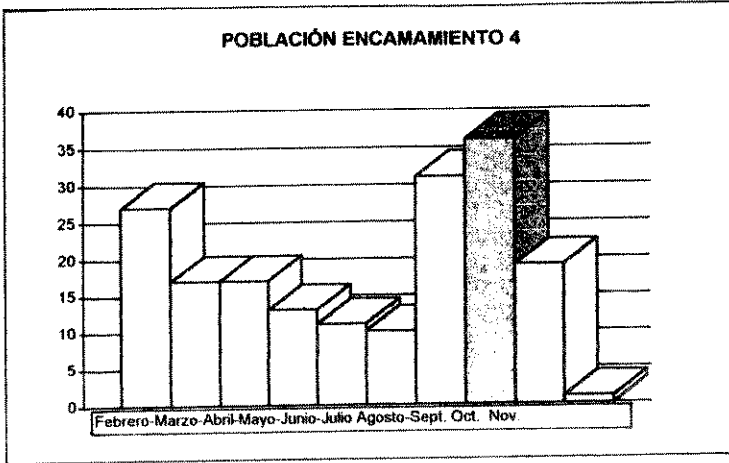
Esta gráfica representa la cantidad de pacientes por mes en el área del encamamiento 2 de enfermedad común, donde ingresan bebés de 0 a 2 años.



La población se incremento en los meses de mayo, agosto y septiembre.

Gráfica 2

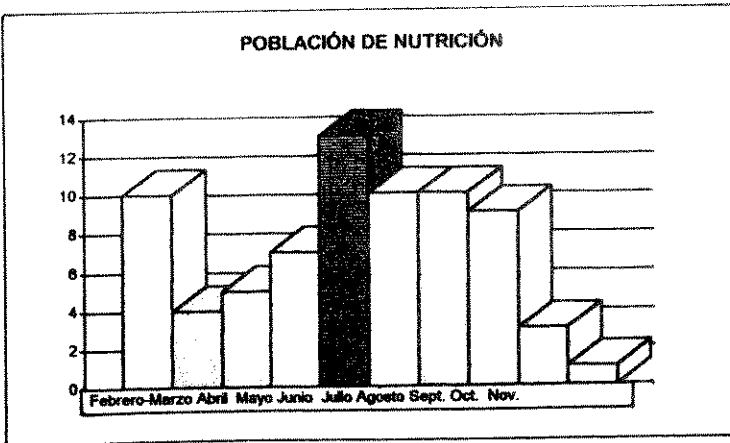
Esta gráfica representa la cantidad de pacientes atendidos por mes en el encamamiento 4 de enfermedad común, donde ingresan niños de 2 a 5 años



La población se incremento en los meses de agosto y septiembre.

Gráfica 3

Esta gráfica representa la cantidad de pacientes atendidos por mes en el área de Nutrición

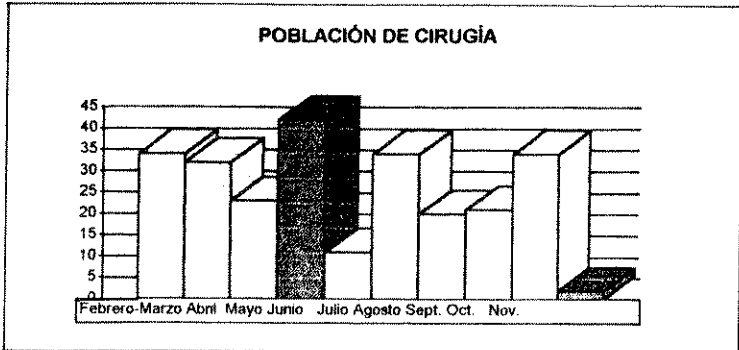


Se observa incremento de la población en el mes de junio.



Gráfica 4

Esta gráfica representa la cantidad de pacientes atendidos por mes en el área de cirugía.



Se observa incremento de la población en el mes de mayo.

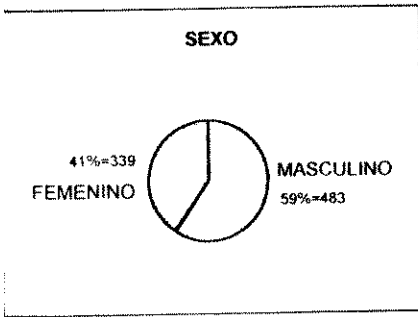
CUADRO 2

Características de la población atendida en los encamamiento por psicología.

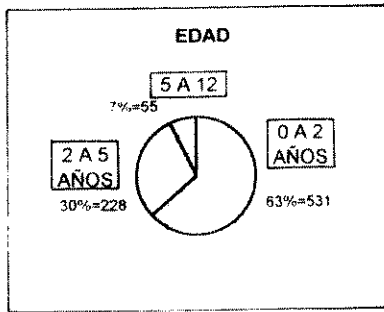
SERVICIOS	SEXO		EDAD			PROCEDENCIA		
	M	F	0 a 2	2 a 5	5 a 12	CAPITAL	MUNICIP.	OTROS DEPTOS.
ENCAMAMIENTO 2	175	125	315	1	1	192	70	32
CIRUGIA	174	82	92	126	28	168	44	44
NUTRICIÓN	35	43	46	23	2	42	16	20
ENCAMAMIENTO 4	98	89	78	78	24	115	32	42
<b>TOTAL</b>	<b>483</b>	<b>339</b>	<b>531</b>	<b>228</b>	<b>55</b>	<b>517</b>	<b>162</b>	<b>138</b>

psicología brindo atención a 817 pacientes en los encamamientos.

Gráfica 5



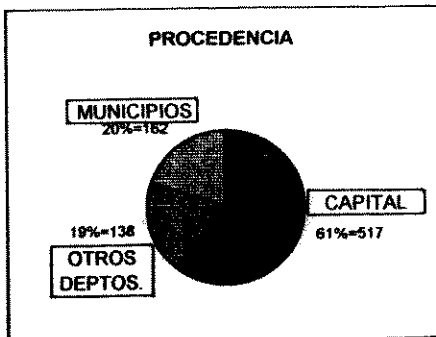
Gráfica 6



la mayoría de pacientes atendidos fueron del sexo masculino

El mayor porcentaje lo representan los bebés de 0 a 2 años

Gráfica 7



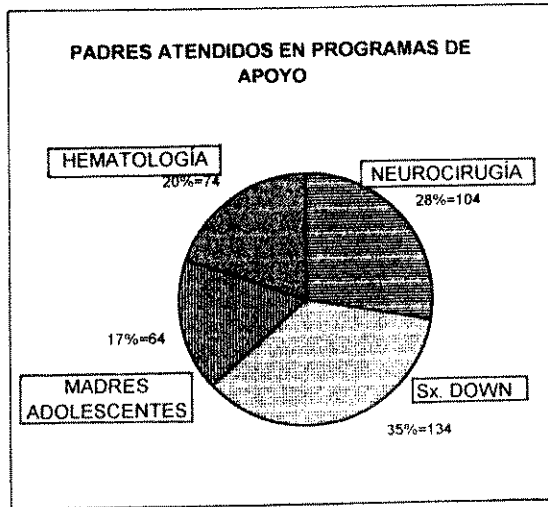
La mayoría de pacientes fueron procedentes de la capital

Cuadro 3  
 Estadística anual del total de asistentes a Programas de Apoyo a Padres.

PROGRAMA	ASISTENCIA REGULAR	TOTAL DE PADRES ATENDIDOS
NEUROCIRUGÍA	42	104
SÍNDROME DE DOWN	48	134
MADRES ADOLESCENTES	19	64
HEMATOLOGÍA (PADRES)	30	74
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>376</b>

La mayor asistencia fue la de los padres del programa de Síndrome de Down.

Gráfica 8



Se invitaron a padres de Consulta Externa y del área de encamamiento .

Cuadro 4  
 Diagnóstico Médico de los casos atendidos por psicología.

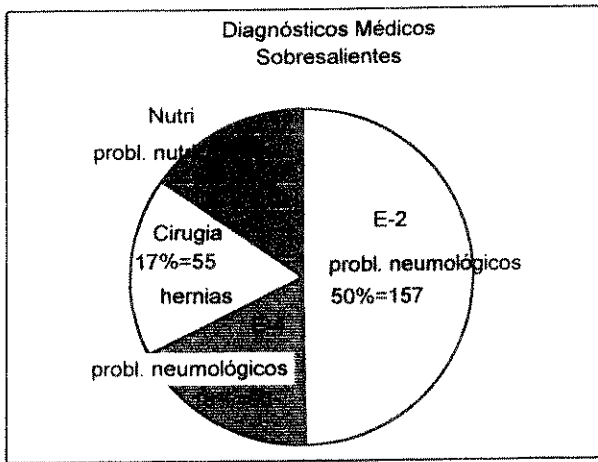
Total de casos

DIAGNÓSTICO	SERVICIOS				TOTAL
	ENCAMAMIENTO 2	ENCAMAMIENTO 4	CIRUGÍA	NUTRICIÓN	
Problemas Neumológicos	157	60	4	6	227
Problemas Nutricionales	71	24	0	48	143
Problemas Gastroenterológicos	3	18	35	9	65
Problemas de Cardiología	3	2	0	0	5
Problemas Perinatales - Prematurez	2	0	0	0	2
Problemas Hematooncológicos	1	23	0	0	24
Problemas de Otorrinolaringología	0	2	21	0	23
Problemas Dermatológicos	0	1	0	0	1
Problemas del Tuvo Neural	6	8	27	0	41
Problemas Testiculares	0	0	19	0	19
Problemas Oftalmológicos	0	0	4	0	4
Problemas Congénitos	8	0	0	3	11
Infecciones de la sangre	11	1	0	2	14
Intoxicaciones	0	5	0	0	5
Alteraciones Endocrinológicas	1	0	0	1	2
Alteraciones del Sistema Nervioso Central	21	26	0	0	47
Alteraciones Genético Cromosómicos	5	3	0	1	9
Alteraciones Estados de Conciencia	2	1	0	1	4
Hernias	0	0	55	0	55
Apendicectomía	0	0	10	0	10
Traumatismo Craneoencefálico	0	0	8	0	8
Cirugía Plástica	0	0	41	0	41
Abuso sexual - Maltrato	0	6	0	0	6
Quemaduras	0	0	18	0	18
Otros	19	2	11	1	33
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>	<b>182</b>	<b>253</b>	<b>72</b>	<b>817</b>

Se observa el diagnóstico médico principal por encamamiento: E-2 y 4: problemas neumológicos  
 Cirugía: hernias; Nutrición: problemas nutricionales.

Gráfica 9

Diagnóstico médico principal por encamamiento.



El diagnóstico sobresaliente es el de problemas neurológicos.  
Y la mayor cantidad de pacientes fueron en el encamamiento 2.

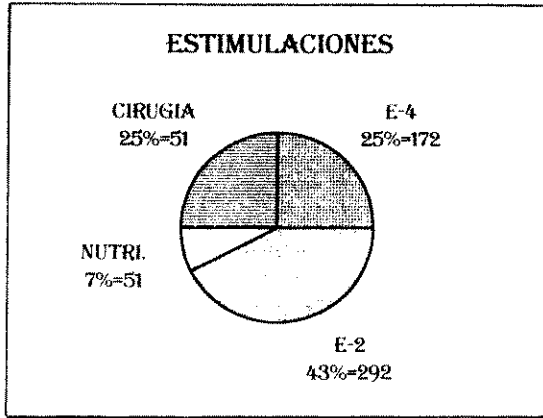
CUADRO 5

Estadística mensual de estimulaciones en los encamamientos

m e s	Encamamientos			
	e n c a m a m i e n t o	e n c a m a m i e n t o	n u t r i c i ó n	c i r c u l a
febrero	27	19	7	7
marzo	17	29	2	5
abril	17	21	2	15
mayo	13	41	4	42
junio	11	29	12	11
julio	10	20	5	34
agosto	31	52	9	20
septiembre	36	44	6	21
octubre	19	24	3	34
noviembre	1	31	1	2
<b>total</b>	<b>172</b>	<b>292</b>	<b>51</b>	<b>171</b>

El total de niños evaluados fue de 686 algunos de ellos también fueron evaluados

Gráfica 10



43% fue el mayor porcentaje de niños estimulados que corresponde a los bebés menores de un año y mayores de un mes de edad.

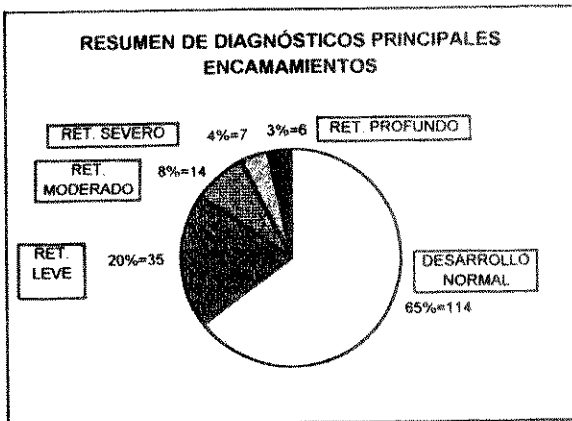
CUADRO 7

Diagnósticos intelectual del total de pacientes atendidos en los encamamientos.

SERVICIO	RETRASO PSICOMOTOR				
	DESARROLLO NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	PROFUNDO
ENCAMAMIENTO 2	41	6	2	2	5
ENCAMAMIENTO 4	22	4	7	3	1
NUTRICIÓN	32	6	2	2	0
CIRUGÍA	19	19	3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>6</b>

El total de niños evaluados fué de 176

Gráfica 11



El mayor porcentaje lo ocupan el diagnóstico de desarrollo psicomotor normal.



## 1.2 SUB - PROGRAMA DE DOCENCIA :

De lunes a jueves de 8 :00 a 9 :00 a.m. se realizaron las actividades de docencia con las practicantes de 4to.año, en ellas podían participar las practicantes de 5to. año que así lo desearan . Al inicio participaron por un período de mes y medio aproximadamente 11 practicantes : 6 de 4to. y 5 de 5to.año que realizarían su práctica por primera vez en éste centro. Se llevaron a cabo lecturas de temas y términos médicos, como medida de ambientación al medio.

Cada mes y medio debían estar organizadas las rotaciones de los grupos, tanto de las integrantes del grupo, así como del servicio del hospital. Estos servicios fueron : 4 áreas del encamamiento de pediatría, Clínica de Psicología en consulta externa en z. 9 y Alto Riesgo ubicado en el Hospital del I.G.S.S. de Pamplona.

Al concluir la primera rotación se analizaron las experiencias y evaluó la eficiencia del grupo en el área que habían estado brindando el servicio, en base al informe del año anterior ; ésta se llevó a cabo individualmente con cada grupo.

En el mes y medio siguiente se dirigió el análisis, cambio y estructuración de guías de estimulación con las practicantes de 4to..

A partir de los 3 meses se realizaron dinámicas de grupo tales como : - ventilación de sentimientos, - resolución de problemas referentes al servicio individuales y de grupo ; - Propuestas para realizar actividades en el área hospitalaria, tales como : dinámicas de juego con los niños, decoración de pasillos y cunas, etc. ; - repaso de lecturas sobre el desarrollo normal del niño, según los estadios de Piaget ; - recordar frecuentemente el cuidado para prevenir las infecciones nosocomiales ; - estimular al grupo de practicantes invitándolas al trabajo unificado, - etc.

Al finalizar el año se llevó a cabo una reunión con las practicantes de 4to. año. En la que se analizó el trabajo realizado, se enumeraron los obstáculos, se analizaron los resultados generales y se invitó a la reflexión individual exhortándolas a iniciar con la

mejor disposición para la orientación y organización del trabajo de las nuevas practicantes de 4to., enfatizando en el trabajo de equipo y las buenas relaciones interpersonales para obtener buenos resultados en su práctica el siguiente año.

### 1.3 SUB - PROGRAMA DE INVESTIGACION :

Al iniciar la práctica la Licda. Isabel Howard invitó a un médico residente para que nos diera una charla sobre las "infecciones nosocomiales" ; ésta fue enfocada hacia los pacientes y todas las practicantes cuidamos de acatar las recomendaciones.

Al estar en los servicios las enfermeras nos hacían recomendaciones para nuestro cuidado, pero eran mensajes sueltos que era necesario investigar más a fondo y hacerlo del conocimiento de todas las personas que estuvieran en ese medio, por lo que empecé a recopilar información con médicos residentes de pediatría, la enfermera encargada de la comisión del control de las infecciones nosocomiales en el área de adultos y a leer libros de las bibliotecas : del hospital, de la clínica de Psicología y la de los médicos. Recopilé más o menos la misma información en todos los documentos y eran dirigidos al personal médico, paramédico y de limpieza. Y en base a las recomendaciones generales fui adaptándolas al trabajo que realiza Psicología con niños y así fue que presenté la investigación y las normas a la Licda. Isabel Howard, a la jefe de médicos residentes, a la jefe de enfermeras, médicos residentes y enfermeras de algunos servicios para que lo revisaran e hicieran cambios y recomendaciones, las que se realizaron y se entregó nuevamente ya corregido a la Licda. Isabel Howard para que quedara en el centro y le sirviera con las futuras practicantes.

## **CAPITULO IV**

ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

## SUB-PROGRAMA DE SERVICIO

Los niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del I.G.S.S., que fueron atendidos tanto en terapia individual como grupal, recibieron el apoyo psicológico en el transcurso de su hospitalización.

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

Ciertos factores determinaron la cobertura del servicio psicológico a los niños hospitalizados. Uno fue que las instalaciones físicas del Departamento de Pediatría, no cuentan con salas de juegos para la estimulación adecuada de los niños, ni llenan los requisitos de un ambiente propicio que contribuya en la recuperación del niño hospitalizado. Otro factor, fue el estado delicado de salud de algunos pacientes que no permite su movilización, ni su atención directa. También influyó el número de practicantes asignadas al área de encamamiento que en ocasiones no es suficiente para la demanda del servicio.

Se proporcionó atención psicológica a un total de 817 pacientes brindándoles estimulación y evaluación. el 22 % fueron solo evaluados en ocasiones porque la permanencia era corta en el hospital o lo trasladaban a otro servicio; 5 % fueron evaluados y estimulados. El porcentaje es bajo porque la cantidad de practicantes de psicología no era suficiente para poder atender a todos los pacientes, por lo que se organizaba la manera de poder brindarles atención a la mayoría, dando preferencia a los referidos por el personal médico o de enfermería. 83% solo fueron estimulados sin realizar su evaluación de desarrollo psicomotor por las razones antes expuestas. El dato de evaluados y estimulados se duplica en la información estadística por lo que el resultado final es mayor al 100%. A un 46% de padres se les proporcionó apoyo

terapéutico para ayudarles a superar problemas emocionales por el diagnóstico de sus hijos, disminuyendo así su angustia, lo que les permitía tener una mejor relación con los niños mientras duraba su estancia en el hospital.

Entre los porcentajes sobresalientes, según las características de la población, el 59% pertenece al sexo masculino y el 41% al sexo femenino ; el 63% residen en la capital . Los datos anteriores demuestran la efectividad del trabajo realizado con dedicación y responsabilidad por las practicantes de psicología.

La atención por servicios nos dio los siguientes porcentajes: Encamamiento 2 : es el servicio donde ingresan más niños y permanecen por poco tiempo. Son niños de 0 a 2 años, se atendieron 38% dado que son bebés se les brinda estimulación temprana y contacto físico para disminuir el trauma de la separación de la madre. Encamamiento 4: niños de 2 a 12 años 22%, la edad de los niños permite que la estimulación temprana se realice en forma grupal e individual, se observan cambios de conducta positivos en su estado de ánimo y colaboración en la ingestión de medicamentos y alimento. Nutrición: niños de 0 a 5 años 9%, con estos niños es posible llevar control del desarrollo por su larga permanencia en el hospital ; las evaluaciones periódicas ayudan a confirmar el beneficio de la estimulación temprana que se practica a diario. Cirugía: niños de 0 a 12 años 31% ; niños que no permiten evaluarlos dada su corta permanencia o su estado de salud, solo estimularlos y prepararlos psicológicamente para las intervenciones quirúrgicas lo que les anima y reconforta. Como se mencionó anteriormente en esta área se encuentra la sala de quemaduras y neurocirugía por lo que la estimulación temprana y las relaciones sociales son muy importantes para su salud mental y emocional.

El porcentaje en el diagnóstico médico principal de los casos atendidos en los que se detectó retraso en el desarrollo fueron :

El 18%, presentan desnutrición. El 6% Alteraciones del Sistema Nervioso Central ; ambos se refirieron a consulta externa de psicología para continuar su control en el desarrollo y orientación a la madre.

El 5% problemas del Tubo Neural : Estos niños recibieron estimulación temprana en el encamamiento, las practicantes de 5to. año encargadas del programa, elaboraron una guía específica, la que proporcionaron a los padres para que les ayudará en la estimulación de sus hijos tanto en casa como en el hospital. Se atendió a un total de 104 padres en el programa a los que se les brindó orientación y apoyo, teniendo la oportunidad de : - ventilar sentimientos , - compartir experiencias con los otros padres ; - hacer consultas médicas específicas. Estas actividades controlaron la ansiedad, les animó a continuar ayudando a sus hijos y a manejar positivamente el problema.

La evaluación y el registro adecuado permitieron poder continuar con la atención del los pacientes que más lo necesitaban, así como la organización y referencia a los programas de apoyo para padres.

### 3.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

Para cumplir con los objetivos de la docencia se contó con la orientación de la Licda. Isabel Howard, la colaboración de las practicantes y del personal paramédico.

La actividad de docencia fue compartida por 8 practicantes de 4to. y 4 practicantes de 5to.año de la carrera de licenciatura en Psicología al inicio del año. Se realizaron talleres de lectura que proporcionaron información y les familiarizó con el ambiente hospitalario.

En el transcurso del año se varió la actividad teniendo el trabajo únicamente con las 8 practicantes de 4to. año. Se organizaron consultas bibliográficas con respecto al desarrollo normal del niño y análisis de guías del desarrollo del niño existentes en el hospital. Actividades que ayudaron a reafirmar conocimientos y ponerlos en práctica tanto en la estimulación que se realizó en los encamamientos, así como en la orientación a los padres.

Se solicitó información a la enfermera que pertenece a la Comisión de Prevención de Infecciones Nosocomiales del Hospital de adultos respecto a los cuidados básicos para nuestra protección y la de los niños hospitalizados. Participaron en esta actividad las practicantes de 4to. y 5to. años de Psicología ; lo que produjo un cambio positivo demostrando más responsabilidad en el cuidado personal y el de los demás.

La epesista tuvo participación en las conferencias educativas dirigidas a los padres de familia en el programa de Síndrome de Down con el tema : "El trato del niño especial dentro de la sociedad". En el programa de Madres Adolescentes, con el tema : "Evitemos el Maltrato en el Niño" . En la Escuela de Villa Nueva se llevó a cabo un socio-drama sobre solución de problemas de conducta en el niño ; en el que asistieron 50 padres de familia, agradecieron la orientación psicológica e hicieron énfasis en la mejor comunicación hogar-escuela ; padres-hijos. En todas las exposiciones se observó interés y participación de los padres. Se les proporcionó una guía escrita para tener la seguridad que la información fuera unificada. En el programa de niños con problemas del Tubo Neural, se participó con la actividad inicial de "rompe-hielo", en la que los padres se sintieron relajados y amigables con mayor participación en la actividad educativa que se les proporcionó posteriormente.

### **1.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:**

Se realizó un recorrido visitando cada una de las áreas y conocer la ubicación de cada servicio, las características, la dinámica, la experiencia emocional que se experimenta y las necesidades, esto ayudó para poder orientar y apoyar el trabajo de las practicantes de psicología facilitándoles la adaptación al realizar las rotaciones.

Durante el recorrido se observó que en la identificación de los niños en la cuna se leía un segundo diagnóstico llamada "Nosocomial". En el transcurso de las prácticas en el servicio algunas enfermeras interferían en el trabajo de las practicantes de psicología y sugerían algunos cuidados específicos para evitar infecciones "Nosocomiales". Esto despertó el interés de investigar más a fondo el término y me encontré con el tropiezo de la poca implementación bibliográfica específica para pediatría. El personal médico y paramédico proporcionaron documentación con información referente al área de adultos de diferentes hospitales estatales incluyendo al I.G.S.S.. El jefe de residentes del Hospital de Pediatría informó que tenía conocimiento que las infecciones más frecuentes son:

- Infecciones respiratorias.
- Contaminación de heridas.
- Infecciones gastrointestinales.
- Infecciones urinarias.

Las infecciones son causadas por:

1. Salmonela.



2. Estafilococo Klepsiella.

3. Seudomona.

A nivel nacional el parámetro de infecciones nosocomiales aceptado es el 2.5 al 4.5% y el Hospital de Pediatría se encuentra en ese rango.

El tema "Infecciones Nosocomiales" fue desarrollado en el Capítulo I. Con lo recopilado se logró proponer un manual de normas preventivas adecuadas al trabajo psicológico en pediatría, que serán de utilidad a las futuras practicantes en el cuidado personal y el de los pacientes.

## ***CAPITULO V***

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES:

### 1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

Pediatría atiende una numerosa población que presenta una variada configuración cultural, con diferentes hábitos, creencias y costumbres.

Los padres de los niños hospitalizados tienen en común, bajo conocimiento del manejo y crianza de los niños, lo que trae como consecuencia negligencia en el cuidado o mal trato infantil.

Las experiencias negativas durante la hospitalización pueden causar problemas emocionales y afectar el desarrollo del niño.

Los problemas emocionales pueden aparecer en el transcurso de la niñez, adolescencia o vida adulta.

La estimulación temprana que brindan las practicantes de Psicología con juguete educativo y el contacto físico con los niños, les ayuda a bajar los niveles de ansiedad y angustia provocados por el estrés de la hospitalización.

La participación en la visita médica permitió conocer el estado de salud del niño así como poder dar el informe psicológico a los médicos, basado en la evaluación con la Escala Adaptativa de Arnold Gesell.

El uso de la Escala Adaptativa de Arnold Gesell permitió a las practicantes de Psicología:

- Conocer el desarrollo psicomotor del niño.
- Referir al paciente a especialidades y/o consulta externa de Psicología.
- Orientar a los padres.

El apoyo y orientación psicológica a los padres que se realiza en pasillos en forma personal y mediante la organización de programas dirigidos a los padres con hijos que presentaban problemas específicos; permite educar acerca de la enfermedad o problema y ventilación de sentimientos, ayudándoles a controlar o disminuir la depresión y/o angustia. Se contó con mayor asistencia en el programa de Síndrome de Down.

## 1.2. SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

- Las reuniones de grupo permiten : - Interrelacionarse satisfactoriamente para lograr el trabajo en equipo. - Ventilar sentimientos en cuanto a las experiencias en la práctica.
- Las lecturas sobre temas médicos y el desarrollo normal del niño ofrecen a las practicantes a una mejor adaptación al ambiente hospitalario y seguridad en el trabajo con pacientes y padres.
- La coordinación del trabajo de las practicantes en el área de servicio, logra que se ofrezca atención a mayor cantidad de población hospitalizada, lo que conlleva que se incremente las referencias a Consulta Externa de Psicología.
- La participación en los programas para padres organizados por las practicantes de psicología y Escuela para padres del hospital ; da la oportunidad de tener relación directa con los padres, logrando la ventilación de sentimientos, compartieron experiencias y sobre todo se les educar y orientar sobre el trato, manejo y crianza de los niños.

## 1.3. SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

Conclusiones sobre la investigación de las características de cada encamamiento.  
Se observó :

- Cada sección cuenta con los medicamentos indispensables para la adecuada atención médica ; aunque los suministros de higiene personal como toallas desechables y jabón desinfectante a veces no son suficientes.
- El cambio de ropa es una vez al día después del baño y de pañales cada 3 horas con el alimento.

**Las conclusiones sobre infecciones nosocomiales son:**

- Se refiere a cualquier infección adquirida durante el ingreso hospitalario de un paciente que no la tenía, ni siquiera en el estadio de incubación, en el momento de su ingreso, salvo que la infección se relacione con una hospitalización previa.
- El Hospital de Pediatría se encuentra en el rango aceptado a nivel nacional.
- Las fuentes de infección son : La piel, las vías respiratorias y el tubo digestivo de los pacientes hospitalizados que se colonizan con frecuencia con microorganismos derivados del ambiente hospitalario.
- Las principales vías de contaminación son : manos del personal, el alimento, agua de beber, las habitaciones de los enfermos, los fregaderos, las tinas de baño, otros enfermos y los sistemas de ventilación.
- Las infecciones más frecuentes son 4 : - Infecciones : respiratorias ; gastrointestinales ; urinarias , - Contaminación de heridas.
- Las infecciones son causadas por : Salmonela ; - Estafilococo Klepsiella ; - Seudomona.
- La forma de controlarlas es mediante el uso de mascarillas, guantes, batas y el lavado de manos. Universalmente se dice que : "El jabón, el agua y el sentido común son los mejores desinfectantes".

## **2. RECOMENDACIONES**

### **2.1. A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DEPARTAMENTO DE PRACTICA:**

- Orientar adecuadamente a los estudiantes sobre el trabajo realizado en el Hospital de Pediatría del I.G.S.S.; para que se interesen en este centro de práctica.
- Incrementar la cantidad de practicantes de psicología para brindar la atención a más servicios del hospital.
- Es recomendable que exista una persona que colabore con la Licda. Isabel Howard en el área de encamamiento.

### **2.2 AL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO.**

- Integrarse a las visitas médicas.
- Hacer un estudio longitudinal sobre la fluctuación de ingreso y permanencia de pacientes, para evidenciar problemas de tipo epidemiológico, cultural, o algún tipo de influencia climática.

### **AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.**

#### **A largo plazo:**

- Construcción de un Hospital de Pediatría que cuente con seguridad básica, higiene, estructura y decoración adecuada para los niños.

#### **A corto plazo:**

- Incrementar al personal de enfermería para reducir la tensión de trabajo y tengan mejor disposición en la atención de los niños.

- Que el personal paramédico proporcione al niño hospitalizado actividades de integración grupal , y que estimulen a los niños al momento del baño y cambio de pañal.
- Habilitar un solo salón de juegos con uso exclusivo para Psicología en el 3er. y 4to. pisos.
- Realizar un estudio estadístico sobre las infecciones nosocomiales en el departamento de pediatría.

#### **Recomendaciones Encamamiento 2:**

- Se necesita más personal de enfermería.
- Se recomienda que todas las salas estén siempre equipadas con jabón y toallas desechables.
- Fumigaciones constantes.

#### **Recomendaciones Nutrición:**

- Incrementar al personal de enfermería.
- Solicitar pañales desechables a los padres, para cambiar a los niños con más frecuencia.
- Fumigaciones constantes.

#### **Recomendaciones Cirugía:**

- Incrementar enfermeras auxiliares.
- Llevar a cabo fumigaciones constantes.
- 1 médico que permanezca en el área
- Jabón y toallas desechables en los lavamanos.
- Televisión.

- Salón de juegos para estimular a los niños.

#### **Recomendaciones Encamamiento 4:**

- Incrementar al personal de enfermería.
- Televisión para entretener a los niños.
- Jabón desinfectante y toallas desechables.
- Salón de juegos para estimular a los niños.
- 1 silla para cada cuna en la sala de Hematooncología, para los padres que les acompañan permanentemente.
- Fumigaciones periódicas.

#### **SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA**

##### **Recomendaciones a la epesista :**

Previo a iniciar el servicio en el área hospitalaria

- Implementar teóricamente a las practicantes con temas y terminologías médicas
- Estudio sobre el desarrollo normal del niño.
- Realizar actividades de docencia con el personal de enfermería enfatizando en la importancia de la labor psicológica en el niño hospitalizado.
- Realizar actividades periódicas con el grupo de practicantes incentivándoles al respeto mutuo y el trabajo en equipo.



## **SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION :**

### **AL PERSONAL MEDICO :**

- Llevar a cabo una estadística sobre las infecciones nosocomiales.
- Realizar documentos específicos del área de Pediatría sobre la prevención de infecciones nosocomiales.

### **A las practicantes de psicología :**

- Leer el documento sobre la prevención de infecciones nosocomiales.
- Seguir las recomendaciones del manual de normas para prevenir las infecciones nosocomiales.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Blake, Robert R. Srygley Mouton, Jane. Allen, Robert L. "Como trabajar en equipo". Editorial Norma. S.A. Bogotá, Colombia 1,989.
2. Broadribb, Violet. "Enfermería pediátrica". Editorial Harla. México 1,983, Tercera edición.
3. Bruce Hyland, Merie Yost. "Reflexiones para los Gerentes". Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México. Primera Edición, 1,994.
4. Cuatro temas importantes sobre el Niño, Programa regional de Estimulación Temprana " UNICEF
5. Delgado de Velázquez, María del Rosario. "La Terapia de Apoyo como transición a la Logoterapia". Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias psicológicas, 1992.
6. Freigin, Ralph. "Tratado de infecciones en pediatría". Editorial Interamericana McGraw-Hill México 1,992. Segunda Edición, Vol. II
7. Howard, Isabel. "La escala adaptativa de Arnold Gesell". U.S.A.C. 1,992 Broadribb, Violet. "Enfermería pediátrica". Editorial Harla. México 1,983, Tercera edición,
8. J. de Ajunaguerra. "Manual de Psiquiatría infantil". Cuarta edición, Editorial Toray-Masson Barcelona. México, 1,983. "
9. Luria, A.R. e I. Yudovich. "Lenguaje y desarrollo intelectual del niño". Pablo del Rio editor. Barcelona. México 1,956
10. Schafer, Charles E. "Manual de terapia de juego". Editorial El Manual Moderno. México 1,978.
11. Sern, Milton. "Trastornos de la conducta y desarrollo del niño". Editorial JMS. Barcelona, 1980
12. Stone, Frederich H. "Psiquiatría Infantil". Editores Salvat, S.A. México, 1,973.
13. Wolf, Sula. "Trastornos psicicos del niño: Causas y tratamientos". Siglo veintiuno editores. México 1,977

## ANEXO I

### EXPERIENCIAS EMOCIONALES DE PACIENTES Y TERAPEUTAS

#### ENCAMAMIENTO 2:

##### **Experiencia emocional de los niños:**

Por la edad de los niños no tiene conciencia de la enfermedad.

Por el poco tiempo de permanencia en el hospital no llegan a tener identificación con el personal, ni adaptación absoluta al lugar

##### **Experiencia emocional de las practicantes de Psicología:**

Inicialmente es impactante ver a los bebés atados a la cuna de pies y manos, con sondas y sueros.

En el servicio se percibe ruido, dado la cantidad de pacientes, el llanto de la mayoría, la cantidad de personal que labora y las madres en la hora de lactancia.

#### NUTRICION.

**Experiencia emocional de los niños:** Al principio los niños muestran desinterés, apatía en general, al mejorar cambia positivamente su estado anímico. Se adaptan al ambiente y son colaboradores con sus tratamientos

##### **Experiencia emocional de las practicantes de Psicología:**

Es un lugar tranquilo y silencioso. El trabajo de Psicología es importante para la orientación de la crianza de los niños, la estimulación y el monitoreo del desarrollo de los pacientes se puede realizar adecuadamente por el tiempo de permanencia.

Es satisfactorio ver a los niños en su mayoría sanos, rosados y activos al egresar.

## CIRUGIA :

### **Experiencia emocional de los niños**

Neurocirugía: Los niños no tienen conciencia de sus problemas. Permanecen tanto tiempo en el hospital que se habitan y adaptan a él.

Quemaduras: El trauma de la quemadura y el aislamiento que sufren estos niños los hace poco colaboradores, se irritan con facilidad y son temerosos, varía su comportamiento al sanar la quemadura y como ya han pasado meses llegan a acostumbrarse al ambiente.

Cirugía General y Plástica: En general los niños permanecen tan poco tiempo que no llegan a adaptarse. Por la edad no logran comprender totalmente la razón de su estadía, separación de sus padres y falta de alimento.

### **Experiencia emocional de las practicantes de Psicología:**

Neurocirugía: Lugar muy tranquilo, impresiona ver el tamaño de las cabezas de los bebés. Inspira mucha ternura. La estimulación individual a los bebés y el apoyo que Psicología brinda a las madres permite bajar niveles de angustia de las mismas.

Quemaduras: El ambiente es triste, impresiona ver las lesiones. Indigna conocer las causas, ocasionados regularmente por descuido o negligencia de los encargados: padres o hermanos. La estimulación individual que realiza Psicología es importante para brindarle seguridad, compañía y alegría momentánea a los niños, así como bajar sus niveles de angustia y seguridad en momentos de curaciones.

Es agradable ver el progreso y que los niños salen bien, aunque regularmente tiene que regresar a Cirugía Plástica.

Cirugía General: La inadaptación y el llanto de los niños hace que las practicantes de Psicología puedan realizar muchas actividades que ayudan a los niños a que su estadía sea menos traumática.

#### **ENCAMAMIENTO 4 :**

##### **Experiencia emocional de los niños:**

Los niños de enfermedad general cuando su permanencia es corta no se adaptan al ambiente, ni se identifican con el personal, generalmente son irritables y poco colaboradores a ingerir sus medicamentos. Los niños que permanecen por largo tiempo se adaptan tanto que se sienten como en casa, muestran actividad y sociabilidad.

Los niños de hematología aun cuando permanecen por largo tiempo, nunca se acostumbran al ambiente, son irritables, en ocasiones agresivos. Las experiencias de los tratamientos son muy dolorosas física y emocionalmente por lo que nunca prestan colaboración y la tensión que manifiestan lo hace aun más doloroso.

Los niños presentan irritabilidad, depresión, ansiedad y angustia.

##### **Experiencia emocional de las practicantes de Psicología :**

En el áreas de enfermedad general, se pueden realizar actividades de estimulación grupal como individual, es gratificante percibir el agrado y alegría que muestran los niños cuando las practicantes llegan. lo que permite que se apoye y motive al paciente a colaborar con sus tratamientos y a los padres que se retiren al terminar la hora de visita sin que sea tan traumático para ambos (padre e hijo) la separación. Con los niños que permanecen largo tiempo les permiten identificarse y relacionarse socialmente.

La sala de Hematología se describe como un lugar muy triste, ya que se observan los cambios físicos del paciente hasta llegar a la muerte.

El llanto y los gritos de los niños son frecuentes y la angustia de los familiares, lo que hace el trabajo Psicológico muy importante.

## ANEXO II

### NORMAS GENERALES PARA EL CONTROL DE INFECCIONES :

Todas las personas que proporcionan cuidados a pacientes deben:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
  - 1.1 Antes de iniciar y al finalizar sus labores.
  - 1.2 Antes y después de proporcionar cualquier atención a pacientes.
  - 1.3 Después de manipular juguetes y material de trabajo, etc.
  - 1.4 Después de estornudar y toser.
  - 1.5 Antes y después de hacer uso del servicio sanitario
  - 1.6 Antes y después de comer o servir alimentos.
2. Desinfectar equipo y juguetes utilizados antes de ser sacados del área.
3. El personal debe efectuarse control periódico de salud.
4. Cambiar bata por lo menos cada 24 horas.
5. Usar cabello corto o recogido, usar uñas cortas y limpias.
6. No tocarse el cabello, la ropa o la cara mientras atiende al paciente.
7. Tomar alimentos únicamente en las áreas designadas (cafetería).
8. Evitar reuniones innecesarias en el cuarto de los pacientes.
9. Utilizar equipo y mobiliario indispensable, únicamente.
10. No ingresar al hospital alimentos u objetos traídos de la calle, salvo con indicación médica.
11. No sentarse en la cama de los pacientes.
12. No sentarse directamente en el piso.
13. Manejar todo paciente que consulta por cuadro de inconsciencia o cambio de conducta asociado a fiebre, como potencialmente infeccioso; usar bata, mascarilla, guantes, equipo desechable al atenderlo.

14. Colocar a los pacientes en lugares limpios y desinfectados en el momento de estimularlos<sup>22</sup>.

Normas para atención de pacientes en cuarto de aislamiento:

1. Asignar atención de pacientes en aislamiento a personal específico para evitar entradas y salidas innecesarias del área.
2. Asignar en lo posible equipo de uso exclusivo del paciente hasta su egreso.
3. Ingresar al área de aislamiento únicamente el equipo indispensable para la atención del paciente.
4. Evitar el uso de reloj de pulsera y joyas (si necesita reloj llevarlo en bolsa plástica).
5. Desinfectar el equipo utilizado antes de ser retirado del aislamiento.
6. Permitir la entrada a los cuartos de aislamiento a un solo visitante que no presente signos de infección.

Normas para el uso de bata de aislamiento:

1. Usar bata para la atención de pacientes de acuerdo a normas de aislamiento.
2. Lavarse las manos antes de colocarse la bata.
3. Evitar el contacto de la bata con el paciente, cama o mesa de noche.
4. Evitar contacto de la parte contaminada con el uniforme.
5. Asignar una bata para cada paciente (si hay más de un paciente en el cuarto de aislamiento).
6. Lavarse las manos después de utilizar la bata.
7. Usar la bata estrictamente dentro del área de aislamiento.

<sup>22</sup> "Normas para el control de infecciones". Hospital Roosevelt.

# ÍNDICE

<b>SÍNTESIS DESCRIPTIVA</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>7</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	7
1.2. ANTECEDENTES DEL SERVICIO PSICOLÓGICO	10
1.3. PERSONAL	11
1.4. SERVICIOS	14
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN</b>	<b>21</b>
2.1 SEXO	21
2.2 EDAD	22
2.1. PROCEDENCIA	22
2.2. DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	22
2.3. DIAGNÓSTICO INTELECTUAL	24
2.4. DIAGNÓSTICO EMOCIONAL	24
2.5. DIAGNÓSTICO SOCIO FAMILIAR	24
2.6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	25
2.7. RELIGIÓN	25
2.8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
<b>3. ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES TEÓRICO METODOLÓGICAS</b>	<b>29</b>
<b>CAPITULO II</b>	
<b>1. OBJETIVOS</b>	<b>61</b>
1.1 OBJETIVO GENERAL SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	61



1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	61
1.3 OBJETIVO GENERAL SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	62
1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	62
1.5 OBJETIVO GENERAL SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION	63
<b>2. METODOLOGÍA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO</b>	<b>64</b>
2.1. SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	64
2.2. SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	66
2.3. SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	67
<b>CAPITULO III</b>	
<b>1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>69</b>
1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	69
1.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS	69
1.3 CUADROS Y GRAFICAS	70
1.4 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	80
1.5 SUB PROGRAMA DE INVESTIGACION	81
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>82</b>
1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	83
1.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	85
1.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	87
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>1. CONCLUSIONES</b>	<b>89</b>
1.1 SUB-PROGRAMA DE SERVICIO	90
1.2 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	91
1.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	91
<b>2. RECOMENDACIONES</b>	<b>93</b>

2.1 A LA ESCUELA DE CIANECIAS PSICOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA	93
2.2 AL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO	93
2.3 AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	93
2.4 SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA	95
2.5 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION	96
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>98</b>

**BIBLIOTECA CENTRAL**  
*Universidad de San Carlos de Guatemala*

Este libro debe ser devuelto  
en la última fecha marcada


PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central