

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



**“OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS
Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL
GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES
DEL CASERIO LA ARENERA”**

SARA DALILA ARÉVALO VÁSQUEZ

GUATEMALA, FEBRERO DE 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS
Y LOS USUARIOS DEL HOSPITAL INFANTIL
GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES
DEL CASERIO LA ARENERA”**

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

SARA DALILA ARÉVALO VÁSQUEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO (A)

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.316-2006
CODIPs. 123-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

24 de febrero de 2009

Estudiante
Sara Dalila Arévalo Vásquez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO NOVENO (29o.) del Acta CERO CUATRO GUIÓN DOS MIL NUEVE (04-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 12 de febrero de 2009, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES DEL CASERÍO LA ARENERA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SARA DALILA ARÉVALO VÁSQUEZ

CARNÉ No.199912984

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza y revisado por la Licenciada Sonia del Carmen Molina. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



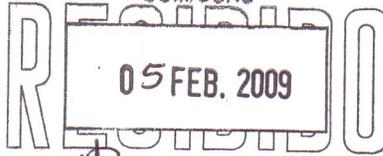
Melveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* hora: 14:00 Registro: 316-06

Reg. 316-2006
EPS 020-2006

19 de enero del 2009

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetables Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sara Dalila Arévalo Vásquez**, carné No. **199912984**, titulado:

"OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES DEL CASERÍO LA ARENERA".

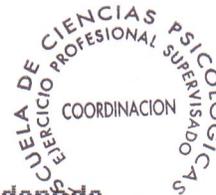
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia Del Carmen Molina, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
COORDINADORA DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usaeptic@usac.edu.gt

Reg. 316-2006
EPS 020-2006

06 de noviembre del 2008

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sara Dalila Arévalo Vásquez**, carné No. **199912984**, titulado:

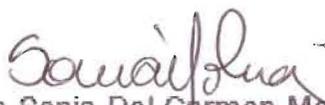
"OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES DEL CASERÍO LA ARENERA".

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Sonia Del Carmen Molina
Revisora



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 316-2006

EPS 020-2006

17 de octubre del 2008

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Sara Dalila Arévalo Vásquez**, carné No. **199912984**, titulado:

"OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES DEL CASERÍO LA ARENERA".

De la carrera de Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 316-2006
CODIPs. 598-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

16 de marzo de 2006

Estudiante
Sara Dalila Arévalo Vásquez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9º) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL SEIS (13-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de marzo de 2006, que literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "OPTIMIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS Y LOS USUARI@S DEL HOSPITAL INFANTIL GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS Y HABITANTES DEL CASERÍO LA ARENERA", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

SARA DALILA ARÉVALO VÁSQUEZ

CARNÉ No. 1999-12984

Dicho proyecto se realizará en el Departamento de Zacapa, ubicándose a la Doctora Aída Carazo como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Rafael Estuardo Epinoza Méndez por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve APROBAR SU REALIZACIÓN."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



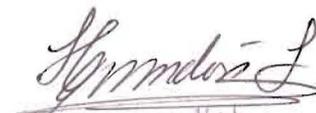
/Gladys

A QUIEN INTERESE:

Por este medio se hace constar que: SARA DALILA AREVALO VÁSQUEZ, quien se identifica con Cédula de Vecindad A-1 de Orden y 1,060,279 de Registro; culminó satisfactoriamente su Ejercicio de Práctica Supervisada en el área de Psicología, en el Hospital Infantil Dr. Gustavo Castañeda, ubicado en el Km. 123.8 Ruta al Atlántico Aldea La Arenera, Río Hondo, Zacapa, durante el periodo comprendido del 13 de marzo al 10 de noviembre de 2,006.

Demostrando puntualidad, responsabilidad, dedicación y mucho entusiasmo.

Se extiende, firma y sella la presente constancia a los diez días de noviembre de dos mil seis.


Heidy L. Cordon L.
MEDICA Y CIRUJANA
C.C. 11930

(f)

Dra. Heidi Lorena Cordon
MEDICO DIRECTOR
HOSP. INF. DR. GUSTAVO CASTAÑEDA



**FUNDACION
SEMILLAS
DE ESPERANZA**

PADRINOS

SANDRA CAROLA ESTRADA GALINDO

TITULO PROFESIONAL: PSICÓLOGA

ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

NO. DE COLEGIADO: 6199

MARIO ROBERTO HERNÁNDEZ VARELA

TITULO PROFESIONAL: MÉDICO Y CIRUJANO

ESPECIALISTA EN EL AREA DE PSIQUIATRÍA

NO. DE COLEGIADO: 7329

DEDICATORIA

A todos y todas con quienes nos hemos encontrado en la vida, desde quienes han acompañado mi existencia por largos años, hasta aquellos con quienes tan solo hemos cruzado por un instante, la mirada, porque cada uno y una de ustedes intencionalmente o no, me ha mostrado la vida y enseñado sobre ella.

A Mindi, por creer en mi, porque este momento no hubiese sido posible sin su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A:

Mis papás, hermanos y hermanas, por todos sus esfuerzos, por sus cuidados y afecto.

Mis sobrinos, por sus sonrisas, abrazos y alegría.

Mis tías:

Lila, Elsa, +Noema, Maya, Rubenia

Por su ejemplo de fortaleza y lucha y por su apoyo para llevar a cabo mis estudios.

Carola y Mario por mostrarme el camino.

Profesores y amigos por ser y estar allí, por los momentos compartidos, por su cariño.

A tod@s l@s "pacientes" que confiaron en mi y me permitieron acompañarlos en un tramo de sus vidas.

ÍNDICE GENERAL

Resumen

Introducción

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1. Monografía del Lugar	1
1.2. Descripción de la Institución Requirente	2
1.3. Descripción de la Población Atendida	4
1.4. Planteamiento del Problema	5

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento Teórico-Metodológico	8
2.1.1. Concepción filosófica del hombre	8
2.1.2. Ser humano y sociedad	11
2.1.3. Enfoques existenciales de intervención	
Psicoterapéutica	12
A. Principios psicoterapéuticos Gestaltistas	13
A.1.El organismo como un todo	13
A.2.El aquí y el ahora	13
A.3.Comprensión de la experiencia en forma	
Descriptiva	13
A.4.Naturaleza autorreguladora del organismo	13
B. Procesos que contribuyen e/o inhiben el	
Desarrollo humano como homologos de salud	14
C. Papel del cuerpo en el conocimiento humano	15
D. Terapia Gestalt	16
E. Terapias expresivas	17
E.1.Psicodrama	19
E.2.Biodanza	20

2.2. Objetivos	
2.2.1. Objetivos Generales	21
2.2.2. Objetivos Específicos	21
A. Subprograma de Servicio	21
B. Subprograma de Docencia	22
C. Subprograma de Investigación	22
2.3. Metodología de Abordamiento	
2.3.1. Subprograma de Servicio	23
A. Atención en salud a nivel secundario o curativo	23
B. Atención en salud a nivel primario o preventivo	25
2.3.2. Subprograma de Docencia	27
2.3.3. Subprograma de Investigación	28

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1. Subprograma de Servicio	30
3.1.1. Atención en salud a nivel secundario o curativo	30
3.1.2. Atención en salud a nivel primario o preventivo	36
3.2. Subprograma de Docencia	41
3.3. Subprograma de Investigación	46

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Subprograma de Servicio	50
4.1.1. Atención en salud a nivel secundario o curativo	50
4.1.2. Atención en salud a nivel primario o preventivo	52
4.2. Subprograma de Docencia	54
4.3. Subprograma de Investigación	55

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	58
5.1.1. Conclusiones Generales	58
5.1.2. Subprograma de Servicio	58
5.1.3. Subprograma de Docencia	59
5.1.4. Subprograma de Investigación	59
5.2. Recomendaciones	60
5.2.1. Subprograma de Servicio	60
5.2.2. Subprograma de Docencia	61
5.2.3. Subprograma de Investigación	61
Bibliografía	62

**PROYECTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS**

Los médicos especialistas en Dermatología que realizan prácticas en el Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios, manifestaron a los directivos de la Fundación Semillas de Esperanza (FUNSEDES) la importancia de acompañamiento psicológico en el tratamiento de los pacientes consultantes; por lo que estos solicitaron a la Universidad de San Carlos de Guatemala un epesista de Psicología en el marco de un convenio; dentro de este, el Hospital demanda del epesista el brindar atención clínica psicológica permanente y el Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas requiere al mismo que realice su práctica cubriendo tres componentes: Docencia, Servicio e Investigación, para lo cual debió diseñar un plan de trabajo posterior a haber realizado un proceso de inmersión y diagnóstico comunitario. Por lo que, la intervención profesional se diseñó y desarrolló sobre la base de la articulación de estas tres condicionantes: los requerimientos de la Universidad, los requerimientos de la Institución y las necesidades de la población percibidas por la epesista.

La salud mental es un componente de la salud general y no pende únicamente del propio individuo, está influida por factores de la vida social, económica y cultural; de ahí, es necesario comprenderla en el marco de un desarrollo humano integral.

Los habitantes del caserío La Arenera y usuarios del Hospital Infantil Gustavo Castañeda provenientes de otras áreas geográficas presentan problemáticas psicosociales de etiología compleja con raíces sociales histórico-estructurales, en las que, las condiciones de pobreza han jugado un papel crucial, debido a que la pobreza limita las oportunidades de desarrollo, excluyendo a las personas del acceso a experiencias, servicios y condiciones materiales que coadyuvan al crecimiento personal y desarrollo humano, limitaciones que inhiben las potencialidades y se perpetúan a través del tiempo de generación en generación, conduciendo al hombre a las peores condiciones de miseria humana:

materiales, biológicas, psíquicas y espirituales. Persona y sociedad se constituyen mutuamente sin que se pueda entender la una sin la otra, de allí que el método fenomenológico y método dialéctico hayan sido tomados como referente teórico-técnico para enfocar la problemática objeto de estudio de este proyecto, así como su abordaje.

El proyecto **"Optimización del estado de salud de las y los usuarios del Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y habitantes del caserío La Arenera"** se planteó como objetivo general contribuir, mediante intervención psicológica profesional, a la optimización del estado de salud de las y los usuarios de los servicios que presta el Hospital y habitantes del caserío La Arenera, con el fin de elevar la calidad de vida de los mismos, que trascienda al ámbito grupal y social para la construcción de un mundo más humano. El proyecto está estructurado en tres ejes de trabajo: Servicio, Docencia e Investigación cuyos objetivos específicos son de manera general: (a) Brindar atención psicológica mediante la facilitación de procesos terapéuticos, (b) Desarrollar un programa de atención primaria en salud, dirigido a niños (as) con un abordaje integral y amplio de la salud mental, (c) Facilitar talleres formativos en materia de Salud Mental y (d) Realizar una investigación que parta de la dinámica de la realidad encontrada durante el desarrollo del EPS, con la intencionalidad, de contribuir a la construcción científica contextualizada que consecuentemente coadyuve a realizar intervenciones profesionales más eficaces y de mayor provecho para la población. Todos los objetivos, regidos sobre la visión de fortalecer el nivel de autonomía de las personas para que puedan optar por valores y actitudes que conduzcan a una praxis de vida saludable en el marco de su propia realidad.

El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y comunidad La Arenera y fue orientado a población adulta e infantil; su ejecución tuvo una duración de ocho meses, en una jornada de 8 horas diarias de lunes a viernes. Consistió en la ejecución paralela de los tres subprogramas, en el

que los subprogramas de docencia e investigación parten, se sustentan y nutren de las experiencias del subprograma de servicio que cuenta con dos áreas de trabajo, a ser: los procesos de atención clínica psicoterapéutica y el programa de atención primaria en salud, que a su vez, extienden su alcance a través de los subprogramas de docencia e investigación, en torno a una lógica de integralidad y coherencia de los procesos.

Metodológicamente todos los procesos se basaron en la vivencia, la creación y recreación del conocimiento por parte de los participantes, se optó preferentemente por trabajo en grupos (a excepción de casos de psicoterapia individual) y la utilización de técnicas participativas.

Desde una perspectiva global, el logro más significativo fue haber sentado un buen precedente de la disciplina psicológica en la sociedad, pues las personas prestaron mayor apertura a la atención psicológica y desarrollaron la capacidad de identificar las situaciones meritorias de intervención en esta área científica.

INTRODUCCIÓN

Las oportunidades de desarrollo individual, comunitario y social de nuestro país se han visto limitadas históricamente por las condiciones estructurales del mismo. La pobreza es una condición social que toca a la mayoría de la población Guatemalteca y más agudamente en las áreas rurales. La pobreza limita las oportunidades de desarrollo, excluyendo a las personas del acceso a experiencias, servicios y condiciones materiales que coadyuvan al crecimiento personal y desarrollo humano.

El ser humano es un ser integral (biológico, psicológico, social y espiritual) y como tal, el estado y desarrollo de cada dimensión que lo conforma se encuentra intrínsecamente vinculado a las otras e influye en ellas, cuando las necesidades humanas básicas no han sido satisfechas y las condiciones ambientales son malas e insuficientes, repercute en el ser humano de manera integral, inhibiendo su potencial de desarrollo en todas las esferas que lo conforman y alejándolo de la salud.

Si en nuestras comunidades las personas, con dificultad, tienen acceso a la satisfacción de necesidades primarias, es aún más difícil la posibilidad de acceder a la satisfacción de otras necesidades como espacios y actividades recreativas y formativas que favorezcan el desarrollo social, psíquico y espiritual, también indispensables para la salud. Y es en el marco de estas necesidades como campo de intervención de la Psicología, y concibiendo la salud como un recurso de vida cotidiana más que un fin en sí mismo, que surge este proyecto, pretendiendo la posibilidad de construir soluciones para abordar un problema de carácter psicosocial teniendo un panorama de las alternativas reales y funcionales que se pueden implementar para favorecer y provocar experiencias que induzcan a crear y recrear concepciones, valores y actitudes que conduzcan a una praxis de vida con mayor conciencia, autonomía y compromiso como factores de salud mental individual, que trascienden a un marco social amplio (equitativo, solidario, etc.).

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1. Monografía del lugar

El Caserío La Arenera está ubicado en el kilómetro 124 de la carretera al Atlántico, a 12 Km. de la Cabecera Municipal de Río Hondo y a 20 Km. de la Cabecera Departamental de Zacapa. Tiene una extensión territorial de dos Km. cuadrados y sus colindancias son: al norte con la ruta al Atlántico y terrenos de la familia Cordón, al sur con el río Motagua, al oeste con el municipio de Teculután, Zacapa y al este con la aldea Santa Cruz.

El clima es cálido, la temperatura oscila entre los 20.5 y 38.9 grados centígrados.

La comunidad de la Arenera cuenta con los servicios de energía eléctrica, alumbrado público, agua entubada, transporte público, sistema de drenajes en proceso de construcción, escuela primaria, tres iglesias evangélicas y una casa de oración católica, cinco tiendas de productos de consumo diario y un campo de tierra que los habitantes utilizan para jugar fútbol.

La alcaldía municipal es administrada actualmente por el Frente Republicano Guatemalteco (FRG); y la estructura organizativa representante del caserío La Arenera es un Consejo de Desarrollo Comunitario (COCODES). Actualmente, el proyecto de sistema de drenajes en proceso de construcción está a cargo de la Municipalidad y la ONG Videm, y hay un proyecto en proceso en torno a la construcción de una escuela con apoyo del FIS; dentro del perímetro de La Arenera se encuentra ubicada la Distribuidora de Harina MOLSA, la industria de fertilizantes FERQUIGUA, una melonera, una productora de flores para exportación y el Hospital Infantil Dr. Gustavo Castañeda P. de la Fundación Semillas de Esperanza (FUNSEDES).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2002, la población total del caserío La Arenera es de 511 habitantes, de los cuales 268 son hombres y 243 mujeres, con una distribución etaria de la siguiente manera: 236 menores de 15

años, 139 de 15 a 29 años, 85 de 30 a 44 años, 37 de 45 a 59 años y 14 de 60 años en adelante. Toda la población es mestiza y habla español.

La mayoría tienen vivienda propia o es de familiares (padres/suegros). Hay viviendas de diversos materiales: block, lámina, madera, cartón y plástico; una tercera parte de ellas no cuenta con agua, ni drenaje.

Entre las actividades productivas a que se dedica la población están el comercio en general, la albañilería, agricultura y al trabajo como mano de obra en las empresas cercanas. En la mayoría de los casos, son los hombres quienes trabajan fuera de casa y las mujeres se quedan en ella al cuidado de los niños y realizando labores domésticas. La mayoría en edad escolar, asiste a las instituciones y actividades educativas, sin embargo, son pocos los que continúan actividades académicas después de los 15 años.

En cuanto a aspectos de salud podría mencionarse que los padecimientos más frecuentes están asociados a enfermedades respiratorias, gastrointestinales y carencias nutricionales y la causa de muerte predominante es por enfermedades respiratorias.

1.2. Descripción de la institución u organismo requirente

El Hospital Infantil Dr. Gustavo Castañeda Palacios de la Fundación Semillas de Esperanza, se encuentra ubicado en el kilómetro 123.8 de la carretera al Atlántico, en el Caserío La Arenera, Río Hondo, Zacapa. Dicha institución, brinda atención profesional en salud a personas de escasos recursos, especialmente del oriente del país. La misión de la institución es ayudar a los niños y niñas de escasos recursos a mejorar sus condiciones de salud y elevar su calidad de vida a través de atención médica curativa y preventiva, principalmente en el área de influencia. Y la visión es que los niños y niñas guatemaltecos puedan crecer sanos y con condiciones de vida que les permitan ser personas integradas y útiles para la sociedad.

La Fundación Semillas de Esperanza -FUNSEDES- nació a partir de un grupo de personas que se unieron con el objetivo de ofrecer un

mejor futuro a la población infantil del área oriental del país. La fundación quedó legalmente constituida el 21 de junio de 1996 y la personería jurídica para operar fue concedida el 12 de febrero de 1997; posteriormente fueron aprobados los estatutos que la rigen. Uno de los pilares de este esfuerzo es el licenciado Gustavo Fratti, propietario de una empresa agrícola de la región. Los objetivos que impulsaban a la organización atrajeron la atención y el apoyo de varias personas, entre ellas el empresario estadounidense Glenn Goldsmith y su esposa Jane, los médicos guatemaltecos Fernando Stein y Gerardo Cabrera Meza, quienes laboran en el Texas Children's Hospital y en la Facultad de Medicina de Baylor en Houston Texas, Estados Unidos. Con los aportes iniciales recaudados se adquirió un terreno en la comunidad de La Arenera, y el 14 de octubre de 1995 se inauguraron las obras de construcción del Hospital Infantil Dr. Gustavo Castañeda Palacios, cuyo nombre fue concedido por consenso general en honor al eminente médico pediatra zacapaneco Gustavo Castañeda Palacios, quien con entusiasmo y dedicación ayudó a muchos niños. El Hospital se sostiene por medio de donaciones y cuenta con el apoyo del Texas Children's Hospital, Baylor Collage of Medicine, Universidad del Valle de Guatemala (con EPS de Nutrición), Universidad de San Carlos de Guatemala (con EPS de Odontología, Ciencias Químicas y Farmacia y por primer año, Psicología), Instituto de Dermatología de Guatemala -INDERMA- (con médicos especialistas), entre otras instituciones. Entre los servicios que presta se encuentran consulta externa de medicina, dermatología y odontología, así como laboratorio, farmacia y un programa de nutrición, que incluye desayunos escolares a los niños de la escuela rural mixta de La Arenera. Además, se realizan jornadas médicas internacionales, a las que asisten médicos de diferentes partes del mundo y un programa de medicina rural que consiste en la visita de médicos a algunas comunidades que no cuentan con acceso a transporte. La población que acude a los servicios mencionados proviene de los

departamentos de Zacapa, El Progreso, Cobán, Chiquimula, Izabal y otros en menor proporción.

El Hospital cuenta con una clínica dental, una clínica general para adultos, una clínica de pediatría, una clínica de dermatología, una clínica de Psicología, un consultorio de nutrición, unidad de enfermería, farmacia, laboratorio, administración, jardín y garita. En septiembre de 2003 se inauguró una nueva ala que cuenta con dos quirófanos, encamamiento pre y post operatorio, sala de rayos X, enfermería y farmacia en el primer nivel, que actualmente, solo se utiliza cuando las jornadas médicas lo ameritan; y un salón para conferencias en el segundo nivel. Además cuenta con dos cabinas con dos habitaciones cada una, donde se hospeda personal que labora en el Hospital y no vive en el área.

El servicio de Psicología se apertura en el año 2006 mediante el EPS del mismo ramo, el cual se ubica dentro de la estructura administrativa como apoyo en el marco de un convenio, la autoridad supervisora del mismo es la dirección del Hospital que durante el desarrollo de este proyecto estuvo a cargo de la Dra. Aida Carazo y que actualmente se encuentra a cargo de la Dra. Heidi Cordón.

1.3. Descripción de la población atendida

La población beneficiaria del proyecto provino de la comunidad de La Arenera donde se encuentra ubicado el Hospital y de distintas localidades de la región oriente y nororiente del país, la misma se caracterizó por ser mestiza, de idioma materno español y de nivel socioeconómico medio a bajo.

En el subprograma de servicio en el área de atención clínica psicoterapéutica las características de los participantes fueron diversas, con distintos niveles de escolaridad, distintas problemáticas y/o necesidades psicosociales, de edades comprendidas entre los seis y setenta años de edad y de ambos géneros. En el área de atención primaria en salud los participantes fueron niños (as) y jóvenes comprendidos entre los

ocho y quince años de edad, que asisten a la escuela primaria de la comunidad, con algunas excepciones; este programa se desarrolló con dos grupos, uno comprendido entre los ocho a once años de edad y otro de doce a quince años, ambos con un promedio de veinte participantes, que oscilaba en más o menos cantidad en las distintas reuniones. En el subprograma de docencia los participantes variaron según el enfoque y temática del taller en base a las necesidades suscitadas, entre ellos, padres de familia o encargados de los niños (as), maestras de las escuelas aledañas al Hospital, grupos de estudiantes de las mismas escuelas y participantes de procesos psicoterapéuticos, entre los que predominaron los dos últimos grupos mencionados.

1.4. Planteamiento del problema

Para explicar la situación psicosocial particular de las comunidades guatemaltecas se debe contemplar más allá de situaciones inmediatas e individuales, ya que usualmente se dejan de lado una serie de aspectos históricos y estructurales que explican la configuración de sus realidades contextuales.

Históricamente Guatemala ha sido dirigida por gobiernos autoritarios, represivos, corruptos, negligentes y excluyentes que obedeciendo a intereses político ideológicos de grupos minoritarios, han sumido al país en una condición que ha mermado las oportunidades de desarrollo humano tanto a nivel individual como colectivo de las mayorías, mediante el incumplimiento de las obligaciones del Estado y la violación de los derechos ciudadanos. Los índices de desarrollo humano en Guatemala reflejan una realidad en la que la mayoría de la población no tiene oportunidades para desarrollarse porque viven en la pobreza o extrema pobreza y consiguientemente se ve limitado su acceso a la alimentación, vivienda, salud, educación, empleo y demás demandas básicas para vivir dignamente.

Esta realidad está inmersa en la vida cotidiana de las personas que acuden al Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios, tanto de otras áreas geográficas del país distintas a la localidad donde

se encuentra el mismo, así como de los habitantes del Caserío La Arenera, como contexto más próximo, develan condiciones en las que los mismos no tienen acceso a mejorar sus niveles de vida, pues no tienen garantizadas las necesidades básicas, lo que se refleja en bajos niveles de salud por carencias alimenticias, enfermedades no tratadas o tratadas inadecuadamente; bajo nivel educativo y cultural, patrones de crianza inadecuados, familias demasiado numerosas, madres solteras a muy temprana edad, pocas o nulas experiencias recreativas y lúdicas, malas condiciones de vivienda: hacinamiento, falta de drenajes, luz y/o agua potable, entre otras. Como parte de la dinámica social actual y en consecuencia a estas condiciones, el fenómeno de la migración ha incrementado, en el área existe una fuerte tendencia a migrar hacia los Estados Unidos lo que resulta, entre otras, en dos situaciones: por un lado la desintegración familiar y con características propias, ya que en la mayoría de los casos son los hombres quienes migran y las mujeres se quedan a cargo de los hijos; y por otro, toda la alienación cultural que sufren nuestros pueblos y con ello, las perspectivas y sentido de vida de sus habitantes.

Dadas dichas condiciones sociales adversas donde no están resueltas las necesidades básicas, y el quehacer para la sobrevivencia cotidiana no deja espacios para trascender a otros planos del ser, surge la enfermedad, como manifestación de desequilibrio, donde caben una serie de signos y síntomas que crean disfuncionalidad personal, grupal y social.

Así pues, desde esta lógica integradora, se lee cada fenómeno psicosocial concreto que se observa en la población objeto de estudio. A ser:

- Alto índice de repitencia escolar. Se manifiesta en la mayoría de niños y niñas que asisten a la escuela local, alrededor del cual están presentes una serie de circunstancias que se entretejen con la problemática, como deficiencias en salud de los niños y niñas, malas condiciones infraestructurales y ambientales de la escuela, maltrato intrafamiliar, y falta de apoyo en el hogar, así como carencias educativas y culturales en

el ámbito familiar y comunitario y la práctica de métodos inadecuados de enseñanza-aprendizaje por parte de las maestras.

- Consultas dermatológicas por trastornos de la piel mayoritariamente asociados a procesos psicológicos, frecuentemente vitíligo, alopecia areata, acné, dermatitis, enfermedades venéreas con expresión física, entre otras.
- Presencia de trastornos somáticos correlacionados con desequilibrios de tipo psicológico que requieren abordaje integral de la salud desde el trabajo multidisciplinario.
- Alienación social y reproducción de dinámicas psicosociales perjudiciales para el desarrollo del ser, como discriminación, individualismo, machismo, desorganización, violencia intrafamiliar y social, entre otras.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento Teórico Metodológico

2.1.1. Concepción filosófica del hombre

Para la construcción de un marco teórico metodológico que sustente el marco de acción de un proyecto de intervención psicosocial es ineludible plantear la forma de concebir el mundo y al hombre dentro de él.

En este sentido, se ha tomado como marco de referencia el método fenomenológico existencial y el método dialéctico.

El filósofo Martin Heidegger, proclamó que la fenomenología debe poner de manifiesto qué hay oculto en la experiencia común diaria. Así lo mostró en *El ser y el tiempo* (1927) al describir lo que llamaba la 'estructura de la cotidianidad', o 'ser en el mundo', que pensó era un sistema interrelacionado de aptitudes, papeles sociales, proyectos e intenciones. Para Heidegger, el individuo, y, por extensión el ser humano, es lo que uno hace en el mundo, pues una reducción fenomenológica a la experiencia privada es imposible. Heidegger afirma que la acción humana se compone de un dominio directo de los objetos y la situación dentro del mundo entre las cosas en el momento de realizar proyectos es un tipo de intencionalidad más trascendente y fundamentadora que el manifestado sólo con mirar o pensar sobre los objetos, y es esta intencionalidad más fundamental la que hace posible la direccionalidad analizada desde el saber científico.

La vida del hombre es Dasein, ser en el mundo; en donde el otro, es una dimensión constitutiva y constituyente de este, y en la medida que este está constituido por todos los fenómenos que son presenciados por el otro yo, es un mundo real, es decir que el lugar común donde se realiza mi vida y la del otro es el mundo objetivo.

La conciencia y sus fenómenos son inseparables, porque ser consciente es ser consciente de algo o referirse a algo, la

consciencia es esta intención. Lo propio de la consciencia es estar continuamente referida a un mundo.

Nosotros constituimos la interpersonalidad no haciendo referencia a este u otro-yo específico, sino a otro-yo que trasciende a todas y cada una de las personas. Nuestro diálogo permanente con este otro-yo que trasciende a todos es lo que da a nuestra vida la dimensión interpersonal o, lo que es lo mismo, la existencia de un mundo objetivo verdadero. La conciencia, pura actividad de procesos constituyentes, se transforma en un yo en su convivencia con el otro yo. El yo, el otro-yo y el mundo objetivo son las tres dimensiones de lo verdadero.¹

Monedero (1978) refiere que la conciencia es alienada en la objetividad o mundo real y no se resigna pasivamente a la cosificación, sufre por verse transformada en una cosa, "un yo en un mundo objetivo"² y continuamente se resiente, lo que constituye los sentimientos. Distingue entonces, entre conciencia razón y conciencia sentimiento, definiendo a la primera como la vivencia de constituir el mundo objetivo y la segunda como las posturas que se adoptan ante la objetividad cosificante. Pero estos, no existen como elementos funcionantes de la conciencia, solamente existen los objetos intencionales propios de ambas (razón y sentimiento): el mundo objetivo y el mundo íntimo respectivamente. El objeto intencional de los sentimientos, mundo íntimo, existe exclusivamente para cada hombre (mujer) y está constituido por las diferentes formas existenciales posibles ante el mundo objetivo, mientras que en el objeto intencional de la razón, mundo objetivo, se es algo determinado, un yo. "El mundo objetivo se expresa con el verbo ser y el íntimo con el estar",³ lo que somos se nos impone e íntimamente no es aceptado por nosotros mismos, constantemente no deseamos ser lo que somos y deseamos ser lo que no somos y ello se resuelve "estando", es decir, adoptando actitudes ante las

¹ Monedero, Carmelo. "Psicopatología General". Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1978. P.p. 77.

² Idem.

³ Idem.

situaciones objetivas. La vida del hombre es una renuncia al ser para instalarse en el estar.

Monedero (1978) explica que la temporalidad es una estructura trascendente del Dasein, el Dasein se hace en el tiempo, la temporalidad está implicada en todos y cada uno de los actos humanos. Como la vida se desarrolla en el tiempo, se tiene la posibilidad de no identificarse con lo que se es, en la medida en que se puede ser otra cosa; el pasado es lo que somos y el futuro es aquello que aspiramos a ser, pero esta constante referencia a estas dos dimensiones del tiempo solo puede vivirse en el presente (el aquí y el ahora, uno de los principales conceptos de la Terapia Gestáltica).

El mundo íntimo y el mundo objetivo se encuentran esencialmente ligados, no pueden existir el uno sin el otro. La dirección constitutiva del hombre hacia algo, hace que esté continuamente fuera de sí mismo, a lo que Monedero (1978) le llama alienación primaria, que consiste en estar siempre dirigido a otra cosa; de pura actividad constituyente se transforma el mismo, en algo más del mundo interpersonal, en una cosa, y su vida es una continua toma de conciencia de algo que no es el mismo; el hombre está en algo ajeno, así "por el hecho mismo de existir, está alienado tanto por ser inevitablemente conciencia de mundo como por transformarse el mismo en una cosa mas de ese mundo."⁴ Monedero (1978) agrega que de esta alienación ontológica primaria, puede discurrir la alienación secundaria si se toma en cuenta las estructuras específicas alienantes de una peculiar estructura del mundo interpersonal, es decir, la alienación que el individuo padece en un medio social determinado.

Sartre afirmaba que la influencia de la sociedad moderna sobre el individuo es tan grande que produce la serialización, lo que él interpreta como pérdida de identidad y que es equiparable a la

⁴ Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1978. P.p. 78, 79.

enajenación marxista. El poder individual y la libertad sólo pueden recobrase a través de la acción revolucionaria colectiva.⁵

2.1.2. Ser humano y sociedad

Max Scheler sostiene el punto de vista de que la verdadera personalidad no es el individuo aislado, sino un yo comunitario.

Las maneras de obrar, pensar o sentir, obedece a unas reglas externas comunes y colectivas, conocidas y aceptadas por la sociedad. La conducta humana es aprendida, es decir, adquirida por transmisión social. Por ello, el ser humano es producto de los 'grupos' a los que ha pertenecido: país, etnia, clase social, religión, familia, escuela. Cuando una persona entra en relación con otra, ambas se inspiran en las mismas normas y códigos para poder comprender el significado de las conductas: las palabras, la mímica o los gestos. Las relaciones entre las personas suponen la 'unanimidad relativa', es decir, el acuerdo de un mínimo de normas comunes. Algunos patrones de conducta se olvidan, otros se transforman u otros permanecen adoptando un nuevo significado.

Persona y sociedad se constituyen mutuamente, sin que se pueda entender la una sin la otra, por tanto, para entender la acción* de las personas se debe recurrir a sus raíces sociales, forjadas en una historia, ligadas a una situación, y referidas al ser y actuar de unos y otros.

Los seres humanos somos seres biológicos, psicológicos, sociales (que incluye fenómenos políticos, económicos, culturales, religiosos, etc.), y espirituales; por lo que cada individuo y acción humana debe comprenderse integralmente, lo que implica su ubicación dentro de un contexto y realidad histórica tanto social como particular.

Algunos planteamientos de Martín-Baro, reflejan esta interacción individuo-sociedad:

⁵ Microsoft® Encarta® 2007 [CD]. Microsoft Corporation, 2006. "Jean-Paul Sartre."

* Martín Baro (2004) la acción supone un sentido y un producto histórico.

- o Lo social es una construcción histórica, de carácter grupal-interpersonal. Decir que el ser humano es de naturaleza social significa que el ser y actuar de cada persona están referidos al ser y actuar de los demás.
- o Las personas materializan en forma concreta las fuerzas sociales que configuran una realidad. Por tanto, para entender la acción de las personas se debe recurrir a sus raíces sociales.
- o La estructura socioeconómica juega un papel importante en la determinación del ser y actuar de personas y grupos.
- o Para comprender los procesos ideológicos de una persona deberá examinarse la estructura social de la que es parte; entendiendo por ideología aquellos esquemas cognoscitivos y valorativos producidos por los intereses objetivos de la clase dominante en una sociedad determinada e impuestos a las personas que los asumen como propios.
- o La identidad de cada persona está referida a un contexto objetivo concreto, a un mundo de relaciones sociales y a un universo de símbolos, valores y normas. La identidad personal se afirma en las relaciones interpersonales y, aunque es relativamente estable, evoluciona históricamente. Así, la identidad es al mismo tiempo producto de la sociedad y de la propia acción personal.⁶

2.1.3. Enfoques existenciales de intervención psicoterapéutica

Los enfoques existenciales de intervención psicoterapéutica acentúan la relación, la comunicación, el contacto y las interacciones de la persona con su medio.

⁶ Martin-Baro, Ignacio. Acción e Ideología Psicología social desde Centroamérica. Editores UCA. San Salvador. 2004. P.p. 180

A. Principios psicoterapéuticos Gestaltistas*

A.1. El organismo como un todo

El organismo es un todo. Su funcionamiento intraorgánico es holístico, cualquier aspecto de la conducta de un individuo es una manifestación del todo: su existencia. A la vez, forma siempre parte de un campo más amplio que incluye al organismo y a su medio para crear un campo único de actividad.

A.2. El aquí y el ahora

El pasado y el futuro solo existen como dimensiones del presente, la continua referencia a ellos, solo puede vivirse en el presente. La experiencia presente es, la única experiencia presente posible, y la aceptación sincera de ella, es la condición para sentirnos satisfechos y completos en cada momento de la vida.

A.3. Comprensión de la experiencia en forma descriptiva

Puesto que todo elemento causa y es causado por otros, el mismo nunca puede ser entendido como causado separadamente de la matriz total de causa en las que participa. La relación causal no puede existir entre elementos que forman un todo por lo que interesa más conocer el como que la causa de las experiencias.

A.4. Naturaleza autorreguladora del organismo

El organismo humano posee una naturaleza autorreguladora y el cultivo del autoconocimiento debe orientarse hacia el reconocimiento de esa naturaleza. Todo organismo tiene la capacidad de alcanzar un equilibrio óptimo en sí mismo con el medio, para lograrlo debe existir un conocimiento abierto de una jerarquía de necesidades, donde "las necesidades dominantes surgen como un primer plano, o figura, frente al fondo de la personalidad total; la acción efectiva se dirige hacia la satisfacción de una

*Fadiman y Frager (1979) menciona que el significado general de gestalt es patrón o configuración y hace referencia a una determinada organización de partes que conforman un todo determinado. "Las partes de una gestalt no mantienen su identidad cuando son independientes de su función y de su lugar en el todo".

necesidad dominante".⁷ En un individuo sano, la frontera de contacto entre un individuo y su medio es fluida y permite siempre el contacto o aislamiento del medio. El contacto constituye la formación de una gestalt; el aislamiento representa su clausura.

B. Procesos que contribuyen e/o inhiben el desarrollo humano como homólogo de salud

"El proceso de desarrollo es, según los términos de Perls, un proceso de ampliación de las áreas de autoconocimiento; el factor principal que inhibe el desarrollo psicológico es la evitación de dicho conocimiento."⁸ Generalmente, se originan interrupciones en el conocimiento cuando este representa algo desagradable, "después se evitan pensamientos, expectativas, recuerdos y asociaciones de una experiencia a otra, y ninguna de estas experiencias asociadas son experimentadas realmente",⁹ este material no es incorporado y se queda sin asimilar, conformando una situación incompleta. En adelante, la situación incompleta más importante siempre aparecerá si se está al tanto de la propia experiencia, "darse cuenta o saber, es prestar atención al primer plano que surge permanentemente de la propia percepción".¹⁰

Dentro de la postura filosófica de la fenomenología, ser inconsciente de algo se refiere a no conocerlo, a tener una relación no consciente con el mundo; según Monedero (1978) en términos psicológicos, ello es equivalente a una relación no verbalizada puesto que si la palabra es el vehículo de interpersonalidad, el hombre se defiende de poner en palabras la experiencia, porque al traducirlo a palabras se objetiva y tiene que responsabilizarse de ello. "El inconsciente es la relación inconsciente, simbólica, confusa, indeterminada con el mundo".¹¹ Así, cuando la referencia al mundo es inconsciente, la persona tiene muchas dificultades de establecer una relación equilibrada

⁷ Fadiman, James y Robert Frager. Teorías de la Personalidad. Editorial Harla. México. 1979. P.p. 178.

⁸ *Ibíd.* P.p. 181.

⁹ *Ibíd.* P.p. 181.

¹⁰ *Ibíd.* P.p. 182.

¹¹ Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1978. Pp. 84

con él, porque no conoce el mundo. "Las resistencias que cada uno pone a conocerse a si mismo son una forma de mala fe existencial".¹²

Martin Baró (1985) plantea que el posibilitar una mayor libertad individual y grupal mediante la toma de conciencia, el conocimiento, sobre los determinismos sociales de la acción, abrirá la posibilidad de opciones más personales y una acción más consciente.

C. Papel del cuerpo en el conocimiento humano

El filósofo Maurice Merleau-Ponty recalcó el papel de un cuerpo activo y comprometido en todo el conocimiento humano.

"El cuerpo lleva en él la herencia del periodo pre verbal más que el discurso, pero no se limita a esto; está presente también; está inserto en la realidad social, forma el vinculo entre los miembros de esta sociedad, acerca y conecta."¹³

"El lenguaje del cuerpo es frecuentemente profundo, rico y lleno de matices. Los sentimientos que afloran se manifiestan frecuentemente en la voz en la respiración y en la postura. El cuerpo y las palabras entran en resonancia, rebotando una contra otra en un feedback mutuo amplificador."¹⁴

"La gran mayoría de los practicantes actuales de gestalt otorgan un lugar privilegiado a la vivencia corporal. Ellos se interesan también en la sensorialidad receptiva como en la actividad motriz para el organismo."¹⁵ "El síntoma corporal es utilizado con gusto, respetando la vía que se ha escogido, aunque, muchas veces en forma involuntaria".¹⁶ "El cuerpo habla, en efecto, según sus propias leyes, compitiendo con la simbolización, contrariamente a un punto de vista reduccionista."¹⁷

¹² Ídem.

¹³ Ginger, Serge. Gestalt: Una terapia de contacto". Editorial Serendypit. 1995. P.p. 185.

¹⁴ Ibid. P.p. 188

¹⁵ Ginger, Serge. Gestalt: Una terapia de contacto". Editorial Serendypit. 1995. P.p. 185.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

D. Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt es un enfoque de interrelación que se centra en el contacto; por lo que, la regla fundamental consiste en trabajar a partir de tal contacto.

La Terapia Gestalt es un proceso, lo que significa que existe una sucesión continua de acontecimientos o hechos que presentan cierta unidad o que se reproducen con cierta irregularidad; y se relacionan con la filosofía oriental, que establece que el organismo de cada uno es el que mejor conoce sus propias necesidades y la mejor forma de satisfacerlas. "Para comprender el organismo se necesita únicamente escucharlo, dejarlo hablar, reconocer su ritmo."¹⁸

"El organismo viviente del ser humano cuenta con un cuerpo, reacciones fisiológicas, gestos, actitudes, conductas, palabras, frases, lenguaje verbal y no verbal, pensamiento, memoria, emociones, sentimientos, recuerdos, imaginaciones, fantasías, un consciente y un inconsciente, etc., todo incluido en un campo social determinado (medio ambiente) y pudiendo relacionarse, utilizando un conjunto de mensajes con dicho campo social. El organismo es más que la suma de todos estos elementos. Cuando nuestro organismo siente una necesidad significa que algo le falta, que carece de algo; por lo tanto, se encuentra en desequilibrio. En tal situación de carencia el proceso consiste en sentir lo que nos falta, identificarlo (tomar conciencia) y encontrar después los medios para satisfacer dicha carencia. Así se vuelve a la situación de equilibrio."¹⁹

El mismo proceso se produce en todos los planos de nuestra existencia: corporal, afectivo, psicológico, espiritual, etcétera. Nuestro equilibrio, armonía y crecimiento global no pueden lograrse y desarrollarse si no logramos identificar y cerrar las diferentes Gestalten de nuestra existencia.

¹⁸ Castanedo, Celedonio. Terapia Gestalt: enfoque del aquí y el ahora. Editorial Texto. Costa Rica, 1983. Pp.125.

¹⁹ Ibíd. Pp. 100.

"Desde el comienzo de la vida los seres humanos conocemos diferentes necesidades a todos los niveles, algunas han sido satisfechas, lo que ha permitido a nuestro organismo desarrollarse (física y psíquicamente); otras no lo han sido, entre las cuales algunas pueden estar aun presentes en nuestra mente, lo que hace que una parte de nuestra energía sea utilizada para tratar de satisfacerlas o bien para evitar actualizar tal situación. Otras necesidades han sido olvidadas, reprimidas; continúan ejerciendo presión sobre nuestro comportamiento y sobre nuestra forma de ser en el mundo a pesar nuestro. El objetivo de la Terapia Gestalt es que esas necesidades aparezcan a nivel consciente en el campo perceptual del individuo; ello se logra trabajando con las emociones que surgen cuando aparece este conjunto de cosas olvidadas que sin embargo aun están activas. Se necesita que todos estos asuntos inconclusos retomen su forma específica en la totalidad del organismo (cuerpo, emoción, mente). Este es el significado de la Terapia Gestalt: tomar conciencia, darse cuenta de las necesidades, identificarlas, revivirlas emocionalmente y por fin cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento."²⁰

La percepción es influida por el contexto y la configuración de los elementos percibidos; las partes derivan de su naturaleza y su sentido global, y no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo su significado.

Todas las emociones surgidas de las necesidades pueden ser manifestadas, como pueden llegar a ser reprimidas, negadas. Cada represión y cada negación, limitan la existencia, la capacidad de vivir, de crecer y de desarrollarse.

E. Terapias expresivas

Métodos psicológicos de tratamiento de desórdenes o desajustes psíquicos, que proponen actividades concretas que facilitan el

²⁰ Castanedo, Celedonio. Terapia Gestalt: enfoque del aquí y el ahora. Editorial Texto. Costa Rica, 1983. Pp. 100, 101.

desarrollo de la expresión (capacidad de manifestar pensamientos, sentimientos y sensaciones). Complementarias y coadyuvantes de otras, las terapias expresivas se valen del arte, privilegian la creatividad y la espontaneidad como íconos de salud mental.

El lenguaje no verbal refiere el uso del cuerpo, las terapias expresivas no verbales alientan su uso, ya que por ser un lenguaje más primitivo por arrancar desde las sensaciones y no del pensamiento tiene una función integradora, "integra pensamiento con sentimiento, sentimiento con acción y pensamiento con acción."²¹

A través de incitar a una movilización corporal de las situaciones verbalmente evocadas y amplificar la postura física o los gestos iniciados automáticamente, se llega progresivamente a una toma de conciencia; es un camino del cuerpo hacia la palabra. También en sentido inverso, es decir de la palabra hacia el cuerpo principalmente por técnicas de puesta en acción deliberadas, se puede sugerir la puesta en acción corporal simbólica de un sentimiento experimentado.

"En una situación de grupo las posibilidades de utilización del cuerpo se multiplican. Los intercambios no son entonces únicamente verbales o visuales; la confrontación efectiva de los cuerpos es utilizada como un poderoso elemento movilizador. El cuerpo a cuerpo, piel con piel, desencadena generalmente una emoción profunda y permite con frecuencia el surgimiento de un material arcaico del periodo infantil preverbal, difícilmente accesible a las terapias de intercambio puramente verbal. El cuerpo como dimensión vital de la realidad humana, como elemento global presexual o irreductible, sobre el cual se instalan todas las funciones psíquicas."²²

"El acceso simbólico por el cuerpo o por el verbo permite ir más allá de la realidad corporal tangible del instante, pero esta última favorece la movilización emocional y enérgica inicial; las

²¹ Castanedo, Celedonio. Terapia Gestalt: enfoque del aquí y el ahora. Editorial Texto. Costa Rica, 1983. Pp. 10

²² Ginger Serge. "Gestalt: Una Terapia de Contacto". Editorial Serendypit. 1995. Pp. 201

palabras son el mapa que permite ubicarse, pero el cuerpo sigue siendo el motor que hace avanzar al vehículo."²³

E.1. Psicodrama

El Psicodrama es una técnica terapéutica que consiste en que el individuo interprete durante una representación teatral improvisada uno o más papeles relacionados con sus problemas existenciales, conflictos actuales o pasados, síntomas o fantasías. Fue introducido por Jacob Levy Moreno a finales de la década de 1920 como terapia de grupo con fines principalmente catárticos, es decir, de liberación de la expresividad y de las emociones.

La sesión psicodramática prevé un escenario (espacio en el que se desarrolla la acción), un protagonista (paciente que elige el tema a dramatizar y que interpreta el papel principal), un psicodramaturgo (terapeuta que dirige la sesión), uno o más auxiliares (otros terapeutas que ayudan al psicodramaturgo e interpretan los papeles previstos en la representación) y, finalmente, el público (que ayuda al protagonista actuando como 'caja de resonancia', al manifestar determinadas reacciones y observaciones de forma espontánea).

En el transcurso de los años el psicodrama ha sido utilizado como tratamiento para todo tipo de personas que sufren algún trastorno mental, así como para niños, ancianos y adolescentes inadaptados, además de ser empleado en programas de modificación de conducta. Actualmente, el psicodrama ya no se utiliza para producir reacciones catárticas, sino como instrumento para favorecer el contacto, especialmente vivo y directo, con las emociones, los sentimientos y las fantasías del sujeto, gracias a las posibilidades expresivas que brinda la representación escénica.

²³ Idem.

E.2. Biodanza

Es una terapia de expresión corporal que consiste en la inducción de vivencias integradoras a través de la danza, el canto, la música y ejercicios de comunicación en grupo. Consiste en restablecer el equilibrio y la armonía del ser, internamente y con su exterior.

Biodanza es un proceso sistematizado que sugiere movimientos destinados a activar el sistema límbico, lo que es sumamente interesante, en el sentido que dichos movimientos externos conjugados con música y otros elementos seleccionados para trabajar una vivencia estimulan movimientos internos en el plano bioquímico; por lo que es imprescindible el compromiso corporal.

"Las vivencias se conciben en Biodanza, dentro de cinco líneas de desarrollo: vitalidad, sexualidad, creatividad, afectividad y trascendencia."²⁴

La biodanza aborda al individuo de manera integral, desde la esfera social, biológica, psíquica y espiritual. "La acción curativa radica en la calidad de las vivencias que suscita."²⁵

²⁴Estrada Carola. "La Biodanza como Elemento Complementario en el Tratamiento de las Neurosis". Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. 1999. Pp. 10

²⁵ *Ibíd.* Pp. 12

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivos Generales

- Contribuir, mediante intervención psicológica profesional, a la optimización del estado de salud de las y los usuarios/beneficiarios de los servicios que presta el Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios, que trascienda a mejorar la calidad de vida en el ámbito grupal y social para la construcción de un mundo más humano.
- Iniciar un proceso de relación de la disciplina psicológica, como componente del abordaje integral de la salud, con la institución y la comunidad, que permita sentar las bases para la continuidad de su desarrollo en el área.

2.2.2. Objetivos Específicos

A. Subprograma de Servicio

- Atender a niños (as) referidos por las maestras de las escuelas, que presenten dificultades de tipo emocional y/o conductual.
- Orientar a maestros (as), padres y/o encargados de los niños (as) que sean tratados en la clínica.
- Brindar atención psicológica a adultos y niños referidos por los médicos tratantes del Hospital, que presenten enfermedades de la piel u otras, asociadas a procesos emocionales, así como a toda aquella persona que solicite por si misma el servicio.
- Apoyar las jornadas médicas en la preparación psíquica de las personas que vayan a someterse a intervenciones quirúrgicas.
- Desarrollar un programa de atención primaria en salud, dirigido a las y los niños de la comunidad de La Arenera, con un abordaje integral y amplio de la salud mental en el que el chico (a) ponga en uso todas sus potencialidades.

- Facilitar actividades grupales que susciten el desarrollo de valores y cualidades positivas en los niños (as), tales como el desarrollo de capacidades emocionales, habilidades en la interacción social, valores de empatía y solidaridad, fortalecimiento de la identidad, sentimientos de confianza y seguridad, ampliación de la percepción de la realidad y proyección a futuro que constituyan una base sólida que afiance el desarrollo humano de los mismos.
- Apoyar procesos internos de la Institución que requieran intervención psicológica.

B. Subprograma de Docencia

- Facilitar talleres formativos en materia de Salud Mental a los participantes del servicio de psicología y otros, que les provean de herramientas útiles para el desarrollo personal, que trascienda en el mejoramiento de la calidad de vida a nivel comunitario.
- Promover desde una perspectiva formativa, la discusión de temas de interés para y con, los chicos (as) de las escuelas, que les permita tener un panorama más amplio de las situaciones y coadyuve a la construcción de criterios que orienten sus acciones y estilos de vida.

C. Subprograma de Investigación

- Conocer y comprender cómo conciben las mujeres el ser mujer dentro de la dinámica social, para sentar las bases teóricas que permitan emprender futuras intervenciones que coadyuven a mejorar su situación dentro de la misma, desde la perspectiva de optimizar su salud mental, que se extienda al plano comunitario.
- Realizar una investigación que parta de la dinámica de la realidad encontrada durante el desarrollo del EPS, con la intencionalidad, de contribuir a la construcción científica contextualizada que consecuentemente coadyuve a realizar intervenciones profesionales mas eficaces y de mayor provecho para la población.

2.2.3. Metodología del Abordamiento

El proyecto se llevó a cabo durante un período de ocho meses, que datan del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006 en una jornada de ocho horas diarias de lunes a viernes, lo que hace un total de 1280 horas. El mismo, contó con atención en tres áreas: servicio, docencia e investigación; dentro de los cuales a nivel de servicio se diferencian dos tipos de atención: preventivo o nivel primario y curativo o nivel secundario. Las tres áreas de trabajo están íntimamente ligadas ya que fueron diseñadas de modo que las actividades contempladas dentro de cada una, fortalezcan los procesos de salud individual, grupal y comunitario de la población destinataria del proyecto y así se encaminen hacia el objetivo global del mismo.

La distribución del tiempo dedicado a cada área de trabajo fue modificándose a lo largo del proyecto, ya que ello se sujetó a diferentes variables, como el aumento o disminución de la demanda de los destinatarios en diferentes momentos y la decisión de la psicóloga en cuanto a determinación de prioridades.

El proyecto se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital (una sala asignada a psicología, salón de conferencias y patio), escuelas públicas de La Arenera, Barranca Seca, Monte Grande, Teculután (jornada vespertina) y Santa Cruz.

A. Subprograma de Servicio

A.1. Atención en salud a nivel secundario o curativo

Se aperturó una clínica psicológica que funcionó de lunes a viernes, en horarios específicos, que como ya se explicó anteriormente fueron variando en el tiempo, pero cabe resaltar, que fue el programa al que se dedicó mayor tiempo. En ella, se atendieron de forma individual, personas de toda edad (niños, jóvenes y adultos) de ambos sexos, por medio de dos vías: sistema de referencias, a través de médicos y profesionales de la salud que laboran en el hospital, así como las maestras que laboran en la escuela local y, sistema de solicitud personal.

Las escuelas psicoterapéuticas existencial-humanistas fueron la base teórica para el desarrollo de los tratamientos clínicos por lo cual se utilizaron predominantemente, procedimientos y técnicas derivados de los enfoques terapéuticos siguientes: Terapia de Juego en el caso de los niños(as); Terapia Gestalt y Terapia Centrada en el Cliente en el caso de los adultos.

La atención clínica implica que cada caso requiere un tiempo particular de tratamiento, de acuerdo a la motivación de las personas, los objetivos psicoterapéuticos planteados, el diagnóstico o impresión clínica y otros factores. Así, de manera general, solo puede afirmarse, que cada sesión tuvo una periodicidad semanal (lo que en algunos momentos varió a quincenal debido a distintos motivos, como la posibilidad de viajar de personas que acudían de lugares lejanos, el incremento de personas demandantes del servicio, entre otras), y una duración de 45 a 60 minutos según fue considerado prudente, con 10 minutos de distancia entre una y otra.

Debido pues a las condiciones de las personas y de la psicoterapia; cada individuo inicia y culmina en un momento distinto la misma, en la cual el ritmo de su proceso está condicionado por su ritmo personal y algunos condicionantes socioeconómicos.

Puede mencionarse para fines docentes las siguientes etapas: (a) encuadre y establecimiento de rapport, (b) evaluación y diagnóstico, (c) intervención terapéutica, (d) finalización.

El procedimiento consistió en que mediante entrevistas directas se fue construyendo la historia clínica del (la) consultante, se estableció impresión clínica y objetivos terapéuticos transitorios que fueron afinándose conforme se profundizó en el conocimiento de la persona en cuestión. Se aplicaron técnicas e instrumentos de evaluación específicos según el caso, y se siguió un proceso de tratamiento. Simultáneamente, se llevó un registro y control de cada proceso individual mediante hojas de evolución que se elaboraron posteriormente a cada sesión, y se adjuntaron a un

expediente personal que de cada consultante se llevaba en el Hospital.

Como variable, se introdujo la modalidad de psicoterapia grupal y el uso de técnicas de expresión corporal acompañadas de música, con fines terapéuticos.

A.2. Atención en salud a nivel primario o preventivo

En cuanto a la atención en el nivel primario, el programa se dirigió a niños(as) y jóvenes del caserío La Arenera. Inicialmente fue diseñado para realizarse dos días a la semana con un solo grupo pero debido a la demanda del mismo y la diferencia de edades, se decidió conformar dos grupos y distribuirlos etariamente, con lo cual, se atendió un día a la semana a cada uno, por un periodo de tres horas por la tarde para no interrumpir el horario escolar.

El programa se desarrolló a partir de la concepción de la educación popular como referente metodológico. Se conformaron grupos de asistencia continua y permanente (en la medida en que fue posible), con intenciones de propiciar la formación humana, organización y recreación, en donde se privilegió el uso del taller como método de trabajo que se basa en la participación activa y vivencial de las personas que intervienen en el proceso de producción e intercambio de conocimientos y saberes a través de técnicas lúdicas y expresivas.

De manera grosera podemos diferenciar el proceso en cinco fases:

(a) Divulgación y conformación del grupo de trabajo:

La primera semana se elaboró material de promoción y se establecieron enlaces con los directivos del COCODE, autoridades de la Escuela local e iglesias para convocar a los niños participantes del programa y se realizó una invitación directa a los mismos. La segunda semana se inscribió a los niños y elaboró una ficha personal.

(b) Establecimiento de rapport:

Esta fase consistió en crear las condiciones para un clima afectivo de confianza, respeto, libertad y compromiso, propiciando ambiente de participación, fraternidad e integración, que coadyuvó

al enganche de los chicos (as) para el desarrollo del trabajo a lo largo de todo el proceso. Esta etapa tuvo una duración de cuatro sesiones de trabajo con cada grupo.

(c) Focalización y jerarquización de problemáticas:

Consistió en la valoración y evaluación de los grupos y sus integrantes y la consecuente determinación y ordenamiento según grado de importancia, de las problemáticas encontradas, para su abordamiento. Se contempló para ello cuatro sesiones con cada grupo (además de contar con lo ya observado en las sesiones de las etapas previas). Se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos: observación naturalista, entrevista directa, aplicación de las pruebas proyectivas: Figura Humana, Casa y Barrio o Comunidad. Se llevó un registro sistemático de evolución grupal.

(d) Intervención psicoterapéutica:

Se puso en marcha un plan de acción terapéutica que fue construido a partir de la evaluación hecha en la etapa anterior y tuvo una duración de 10 sesiones con cada grupo. La estructura de las sesiones fue de manera general, la siguiente:

Tema Generador

Momento 1: Introducción (Bienvenida, establecimiento de normas, informaciones, varios, animación)

Momento 2: Exploración y expresión de la realidad (contexto, concepción y práctica cotidiana de los participantes)

Momento 3: Teorización (reflexión y profundización)

Momento 4: Vuelta a la práctica mejorada

Momento 5: Evaluación de la sesión

Momento 6: Deporte o juego libre

Sin embargo, algunas reuniones se desarrollaron de manera menos estructurada, obediendo al clima grupal y las necesidades demandadas y percibidas del mismo.

(e) Evaluación de alcances y logros:

Esta fase se realizó simultáneamente a todo el proceso y consistió en una evaluación de los grupos de niños (as) para determinar la existencia de cambios cualitativos y la incidencia de estos. Se

utilizó la observación, la entrevista directa, y se aplicó un retest de las pruebas proyectivas mencionadas en la fase de focalización y jerarquización de problemáticas (aplicados en la penúltima sesión de trabajo con cada grupo).

En la última sesión se realizó una actividad de despedida.

B. Subprograma de Docencia

Este fue originalmente diseñado para realizarse dos veces por semana, un día en la mañana y otro en la tarde, cada 15 días. Con la intencionalidad de reproducir el mismo taller los dos días para cubrir mayor población, y quien no pudiera asistir un día, tuviera la opción de hacerlo el otro. Sin embargo, por motivo de adecuación de los tiempos a la realidad emergente, este se ejecutó solamente una vez por semana cada 15 días.

Inicialmente, los temas se seleccionaron de acuerdo a las situaciones y necesidades que se fueron percibiendo en ambas áreas del programa de servicio, con el objetivo de vincular ambos programas para brindar atención más integral; posteriormente, los participantes de los mismos fueron quienes fueron solicitando y proponiendo los temas.

Al igual que en el área de atención primaria en salud del programa de servicio, se tomó como referente metodológico la concepción de la educación popular y, el taller, como método de trabajo.

La participación en los talleres estuvo abierta a todas las personas interesadas, con preeminencia a aquellas que acudían a Psicoterapia, padres de familia y/o encargados de los niños(as) que asistían al programa de atención primaria, maestras y niños(as) de las escuelas aledañas al hospital y personas que visitaban el Hospital por consultas médicas.

Este programa se realizó en tres etapas: (a) Una primera etapa que consistió en tres semanas, dedicadas a la observancia e identificación de situaciones y necesidades que demandaban ser abordadas; para lo cual se utilizaron las técnicas de entrevista y observación en los espacios de psicoterapia individual y el proceso grupal que se llevó a cabo con niños (as), así como

opiniones del personal del hospital y agentes comunitarios. (b) Una segunda etapa de una semana, que fue dedicada a la planificación general y a la divulgación e invitación a participar en el programa y específicamente en el primer y segundo taller, a través de afiches, invitaciones verbales personales y repartición de mosquitos. Y por último, (c) una tercera etapa que fue la planificación y ejecución de los talleres. La estructura de los talleres es básicamente la misma que la utilizada en el servicio de atención primaria en salud, siendo este:

Tema Generador

Objetivos

Ejes temáticos

Momento 1: Introducción (Bienvenida, presentación de la dinámica del taller, presentación de participantes)

Momento 2: Exploración y expresión de la realidad (contexto, concepción y práctica cotidiana de los participantes)

Momento 3: Teorización (reflexión y profundización)

Momento 4: Vuelta a la práctica mejorada

Momento 5: Evaluación de la sesión

C. Subprograma de investigación

Este programa fue el último en iniciar, pues desde la concepción del proyecto se tuvo la intencionalidad de avanzar en la inmersión de la cotidianidad de la población meta y a través del involucramiento en los otros dos programas profundizar e identificar de mejor manera, posibles problemáticas de investigación.

Tras varios meses de observación y estudio del contexto de la población meta, se concretó la idea de investigación y se adoptó el método cualitativo como enfoque metodológico base y posteriormente se desarrolló el proceso de investigación, salvando tres etapas: La elaboración del proyecto, la ejecución del mismo y el análisis e interpretación de resultados.

La elaboración del proyecto de investigación constó de varios componentes: (a) la conceptualización del problema, que incluye

determinación del problema con su respectiva definición-delimitación, y antecedentes y justificación del mismo; (b) construcción de marco teórico; (c) determinación de la metodología que comprendió el planteamiento de objetivos y la definición de los instrumentos a utilizar y; (d) el planteamiento de la operatividad de la investigación que implicó prever los pasos que se dieron para ubicar las fuentes de información, seleccionar las técnicas de recolección, el trabajo de campo y el procesamiento de la información.

La fuente de información fue directa y estuvo constituida por ocho mujeres que fueron seleccionadas de acuerdo a muestreo cualitativo por juicio, cuyos criterios de selección fueron: haber participado o estar participando en el programa de servicio del proyecto de EPS de Psicología, ser mujer, estar comprendidas entre los 35 y 55 años de edad, habitar en la región oriental del país y haber manifestado alguna vez (sin inducción alguna), incomodidad respecto a condiciones de vida socio afectiva en su grupo primario y en su actual núcleo familiar, principalmente en sus relaciones con parejas masculinas. Las mismas, participaron en la investigación con su conocimiento, consentimiento y colaboración. Fueron abordadas de forma individual, mediante técnicas de observación, entrevista a profundidad (modelo semiestructurado diseñado por la investigadora y al momento de aplicación, grabada en cinta magnetofónica), historia de vida (cuestionario impreso elaborado por el Centro de Orientación Universitaria de la Universidad Rafael Landívar, que fue llenado individualmente por cada participante, de forma manual) e historia oral.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

El proyecto se realizó durante un período de ocho meses, en una jornada de ocho horas diarias de lunes a viernes de manera permanente, con excepciones de actividades en días y horarios fuera de lo establecido, en momentos que se requirió de ello; desarrollado mediante tres subprogramas: servicio, docencia e investigación, y a su vez, dos modalidades de intervención en el subprograma de servicio, uno orientado a la atención en nivel primario de salud, y otro en el nivel secundario. Cabe destacar, que es primera vez que se cuenta con Psicólogo (a) en el Hospital.

3.1. Subprograma de Servicio

3.1.1. Atención en salud a nivel secundario o curativo

Este fue el primer programa que se puso en marcha, y debido a que fue la primera experiencia para la institución de contar con un profesional en el área de la psicología no existían antecedentes institucionales que dirigieran el actuar del mismo, por lo que hubo que crear algunas condiciones para el trabajo, como lo fueron el acondicionar un espacio que funcionó para la atención clínica, el crear un formato de historia clínica y de evolución psicológica y el establecimiento de procedimientos de trabajo para el acceso y referencia de personas a este servicio*. El mismo, funcionó en horario de 8:00 a 17:00 horas tres días a la semana y de 8:00 a 13:00 horas dos días a la semana, con algunas variantes que el programa ameritó en el transcurso del tiempo.

La promoción del mismo se llevó a cabo a través de volantes, afiches, radio y comunicación directa con la población mediante visitas comunitarias. Sin embargo, muchas personas ya estaban a la espera del servicio, pues institucionalmente se había anunciado, posterior a la visita de reconocimiento y evaluación

* Para ello, se llevó a cabo reuniones personales con los médicos tratantes del hospital y se les brindó una guía con pautas generales que orientan los posibles motivos de referencia a psicología. Durante el proceso, se consultó y dialogó sobre los casos que se llevaban conjuntamente para integrar esfuerzos que desembocaran en mejores tratamientos y resultados para las personas.

del área de trabajo y previo a la llegada definitiva de la epesista al hospital, la inclusión de la Psicología como área profesional con la que contaría el hospital; por lo cual, maestras, médicos, y población en general, habían estado al pendiente del inicio del servicio. Además es importante tomar en cuenta, que este programa en especial fue solicitado directamente por las autoridades del hospital luego de ser demandado por los médicos dermatólogos como una necesidad.

Este, se enfocó a la atención de personas, adultos y niñ@s, que presentaban algún problema de etiología o con implicaciones psicológicas. Los métodos de acceso al servicio fueron la solicitud personal del mismo y la referencia, desde los maestros (as) en el caso de los niños (as) de las escuelas aledañas al Hospital y desde los médicos tratantes en el caso del resto de población atendida; cabe mencionar que durante el transcurso del tiempo, fue cada vez mayor la incidencia de solicitud personal del servicio de manera que las personas solicitaron por si mismos la referencia a Psicología a los médicos y maestros o acudieron a la clínica directamente.

Los motivos de referencia de mayor incidencia fueron:

Desde los centros educativos: niños (as) con repitencia escolar, dificultades de atención, de seguimiento de reglas e instrucciones, de relación, comportamiento y conducta, y alteraciones emocionales (con diferentes signos y síntomas).

Desde el área médica dermatológica: niños (as) y adultos con algún trastorno o enfermedad de la piel vinculado a factores emocionales en su origen, evolución y/o efectos; tales como: vitíligo, alopecia areata, psicodermatitis, soriasis, acné, entre otros.

Desde el área de nutrición: adultos y menores con trastornos de la conducta alimentaria asociados a factores emocionales, tales como bulimia y anorexia entre otros.

Desde el área médica pediátrica: niños (as) con alteraciones emocionales y del comportamiento; predominantemente con los síntomas siguientes: agresividad, intranquilidad, irritabilidad,

aislamiento, temor, tristeza, enuresis, encopresis, tartamudeo, tics y tricotilomanía entre otros.

Desde el área de medicina general: adultos con problemas afectivos y del comportamiento asociados a situaciones estresantes, disfunciones fisiológicas y factores somáticos, entre otros.

Cada caso en particular conllevó procedimientos y tiempos distintos de tratamiento por su naturaleza de particular, ya que ello implica un juego de innumerables variables, tal es el caso de que algunos pacientes fueron constantes y comprometidos y otros no, algunos permanecieron en la terapia por un tiempo prolongado, otros asistieron a una sola sesión, algunos contaron con apoyo social (familiar, amistoso, laboral, etc.), otros no, la naturaleza del motivo de consulta fue distinta, y algunos condicionantes socioeconómicos influyeron en el abandono de los tratamientos por parte de los interesados, entre muchas otras.

Ante la circunstancia de que varias personas adultas (mujeres en su mayoría), presentaban diversidad de síntomas somáticos, se incorporó la modalidad de tratamiento grupal y corporal, simultáneo a la terapia verbal individual, como complementarias. Se conformó el grupo guardando algunos criterios de selección de los(as) participantes y se realizaron en total ocho sesiones. Progresivamente las participantes fueron manifestando mejoría, bienestar y satisfacción con los resultados, sin embargo también fueron incrementando su inasistencia a la terapia verbal individual.

Durante este periodo, se acrecentó la cantidad de consultas debido a que la modalidad de trabajo grupal maximizó la capacidad de amplificación de recursos en el tiempo.

Entre otras actividades, cabe mencionar, la aplicación de escalas (para depresión y ansiedad) y test psicológicos (MMPI) al personal del Hospital, ello, debido a solicitud de la Junta Directiva de la Fundación, en el marco de colaboración, con un psiquiatra contratado para realizar una evaluación al personal.

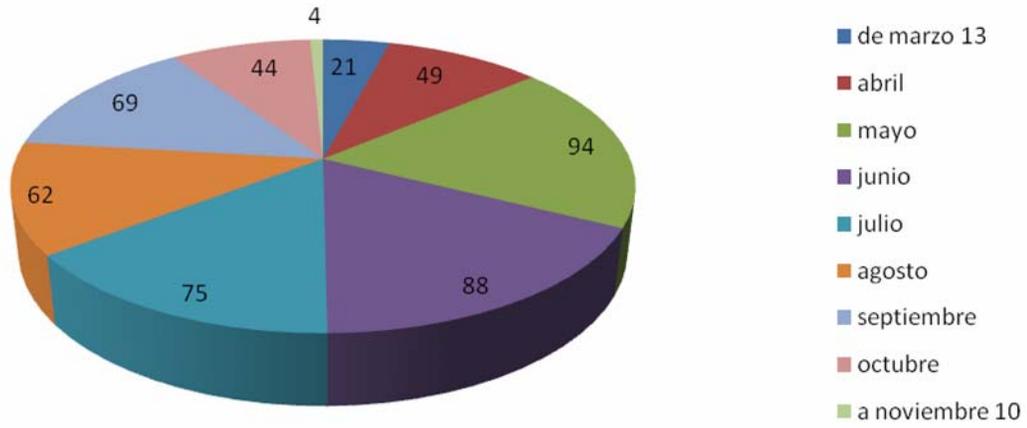
A continuación, se muestra una serie de cuadros y gráficas que permiten visualizar el movimiento y afluencia de consultantes de la clínica a lo largo del EPS:

Cuadro No. 1

Total consultas atendidas durante el EPS											
Fecha	Edad						Sexo		Consulta		Total
	Adultos			Menores			M	F	Primera	Reconsulta	
	M	F	Total	M	F	Total					
De marzo 13	5	9	14	3	4	7	8	13	11	10	21
Abril	5	12	17	11	21	32	16	33	20	29	49
Mayo	2	19	21	25	48	73	27	67	29	65	94
Junio	4	29	33	22	33	55	26	62	18	70	88
Julio	1	8	9	34	32	66	35	40	20	55	75
Agosto	3	7	10	34	18	52	37	25	13	49	62
Sep.	9	19	28	24	17	41	33	36	29	40	69
Oct.	5	8	13	21	10	31	26	18	7	37	44
A Nov. 10	1	1	2	1	1	2	2	2	-	4	04
Total	35	112	147	175	184	359	210	296	147	359	506

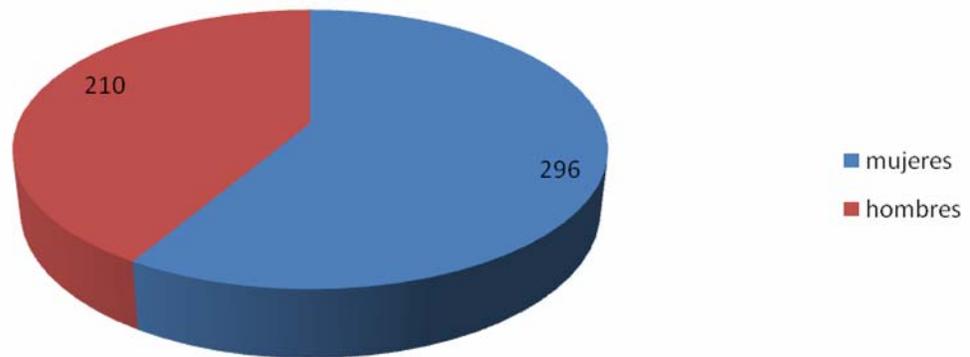
Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

Gráfica No. 1
Distribución mensual de total de consultas atendidas durante el EPS



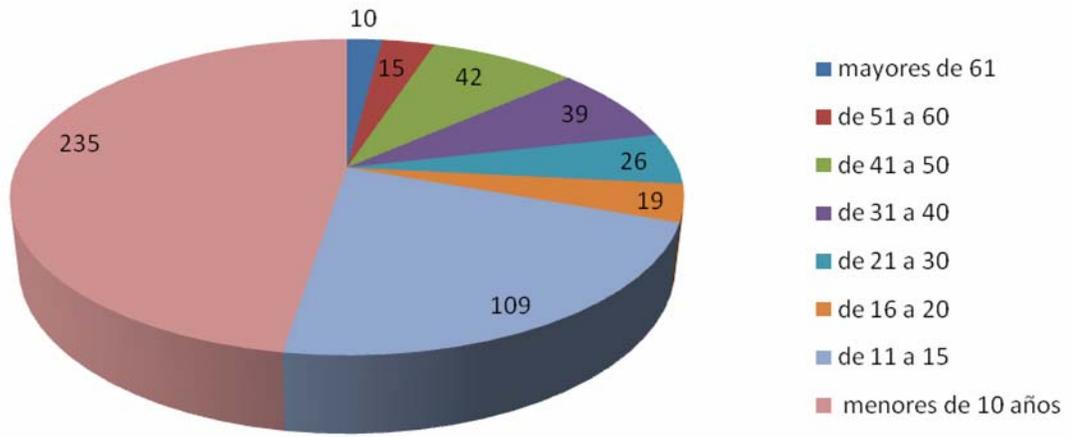
Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

Gráfica No. 2
Distribución según sexo de total de consultas atendidas durante el EPS



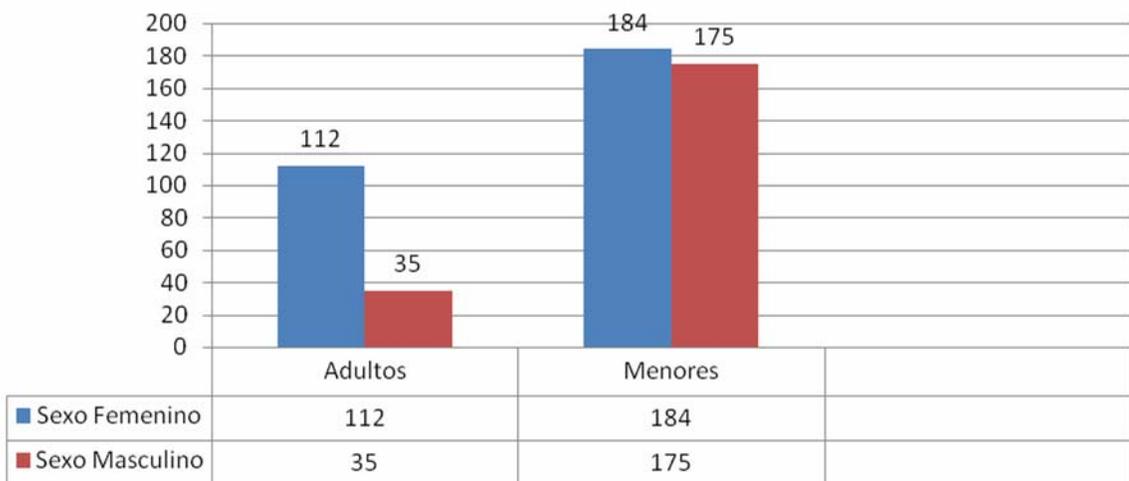
Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

Gráfica No. 3
Distribución según edad de total de consultas atendidas durante el EPS

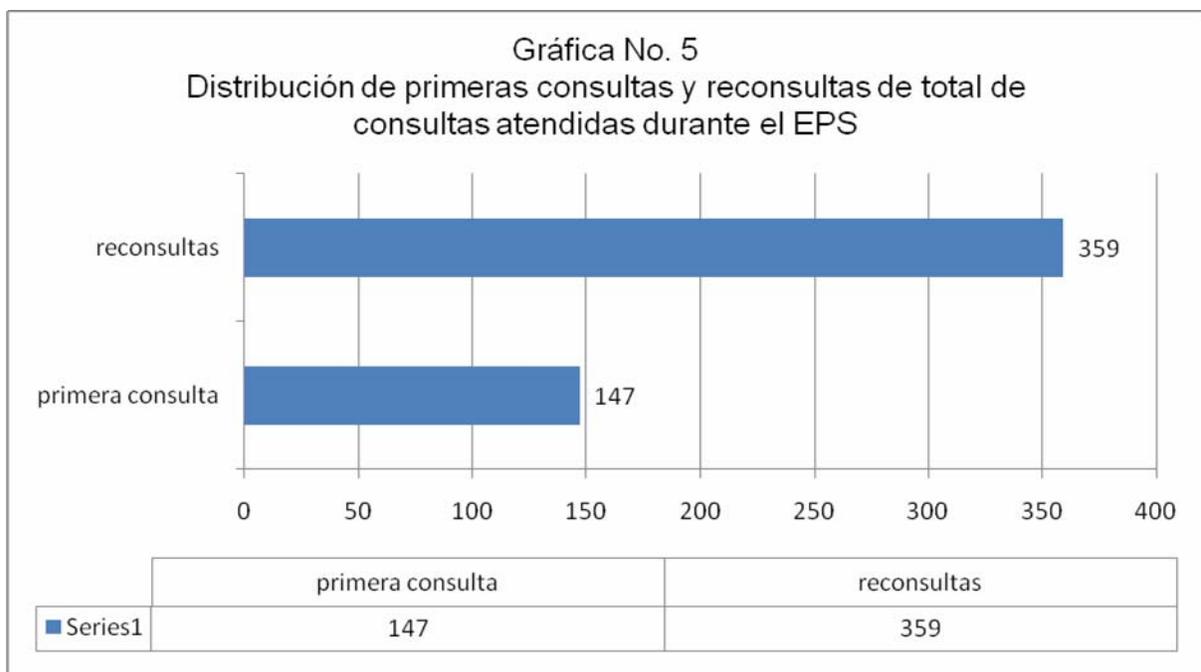


Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

Gráfica No. 4
Distribución por edad y sexo de total de consultas atendidas durante el EPS



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Río Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

3.1.2. Atención en salud a nivel primario o preventivo

Este estuvo dirigido a niños (as) y jóvenes del caserío La Arenera, y se realizó dos días por semana, un día asignado a cada grupo, un grupo de 8 a 11 años y otro de 12 a 15 años de edad; en horario de 14 a 17 horas. Con la variación, de que a partir de la segunda quincena de junio se espaciaron las reuniones, realizándose estas cada quince días. Las primeras reuniones se llevaron a cabo en un aula de la Escuela y el resto (que fue la mayoría) se realizaron en las instalaciones del Hospital, algunas veces al aire libre y otras en salón.

Inicialmente, se elaboró material de promoción y se establecieron enlaces con los directivos del COCODE y autoridades de la escuela local para convocar a los niños a participar en el programa (se convocaron niños de ocho a 12 años de edad), se realizó un paso por aulas en la escuela donde la epequista se presentó y presentó el programa e invitó a participar de él, se explicó el procedimiento de inscripción, para el cual se solicitó que debían

presentarse con uno de los padres o un adulto responsable. Llegado el día, la mayoría de los chicos(as) asistieron solos, se procedió a tomarles datos como una pre-inscripción pero se les solicitó nuevamente que se presentara uno de sus padres o encargados, los niños suplicaban se les permitiera participar sin ese requisito pues argumentaban que sus papás no llegarían porque decían que estaban ocupados y no tenían tiempo; ante la persistente realidad, se decidió enviar, con los mismos chicos, las boletas de datos personales y autorización de los padres para la asistencia de sus hijos al programa, pidiendo que estas regresaran firmadas por ellos. Algunos chicos pidieron particularmente que se visitara a sus encargados en sus casas pues no querían darles permiso y se realizaron las visitas correspondientes con la obtención de las respectivas autorizaciones. Al momento de las visitas, existieron demostraciones de desconfianza y desinterés por parte de los padres y argumentos como preguntas y solicitudes directas de si se separaría a "varones y hembras", de si asistía tal o cual persona no querían que sus hijos se mezclaran con ellos(as) o directrices explícitas de "corregir" a sus hijos porque estos "no entienden", "son burros" o "no se aguantan".

Otra situación que se presentó durante el inicio, fue que llegaron niños de muy diversas edades y fuera del rango establecido inicialmente, por lo que se amplió el rango de edad y el número de participantes, formando dos grupos de trabajo, así como también se excluyó a todos aquellos menores de 8 años que por su periodo de vida ameritaban otro tipo de abordaje y dinámica. Pese a ello, durante las primeras sesiones, varios de los participantes llegaban con hermanos más pequeños y ello interfería en la dinámica del grupo pues estos demandaban atención de la facilitadora y de sus hermanos mayores. Se hizo énfasis en que no podían asistir y a partir de esta exclusión, algunas madres se disgustaron y no permitieron más asistir a sus hijos mayores que si contaban con la edad, si no se permitía llegar a los hermanos pequeños.

En varias ocasiones, cuando algún niño peleaba con otro o se lastimaba jugando, las madres llegaban a reclamar e incluso a amenazar al otro niño con quien había ocurrido el incidente, llevando la disputa a otros niveles, diciendo "que su madre iba a pagar por ello". Frecuentemente los chicos(as) discutían verbalmente, hablando soez, vulgar y violentamente sobre los familiares del uno y el otro y mostraban rivalidades que partían de pre juicios y líos ajenos, más bien de las personas que integraban sus familias, principalmente de las mujeres.

En la primera reunión con cada uno de los grupos se hizo el encuadre y un contrato terapéutico en el que, con la participación de todos se construyeron y establecieron las normas que dictarían el proceder de todos los participantes dentro del espacio del programa, así como las sanciones que se aplicarían a quienes incumplieran con lo acordado colectivamente, lo que coadyuvó al desarrollo del trabajo a lo largo de todo el proceso.

Durante el desarrollo de las actividades, los miembros del grupo de niños(as) presentaron conductas de inquietud, desatención, descuido, desorden, desobediencia, agresión física y verbal entre unos y otros, competencia por la atención y el afecto de la facilitadora, baja autoestima y no seguían instrucciones. Las niñas mujeres evidenciaban necesidad de contacto y afecto, se disputaban por abrazar a la facilitadora y estar lo más cerca de ella posible, físicamente. Los miembros de este grupo llegaban antes de la hora establecida para la reunión y al momento de terminar no querían retirarse.

Los miembros del grupo de jóvenes, manifestaban vergüenza, desinterés, apatía, agresión psicológica y verbal (mediante burlas, insultos, desprecios) entre unos y otros, principalmente de hombres hacia mujeres, baja autoestima, introversión y aislamiento. En este grupo frecuentemente, varios de ellos se resistían a participar de las actividades propuestas y no era hasta que veían que otros lo estaban haciendo que tomaban parte, pero siempre había quienes no participaban y se dedicaban solamente a no dejar trabajar a otros, sin embargo insistían en

llegar a las reuniones y presentaban actitudes de desafío hacia la facilitadora. Los miembros de este grupo llegaban tarde y dispersos (en diferentes horarios).

Lenta pero progresivamente, se fueron observando cambios cualitativos importantes como el llegar y retirarse juntos, en grupo, de la actividad, el proponer actividades desde ellos mismos e incluso organizarlas, el llegar a avisar a la facilitadora que no van a llegar a la actividad por motivo de trabajo, estudio, no autorización de los padres u otro y el buscar a la facilitadora de manera personal para confiarle confidencias.

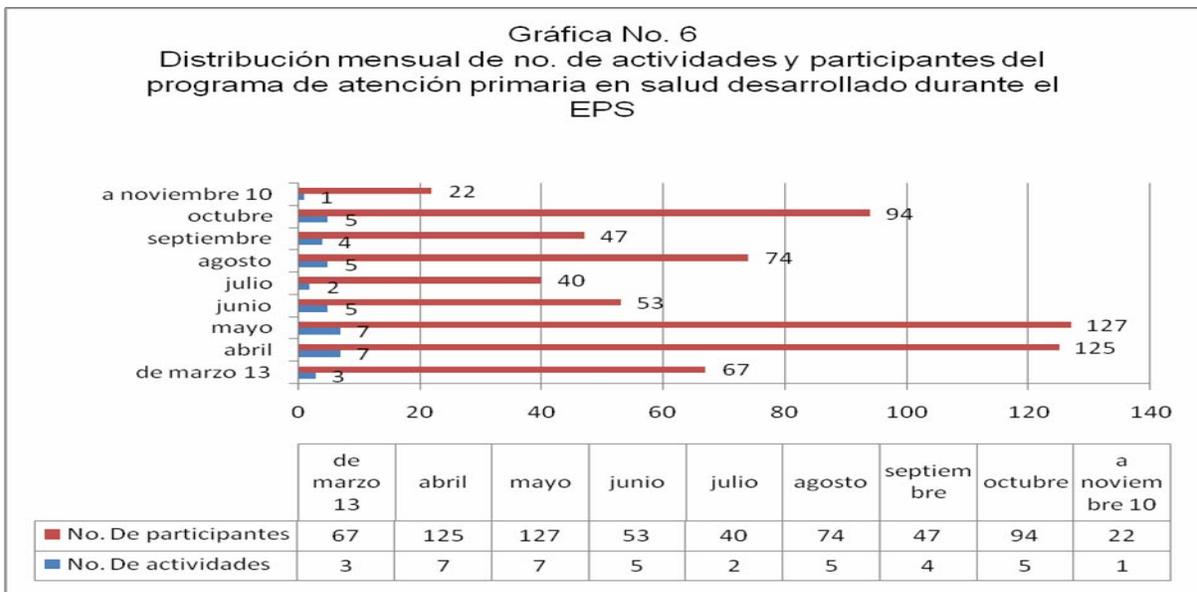
En una actividad que se llevó a cabo con los jóvenes, estos debían usar su imaginación y transformarse en diferentes cosas como sentimientos, lugares, objetos, seres vivos, palabras, y otros y responderse para que; al momento de compartirlo, aunque era evidente el temor a manifestarlo públicamente; todos expresaron situaciones que reflejaban sensibilidad, ternura y deseos de compartir y dar a otros. "Uno querría ser alegría para proporcionársela a todos, otro querría ser una mesa de comer para que la familia se reuniera alrededor de él, otro quisiera ser comida para dar felicidad a los niños."

A continuación, se presenta un cuadro que captura información respecto a la asistencia mensual de los niños (as) y jóvenes al programa:

Cuadro No. 2

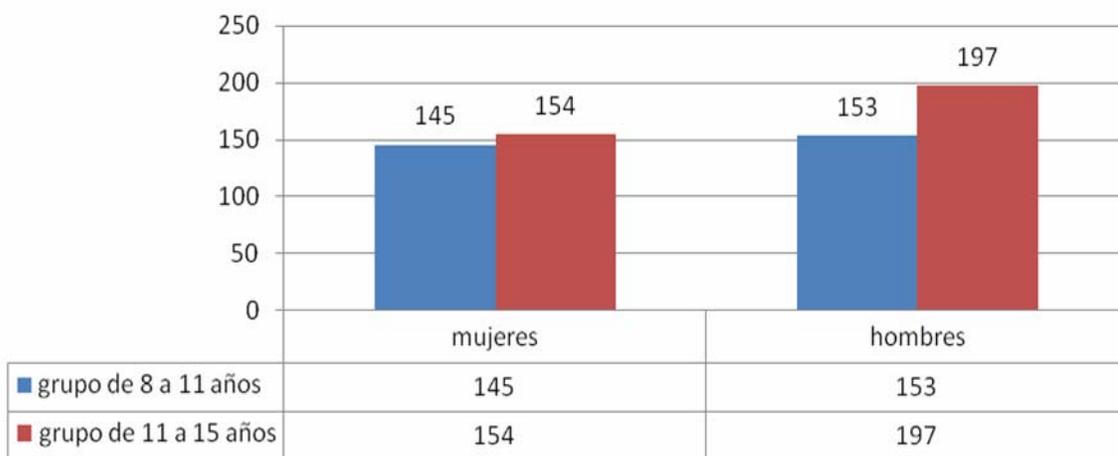
Control de asistencia mensual por actividad de programa de atención primaria en salud										
Fecha	No. De Actividades Realizadas			No. De Participantes						
	Grupo 8-11	Grupo 12-15	Total	Grupo de 8 a 11 años			Grupo de 12 a 15 años			Total
				M	F	Total	M	F	Total	
De marzo 13	1	2	3	10	11	21	25	21	46	67
Abril	4	3	7	32	35	67	35	23	58	125
Mayo	3	4	7	25	25	50	47	30	77	127
Junio	3	2	5	16	10	26	14	13	27	53
Julio	1	1	2	7	8	15	13	12	25	40
Agosto	3	2	5	22	18	40	18	16	34	74
Sep.	2	2	4	15	11	26	11	10	21	47
Oct.	2	3	5	20	19	39	31	24	55	94
A Nov. 10	como	partida	1	6	8	14	3	5	8	22
Total	20	20	39	153	145	298	197	154	351	649

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

Gráfica No. 7
Distribución por grupo y sexo de participantes de programa de atención primaria en salud desarrollado durante el EPS



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

3.2. Subprograma de Docencia

Este inició después de las dos áreas del subprograma de Servicio, pues en concordancia con el modelo teórico adoptado para este ejercicio profesional, las temáticas seleccionadas para trabajar se determinaron a partir de las necesidades propias de la población beneficiaria; mediante la solicitud directa de los mismos y la interpretación y análisis de los elementos percibidos por la facilitadora luego de un proceso de inmersión comunitaria. Así, se indagó al respecto, a los pobladores del caserío La Arenera, participantes de la atención clínica y de los grupos de atención primaria y personal de la Institución requirente.

La estructura de los talleres, siguió básicamente la lógica de, partir de la práctica cotidiana de las personas, teorizar sobre ello y retornar a plantear una práctica mejorada, construida a partir de, la propia experiencia y la reflexión sobre ella.

Se consideró perentorio iniciar con un taller sobre "Cómo saber que un niño necesita ayuda", dirigido a los maestros de las cinco escuelas con que trabaja el Hospital, debido a que los maestros

juegan un rol capital en la comunidad y una fuente importante de referencia para la atención clínica; lo cual tuvo muy buenos resultados; la reunión estuvo concurrida y fue bien acogida, los maestros estuvieron muy anuentes y se establecieron enlaces para el apoyo mutuo en el trabajo de formación de los niños y jóvenes; la Directora de la Escuela de Santa Cruz hizo una petición directa de intervención periódica a través de charlas y talleres dirigida a los alumnos y padres de familia, la cual se brindó. Algunos maestros y directores manifestaron interés en referir niños y durante el proceso se mantuvieron al tanto de los casos por ellos referidos y en una fluida comunicación con la facilitadora.

El segundo taller, surgió a partir de una necesidad sentida por la facilitadora, ya que el personal del Hospital frecuentemente hacia preguntas sobre qué o para qué hacia tal o cual cosa porque utilizaba tanto tiempo en una consulta y muchas dudas respecto al rol de la psicóloga en la comunidad e incluso comentarios infundados, por parte de algunos, respecto a las actividades que estaba realizando la psicóloga, como el decir, en tono desvalorizante, que solo se la pasaba jugando con los niños, o que nunca estaba en su clínica*, quejarse constante e indirectamente acerca de la presencia de los niños en el hospital debido a que "maltratan las instalaciones y son maleducados", así como indiscreciones y/o faltas de respeto a la privacidad de los participantes del servicio comentando asuntos personales de los mismos fuera de lugar, falta de profesionalidad en el manejo de los expedientes (leerlos, enviarlos con sus propietarios para ahorrarse el caminar a la clínica o por estar muy ocupadas) y otros menesteres como interrumpir frecuentemente cuando se estaba atendiendo una persona o un grupo. Fue así que, se tomó la decisión de llevar a cabo un taller con el personal del Hospital donde se sensibilizará acerca del tema de la Psicología, la Salud

* Se hace la aclaración de que cuando la psicóloga no se encontraba en la clínica en horario de trabajo se debía a que se trasladaba a las escuelas de la comunidad para llevar a cabo el programa de docencia y otras actividades de tipo comunitario y con la salvedad de que se retiraba del hospital con previo conocimiento de la Directora y de la Encargada de Administración del mismo.

Mental, el que hacer del psicólogo en la sociedad, su desempeño en ambientes clínicos, comunitarios, laborales, educativos, etcétera, así como el perfil de los agentes de salud y la importancia de su actitud profesional. Para el mismo, fue invitada a conducirlo, la Licenciada en Psicología Carola Estrada, Psicóloga del Hospital de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y supervisora de practica psicológica de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). A partir del mismo, se notó un cambio significativo en el personal del Hospital en cuanto a las actitudes descritas anteriormente.

El primer taller "Cómo saber cuando un niño necesita ayuda" determinó en gran parte el rumbo del subprograma de docencia, pues fue a partir de allí, que se estableció un programa de talleres sucesivos con los estudiantes de cuarto, quinto y sexto primaria de la Escuela Santa Cruz, y al igual que el segundo, "Psicología y Salud Mental" dirigido al personal del Hospital, jugaron un papel trascendental para agudizar la precisión de las referencias hechas a la Clínica Psicológica.

Es importante destacar que en el taller realizado con padres de familia de estudiantes de la Escuela Santa Cruz "Crianza con Cariño", los mismos estuvieron muy participativos y receptivos; algunos se acercaron posterior al taller a continuar dialogando sobre el tema y a plantear situaciones concretas sobre sus casos particulares; y al igual que los talleres con los niños, este también sirvió para sensibilizar y establecer un vínculo de confianza entre ellos y la psicóloga, ya que muchos de los niños referidos a la clínica, procedían de esta escuela, el acercamiento tanto con los niños como con los padres fue fundamental para que los padres colaboraran en los procesos de los niños que fueron referidos a la clínica.

El trabajo con esta escuela fue muy satisfactorio debido a que la articulación del trabajo que se logró mediante la colaboración entre Directora, maestros y psicóloga, permitió que la intencionalidad común de los esfuerzos tuviera mayor incidencia.

Cabe mencionar como una actividad de mucho aprendizaje en este programa, el taller de relajación que se llevó a cabo con personas que se sometieron a cirugía ocular, pues podría valorarse como de total éxito. Los directivos del hospital solicitaron a la psicóloga que realizara una actividad de preparación psicológica a personas que se someterían a una cirugía ocular (de catarata y pterigiión). Esta se realizó algunos días previos a la operación y consistió en una sesión grupal de dos momentos: un primer momento de expresión verbal e información y otro de trabajo corporal, musical y técnicas de relajación. Los participantes eran todos adultos, de la tercera edad en su mayoría con dos o tres excepciones, y varios de ellos con algunas limitaciones físicas como dificultad o imposibilidad para mantenerse en pie y ver. En el primer momento del taller hubo muchas manifestaciones de temor, pero conforme fue aumentando progresivamente la participación, se creó un clima de confianza, respeto, solidaridad y soporte. En el momento del trabajo corporal y técnicas de relajación, las personas se comprometieron profundamente con su trabajo personal y su rol dentro del grupo, lo que pudo apreciarse en sus movimientos corporales y expresiones faciales al momento de seguir la inducción de la facilitadora, así como en el relato de sus experiencias al momento de socializarlas verbalmente. Posteriormente, el día de la operación, las personas comentaban haberse sentido muy tranquilas después del taller, confiadas y seguras; así mismo posterior a la operación, comentaron que cuando estaban siendo operadas se llenaban de esos mismos sentimientos cuando recordaban el taller y recreaban en su mente las sensaciones que habían tenido durante el mismo; además de que los médicos manifestaron haber encontrado de manera generalizada, bastante tranquilos a los pacientes en relación a cuando habían sido evaluados o en comparación a otras personas operadas anteriormente.

El último taller realizado "Plan educativo sobre cómo ayudar a los niños(as)" se programó específicamente para tres madres, de niños(as) que en ese momento estaban en procesos terapéuticos que

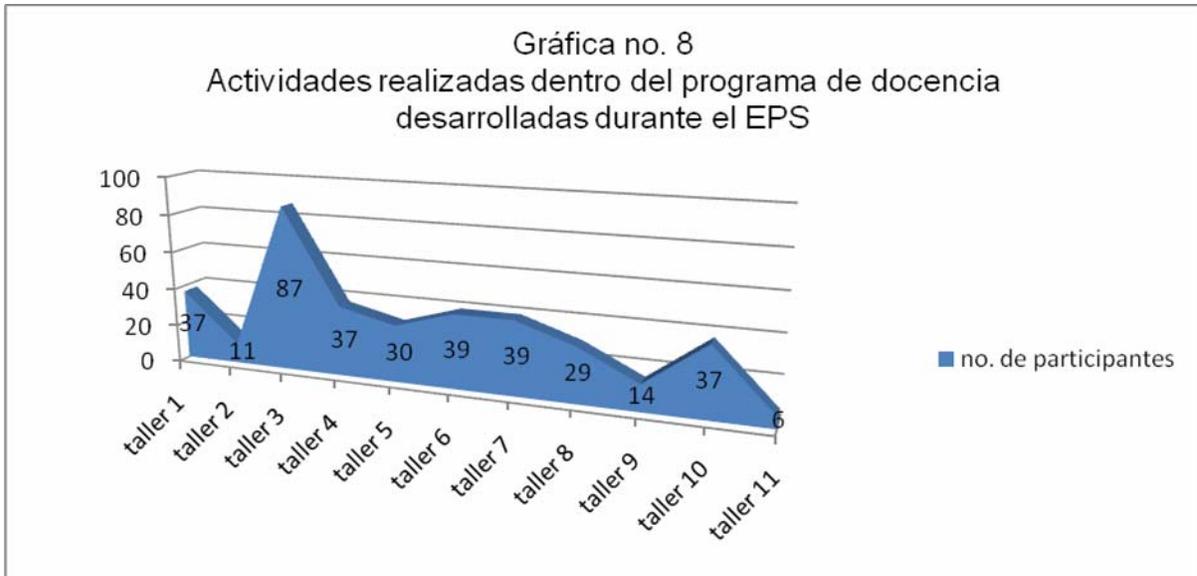
aún ameritaban acompañamiento cercano, se llevó a cabo con la intención de apoyar a estas en la crianza de sus hijos pero sobre todo de asegurar el acompañamiento de estos en su desarrollo personal, pues el periodo de EPS estaba por finalizar.

A continuación se presenta un cuadro que muestra las actividades desarrolladas en el transcurso del programa y el número de participantes en cada una:

Cuadro No. 3

Actividades realizadas dentro del programa de docencia desarrollado durante el EPS					
Fecha	Nombre del taller	Grupo Objetivo	No. De Participantes		
			M	F	Total
26/04	1.Como Identificar cuando un niño necesita ayuda	Maestros (as) de escuelas La Arenera, Santa Cruz, Barranca Seca y Teculután	6	31	37
23/05	2.Psicología y Salud Mental	Personal del Hospital Infantil Gustavo C. P.	2	9	11
15/06	3.Crianza con Cariño	Padres de familia de estudiantes de Escuela Santa Cruz			87
10/07	4.Sexualidad	Alumnos de 6to. Grado de Escuela Santa Cruz	9	28	37
24/07	5.Motivación para el estudio	Alumnos de 5to. Grado de Escuela Santa Cruz	16	14	30
17/08	6.Autoestima	Alumnos de 4to. Grado de Escuela Santa Cruz	28	11	39
30/08	7.Violencia y/o maltrato infantil	Alumnos de 6to. Grado de Escuela Santa Cruz	11	28	39
18/09	8.Violencia y /o maltrato infantil	Alumnos de 5to. Grado de Escuela Santa Cruz	15	14	29
06/09	9.Taller de Relajación	Px. Que se sometieron a cirugía ocular	5	9	14
18/09	10.Violencia y/o maltrato infantil	Alumnos de 4to. Grado de Escuela Santa Cruz	26	11	37
11/10	11.Taller de Relajación	Px. De Clínica Psicológica	2	4	6
25/10	12.Plan educativo sobre cómo ayudar a los niños	Madres de px. Menores de edad de Clínica psicológica	--	3	3
Total					369

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Rio Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología realizado en Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios y caserío La Arenera, Río Hondo Zacapa, del 13 de marzo al 13 de noviembre de 2006.

3.3. Subprograma de Investigación

La investigación constó de una primera fase de observación e identificación de fenómenos probables de investigar, en los espacios que brindaba tanto el subprograma de servicio como de docencia y con los sujetos participantes de los mismos.

Se observó como una constante, que un gran porcentaje de mujeres refirió incomodidad respecto a condiciones de vida socioafectiva en su grupo primario; de las cuales sobresalen exclusiones, negligencias, inequidades, privaciones y abandono. Algunas mujeres lo refirieron de forma directa y otras indirecta, en consulta, mediante el programa de servicio de atención clínica, otras buscaron la oportunidad de hacerlo en los espacios de entrevista respecto a sus hijos(as) que asistieron a atención clínica y un tercer grupo responde a la observación realizada mediante el contacto con la comunidad de la Arenera y más concretamente los grupos de jóvenes y niños(as) que asisten al programa de servicio de atención primaria en salud.

Las mujeres, cotidianamente eran blanco de violencia física, psicológica y sexual como formas de relación establecidas

socialmente. Desde pequeñas, se les asignan tareas y roles exclusivos distintos a los varones: cuidar a los niños, preparar y servir los alimentos, limpiar la casa, lavar la ropa y realizar todo tipo de tarea doméstica para ellas y los varones de la casa. Se les dicta socialmente cómo deben comportarse como mujeres, para ser dignas, qué ropa deben o no utilizar, a dónde deben o no ir, a qué hora, con quien deben o no hablar, a quien deben obedecer (a los hombres), etcétera. Esto se refleja desde los niños pequeños, los padres delegan en los hombres la responsabilidad y el derecho de observar la conducta de sus hermanas y autorizarlas o desautorizarlas.

En los grupos de trabajo de atención primaria en salud y en los grupos de niños atendidos en el programa de docencia, se observó que las mujeres son maltratadas mediante insultos por los varones y juzgadas y criticadas duramente entre ellas mismas. No faltó ocasión en que alguna se acercara personalmente a contar sobre lo agobiante de su situación en su grupo primario y su condición de inequidad dentro de él en relación a sus hermanos varones, no faltaron comentarios como "mi mamá no quiere que siga estudiando porque dice que para qué están gastando tanto en mí si eso no me va a servir, mejor que aprenda a hacer las cosas de la casa", también se dio el caso de que en repetidas ocasiones las mujeres no llegaban al grupo porque no habían terminado el oficio de la casa, sin embargo este hecho no era aplicable a sus hermanos. Así mismo, entre las mujeres que asistían a la clínica psicológica fue común escuchar relatos de experiencias de maltrato y manifestaciones de frustración en relación a falta de apoyo y maltrato en su grupo primario, así como en su grupo familiar actual, específicamente en relación a sus parejas masculinas. Se identificó la presencia de sentimientos de frustración no reconocidos, inconscientes, que refieren angustia por vivencia de opresión, injusticia, soledad, carencias afectivas; manejados a través de un discurso introyectado de naturalización de la situación, sin embargo con fuertes contradicciones en cuanto a

cómo se sienten en su contexto, en el mundo y sobre cómo piensan que se deben sentir.

Así, se observó que existe una dinámica socio-cultural, muy particular, de vida de las personas de esta región, en donde las mujeres juegan un rol paradójico, llamando la atención que lo que ellas reflejan en su vida cotidiana, parece estar en discordancia con lo que ellas conciben de sí mismas en su condición de mujer, pero más bien como una forma aprehendida.

Es conocido que en Guatemala la situación de género es asimétrica y se ha reproducido históricamente de esa manera, y existe una vasta cantidad de estudios sobre la mujer que va en incremento, en su mayoría, realizados sobre situaciones concretas vinculadas a la violencia ejercida hacia el género, sobre todo desde la perspectiva social y legal, o estudios estadísticos que revelan la situación de la mujer desde la perspectiva social; sin embargo no se han gestado cambios sustanciales en la cotidianidad de las comunidades y concretamente de la vida de las mujeres, que repercuta en un cambio de mentalidad que incida en las prácticas de vida en las relaciones que se establecen entre las personas tanto de distinto género como del mismo. Se desconoce la existencia de trabajos anteriores sobre la mujer en esta área geográfica, desde una perspectiva psicosocial que explore cómo la concepción de mujer socialmente construida e históricamente recreada que las mujeres tienen de sí mismas, limita la condición existencial de las mismas y con ello de la humanidad.

Con el interés pues, de profundizar y comprender esta dinámica desde sus componentes psicológicos, se realizaron los pasos científicos necesarios para el estudio de la misma.

La investigación tiene por nombre **"Cómo la concepción de mujer construida socio-históricamente, introyectada en las mujeres, limita la condición existencial de las mujeres que asisten a servicio Psicológico al Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios"** Es una investigación descriptiva, cualitativa, para la cual se tomó una muestra de 8 mujeres comprendidas entre los 35 y 55 años de edad, pacientes del programa de servicio del EPS de

Psicología durante el año 2006 y originarias de la región oriental del país. La selección de las participantes se realizó de manera intencionada y se utilizaron las técnicas e instrumentos de recolección de datos siguientes: observación, entrevista a profundidad, Historia de Vida e Historia Oral, con su conocimiento, autorización y colaboración.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Subprograma de Servicio

4.1.1. Atención en salud a nivel secundario o curativo

Se abrió una clínica psicológica cuya intención era propiciar procesos psicoterapéuticos sobre la base de la corriente existencial-humanista, que cubriera el nivel secundario de atención en materia de salud mental y complementara la atención médica brindada en la Institución. Los primeros pacientes fueron personas referidas por los médicos del hospital y maestras de las escuelas locales, los cuales acudían a la consulta con cierta desconfianza y resistencia, algunos expresando no estar locos y haber asistido por condescendencia con el médico, sobre todo quienes presentaban abundantes síntomas somáticos, sin embargo, asistían y en su mayoría permanecían en el proceso; lo que desde ya representaba un indicador de reconocimiento, por parte de los usuarios, de una dificultad en el campo de lo psicológico y la necesidad de abordarle.

En el transcurrir del tiempo, la demanda de personas requirentes del servicio fue aumentando, ante lo cual se evidenció que la promoción del servicio se realizó por referencia entre los pobladores; por lo que se pudo apreciar dos cosas: por una parte la satisfacción de los usuarios del mismo y por otra la desmitificación de la figura del psicólogo, su que hacer profesional y el paciente de psicología, o una mejor y mayor comprensión de esto por parte de la población, a partir de la experiencia.

Ante el incremento del número de pacientes, se volvió muy complicado atender una hora semanal a cada persona, además de que la mayoría de pacientes adultos en ese momento presentaban muchos síntomas, por lo que se decidió implementar trabajo corporal en grupo; grupal para resolver la primera condición y corporal para la segunda, lo cual, tuvo muy buenos resultados, en cuanto que, la mayoría de personas reportaron mejoras, sin embargo, se tomó la

decisión de no continuar con dicha dinámica por varias razones: las personas dejaron de asistir a las terapias verbales complementarias, debido a que debían destinar mayor tiempo para participar en el proceso completo y finalmente terminaban optando por las sesiones de trabajo corporal grupal porque les aportaba beneficios personales en menor tiempo, específicamente en la disminución y/o eliminación de síntomas; pero reducir la intervención psicoterapéutica al trabajo corporal no era coherente con el modelo psicológico asumido como guía, ni con la visión de psicoterapia de la psicóloga de EPS, también se hizo sumamente difícil encontrar horarios coincidentes para los participantes y a nivel de la terapeuta demandaba mucho tiempo la planificación y estructuración de las sesiones debido a que se estaba iniciando en esta tarea y sobre todo, en el marco de que se estaba iniciando el trabajo en los otros subprogramas, lo cual exigía la reorganización de tiempos y las demandas de la institución en cuanto a la cobertura de población atendida. Al momento de cesar estas sesiones grupales, se redujo la cantidad de pacientes en el mes pues lógicamente el atender individualmente, reducía la capacidad de cobertura, no así, la calidad del servicio prestado, ni la cantidad de personas demandantes del servicio, por lo que se modificó el tiempo regular de las sesiones pasando estas de ser semanales, a ser quincenales en muchos de los casos.

Así pues, la disminución progresiva de pacientes en el transcurso de los meses se debe a que se fue disminuyendo el tiempo asignado a este servicio, a medida que aumentaba el tiempo invertido en los otros subprogramas; y en el caso del último mes y medio aproximadamente, a que no se recibieron primeras consultas, con la intención de ir cerrando procesos ya encaminados y no abrir nuevos a los cuales no se les podía dar seguimiento por razones de finalización del proyecto.

Cabe mencionar que, cada individuo llegó en un momento distinto a la terapia y por razones particulares, por lo que el ritmo y resultados de su proceso, así como el abandono de la psicoterapia por parte de algunos, y culminación por parte de otros, estuvo

condicionado por razones internas (ritmo personal, recursos psicológicos, etc.) y externas (limitaciones de tiempo, dinero en algunos casos, presencia de apoyo psicosocial de familia, amigos, etc.) de los mismos. Se llevó registro y control de cada proceso individual mediante uso de expediente que implica elaboración de Historia Clínica y hojas de evolución, así como pruebas complementarias en los casos que lo ameritaron, los cuales se pueden encontrar en las instalaciones del Hospital.

Para efectos de la lectura cualitativa de este subprograma es importante mencionar que en términos generales los resultados fueron muy positivos, en muchos de los niños (as) participantes se observó una mejora en sus relaciones personales, en el rendimiento escolar, en la reversión de síntomas, entre otros. Y en los adultos, fue notable el mejoramiento y en algunos casos resolución de cuadros clínicos, el crecimiento y desarrollo personal manifiesto en actitudes de vida, formas de interacción social, entre otros.

A la terapeuta, este ejercicio le ha representado una fuente in cuantificable de crecimiento personal y profesional, la cual fue presta para afianzar un estilo personal de conducción profesional y para el aprendizaje teórico-práctico- aplicativo. Además de ello, le ha dejado una gran satisfacción, que guarda relación con la satisfacción percibida de los participantes y la institución en cuanto al trabajo realizado y la consecución de los objetivos del mismo.

4.1.2. Atención en salud a nivel primario o preventivo

Inicialmente se pretendía conformar un grupo de niños (as) con los que se realizarían dos sesiones semanales, sin embargo al momento de realizar la inscripción, asistió una numerosa cantidad de interesados y de un amplio rango de edades; por lo que se tomó la decisión de trabajar con todos aquellos que oscilaban entre los ocho y 15 años de edad, por ser las edades que prevalecían y ser el estándar de edad en que se cursa la Escuela Primaria en la comunidad. Establecido de esa manera, se conformó un grupo de

ocho a 11 años y otro de 12 a 15 años de edad, debido a las características propias de la edad según la etapa de desarrollo y al número de participantes máximo con que era posible trabajar, tanto en función de las condiciones físicas como espacio, materiales, etc. Y de la responsable que en este caso era la epesista de Psicología sin ningún otro apoyo humano. Y, como consecuencia de haber conformado dos grupos y no uno, se tomó la decisión de realizar una sesión semanal con cada grupo y no dos como se había planeado inicialmente.

Al momento de que la epesista realizó la convocatoria, se obtuvo muy buena respuesta de parte de los directivos de la comunidad y de varios padres de familia, seguramente debido a la confianza y respeto que la Institución ha ganado en la comunidad a partir de acciones anteriores que la misma ha realizado, así como del conocimiento previo del epesista por parte de los líderes comunitarios, semanas atrás cuando se realizó la visita de reconocimiento y diagnóstico. Desde el momento de la inscripción fue notoria la ausencia de los padres en cuanto al acompañamiento en la vida de sus hijos (as), pues la mayoría de estos acudieron sin ellos, pese a ser esta una condición para poder inscribirse. Tras la suplica de los niños (as) por ser inscritos sin la presencia de sus padres, con el argumento de que estos no llegarían ya sea por trabajo o estar ocupados en otras cosas, se les dio una boleta para que llevaran a sus casas y sus padres firmaran de autorización. Esta fue la primera de repetidas ocasiones en que se evidenció, desatención y desinterés de los padres, uno de los factores causantes de las problemáticas que se detectaron en los niños.

En las primeras sesiones los niños (as) presentaban una conducta muy agresiva de unos hacia otros (as) expresada verbal y físicamente, era sumamente difícil lograr su atención y mayor aun su concentración en una actividad y no seguían instrucciones; estas condiciones y otras mencionadas en el capítulo III como problemáticas detectadas en los niños (as) fueron disminuyendo leve pero progresivamente a lo largo del desarrollo de las

sesiones y se evidenciaba principalmente en la cohesión grupal que fue forjándose, cada vez podían compartir de mejor manera y por tiempos más prolongados, el mismo espacio, los mismos materiales, la atención y afecto de la facilitadora, y sobre todo podían jugar juntos juegos grupales, lo que implicaba trabajo en equipo (que a su vez abarca la mejoría de comunicación, la disminución del nivel de agresividad, el seguimiento de instrucciones, favorecimiento de la identificación y el sentido de pertenencia, como elementos indispensables de la estructuración de la identidad), entre otros. Otras evidencias de los progresos fueron las expresiones verbales respecto a observancias de la agresión en su entorno cotidiano, a manera de ejemplo, un niño dijo en una sesión "solo aquí no nos tratan mal", y otros "a mí me gusta venir porque usted no nos grita", "las maestras son abusivas" "mis papás dicen que ya estoy grande para andar jugando", "mi mamá dice que ya no me van a pagar la escuela porque para que voy a seguir estudiando si más vale que aprenda las cosas de la casa, pero yo quiero ser doctora".

A partir de estos fenómenos se infiere y/o confirma la hipótesis planteada al momento del diagnóstico y elaboración del proyecto de EPS, de que las carencias afectivas y su opuesto correlativo, el maltrato psicológico, físico y social que estos niños(as) absorben de su entorno es uno de los factores causales de las problemáticas manifiestas en ellos. Claro, esto no se puede desligar del contexto cultural y socioeconómico de su cotidianidad, que como bien se describió en la monografía del lugar, población de trabajo y planteamiento del problema, capítulo I, incisos 1.1., 1.3. y 1.4. respectivamente; refiere una situación de pobreza bastante cruda.

4.2. Subprograma de Docencia

El primer taller realizado, jugó un papel importante para el EPS en dos vías, uno para la referencia de pacientes al área clínica y dos, de enlace para el desarrollo del servicio de docencia con grupos vinculados a los establecimientos educativos (alumnos, padres de familia) y el establecimiento de coordinación de

esfuerzos y trabajo integrado en pro del bienestar de los estudiantes.

Este subprograma, fue un complemento importante para las otras áreas de intervención del EPS, pues mediante su función formativa e informativa, complementó procesos clínicos particulares y de la atención primaria, articulando esfuerzos desde diferentes escenarios y actores del entorno de los mismos (Docentes y compañeros en el contexto escolar y padres y/o encargados en el contexto familiar).

4.3. Subprograma de Investigación

La mayoría de personas atendidas en la clínica fueron mujeres, especialmente la población adulta. A lo largo del desarrollo del servicio se observó que era una constante en las mujeres que acudían a la clínica, una percepción de si mismas, bastante desvalorizada, sustentada en una concepción construida a partir de imaginarios sociales, respaldados en diversos escenarios sociales: núcleo familiar, sistema educativo, espacio laboral, sistemas religiosos, entre otros. Y el fenómeno de interés era la discordancia entre ese espacio subjetivo y la realidad objetiva, que mostraba unas mujeres muy activas, con responsabilidad económica, social y afectiva fuerte, cabezas de familia en la mayoría de los casos, con historias de vida difíciles que evidenciaban gran fortaleza, iniciativa, voluntad y constancia, entre otros. Además de que, en sus relaciones con los hombres se vive una ambivalencia en cuanto que, las relaciones que se establecen presentan características machistas, las mujeres desde muy pequeñas son maltratadas emocional, sexual y/o físicamente por los hombres de su entorno y lo que es peor aún por las propias mujeres que están a su cargo (como sus madres, abuelas, maestras, etc.), son excluidas de ciertas actividades y les son vedados ciertos placeres y/o son condenadas por pretenderlos, pero en la cotidianidad son ellas quienes toman las decisiones más importantes, sostienen económicamente los hogares y están a cargo de la educación y formación de los pequeños.

Así pues, a través de esta investigación se pretendía sumergirse y explorar en su mundo subjetivo y objetivo e intentar capturar o aprehender la concepción que de si mismas tienen estas mujeres, con el objetivo de comprender con mayor profundidad y veracidad su subjetividad, y a partir de ello, poder hacer intervenciones profesionales más efectivas que coadyuven a preservar y perpetuar aquellos elementos positivos de dichas concepciones y a transformar los nocivos, para el desarrollo psicosocial de las personas.

La investigación da inicio con este planteamiento, en el marco de la relación cercana, iniciada mediante procesos psicoterapéuticos profundos y de la observancia de la realidad de las mujeres del área, en dos planos, en el de la vida cotidiana de la generalidad y en el de su participación en grupos de los servicios del proyecto de EPS de Psicología. Seguidamente se seleccionó una muestra, que con conocimiento y consentimiento de quienes la conformaron se prosiguió a realizar una entrevista a profundidad, cara a cara, sobre su Historia de Vida, la cual fue gravada en cinta de audio y una Historia de Vida impresa que fue llenada personalmente por las participantes.

Durante el proceso de las entrevistas se dieron ciertos fenómenos, entre ellos: salieron a luz elementos importantes que en sesiones terapéuticas anteriores no habían sido tocados por las pacientes, que en la mayoría de los casos se encontraban reprimidos o bloqueados, y que tuvieron un efecto catártico de relevante importancia para la integración de la experiencia personal; así mismo, las pacientes identificaron recursos personales que hasta el momento no veían y que permitieron estructurar una visión más integral de si mismas y la posibilidad de hacer uso consciente de ellos. De manera general, el proceso de investigación tuvo efectos terapéuticos en las participantes, no previstos en este espacio, que trascendieron a la consecución del objetivo general del proyecto de EPS que responde a optimizar el estado de Salud Mental de las personas participantes de los procesos impulsados por el mismo.

Es importante mencionar como hallazgos de la investigación, que las mujeres entrevistadas conciben que ser mujer es ser hija, esposa y madre, "buena" (sobre todo los dos últimos). Y sus aspiraciones tienen que ver con cumplir las expectativas construidas sociohistóricamente, hechas propias, de una figura idealizada de estos roles. Siendo así como, con la idea social de que la mujer se realiza dedicándose a su matrimonio y a su hogar, y que si no tiene "éxito" en esta "empresa", ha fracasado; que lo limitado de esta concepción bloquea, desde ellas mismas, su desarrollo personal, en importantes ámbitos en que podrían lograrlo.

Esta concepción, trasladada en actitudes, limita el proyecto vital de las mujeres al proyecto del hombre y somete su condición existencial a su instrumentalización. Peor aún, reproduce o traslada estos valores en la sociedad, perpetuando esta forma de "ser mujer"; a través de sus responsabilidades en el proceso de socialización de las nuevas generaciones.

La investigación refleja que en la concepción de mujer construida socio-históricamente, introyectada en las mujeres que asisten a servicio Psicológico al Hospital Infantil Gustavo Castañeda Palacios, la realización de la mujer como tal pasa por el servicio al hombre; y en el cumplimiento de esta tarea, son diferenciadas de estos, en su manera de ser, en sus comportamientos característicos, en sus roles sociales, aspiraciones personales y en las normas que regulan su existencia; reflejando relaciones de subordinación y dependencia, que nuevamente repercuten en la inhibición de su desarrollo personal y de manera inconsciente generan frustración y angustia, iconos de desequilibrio que interfieren en la salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.1.1. Conclusiones Generales

- Los seres humanos somos fenómenos complejos, en constante y permanente cambio y sujetos a la influencia de las distintas esferas que nos conforman (física, psíquica, social y espiritual). La salud es una condición humana dinámica que funciona sistémicamente, por ello, la misma debe abordarse holísticamente desde todas y cada una de estas esferas.
- Se cumplieron los objetivos planteados, de manera que la labor realizada aportó elementos complementarios en el abordaje de la salud en el marco del trabajo multidisciplinario, que coadyuvaron a brindar servicio con mayor integralidad a los usuarios del Hospital y beneficiarios del proyecto de EPS que implicó mejoras en sus estados de salud.
- Se estableció un buen precedente de la disciplina psicológica, el servicio fue bien acogido por la Institución y población, las personas identifican las situaciones meritorias de intervención psicológica y demandan el servicio.

5.1.2. Subprograma de Servicio

- El servicio de Psicología, principalmente en el área clínica, brindado durante el presente año, fortaleció la credibilidad y confianza de los usuarios del Hospital en el servicio que presta la Fundación, debido a que se obtuvieron resultados satisfactorios.
- La psicoterapia indudablemente coadyuvó a la reversión de síntomas somáticos y consecución de mejores estados de salud en los consultantes del Hospital, al realizarse un trabajo integral, mediante abordaje conjunto médico-psicológico.

- Para la estudiante de EPS la experiencia clínica en dicho hospital y contexto sociocultural le permitió ahondar y enriquecer sus conocimientos en cuanto a la psicología médica. El establecimiento de relación con los médicos tratantes de diferentes especialidades (dermatología, pediatría, medicina general y nutrición) en aras del trabajo integral en pro de la salud de los pacientes, le permitió tener un panorama más completo de la correlación de la Psicología en los procesos de salud-enfermedad de las personas.
- El programa de atención primaria permitió un acercamiento más directo con la comunidad de La Arenera y la creación de un nuevo espacio de intervención profesional dirigido a los niños y jóvenes, quienes acogieron de manera positiva el programa; el cual, tuvo resultados satisfactorios, pues los beneficiarios vivenciaron y aprehendieron formas de relacionarse alternativas a la violencia, se estimuló sus potenciales creativos, se fortaleció su autoestima y su capacidad de organización entre otros.

5.1.3. Subprograma de Docencia

- La cobertura de servicio de Psicología se extendió hacia diferentes grupos a través del programa de docencia, que es un servicio orientado a la atención primaria y preventiva y mediante el cual se establecieron enlaces importantes con directivos de escuelas, padres de familia y otros, así como a la vez, abordar de manera integral aquellas problemáticas psicosociales que afectan el desarrollo tanto individual, como grupal y comunitario.

5.1.4. Subprograma de Investigación

- El proceso de la investigación derivó efectos psicoterapéuticos en las participantes de la investigación; desencadenó catarsis, en que afloraron elementos claves que

hasta entonces habían permanecido ocultos en el proceso psicoterapéutico; de manera que la investigación logró establecer una interrelación con niveles profundos de cercanía entre las partes participantes de la misma que finalmente desembocaron en integración de vivencias.

- La baja valoración que de sí mismas tienen las mujeres participantes de la clínica psicológica del Hospital Gustavo Castañeda Palacios durante el año 2006, es discordante respecto a los logros y posibilidades de estas. Su forma de relacionarse con el mundo denota una concepción pobre de sí mismas, donde pareciera ser que su vida tiene valor únicamente si esta está al servicio de sus parejas, hijos (as) y/o padres o de otros(as) en general.
- Las diferencias entre mujeres y hombres asignadas y construidas sociohistóricamente subordinan el desarrollo de las mujeres y su proyecto de vida al desarrollo y proyecto vital de los otros (padres, hermanos, hijos, conyugue), primordialmente centrado en el hombre.
- A través del proceso de socialización sexual, como lo llama Martin Baró, se reproducen situaciones de alienación y deshumanización que limitan la condición existencial de las mujeres, en desmedro de la salud mental comunitaria y social, pues introduce entre las relaciones de seres humanos, formas deshumanizantes: rasgos de inequidad, opresión, abuso, etcétera de los hombres por los hombres.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Subprograma de Servicio

- En cuanto al programa de atención primaria desarrollado con los niños y jóvenes de La Arenera es importante que se le de continuidad, ya que este contribuye al desarrollo socioafectivo de los mismos, que de manera directa incide en su rendimiento escolar, laboral y social.

- Establecer un programa de apoyo psicológico para trabajar con el equipo del personal del Hospital orientado en dos vías: para desarrollo personal y de mejora de las relaciones personales y laborales entre el mismo, así como de mejora de la calidad de servicio y atención a los usuarios del Hospital.

5.2.2. Subprograma de Docencia

- Estructurar un programa integral de docencia enfocado a la prevención y estilos de vida saludables, en el que puedan abordarse temas de las distintas disciplinas con las que cuenta el Hospital y llegar así a más personas, ocupando su tiempo productivamente en la sala de espera o en reuniones específicamente programadas para dicho fin.

5.2.3. Subprograma de Investigación

- Realizar programas de intervención psicosocial en los principales espacios donde se llevan a cabo procesos de socialización, en los cuales se promueva la construcción de nuevas formas de relación a partir de nuevos referentes de experiencias alternas a los patrones preestablecidos sociohistóricamente y simultáneamente tengan lugar procesos de deconstrucción de formas aprendidas de interacción entre sexos. Estos espacios los constituyen las escuelas o centros de enseñanza-aprendizaje y las familias, abordando los distintos grupos que los conforman, maestros (as), estudiantes, padres y madres de familia, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Anzieu, Didier. Los Métodos Proyectivos. Biblioteca de Psicología Contemporánea. Editorial KAPELUSZ. Argentina. 1962. 211 Pág.
2. Bochenski, I.M. "LA FILOSOFIA ACTUAL". Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1995. 296 Pág.
3. Castanedo, Celedonio. Terapia Gestalt: Enfoque Del Aquí Y El Ahora. Editorial Texto. San José, Costa Rica. 1983. 360 Pág.
4. Curso Práctico De Expresión Corporal. Editorial OCÉANO. Barcelona, España. Volumen 1, 2. 141 Pág.
5. Estokoe, Patricia. La Expresión Corporal. Editorial PAIDOS. Barcelona, España. 1994. 212 Pág.
6. Estrada Galindo, Sandra Carola. La Biodanza Como Elemento Complementario En El Tratamiento De Las Neurosis. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1999. 52 Pág.
7. Freire, Paulo. Pedagogía Del Oprimido. Editorial Siglo Veintiuno. Madrid, España. Edición 48ª. 1996. 245 Pág.
8. Gutiérrez Cruz Prado, Francisco. Simiente De Primavera: Protagonismo Del Niño Y Juventud. Editorial Norib S:A. Guatemala. 2001. 117 Pág.
9. James Fadiman y Robert Frager. Teorías de la Personalidad. Editorial Harla. México. 1979. 526 Pág.
10. Martín Baró, Ignacio. Acción e Ideología. Editores UCA. San Salvador. 1985. Décima reimpresión 2004. 459 Pág.
11. Merciairi, ET. AL. Hacia Una Pedagogía De Libre Expresión. Editorial Roca. 1978. 268 Pág.
12. Microsoft Encarta 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation. Biblioteca de Consulta.
13. Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Jean-Paul Sartre.
14. Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Segunda edición, editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1978.

15. Nuñez, Carlos. Educación para transformar, transformar para educar. 8ª. Edición, IMDEC, A. C., México. 1989. 318 Pág.
16. Renault Bernardy Nöelle. Vialaret Corinne. Dramatización Infantil: Expresarse A Través Del Teatro. Editorial Narcea. Madrid, España. 1994. 126 Pág.
17. Sains Martín, María y colaboradores. Fichas Temáticas de Educación para la Salud. Edita Departamento de Formación y documentación YMCA España. Madrid, España. 82 Pág.