

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS
USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS
ALUMNOS DE 6TO PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS
SALUDABLES”

MÓNICA GABRIELA MANSILLA GARCÍA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS
USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS
ALUMNOS DE 6TO PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS
SALUDABLES”**

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

POR

MÓNICA GABRIELA MANSILLA GARCÍA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



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.181-2008
CODIPs. 1103-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

04 de agosto de 2009

Estudiante

Mónica Gabriela Mansilla García
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO SEXTO (36°) del Acta DIECISIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (17-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de julio de 2009, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS ALUMNOS DE 6to PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MÓNICA GABRIELA MANSILLA GARCÍA

CARNÉ No.200316974

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Domingo Romero Reyes y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza. 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

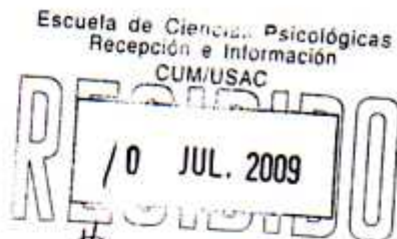


Melveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt



Reg. 181-2008
EPS. 203-2007

ma. *[Signature]* hora 15:30 registro 181-08 08 de julio del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Mónica Gabriela Mansilla García**, carné No. 200316974, titulado:

"INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS ALUMNOS DE 6to PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera
COORDINADORA DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 181-2008
EPS. 203-2007

06 de julio del 2009

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

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Mónica Gabriela Mansilla García**, carné No. **200316974**, titulado:

"INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS ALUMNOS DE 6to PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, 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"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza
Revisor

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REVISOR
USAC

/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 181-2008
EPS. 203-2007

05 de junio del 2009

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 **Mónica Gabriela Mansilla García**, carné No. **200316974**, titulado:

"INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS ALUMNOS DE 6to PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES."

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 Domingo Romero Reyes
Asesor-Supervisor



/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

c.c. Control Académico
EPS

Archivo

Reg.181-2008

CODIPs.666-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

16 de abril de 2008

Estudiante

Mónica Gabriela Mansilla García
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINCUGÉSIMO (50o.) del Acta DIEZ GUIÓN DOS MIL OCHO (10-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de abril de 2008, que literalmente dice:

"QUINCUGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN, ASÍ COMO DE LOS ALUMNOS DE 6to. PRIMARIA, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MÓNICA GABRIELA MANSILLA GARCÍA

CARNÉ No. 200316974

Dicho proyecto se realizará en Amatitlán, asignándose al Doctor Felipe Laguardia, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente, y al Licenciado Domingo Romero Reyes, 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



/rut

Oficio No. 0435/2008
Amatitlán, noviembre 24 de 2008


Licda. Claudia Rivera Maldonado
Coordinadora EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licda. Rivera:

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que la estudiante **Mónica Gabriela Mansilla García**, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología en este Centro Asistencial en las fechas comprendidas del 24 de marzo al 24 de noviembre del año en curso.

Agradeciendo de antemano por el apoyo que ha brindado a este Centro de Salud, y en espera de continuar la rotación de estudiantes de EPS en este Distrito, ya que se ha aumentado la demanda de pacientes que requieren el apoyo del programa de Psicología.

Atentamente,


Dr. Adalberto René López
Director Centro de Salud Amatitlán



c.c. Archivo
ARLM/eboc

PADRINOS DE GRADUACIÓN

**LICENCIADO EDGAR LARIOS OVANDO
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
COLEGIADO No. 1084**

**LICENCIADO ESTUARDO BAUER LUNA
PSICÓLOGO
COLEGIADO No. 9983**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas: Por permitirme el honor de formarme académicamente siendo una estudiante san carlista.

Al personal del Centro de Salud de Amatitlán: Por haberme hecho sentir parte de ustedes y creer en mi trabajo.

A mi asesor-supervisor de EPS, el Lic. Domingo Romero: Por guiarme profesionalmente durante todo el proceso y aceptar cada una de mis ideas.

A mis padrinos de graduación, a quienes aprecio y admiro enormemente por la entrega con la que desempeñan su profesión:

El Lic. Edgar Larios, mi padre de la Psicología: Por compartir cada una de sus experiencias con los practicantes y por haber hecho de cada examen, de cada implementación, de cada supervisión, de cada tarea y de cada ASCALE, un aprendizaje significativo.

El Lic. Estuardo Bauer, por brindarme tu amistad desde el principio, por orientarme cuando lo necesité y por compartir conmigo una de las experiencias más importantes de mi carrera, el apoyo psicológico brindado a los damnificados por la tormenta Stan.

A mis padres: Por haberme regalado una infancia maravillosa, por aconsejarme, siempre dándome la libertad de elección, estando allí, para tenderme la mano por si acaso tropecé.

A mis hermanas: Por ser la máxima alegría de mi vida, por ser la fuerza que me impulsa a continuar mi camino, aún en los momentos más débiles.

A mi hermano, abuelos, tíos, primos, sobrinos y demás familia: Por estar en cada una de las etapas de mi vida y por ser un apoyo.

A mis amigas-hermanas: Anayte, Mónica Taylor y Vivi: Por estar a mi lado tanto en los días soleados, como en los días de tiniebla, por acompañarme a disfrutar y ser cómplices en esta aventura de la vida y hacerla mucho más agradable.

A mis amigos: Alex, Carlitos, Chepe, Cristian, Juan Carlos, Julio, Oliver, Ana Lys, Ariel, Faby Reyes, Gaby, Heidy, Iraki, Isaíto, Jenny, Juan, Julio López, Marta, Mavis, Michelle, Saúl, Vera, Welma, y demás amigos con quienes he vivido momentos trascendentales e inolvidables: Gracias por ser parte de mi vida.

ACTO QUE DEDICO

A la población guatemalteca: Fuente de inspiración a seguir esta carrera.

A las personas que han confiado en mí desde siempre.

Y finalmente, a un gran ser humano, el mejor padre que la vida me ha podido dar: Mi padre. Gracias, porque a causa del trabajo que realizás de sol a sol, es que puedo estar culminando una de mis metas. Este logro también es tuyo.

INDICE

SINTESIS DESCRIPTIVA

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar	1
1.2 Descripción de la institución	7
1.3 Descripción de la población atendida	9
1.4 Planteamiento del problema	10

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Abordamiento teórico metodológico	13
2.2 Objetivos	33
2.2.1 Objetivo general	33
2.2.2 Objetivos específicos por subprograma	33
2.3 Metodología de abordamiento	34

CAPITULO III

PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Subprograma de servicio	38
3.2 Subprograma de docencia	44
3.3 Subprograma de investigación	49

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Subprograma de servicio	56
4.2 Subprograma de docencia	63
4.3 Subprograma de investigación	67

4.4 Análisis de contexto	73
--------------------------------	----

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	75
5.1.1 Conclusiones generales	75
5.1.2 Conclusiones específicas por subprograma	75
5.2 Recomendaciones	77
5.2.1 Recomendaciones generales	77
5.2.2 Recomendaciones específicas por subprograma	77
Bibliografía	79
Anexo	80

SINTESIS DESCRIPTIVA

El proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) titulado: “Intervención psicológica para mejorar la salud mental de los usuarios del Centro de Salud de Amatitlán, así como de los alumnos de 6to primaria, beneficiarios del programa Escuelas Saludables”, se realizó en las instalaciones de dicho centro y de cada una de las escuelas involucradas, durante el año 2008. El Centro de Salud del lugar mencionado desde su fundación, tiene como objetivo fundamental prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, reducir el índice de morbilidad y mortalidad, y atender las necesidades de la población de escasos recursos, especialmente mujeres y niños. Con el proyecto de EPS se contribuyó al cumplimiento de éste objetivo, por medio de tres ejes: Servicio, Docencia e Investigación. Los cuales tuvieron como finalidad primordial intervenir a nivel psicológico en los diferentes problemas que afectan la salud mental de la población. Estos se desarrollaron de la siguiente manera:

- Subprograma de servicio: Se atendió a niños, adolescentes y adultos, de ambos géneros, los cuales llegaban a solicitar el servicio. Se dio psicoterapia individual, utilizando diferentes teorías psicológicas y sus respectivas técnicas. Hubo diversas problemáticas para las que se buscó la mejor solución.
- Subprograma de docencia: Se llevó a cabo una serie de talleres participativos, con los alumnos de sexto primaria, de las escuelas que cubrió el programa Escuelas Saludables. Se tuvo varias sesiones con el mismo grado y el tema principal tratado fue “La autoestima”.
- Subprograma de investigación: El tema de investigación que se trabajó fue “Causas del bajo rendimiento escolar, de los niños que asisten a psicoterapia, al Centro de Salud de Amatitlán”. Esta investigación se trabajó con pacientes de ambos géneros, comprendidos entre las edades 6 a 13 años.

INTRODUCCION

La salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice salud mental como analogía de lo que se conoce como salud o estado físico, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

Se considera que se tiene salud mental, cuando se piensa, se dice, se desea y se hace el bien, cuando se tiene coraje para enfrentar la vida y se encuentra encanto a la existencia, cuando se tiene autoestima y entusiasmo por vivir, cuando se está sereno, cuando hay capacidad de servir, de amar, de perdonar, de comprender, cuando la seguridad psicológica no depende de alguien, de alguna cosa o de alguna condición, cuando se es capaz de superar las dificultades diarias y los diversos tipos de interacción social, sin sufrir disfunción en el pensamiento, en las emociones y en las conductas.

La salud mental es entonces, una condición fundamental para el funcionamiento eficaz de un individuo así como de la sociedad en la que se encuentra inmerso. Sin embargo, a través de los años, han surgido diferentes acontecimientos en el mundo entero que han afectado la salud mental de los seres humanos que habitan en él. Guatemala no ha sido la excepción, eventos como la conquista española y la guerra interna, dejaron como resultado una infinidad de problemáticas que siguen repercutiendo aún en la actualidad. Además de esto, hay otros factores como la violencia, discriminación, desnutrición, analfabetismo, delincuencia, drogadicción y pobreza, entre otros, que marcan cada una de las vidas de las personas que conforman la sociedad.

Amatitlán es uno de los 17 municipios del departamento de Guatemala. Se encuentra situado en la parte sur de éste país. Este municipio ha contado con diversidad de atractivos turísticos, entre estos, su Lago. Con el paso del tiempo ha aumentado el número de habitantes, el clima ha cambiado, así como la forma de producción. Han ocurrido diversos factores, los cuales han contribuido a que la vida cotidiana de sus pobladores ya no sea la misma que fue años atrás. En la actualidad existen diferentes problemáticas que afectan la salud mental de los amatitlanecos. Entre éstas se pueden mencionar: el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, baja autoestima, repitencia y bajo rendimiento escolar.

Las problemáticas mencionadas anteriormente afectan en demasía la salud tanto física como mental de quienes las padecen. Es por ello, que por medio de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Ciencias Psicológicas, se cuenta con un espacio para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, en donde el epesista pueda contribuir al mejoramiento de los problemas que se están presentando. De acuerdo a las necesidades encontradas en el municipio de Amatitlán, se diseñó un proyecto, el cual pudiera influir de manera positiva a que dichos problemas se minimizaran. Este plan tuvo como finalidad la intervención psicológica para mejorar la salud mental de los usuarios del Centro de Salud de Amatitlán, así como de los alumnos de 6to primaria, beneficiarios del programa Escuelas Saludables. A continuación se detalla todo el proceso que se llevó a cabo durante la realización del EPS.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar:

Amatitlán es uno de los 17 municipios del departamento de Guatemala. Se encuentra situado en la parte sur de éste país, en la región 1 o región metropolitana. Limita al norte con los municipios de Villa Nueva, San Miguel Petapa y Villa Canales del departamento de Guatemala, al sur con los municipios de Palín y San Vicente Pacaya del departamento de Escuintla, al este con el municipio de Villa Canales del departamento de Guatemala y al oeste con los municipios de Santa María de Jesús y Magdalena Milpas Altas del departamento de Sacatepéquez.

Está localizado a 28 kilómetros desde la capital en la ruta que conduce al Pacífico. Tiene una extensión territorial de 204 kilómetros cuadrados y una altitud de 1,200 metros sobre el nivel del mar. Su clima templado se ha visto modificado debido a la deforestación y a la alteración del régimen de lluvias, por lo que ahora es más cálido. Su topografía es plana con predominancia de suelo arenoso.

Este municipio está formado en 14 aldeas, 9 caseríos y una ciudad. Asimismo ésta última tiene 7 barrios, 1 cantón y más de 170 colonias. Las aldeas son: Agua de Las Minas, Las Trojes, Llano de Animas, Los Humitos, Eje Quemado, Laguna Seca, El Pepinal, Loma Larga, El Durazno, El Cerrito, Tacatón, Mesillas Bajas, San Carlos y Calderas. Sus caseríos: El Rincón de Anís, El Chajil, Manuelón, El Cerro, Mesillas Altas, El Zapote, Casas Viejas, El Salitre y Chulamán. Los barrios de ésta ciudad son: San Antonio, San Juan, San Lorenzo, El Rosario, Hospital, Ingenio y La Cruz. El Cantón Amanecer es el único que oficialmente está instituido por la Municipalidad.

Amatitlán estuvo inicialmente asentado en el valle Pampichí o Pampichín, que en la actualidad da lugar a la aldea Belén Los Cerritos. Por esta razón el niño de Amatitlán venerado por la población también es llamado Niño de Belén, posteriormente la población fue trasladada a Tzacualpa ubicada supuestamente al oriente del actual Amatitlán, llegando a extenderse desde el nacimiento del río Michatoya hasta el puente La Gloria. Antes de éste traslado el lugar fue poblado por

contingentes negros traídos por los españoles a trabajar en los trapiches del lugar. El 24 de junio de 1,549 es la fecha en la que fundaron la población con el nombre de San Juan Amatitlán, al reunir cinco pueblos prehispánicos, fue elevada a villa el 20 de marzo de 1,680.

Amatitlán es de origen pocomán y formaba parte de una extensa región con Palín y San Miguel Petapa. La actual población fue fundada pocos años después de la conquista. El título de ciudad se le otorgó por decreto el 28 de agosto de 1,835.

Existen varias interpretaciones etimológicas de Amatitlán, sin embargo, todas coinciden en la raíz generadora Amatl (voz nohoa) que significa papel. Esto debido a que los habitantes pre-colombinos de la región, pocomanes y pipiles, utilizaban la corteza de los árboles de amatle para escribir sus jeroglíficos y hacer sus pinturas. Los árboles de amatle eran abundantes en la región y aún ahora pueden encontrarse con facilidad. El glifo de Amatitlán era un rollo de papel atado con un mecatl. De tal manera que el nombre Amatitlán se interpretó como “lugar rodeado de amates”, “ciudad de las cartas de letras o del correo”. También se dice que viene de la voz cakchiquel “chichoy” que significa “en el lugar de la laguna”.

La principal actividad económica de los habitantes de Amatitlán ha variado con el paso de los años. Hasta mediados del siglo XX se dedicaban a la producción agropecuaria de subsistencia, oficios de albañilería y carpintería, comercio en pequeña escala, además de actividades relacionadas con la atención al turismo como venta de comida y dulces típicos. Sin embargo, debido a que la demanda de empleos superó la oferta de puestos de trabajo, actualmente la principal actividad tiene que ver con emplearse en oficinas, empresas o industrias instaladas en la ciudad capital y otros lugares como Villa Nueva y Escuintla. Este diario desplazamiento, junto al de numerosos estudiantes ha convertido a éste lugar en una especie de ciudad dormitorio.

Actualmente se ha transformado en una cadena de establecimientos comerciales. Prácticamente todas las puertas son un negocio, una venta de algún producto o servicio, en especial en la zona central.

Funcionan 2,200 establecimientos comerciales. Un considerable número de estos negocios, especialmente venta de comidas y artículos al menudeo, son catalogados como parte del subempleo o economía informal y no cuentan con registros formales, ni control tributario. Esto relacionado con el déficit de empleo y generación formal o estable de ingresos, lo que obliga a dedicarse a este tipo de actividad para su sobrevivencia.

En éste municipio se encuentran veinte empresas industriales y agroindustriales aproximadamente, dedicadas al procesamiento o producción de materiales para construcción, agroquímicos, semillas y follajes ornamentales, estufas, refrigeradoras, pinturas, estructuras metálicas procesamiento de café en grano y químicos industriales. Entre éstas empresas existen cinco maquiladoras de ropa dirigidas por empresarios asiáticos.

La mayoría de agricultores se dedica al cultivo de maíz y frijol. Aunque también tiene importancia económica el cultivo de café, tabaco, maní, chile, banano, plátano, jocote de corona, piña, hortalizas y legumbres.

Cuenta con un lago que tiene movimiento turístico por ser uno de los lugares más atractivos del país, es visitado como paseo dominical o cualquier día de la semana para disfrutar de toda esa exquisita comida de la región y dulces típicos. Sin embargo, éste lago en la actualidad está sufriendo de contaminación. Su extensión es de 15.2 kilómetros cuadrados.

Se encuentran también los ríos de Michatoya y Mico, la laguna de San José Calderas, Quebraduras, Agua de Las Minas, La Barraca, La Azacualpa y La Estaca por el lago de Amatitlán.

Este lugar cuenta con la Sierra Monterico y Los Cerros, Cardona de Dorado, El Filón, El Marlon, Hoja de Queso, La Sierra, La Mariposa, La Montaña, La Mujer Dormida, La Pipa, Limón, Mal Paso, Palencia, Santa María y Silla de Los Órganos.

La fiesta titular se celebra el 24 de junio en honor a San Juan Bautista, santo patrono. Se dispuso el 29 de octubre de 1,938 que la fiesta de pesca y la mojarra, que se ha venido celebrado el último domingo de diciembre, se trasladara para el 3 de mayo de cada año. Desde el siglo pasado la fiesta titular de la ciudad de Amatitlán cambió su nombre por disposición del ejecutivo, se le conoce en la actualidad como de la Cruz que conmemora la invocación de la Santa Cruz.

Para la feria titular el 3 de mayo de la Santa Cruz, se elaboran los platillos especiales de la región incluyendo cajetas ovaladas de madera pintada con los colores brillantes, se llama así por ser fabricadas del árbol cajeto. Contiene gran cantidad de las golosinas típicas de Amatitlán, como lo son animales hechos de azúcar ya sea blanca o teñida con tintes vegetales.

El idioma que se habla en éste municipio es el español y una parte de la población habla cackchiquel.

Cuenta con centros recreativos como: IRTRA, Parque Las Ninfas, Lic. Eduardo Cáceres Lehnhoff, Automariscos, Las Hamacas y el Centro Vacacional Carlos Arana Osorio.

Respecto a la demografía, determinar el número de habitantes de Amatitlán es difícil. Esto porque no existe un censo reciente o estudio confiable. Además especialmente a partir de 1,990 el crecimiento de la población se ha visto influenciado por la migración y el surgimiento de diversos proyectos residenciales. Sin embargo, aunque el Instituto Nacional de Estadística, INE, estima una población de 85,000 habitantes; diversos estudios de campo consideran que en realidad son entre 115 y 125 mil los habitantes de éste municipio.

La organización social está conformada de la siguiente manera: Casa de la Cultura “Domingo Estrada”, Cooperativa Unión Progresista Amatitlaneca -UPA-, Grupo Alcohólicos Anónimos “El Rosario”, XXIX Compañía de Bomberos Voluntarios de Amatitlán, FUNDALAGO, Asociación Ecológica del Lago, Asociación de Pequeños Negocios del Lago y Asociación de Comunicadores Sociales de Amatitlán, ACSA.

Las instalaciones culturales con que cuenta ésta ciudad son: Parque Central “Francisco Javier Arana”, incluyendo la Plaza Cívica “Carlos Santos Sacú”, Parque “Oscar Reynosa H.”, Parque “Las Ninfas”, Centro Cultural Mengalas, Biblioteca Municipal “Prof. Efraín Alfredo Guzmán Monasterio”, Salón de Honor “Lic. Ernesto Chinchilla Aguilar”, Salón “Lago Dorado” y Salón “Las Rosas”.

Haciendo referencia a los servicios públicos, circulan 3 periódicos: Mengala, El Metropolitano y Nuestro Pueblo; 2 revistas, 3 guías comerciales, un sistema de 45 canales de televisión por cable; 2 canales locales: Lago TV y CICTV; 2 radios y 1 radio circuito cerrado en el mercado. Funciona una oficina de Correos y Telégrafos.

En cuanto a la vivienda, aproximadamente 15,000 propiedades están inscritas en la oficina del IUSI de la Municipalidad de Amatitlán. Se estiman 11,500 unidades habitacionales, sin tomar en cuenta aldeas y caseríos. En su mayoría, el tipo de construcción es cimentación de concreto armado, paredes de block, ladrillo o planchas prefabricadas, piso de cemento, granito o cerámica, techo de lámina o terraza fundida.

Otros servicios públicos con los que se cuenta son la cobertura de energía eléctrica, 15,000 drenajes domiciliarios instalados, un sistema municipal de recolección de basura y 4 empresas particulares dedicadas a esa tarea; se estiman 6,500 servicios telefónicos residenciales instalados y 10,000 servicios domiciliarios de agua.

El servicio de transporte se encuentra formado por: 170 buses extraurbanos, que cubren la ruta Amatitlán a Guatemala y viceversa; 20 buses que cubren las rutas de la ciudad, las aldeas y los caseríos; 70 buses que cubren las rutas urbanas; 20 buses

escolares; 50 taxis autom3viles; 70 bicitaxis; 15 carretas de tracci3n humana; 30 pick ups fleteros; 20 lanchas de motor fuera de borda para 10 o m1s pasajeros y 115 lanchas de remos.

En la actualidad en 3ste municipio funcionan aproximadamente 140 establecimientos educativos, los cuales est1n distribuidos de la siguiente manera: 6 Escuelas Preprimarias Estatales; 46 Escuelas Primarias Estatales; 12 Institutos b1sicos, 2 Institutos diversificados; 48 colegios privados; 24 academias de computaci3n, mecanograf1a y ocupacionales; 3 Centros de Capacitaci3n T3cnica. Asimismo funciona una extensi3n universitaria por medio de un convenio entre Cooperativa UPA y Universidad Galileo. La poblaci3n escolar total se estima en 40,000 estudiantes.

El 1rea de salud cuenta con un hospital nacional, que es el Hospital Nacional San Juan de Dios, un Centro de Salud, una Unidad Asistencial del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, 2 farmacias estatales, 5 hospitales privados, 40 farmacias privadas, 12 laboratorios bioqu1micos privados, 3 puestos de salud en aldeas y 6 botiquines rurales.

Las 10 primeras causas de mortalidad general en 3ste municipio son: infarto agudo del miocardio, heridas por arma de fuego, neumon1as y bronconeumon1as, paro respiratorio, diabetes Mellitus, cirrosis del h1gado, causas mal definidas y no especificadas, hipertensi3n esencial, insuficiencia renal no especificada y septicemia no especificada.

Las 10 primeras causas de morbilidad general son: amigdalitis, parasitismo intestinal, gastritis, infecci3n de las v1as urinarias, dermatitis, neuralgia y neuritis, conjuntivitis, anemia, faringitis aguda y otitis media no especificada.

1.2 Descripción de la institución:

El Centro de Salud Amatitlán se encuentra situado en la 10 Av. Y 5ta calle Cantón Hospital de la misma ciudad.

En el año de 1,954 el Gobierno de la República a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, suscribió un convenio con la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF en el cual se llevaría a cabo la realización de un proyecto de demostración sanitaria rural en Guatemala. Se eligió la zona de demostración sanitaria rural, con una extensión y población aproximadas de 890 kilómetros cuadrados y 100,000 habitantes, comprendiendo los municipios de Amatitlán, Palín, Escuintla, San Vicente Pacaya, Siquinalá y Santa Lucía Cotzumalguapa. Esta zona tuvo como finalidad hacer el estudio completo de los problemas de salud que existían en el área para luego elaborar programas y así encontrar la solución adecuada. Para lograr esto, se organizó el funcionamiento de un Centro de Salud que fue establecido en la ciudad de Amatitlán, éste tuvo por objeto servir de modelo para organizar de forma similar los demás centros de salud de la República. Al mismo tiempo serviría de escuela para adiestrar al personal que debía laborar en los distintos programas a realizarse. Fue así como nació el Centro de Salud Modelo de Amatitlán.

El Centro de Salud de ésta ciudad fue fundado el 26 de enero de 1,956 y fue el primer centro de salud de Centro América. Su extensión territorial es de aproximadamente 200 metros cuadrados, su construcción es considerada patrimonio nacional. El terreno fue donado por el convento que se encuentra a la par. Este centro está clasificado de tipo B debido a que no cuenta con el servicio de encamamiento.

El objetivo fundamental de todas las actividades del personal del Centro de Salud fue, desde su fundación, prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, reducir el índice de morbilidad y mortalidad, y atender las necesidades de la población de escasos recursos, especialmente mujeres y niños.

La misión del centro es atender a la población con medidas preventivas y curativas. Vigilando la calidad del ambiente y la atención a las personas. Para poder brindar una atención integral de calidad con especial cuidado a la salud de todos. Asimismo, su visión es ser el Centro de Salud Modelo con calidad de atención y servicios accesibles a la población. Vigilando que los servicios básicos de saneamiento ambiental sean un compromiso de todos.

Algunos de los servicios con los que cuenta son los siguientes:

- Higiene de la madre: Tiene a su cargo el control de la madre durante el embarazo y el período inmediato al parto, proporcionándole las mejores condiciones higiénicas para el nacimiento del niño.
- Higiene del niño sano: Aquí los niños tendrán la oportunidad de desarrollarse bajo condiciones que les permitan su bienestar físico, mental y social, mediante inmunizaciones, cuidados higiénicos, mejoramiento de sus condiciones ambientales, etc., haciéndolo más resistente contra las enfermedades.
- Higiene oral: Procura la prevención de las enfermedades de la boca y dientes.
- Control de enfermedades transmisibles: Investiga y efectúa el control de aquellas enfermedades más comunes e importantes en la población.
- Nutrición: Demuestra a las madres como pueden aprovechar los recursos de la comunidad para el mejoramiento de la dieta familiar y corregir así, muchas de las deficiencias nutricionales que tan frecuentemente se observan en el medio rural.
- Laboratorio: Realiza exámenes complementarios que se requieren para el efecto de las labores del Centro de Salud.
- Saneamiento Ambiental: Proporciona a la comunidad un ambiente sano modificando el medio físico, con el fin de disminuir el riesgo de adquirir enfermedades.

Los recursos humanos con los que cuenta son: 3 Médicos de consulta general, 2 Odontólogos, 1 Ginecólogo, 1 Pediatra, 1 Trabajadora Social, 1 Secretaria, 1 Enfermera profesional, 7 Auxiliares de Enfermería, 4 Auxiliares en puestos de salud,

1 Inspector de Saneamiento, 1 Laboratorista, 1 Estadígrafo, 1 Piloto, 2 Conserjes y 2 Guardianes.

El Centro de Salud tiene un solo nivel, en el cual algunos de sus espacios están divididos en cubículos. En las clínicas hay salas de espera, éstas también se encuentran en el patio. Hay servicios sanitarios tanto para el personal como para la población a la que se atiende. Existe un salón de usos múltiples para las reuniones y otras actividades. Cuentan con computadoras, teléfono y fotocopiadora.

Este centro tiene a su cargo un programa de Escuelas Saludables en donde se pretende realizar las siguientes acciones: Vacunación, salud bucal, suplementación de hierro, seguridad alimentaria, desparasitación, evaluación de la agudeza visual y auditiva, higiene personal, manejo de agua, manejo de basura, eliminación de criaderos de zancudos, roedores y otros, prevención de accidentes y primeros auxilios, salud mental, educación sexual, autoestima, moral y ética, y relaciones interpersonales.

1.3 Descripción de la población atendida:

La población con la que se trabajó el proyecto del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 2008, en el Centro de Salud de la ciudad de Amatitlán, es amplia ya que son todos los usuarios del centro y las personas que requirieron el servicio. Se atendió a niños, adolescentes y adultos, de ambos géneros.

La población que asistió a dicho centro provenía de diferentes lugares, especialmente del centro de Amatitlán. Sin embargo, también procedían de aldeas y caseríos del municipio mencionado. La mayor parte de esta población tiene un nivel socioeconómico bajo y son practicantes de la religión católica aunque la evangélica también tiene peso y se practican algunas otras.

En el subprograma de servicio se atendió a la población de forma individual brindando servicio psicoterapéutico en una clínica del Centro de Salud. El rango de edad de los pacientes que asistieron se mantuvo entre 4 a 75 años y se atendieron diferentes problemáticas. Entre las que cuales se puede mencionar: bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, baja autoestima, alcoholismo, agresividad, hiperactividad, depresión, violencia intrafamiliar, problemas de conducta y otros.

En el subprograma de docencia se trabajó con los niños y niñas de seis escuelas que se beneficiaron del programa “Escuelas Saludables”. Se brindaron talleres de Autoestima y en ellos participaron los alumnos de sexto primaria de cada una de las escuelas.

En el subprograma de investigación se hizo un estudio a los pacientes que asistieron debido a bajo rendimiento escolar para poder identificar la causa de esta problemática en ellos.

1.4 Planteamiento del problema:

Durante la visita de reconocimiento que se realizó al Centro de Salud de Amatlán y a la población del mismo municipio, antes de haber iniciado el proyecto, se encontraron necesidades y problemáticas diversas, por lo que se trabajó en ellas durante la ejecución del mismo. Se abordaron diferentes problemáticas, sin embargo, las que se presentaron con más frecuencia y a las que se les dio más énfasis se describen a continuación.

El alcoholismo es uno de los problemas que se manifiestan en ésta población. Este problema se presenta más que todo en los adolescentes y adultos, y es más frecuente que se dé en el género masculino. El consumir alcohol en grandes cantidades y con frecuencia, provoca problemas familiares, laborales y sociales. Así también como fisiológicos. Estas personas tienen pérdida del autocontrol para manejar esta situación. Los adolescentes abandonan sus actividades cotidianas, se muestran rebeldes ante sus padres u otros adultos, en ocasiones pueden tener un

comportamiento agresivo y hasta violento con las personas que los rodean, llegan incluso a vender cosas o robarle dinero a sus familiares para poder adquirir esta sustancia. Las personas adultas suelen abandonar sus actividades laborales o rinden menos en las mismas, por lo que llegan a ser despedidas, esto hace que la familia no cuente con el soporte económico necesario para subsistir. En el hogar pueden ser agresivos con su cónyuge y con sus hijos trayendo grandes repercusiones como el divorcio o la separación. El sentimiento de frustración, de impotencia y “el querer huir de sus problemas”, son unas de las muchas causas de ésta problemática.

El bajo rendimiento y la repitencia escolar son problemas muy marcados y se deben a diversos factores. En las escuelas públicas y en algunos colegios hay altos índices de esta problemática. La causa de estos acontecimientos no siempre es que el niño tenga algún problema neurológico o físico sino también se debe a factores externos como: la alimentación, la infraestructura de los establecimientos, la sobrepoblación estudiantil y poco personal docente, falta de interés de los educadores por el proceso de enseñanza-aprendizaje y que no cuentan con ayuda en su hogar para realizar las tareas o reforzar los temas vistos. Y a factores internos como problemas emocionales debidos a conflictos familiares, personales y escolares. Todo esto se observa con más frecuencia en el área de primaria.

La baja autoestima es otro problema que afecta a la población amatitlaneca, puede darse a cualquier edad y en cualquier género. Las personas más vulnerables ante esta situación son las mujeres. Se observó que las personas con baja autoestima tienen un bajo concepto de sí mismas, se consideran de poco valor e incapaces de realizar algunas actividades, se sienten impotentes ante diversas situaciones, no se quieren, no respetan su cuerpo, se dañan a sí mismas y culpan a los demás por sus errores. Esto afecta la vida cotidiana de éstas personas pues recurren a soluciones inadecuadas para sentirse mejor como drogas, alcohol, aislamiento y en casos extremos algunas de ellas llegan incluso a intentar suicidarse.

La violencia intrafamiliar es común no solo en la población meta sino también en Guatemala. En Amatitlán ésta problemática se presenta con frecuencia y se da generalmente de parte de los hombres hacia las mujeres y de los padres hacia los hijos. La violencia es tanto física como psicológica y deja grandes huellas en la vida de las personas. Las formas de violencia que se realizan son golpes, insultos, descuido, negligencia, abuso sexual y otros. Este fenómeno se presenta en las parejas, ya que el agresor no está satisfecho tanto con él mismo, como con la víctima; sigue los mismos patrones de crianza que vivió en su pasado y cuando quieren intimidar para tener el control sobre las acciones y la vida del otro. Los niños sufren al ver esta situación y no poder hacer nada o se sienten responsables por lo que está ocurriendo. Estos también son maltratados, lo que daña su autoestima y su personalidad.

Las problemáticas mencionadas, además de otras, se trabajaron en los subprogramas servicio, docencia e investigación.

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Abordamiento teórico metodológico:

Desde tiempos antiguos se ha definido a la salud como ausencia de enfermedad, posiblemente porque se entiende mejor la enfermedad que la salud. La enfermedad se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc., síntomas que son claramente perceptibles y que inciden directamente en la capacidad funcional de la persona. Al contrario, el estado de salud no se percibe. De este modo, el concepto más convencional de salud, está ligado a parámetros biológicos, igual que la enfermedad lo está como alteración anatómica o fisiológica, que se manifiesta en desviaciones de los parámetros normales. La salud, se define así, como la normalidad frente a la anormalidad de la enfermedad. Hay, pues, una íntima relación entre los conceptos de salud, enfermedad, y los de normalidad/anormalidad. Incluso desde un punto de vista puramente biológico, la enfermedad y la salud se definen aludiendo a los parámetros normales. Pero la normalidad no se define sólo estadísticamente, sino que se establece también socioculturalmente. Por eso, algunos autores hablan de la construcción social de la enfermedad. Por eso, también, el concepto de salud ha cambiado en la actualidad y ha añadido al marco de referencia biológico, el psicológico y el social. En 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definió la salud como el estado de absoluto bienestar físico, mental y social; y no la mera ausencia de enfermedad (Alvarado, Garrido y Torregrosa, 1996, p. 354).

La salud mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice salud mental como analogía de lo que se conoce como salud o estado físico, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen

dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo¹. Los diccionarios de la Merriam-Webste definen salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la manera en la que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Muchos expertos consideran a la salud mental como un continuum, es decir, que la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud mental incluye el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros.

Se considera que se tiene salud mental, cuando se piensa, se dice, se desea y se hace el bien, cuando se tiene coraje para enfrentar la vida y se encuentra encanto a la existencia, cuando se tiene autoestima y entusiasmo por vivir, cuando se está sereno, cuando hay capacidad de servir, de amar, de perdonar, de comprender,

¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental

cuando la seguridad psicológica no depende de alguien, de alguna cosa o de alguna condición, cuando se es capaz de superar las dificultades diarias y los diversos tipos de interacción social, sin sufrir disfunción en el pensamiento, en las emociones y en las conductas.

Percibida de esta forma la salud mental, está claro, que hay millones de seres humanos en las calles, en las fiestas, en los despachos, en todas partes, trabajando o divirtiéndose, que aparentan ser sanos, pero en realidad aunque no están enfermos, son enfermos; son los que se llaman normalmente enfermos, pues no pueden pasar sin medicamentos, sin tabaco, sin juegos de azar, sin beber, sin divertirse, sin extravagancias en la alimentación; sufren disturbios del sueño, en la digestión, en la respiración, en la circulación, en la vida sexual, padecen dolores en distintas partes del cuerpo, trabajan demasiado o se ven imposibilitados si hay que trabajar duro, y en lugar de perdonar guardan resentimientos, no ofrecen ayuda sino que andan mendigando comprensión, aceptación, prestigio, amor, compasión, no vacilan en mentir, traicionar, robar, siempre que resulten beneficiados, sea dinero, prestigio, posición, poder; no teniendo un motivo elevado para vivir, en todo momento procuran por aquello que tienen más al alcance de la mano, por lo material, lo más deseado por multitudes ignorantes, están ciegos para los valores espirituales, para el amor y para la fraternidad entre los hombres. Padecen estados de miedo, ira, envidia, celos, animosidad, ansiedad, angustia, resentimientos; se han convertido en máquinas sin pensar en lo que hacen, frecuentemente tienen pensamientos nocivos con deseos egoístas e impuros.²

Ahora bien, los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como mentalmente sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. Se puede

² <http://www.ucsm.edu.pe/ciemucsm/pages/salme.htm>

afirmar que los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social.

La salud mental de los individuos y por ende, de las sociedades, se está viendo afectada por una infinidad de problemáticas universales, tanto físicas como mentales y sociales, las cuales repercuten en su calidad de vida, imposibilitándolos a gozar de una buena salud.

En Guatemala, a través de los siglos, han sido diversos los acontecimientos que han afectado la salud mental de sus pobladores. Entre estos están la conquista de los españoles y el conflicto armado interno, en los cuales se oprimió a los más débiles con hechos de violencia dando como resultado una sociedad reprimida con miedo a alzar la voz y hacerse escuchar. En la actualidad, la violencia sigue siendo uno de los mayores problemas que afectan la salud y la integridad de las personas. Aunado a esto, existen otras problemáticas más específicas que intervienen en la trascendencia personal de cada uno de los individuos que conforman el país. Entre éstas se encuentran: la pobreza, el analfabetismo, la delincuencia, el trabajo infantil y el desempleo, entre otros.

Amatitlán, siendo uno de los municipios del departamento de Guatemala, también se enfrenta a cada una de las problemáticas mencionadas anteriormente y a algunas otras: Las que mayor incidencia tienen e intervienen en la salud mental de ésta población son: violencia intrafamiliar, baja autoestima, alcoholismo, repitencia y bajo rendimiento escolar.

La violencia intrafamiliar o violencia doméstica se define a grandes rasgos como actos violentos ejercidos por una persona con un rol marital, sexual, parental, o de cuidados hacia otros con roles recíprocos. La violencia implica cualquier acto de violación, incluyendo la violencia emocional, que daña el auto-concepto del individuo. El abuso sexual de los niños incluye un abuso abierto u oculto, en el cual familiares

adultos, cuidadores, padrastros, amantes de los padres del niño, o hermanos mayores y más fuertes que éste, intentan recibir gratificación sexual de él o gratificar sexualmente al niño. El abuso físico incluye cualquier acto de agresión dentro de una familia, desde empujar, pegar, o excluir, emplear un arma o matar a un miembro de la familia. El maltrato a los ancianos comprende el abuso físico, el abuso psicológico, el abandono, el abuso económico, y la violación de los derechos de la persona anciana (Stith, Williams y Rosen, 1992, p. 27).

Excluyendo a la policía y al ejército, la familia es quizá el grupo social más violento y el hogar el medio social más violento de la sociedad. Es más probable que una persona sea golpeada o asesinada en su propio hogar por otro miembro de su familia, que en ningún otro sitio o por ninguna otra persona. Las personas que tratan la violencia familiar, estudian la violencia familiar o viven dentro de familias violentas, suelen preguntarse por qué estos miembros familiares son siempre más violentos consigo mismos de lo que son con sus amigos o hacia desconocidos. Se sugieren la existencia de doce características de la familia que les hacen especialmente susceptibles a la violencia (p. 28):

1. Factor tiempo: El riesgo que supone el que la mayoría de los miembros de la familia pasen más tiempo juntos que los miembros de el resto de los grupos.
2. Abanico de actividades e intereses: Debido al amplio abanico de actividades e intereses que existen en una familia, existen, asimismo, un gran número de posibles situaciones conflictivas.
3. La intensidad de la relación: Los miembros familiares tienen una gran implicación emocional entre sí, y en consecuencia, responden más intensamente cuando se origina un conflicto interno de lo que lo hacen cuando un conflicto similar surge fuera de la familia.
4. Conflicto de intereses: El conflicto configura la mayoría de las decisiones tomadas por los miembros de una familia, debido a que las decisiones tomadas por una persona pueden entrar en conflicto con los intereses de cualquier otro miembro. Así pues, las decisiones realizadas por un miembro de

la familia pueden vulnerar la libertad de otros miembros de la familia para llevar a cabo actividades diferentes.

5. Derecho a influir: La pertenencia a una familia conlleva un derecho implícito a influir en la conducta de los otros.
6. Discrepancias de edad y sexo: La familia está compuesta por personas de diferentes edades y sexos, lo cual abona el terreno de los conflictos culturales.
7. Roles asignados: Normalmente el estatus y el rol familiar suelen ser asignados en base a características biológicas en lugar de en base a competencias e intereses. Este método de asignación de roles puede desembocar en conflictos y anomalías entre talento y rol.
8. Intimidación familiar: El alto nivel de intimidación que posee la familia urbana aísla esta unidad tanto del control social como de la asistencia externa que permite abordar el conflicto intrafamiliar.
9. Pertenencia involuntaria: Existen lazos sociales, emocionales, materiales, y legales que hacen difícil poder abandonar la familia cuando el conflicto es elevado.
10. Alto nivel de estrés: La familia nuclear está constantemente sufriendo cambios importantes en su estructura como resultado al proceso inherente al ciclo de vida familiar. Es probable que la familia sea el lugar de los factores estresantes más graves que cualquier otro grupo.
11. Aprobación normativa: Normas culturales profundamente arraigadas legitiman el derecho de los padres a emplear la fuerza física con sus hijos y también hacen de la licencia de matrimonio una licencia de malos tratos.
12. Socialización dentro de la violencia y su generalización: A través del castigo físico los niños aprenden a asociar amor con violencia. Esta asociación se perpetúa más adelante en la relación matrimonial.

La violencia intrafamiliar está muy marcada en la sociedad guatemalteca y como anteriormente se mencionó, este tipo de violencia incluye a padres, hermanos, hijos, abuelos, y otros que tengan algún vínculo dentro de la familia. En la población amatitlaneca se presentan todos los casos, pero se observa con frecuencia que es la

infancia quien sufre más ésta situación. Muchos niños son víctimas de maltrato, generalmente por parte de los padres, y esto viene a repercutir en cada una de esas vidas.

El maltrato infantil es un hecho que se ha dado de generación en generación. El derecho a la vida no siempre le ha sido reconocido al niño. Son múltiples las culturas de la antigüedad en las que la infancia carecía de derechos completamente. Los niños a lo largo de los años han sido considerados propiedad privada de sus progenitores y en algunas épocas, propiedad de la sociedad en la que vivían.

Históricamente el niño siempre ha sido víctima de maltrato infantil y considerado como un objeto propiedad de los adultos. Ha tenido lugar en todos los estratos sociales. Aunque han surgido, con el tiempo, asociaciones y leyes para denunciar el maltrato infantil, en la actualidad se sigue dando este problema.

Se entiende por maltrato infantil todas las lesiones físicas y/o psicológicas no accidentales, abuso sexual, falta de amor y trato negligente de todo menor de edad por acción u omisión de sus padres, de la persona encargada de su cuidado y custodia o por cualquier otro adulto. Implica peligro o amenaza para la salud y bienestar físico, emocional, mental y social del niño o joven que lo priva de su libertad y derechos como individuo (Pinto, 1998, pp.17-19).

Según el Centro de Documentación e Información de la Mujer (1994, pp.43- 51) los mayores maltratan a menores porque se ha aprendido a lo largo de la vida que la violencia de los más fuertes hacia los más débiles es la forma más fácil de tener autoridad sobre ellos. El maltrato de padres a hijos es una copia de las relaciones autoritarias que se dan en la sociedad: de los gobernantes al pueblo, de los poderosos hacia los pobres, de los jefes a los empleados.

Pero es todavía peor porque los niños tienen la desventaja de tener, además de la dependencia física y económica, una dependencia moral y afectiva que les imposibilita salir de una relación de violencia. Y es más difícil de erradicar porque los

adultos aprenden no solo de la violencia que se observa en la sociedad, sino porque de una u otra forma todos han sufrido alguna agresión, siendo niños, de parte de una persona mayor.

Los padres se amparan bajo ideas falsas para maltratar a sus hijos. Una de ellas es que el mal comportamiento de los niños solo puede ser totalmente corregido con el castigo físico o agresiones verbales. El maltrato, visto como método educativo y de corrección del comportamiento de los niños, es algo que está muy metido en la mentalidad de los adultos en la sociedad. El maltrato es la forma más fácil de educar y éste se utiliza en un alto porcentaje, o en mayor medida que la comunicación, el afecto y el ejemplo de padres a hijos. Otra idea es aquella que dice que ser padre otorga todos los derechos de hacer con un hijo lo que estime conveniente, sea esto bueno o malo para su desarrollo. Esto es lo que hace que los padres actúen con sus hijos como si estos son objetos o seres sin sentimientos que solo deben obedecer. Cuando un hijo contradice esta ley establecida por la costumbre, los padres se sienten obligados a corregir con la fuerza y la violencia, si es necesario, la desobediencia, hasta llevar de nuevo por el buen camino al hijo descarriado. Esta idea de los derechos absolutos de los padres y de que el hogar es un lugar íntimo e intocable, es la que ha pedido a la sociedad intervenir en el ámbito de la familia y detener las situaciones de maltrato que viven muchos niños. Aunque en muchos países existen leyes que permiten castigar a un padre o madre, o cualquier adulto que maltrate a un niño, y a pesar de que en 1959 la Organización de las Naciones Unidas, dio a conocer la Declaración de los Derechos del Niño, hay países donde éstas ideas son las que predominan y se ven reforzadas por la ausencia de una ley contra el maltrato infantil.

Además de estas creencias hay otros factores que unidos entre sí pueden desencadenar el maltrato infantil. 1. Generalmente las personas que fueron educadas con el método de castigo físico también lo aplican con sus hijos. 2. Personas que sufren problemas psicológicos o problemas de alcoholismo son personas que tienen poca capacidad de controlar sus impulsos y tienden a ser violentas con sus hijos y las

personas que les rodean. 3. Padres que experimentan rechazo a un hijo, porque no fue deseado o porque vino en un momento que alteró los planes de su vida, es fácil que caigan en situaciones de agresión al hijo. 4. El desconocimiento en los padres de las etapas de desarrollo de los niños les lleva a exigir a veces más de lo que corresponde según su edad. 5. Parejas conflictivas y mujeres que son maltratadas por el compañero o esposo, reproducen en los hijos esa relación de maltrato. 6. Madres que se encuentran solas en la responsabilidad y manutención de los hijos, y con pocas posibilidades de progresar económicamente, descargan sus tensiones agrediendo a sus hijos. 7. El bajo nivel cultural en las familias contribuye a utilizar el método tradicional en la educación de los hijos: el castigo físico y la agresión verbal.

La violencia contra la infancia tiene grandes consecuencias tanto a nivel físico, como psicológico y social para los niños que la sufren. Una de las consecuencias que puede traer a nivel psicológico es la baja autoestima. Sin embargo, ésta no sólo se da a causa del maltrato infantil sino que también debido a otros factores.

La autoestima es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser dignos de felicidad. Esta consiste en dos componentes: 1. considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2. el respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho por ser feliz y, por extensión, confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas (Branden, 2001, p. 14). La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituyen el pilar doble sobre el que se asienta una autoestima sana; si falla una de las dos partes la autoestima se ve afectada.

El modo en que las personas se experimentan a sí mismas influye sobre cada momento de su existencia. Su autoevaluación es el contexto básico dentro del que actúan y reaccionan, dentro del que eligen sus valores, fijan sus metas, se enfrentan a los retos de la vida. Sus reacciones a los acontecimientos están conformadas, en

parte, por quiénes son y quiénes creen que son, o por el grado de competencia y dignidad que creen poseer.

Decir que la autoestima es una necesidad básica supone decir que contribuye de un modo esencial al proceso vital; que es indispensable para un desarrollo normal y sano; que tiene valor de supervivencia. Sin una autoestima positiva, el crecimiento psicológico se encalla. Una autoestima positiva funciona, en la práctica, como el sistema inmunológico de la conciencia, ofreciendo una mayor resistencia, fuerza y capacidad regeneradora.

Cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Las personas con baja autoestima se hunden frente a unas vicisitudes que lograrían disipar si tuvieran sentimientos más sanos acerca de sí mismos. Tienden a sentirse más influidos por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar la alegría; lo negativo tiene más poder sobre ellos que lo positivo.

Las personas con baja autoestima desprecian sus dones, se dejan influir por los demás, no son amables consigo mismas, se sienten impotentes, a veces actúan a la defensiva, a veces culpan a los demás por sus faltas y debilidades, no se quieren y no respetan su cuerpo, a veces se hacen daño a sí mismas, no les importa su entorno, se sienten despreciadas, se sienten menos que los demás, suelen buscar pretextos por sus errores, entre otras cosas.

Aquellos que manifiestan una confianza realista en su mente y valores, aquellos que se sienten seguros de sí mismos, tienden a experimentar el mundo como algo accesible a ellos, y a reaccionar adecuadamente a los desafíos y las oportunidades que se les presenten. La autoestima capacita, da energías y motiva. Inspira a las personas a conseguir cosas, y les permite sentir placer y orgullo por los logros obtenidos. Les permite experimentar la satisfacción.

Los componentes de la autoestima son esenciales en la formación de la personalidad, y son prenda fundamental en el crecimiento y desarrollo de la persona. La autoestima cuenta con cinco componentes básicos (Izquierdo, 2003, p. 110):

- Seguridad: Las personas seguras están abiertas a la comunicación consigo mismas y con los demás; se sienten cómodas en el contacto físico con las

personas que aprecian; se sienten cómodas asumiendo riesgos y buscando alternativas; se sienten cómodas ante la separación de personas de su entorno cuando se le explica o se da cuenta de las razones que le motivan. No dependen de otras personas para ser sí mismas; tienen una relación de confianza con los demás; aceptan y comprenden el sentido y significado de las directrices que reciben cuando consideran que valen y que pueden ayudarles; están dispuestas a perdonar injusticias, buscando la solución o posibles reparaciones de las consecuencias; están abiertas a la interacción mutua y respetuosa con los demás; se dan cuenta de lo que se espera de ellas.

- **Identidad o autoconcepto:** El autoconcepto es la forma como se ve o percibe cada quien a sí mismo, como individuo y como persona. La formación del autoconcepto empieza a delinearse desde el nacimiento, de acuerdo con la forma en que se fue percibido y el trato que le dieron los padres y otros miembros de la familia. Desde sus experiencias desarrolladas en la infancia, así como de la situación genética heredada de sus padres, cada niño reacciona de forma distinta a situaciones y contextos del entorno. Dos de las características del autoconcepto son que las personas que lo poseen están abiertos a tomar decisiones, correr riesgos y a entrar en acción para conseguir resultados, y el miedo a las críticas de los demás no le afectan, ya que sabe lo que es, cómo es y lo que él quiere y puede conseguir con los recursos que tiene.
- **Integración o pertenencia:** Las personas con facilidad para integrarse se sienten a gusto en todos los contextos, están capacitadas así como motivadas para involucrarse y crear unos entornos de pertenencia con todo el mundo y en todas las situaciones. Están motivadas y son capaces de entablar amistades en cualquier contexto ya que son sociables por la misma naturaleza de su formación personal o por la labor personal de crecimiento que hayan llevado a cabo sucesivamente.
- **Finalidad o motivación:** Estas personas tienen un buen sentido de la dirección y saben cómo actuar para llegar a donde quieren; se sienten motivadas a emprender nuevas actividades y a buscar soluciones alternativas; toman sus

decisiones e inician nuevos proyectos y actividades cuando lo consideran oportuno; crean ellas mismas los contextos en que utilizan sus habilidades y destrezas; toman la responsabilidad de sus acciones y reconocen los resultados y las consecuencias de su forma de actuar y relacionarse; se marcan objetivos intermedios realistas y van por ellos, y desde allí a las finalidades posteriores que actualizan de forma continua, son proactivas; concientes que están en un proceso de aprendizaje continuo, y no se dejan desmotivar por errores, equivocaciones o fracasos, ya que saben que pueden aprender de ellos.

- Competencia: La competencia es fuerte elemento motivador de seguridad y de autoconcepto. Las personas con buen sentido de competencia buscan su propia autosuperación y aceptan los riesgos correspondientes; son concientes de sus destrezas, virtudes y debilidades, y aceptan estas últimas como oportunidades de crecimiento; comparten sus gustos, ideas y opiniones con los demás, confiando en que son interesantes e instructivos, igual que le parece interesante e instructivo lo que comparten los demás, ya que pueden aprender de ello.

En resumen, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta es determinante para que lleguemos a realizar los proyectos que nos proponemos en nuestra vida. El tener una baja autoestima puede llegar a bloquear el camino e impedirnos realizar nuestros propósitos. Además la baja autoestima puede ser causa, así como consecuencia de otras problemáticas.

Así como la baja autoestima, otro factor que interviene de manera negativa en la cotidianidad de algunos individuos es el alcoholismo.

El alcohol y los alcohólicos han formado parte de la historia del hombre desde que éste aprendió a fermentar el grano o fruta, produciendo así una sustancia intoxicante que tiene efectos placenteros en el estado de ánimo y la convivencia.

El uso de alcohol ha aumentado y disminuido a través de los tiempos. Aumentó en la época de los griegos y los romanos, y disminuyó durante la Edad Media en las tierras dominadas por el Islamismo. En tiempos más recientes, incrementó durante el hedonismo de la era Isabelina, asimismo, disminuyó cuando la eficiencia y productividad llegaron a ser objeto de burla durante la Revolución Industrial.

No existe una definición única con respecto al alcoholismo. Sin embargo, existen varios criterios conductuales que se describen a continuación: A) La persona informa que pierde el control en su conducta de beber. B) Necesita beber para actuar de manera adecuada por la mañana, a fin de poder seguir desempeñándose durante el día o como preparación para enfrentarse ante acontecimientos que provoquen tensión, esto es, ha llegado a depender psicológicamente del alcohol. C) Pierde empleos o se ha alejado de su familia y amigos debido a la bebida. D) Experimenta vértigos, incrementada tolerancia al alcohol, o ambas cosas. E) informa que presenta síntomas de crisis cuando deja de beber; depende físicamente del alcohol (Nathan y Harris, 1989, p. 311).

No se ha establecido todavía una etiología definitiva del alcoholismo, aunque se han propuesto teorías de tipo biofisiológico, sociológico, psicoanalítico y conductual.

- Teorías biofisiológicas: Una de las primeras teorías supuso que los alcohólicos y los no alcohólicos difieren entre sí, en cuanto a la tasa en la cual transforman por metabolismo el alcohol. Sin embargo, varios estudios han informado que la tasa de metabolismo del etanol no difiere entre los grupos de alcohólicos y no alcohólicos. Algunos intentos por detectar las diferencias entre alcohólicos y no alcohólicos con base en la adaptación celular al etanol o en los mecanismos adrenal, medular y adrenérgico, también han fracasado. Estos mecanismos dependen claramente del consumo de alcohol y de las variables nutricionales, y no de las diferencias innatas o adquiridas, del funcionamiento

corporal entre alcohólicos y no alcohólicos. Posteriormente, este intento se centró en el estudio de la posible función que pudieran desempeñar los factores genéticos en el alcoholismo.

- Teorías sociológicas: Muchos investigadores han demostrado la profunda repercusión que ejercen los patrones culturales en las tasas de alcoholismo. Aunque las influencias culturales pueden predisponer a una persona al alcoholismo, las variables sociales desempeñan un papel importante al transformar esa predisposición en adicción real.
- Teorías psicoanalíticas: Los psicoanalistas explican el alcoholismo de diferentes maneras. Algunos consideran que el alcohólico es fundamentalmente un suicida, ya que intenta destruir a “una madre carente de afecto, mala” con quien él se ha identificado. Otros piensan que él se “defiende” a sí mismo de una depresión subyacente, bebiendo para olvidar. Incluso otros dicen que el alcohólico bebe para defenderse de la abrumadora ansiedad.
- Teorías conductuales: La mayoría de los enfoques conductuales son variaciones del mismo tema, esto es, que el beber es un recurso aprendido para disminuir la ansiedad condicionada. Difieren en el hecho de que proponen distintos mecanismos de aprendizaje como responsables de la ansiedad.

Implícita en la hipótesis de que el alcohol es un reductor de la tensión, está la suposición de que éste alivia la ansiedad de los alcohólicos. Sin embargo, en un estudio reciente en el que se compararon una variedad de dimensiones conductuales entre personas alcohólicas y personas no alcohólicas con características similares, se encontró que ésta suposición no es completamente válida. Otros investigadores concluyeron que la presencia del alcohol puede actuar en el alcohólico como un estímulo discriminativo tanto con propiedades positivas como negativas.

Aunque estos hallazgos no invalidan el punto de vista conductual de la etiología del alcoholismo, sí pintan un cuadro de alcoholismo que es más complejo que el simple modelo de reducción de ansiedad. Estos explican que

el alcohólico decide iniciar nuevos episodios de beber, suponiendo que recuerda solamente los efectos inmediatos del licor al aliviar su ansiedad y depresión, y no su resultado final de incrementarlos. Este fenómeno refleja la influencia del “apagón”, esto es un déficit en la función de la memoria a corto plazo, asociado con alcoholismo crónico y debido a un elevado nivel de alcohol en la sangre.

En general, son muchos los factores que influyen en el hecho de que un bebedor social o un alcohólico ingieran bebidas en una ocasión particular, y el volumen de las mismas. Entre ellos están el nivel de tensiones o amenazas que en forma real o supuesta agobian al bebedor, las consecuencias esperadas de su acto, el contexto social y la inclinación que siente por determinado volumen y tipo de bebida alcohólica.

El acto de beber, a semejanza de otras sustancias, es influido en grado extraordinario por “modelos”, o sea, el comportamiento de otras personas.

Algunas personas beben para excitarse y otras para aplacar la ansiedad. Otros beben para pertenecer a alguna de las “pandillas”, o como una especie de revancha y castigo contra sus esposas (Jaffe, Petersen y Hudgson, 1980, p. 100). En fin, son muchas las razones por las que una persona pueda llegar a ingerir alcohol.

El alcoholismo tiene efectos tanto físicos como psicológicos, que intervienen en la vida del consumidor. Entre las consecuencias fisiológicas están: la cirrosis del hígado, daño hepático, úlceras estomacales y duodenales, lesión cerebral, trastorno de la ideación e intelecto y autointoxicación, entre otras. Uno de los daños psicológicos que puede producir es el trastorno delirium tremens. Además de estos, puede ocasionar accidentes, problemas familiares, legales, sociales y laborales.

Luego de lo descrito se puede decir que el alcoholismo es una problemática que afecta al individuo de una manera impactante, al igual que lo es la violencia intrafamiliar y el tener una autoestima dañada. Sin embargo, existe otra problemática que tiene la misma gravedad que estos y que no solo repercute en las personas que

lo viven y que están a su alrededor sino que también en la sociedad. Este problema es el bajo rendimiento y la repitencia escolar.

Guatemala ha tenido históricamente un nivel muy desfavorable en el campo de la educación. Las oportunidades de acceso y permanencia en el sistema educativo no se hayan al alcance de la mayoría de la población. Desigualdades económicas, sociales y factores políticos, lingüísticos y geográficos influyen en el acceso a la educación. Esta deficiencia es muy preocupante si se toma en cuenta que la educación no es solo un factor de crecimiento económico, sino también un ingrediente fundamental para el desarrollo social.

No solamente el poco acceso a la educación es un inconveniente para el desarrollo del país sino que también una parte de la población que logra tener un lugar en el campo de la educación llega a encontrarse con dificultades, las cuales provocan, en el peor de los casos, que llegue a desertar. Dentro de estas dificultades se encuentran la repitencia y el bajo rendimiento escolar.

La repitencia es un fenómeno que se da en todos los grados de la educación. Algunos docentes consideran la repetición como una solución a los problemas de aprendizaje de los alumnos, pensando que el año siguiente éste pueda alcanzar un rendimiento académico mejor.

Investigaciones recientes sobre la repitencia indican que ésta tiene escasa eficiencia pedagógica sobre el aprendizaje y que desde todos los puntos de vista es un gasto inútil. De ésta manera queda descartada la presunción de que existe conexión entre el elevado índice de repitencia y exigencia de excelencia académica como justificación de la reprobación y la deserción³.

³ <http://www.monografias.com/trabajos12/capitdos/capitdos.shtml#repit>

Un aspecto de alto índice de repitencia es el notable incremento del porcentaje de alumnos con una edad superior a la correspondiente al grado en que están matriculados. La labor pedagógica se complica cuando se tiene que enseñar a alumnos con distintos niveles de madurez física y psicológica, ya que los materiales didácticos y los métodos de enseñanza están diseñados generalmente a partir de una situación ideal y tomando como referencia al alumno promedio. Por lo tanto, los alumnos repitentes con sobre edad no suelen recibir atención adecuada a sus intereses y se encuentran con dificultades para seguir el ritmo normal de enseñanza. Esto provoca que muchas veces repitan de nuevo el grado. De esta forma la repitencia puede producir más repetición en lugar de mayor aprendizaje. Los repitentes en los primeros grados ocupan muchas plazas que podrían estar disponibles para los niños que llegan a la edad escolar y que debería matricularse, generándose así un aprovechamiento inadecuado de espacios. A mayor índice de repitencia, corresponde más años de alumnos promedio para aprobar un grado y para producir un egresado de primaria; esto significa un incremento de los costos y una menor eficiencia interna del sistema educativo. El aumento de los costos podría estimarse útil, si se produjeran los resultados esperados en términos de un mayor aprendizaje. Al menos para primeros grados hay evidencia que indica lo contrario.

Existen muchos factores que influyen de manera determinante, en que el alumno tome actitudes que traigan como secuela repetir el grado. La práctica educativa sigue anclada a un ideal de uniformidad lingüística y cultural que está muy lejos de reflejar las características de la población escolar. En vez de considerar los haberes culturales y habilidades del alumno como punto de partida, son percibidos como obstáculos para la apropiación de otros conocimientos. Existe una disminución entre los factores extra escolares (condiciones de vida y situación socioeconómica) y factores internos al sistema educativo (recursos didácticos, capacitación del docente, métodos de enseñanza). Las informaciones revelan que a más carencia de condiciones económicas de vida, más limitada es la oferta pedagógica y que los alumnos más necesitados tienen por lo general acceso a una educación de calidad más pobre. También influye el docente, su nivel de preparación, su interrelación con

los alumnos, su experiencia, los métodos de enseñanza que usa y cómo trata de resolver los problemas que presentan los niños. Por último no puede faltar la escuela, su forma de organización, su infraestructura, su modelo de gestión y la dotación de recursos didácticos para el aprendizaje como también su nivel de adaptación a las características culturales, económicas y lingüísticas del alumno.

El rendimiento escolar es el nivel de conocimiento expresado en una nota numérica que obtiene un alumno como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza aprendizaje en el que participa. Es alcanzar la máxima eficiencia en el nivel educativo donde el alumno puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales y procedimentales⁴. Lamentablemente en muchas escuelas y colegios de Amatitlán, el nivel de rendimiento escolar que logran tener algunos alumnos es bajo.

El rendimiento escolar está condicionado por una serie de factores que tienden a influir sobre éste. Dentro de estos se encuentran: a. Factores psicológicos, b. Factores biológicos, c. Factores sociales (García, 1995, p. 7-14).

Entre los principales factores psicológicos se mencionan los siguientes:

1. Diferencias individuales: Se pueden interpretar como la desviación ligera, que ocurre entre los individuos con relación a las actividades y normas establecidas. Estas son el centro de las actividades del educando y son las que permiten el fácil o difícil acceso a los conocimientos hacia la integridad humana.
2. El carácter: Es la relación o acción de los agentes externos que actúan sobre el temperamento; el carácter constituye la manera de ser y sentir actual de las personas, es la unidad psíquica, el sello característico de cada individuo.
3. Temperamento: Es una unidad biológica, de origen congénito y está determinado en gran parte por la estructura endocrina vegetativa del individuo.

⁴ <http://www.definicion.org/rendimiento-escolar>

Es determinante en la participación afectiva del individuo, de donde se intuye que la persona sea amable, cariñosa, irritable, seria, fría, humorística, etc.

4. La personalidad: Se refiere al grupo total de técnicas y equipo de ajuste que son características de determinado individuo, frente a las diversas situaciones de la vida. La personalidad de cada individuo posee la historia de su desarrollo, en un período extenso de tiempo se presentan modificaciones.

Entre los factores biológicos están:

1. Nutrición: El grado de nutrición de un niño puede afectar su cociente intelectual, del mismo modo la alimentación que haya recibido la madre antes que el niño nazca.
2. Dislexia: Trastorno de lectura en el cual el niño no puede aprender a leer.
3. Disrritmia: Es un defecto en el ritmo del lenguaje que depende de una insuficiencia general del funcionamiento cerebral.
4. Afasia: Es la dificultad de expresarse en el lenguaje coherente.
5. Problemas auditivos: Ya sea que tenga pérdida total o parcial del sentido del oído.
6. Problemas visuales: Incluyendo aquí hipermetropía, miopía y astigmatismo.
7. Herencia y ambiente: El individuo cuando nace trae consigo los caracteres que le han sido heredados, los cuales le van a ser útiles en el desarrollo de la vida y mediante la interacción con el ambiente tiende a ir adaptando esos caracteres y modificándolos.

Entre los principales factores sociales están:

1. La familia: Puede considerarse como un factor que incide en el bajo rendimiento escolar, cuando no cumple a cabalidad con sus funciones, cuando no brinda la atención adecuada a las necesidades de los estudiantes; cuando no proporciona los estímulos necesarios y no hay orientación de parte de los padres de familia.

2. La escuela: Es el factor social encargado de hacer efectiva la enseñanza sistemática, quien por mandato ajeno imparte la educación intencionada a la población estudiantil, que hace su ingreso a los centros educativos. La escuela también puede ser un factor que incida en el bajo rendimiento escolar, en primer lugar por la clase de planificación que esta posea si no coincide con los intereses de los alumnos, profesores y padres de familia. Incide negativamente cuando esta no reúne las condiciones pedagógicas que un establecimiento educativo tiene que poseer, cuando no propicia un ambiente agradable al escolar. Es importante entonces que en un establecimiento educativo se brinde un ambiente acorde a las inclinaciones del estudiante, para que éste se sienta a gusto y rinda los resultados positivos que tanto se esperan de él.
3. La sociedad: Se entiende por sociedad el entorno de relaciones humanas, en el cual se desenvuelven los individuos y de acuerdo a este medio, así será el desenvolvimiento que adquiera la persona; dicho en otras palabras, el medio social, es artífice principal del desarrollo psicobiosocial del ser humano.

La sociedad puede ser considerada como un factor que incide negativamente en el rendimiento escolar, cuando el medio que absorbe al escolar no le es aconsejable para su desenvolvimiento dentro de sus actividades académicas; cuando el medio social conduce al estudiante por senderos negativos que no concuerdan con sus intereses como estudiante.

2.2 Objetivos:

2.2.1 Objetivo General:

Intervenir a nivel psicológico en los diferentes problemas que afectan la salud mental de la población que asiste al Centro de Salud de Amatlán, y de los beneficiarios del programa Escuelas Saludables del año 2008, por medio de los subprogramas servicio, docencia e investigación.

2.2.2 Objetivos Específicos:

2.2.2.1 Subprograma de servicio:

Mejorar la salud mental de los niños, adolescentes y adultos, que acudan al Centro de Salud de Amatlán, brindándoles atención psicoterapéutica.

Facilitar el desempeño académico, de los pacientes referidos por bajo rendimiento escolar, proporcionándoles técnicas de estudio.

2.2.2.2 Subprograma de docencia:

Potenciar la autoestima, en los alumnos de 6to primaria de las escuelas que cubrirá el programa de Escuelas Saludables del Centro de salud de Amatlán, durante el año 2008, impartiendo charlas dinamizadas sobre la autoestima y su importancia en la vida cotidiana.

2.2.2.3 Subprograma de investigación:

Identificar las causas del bajo rendimiento escolar, de los niños que asisten a psicoterapia, al Centro de Salud de Amatlán.

2.3 Metodología de abordamiento:

2.3.1 Subprograma de servicio:

En el subprograma de servicio se atendió de manera individual a niños, adolescentes y adultos, de género masculino y femenino, de 4 años de edad en adelante. En éste subprograma se brindó atención psicoterapéutica para la población que solicitó el servicio y se abordaron diferentes problemáticas. Se atendió en un horario de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., los días lunes, martes, miércoles y viernes. Los días jueves se atendió de 1:00 p.m. a 3:00 p.m. y terminado el programa de docencia se atendió en horario normal. Cada sesión psicoterapéutica duró de 30 a 45 minutos, dependiendo el caso.

Se llevó a cabo un proceso psicoterapéutico con cada uno de los pacientes, el cual incluía: Establecimiento de rapport y contrato psicoterapéutico, elaboración de historia clínica, así como del plan psicoterapéutico y cierre o seguimiento de caso.

Para la recolección de datos y para obtener un conocimiento más profundo de la problemática de cada paciente, además de la entrevista y observación, se aplicó una anamnesis (en el caso de niños) y la historia de vida (a algunos adolescentes).

Se llenaron expedientes de cada paciente los cuales incluían su historia clínica, test psicológicos aplicados, así como sus resultados y algún otro documento que fuera importante archivar.

Los test psicológicos que se aplicaron son: Test de la Familia, Test de la Figura Humana y Bender Koppitz, dependiendo de la problemática que presentara el paciente.

Para el abordamiento psicoterapéutico de los problemas psicológicos se trabajó con la teoría de la Gestalt (tanto para niños como para adultos) y se aplicaron técnicas de la misma corriente. En algunos casos también se aplicó la corriente Logoterapéutica y la Cognitivo Conductual.

Se trabajó con la Gestalt de Perls, quien toma su terapia de los principios básicos de la Gestalt pero hace intervenir también elementos del psicoanálisis, del Zen y religiones orientales, del existencialismo y de la fenomenología de Rogers, así como del psicodrama. La premisa básica de Perls es que la naturaleza humana se organiza en patrones o totalidades. El hombre no es un conjunto de funciones sino que estructura y organiza el mundo al entrar en contacto con él. La conducta humana está basada en una autorregulación del organismo que busca el equilibrio. La terapia gestáltica trata de hacer visibles al sujeto todos los elementos de su problema a través de la focalización de la conciencia sobre sus emociones, sueños, reacciones corporales, en el aquí y el ahora. Lo que se pretende es reunir una por una las funciones dispersas de la personalidad, hasta que la persona adquiera la fortaleza necesaria para continuar su camino ella sola (Prada, 1998, pp. 146-148).

Algunas de las técnicas que se utilizaron de ésta teoría son: la silla vacía, el monodrama, la amplificación o exageración, hablarle al otro y hablar en primera persona. En el caso de los niños, se aplicaron las técnicas propuestas por Loretta Cornejo, como el cuaderno de terapia y el Oso Perls.

La Logoterapia de Viktor Frankl, busca que el hombre acepte conscientemente la responsabilidad de sí mismo, desarrollando todas sus potencialidades. La Logoterapia se convierte en la terapia específica de la frustración existencial, del vacío existencial, de la frustración del deseo de significación en la vida. Viene a ser entonces, sinónimo de búsqueda de sentido. Se dirige a las actitudes más que a los síntomas. Lo importante es la actitud del paciente hacia sus síntomas (pp. 167-169).

Además de las teorías mencionadas, también se trabajó la Cognitivo- Conductual, especialmente con niños.

A los niños que asistieron debido a bajo rendimiento escolar se les proporcionaron técnicas de estudio, asimismo se les sugirió a los padres nuevas formas de trabajar con ellos en casa.

2.3.2 Subprograma de docencia:

En el subprograma de docencia se impartieron charlas dinamizadas de forma grupal, a los alumnos de sexto primaria, de las escuelas que cubrió el programa Escuelas Saludables del Centro de Salud de Amatlán. Se trabajó con niños de ambos géneros. Las charlas se realizaron una vez por semana los días jueves, durante la mañana, cubriendo una escuela por mes. Se llevó un control de los participantes por medio de una lista de asistencia.

Al inicio del programa con cada escuela se estableció rapport con los niños participantes, se hizo una presentación, se les explicó lo que se iba a trabajar y la forma en que se trabajaría. Luego se desarrolló el tema planificado haciendo uso de material didáctico.

El contenido que se abordó en dichas charlas fue la autoestima y el autoconcepto básicamente. Para esto, no solo se explicó en qué consisten y su importancia, sino que también se hicieron ejercicios y actividades para potenciar la autoestima de los alumnos.

Éste tema es de gran importancia en las escuelas ya que el ámbito escolar constituye un contexto de especial relevancia en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño. La imagen que de sí mismo ha comenzado a crear el niño en el seno familiar continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción con el profesor, el clima de las relaciones con los iguales y las experiencias de éxito así como de fracaso académico.

2.3.3 Subprograma de investigación:

En éste subprograma se realizó una investigación en la que se identificaron las causas del bajo rendimiento escolar, de los pacientes que asistieron a psicoterapia, dentro del Centro de Salud de Amatlán. Se trabajó con niños de género masculino y femenino.

Para poder llevar a cabo la investigación se inició el proceso psicoterapéutico con los niños que padecían esta problemática, de la misma manera que se trabajó con el resto de pacientes que asistieron a la clínica. Se estableció rapport, se hicieron entrevistas, evaluaciones, se aplicó la anamnesis, test psicológicos, encuestas y se realizaron algunas otras actividades que servirían para obtener la información necesaria.

En resumen, los pasos que se siguieron para esta investigación son:

- Selección del problema
- Planteamiento del problema
- Establecimiento de los objetivos de la investigación
- Elaboración del instrumento de medición
- Aplicación del instrumento
- Tabulación de los datos obtenidos
- Realización del análisis
- Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO III

PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Para el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado se llevaron a cabo diferentes actividades programadas previamente y aprobadas en el proyecto de factibilidad de EPS, el cual se realizó oficialmente del 24 de marzo al 24 de noviembre del 2008.

Las actividades se realizaron por subprogramas, los cuales corresponden a servicio, docencia e investigación. A continuación se describe las actividades y resultados de cada uno de ellos.

3.1 Subprograma de servicio:

Para poder cumplir con los objetivos planteados en este subprograma, era necesario contar con un espacio físico adecuado y que la población estuviera enterada del servicio psicológico que se estaría prestando.

El Centro de Salud no cuenta con servicio de psicología, éste funciona solamente cuando llega un epesista a realizar su proyecto. Por esta razón no había una clínica que se pudiera utilizar para poder atender a la población. Debido a que no siempre se cuenta con epesistas en el lugar, los amatitlanecos no estaban enterados de que durante el año 2008 se contaría con dicho servicio. Dadas las circunstancias se realizaron algunas actividades para poder trabajar lo que se había planteado inicialmente.

Se hizo una presentación con las autoridades y el personal de la institución para darles a conocer el trabajo que se realizaría. Luego que se contó con la autorización para poder desarrollar el EPS, se hizo una visita de reconocimiento durante dos semanas para recabar información y de esta manera poder detectar las necesidades y problemáticas de la población.

Se habló con el director de la institución para que proporcionara un espacio físico y así poder atender a la población adecuadamente, él estuvo de acuerdo con lo planteado y luego de algún tiempo ya se contaba con una clínica de psicología.

Durante los primeros días de iniciado el EPS se hizo un recorrido por el municipio de Amatitlán, repartiendo volantes que contenían información sobre el servicio, a la gente que se encontraba en las calles y en los negocios. Además de esto, el director del Centro de Salud solicitó al canal local Lago TV, que se hiciera una grabación con la información necesaria sobre el servicio, ésta se estuvo anunciando durante algún tiempo y de esta forma mucha gente acudió a psicología.

El horario de atención fue de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., los días lunes, martes, miércoles y viernes. Los días jueves se atendió de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., a partir del mes de octubre se atendió en éste día desde la mañana. Cada sesión psicoterapéutica tuvo una duración de 30 a 45 minutos.

Para poder empezar a trabajar con los pacientes se consiguieron algunos juguetes, para los niños específicamente, se diseñó el esquema de las historias clínicas, de las evoluciones, del examen mental y otros documentos que se adjuntarían a los expedientes de cada paciente que asistiera a la clínica. Asimismo se diseñaron y reprodujeron los carnés de citas para los pacientes. Ya teniendo el material necesario se empezó a atender la clínica de psicología.

A continuación se hace mención de las diez problemáticas más frecuentes atendidas en la clínica:

1. Problemas de conducta
2. Bajo rendimiento escolar
3. Agresividad
4. Violencia intrafamiliar
5. Depresión
6. Baja autoestima
7. Rebeldía

- 8. Conflictos de pareja
- 9. Angustia
- 10. Problemas psicosomáticos

Además de estas se atendieron otras problemáticas, aunque con menor frecuencia, como lo son: abuso sexual, celotipia, maltrato conyugal, estrés post traumático, anorgasmia, hiperactividad, encopresis, conflictos familiares, duelo no resuelto, desintegración familiar, bulimia, estrés, impulsividad y drogadicción.

La tabla No. 1 explica la población atendida en el subprograma de servicio durante el año 2008, en la clínica de psicología del Centro de Salud de Amatlán.

Tabla No. 1
Población atendida 2008

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
4 - 9	25	36	61
10 - 15	19	19	38
16 - 21	9	5	14
22 - 27	8	5	13
28 - 33	12	0	12
34 - 39	4	1	5
40 - 45	2	1	3
46 - 51	0	1	1
52 - 57	2	2	4
58 - 63	0	0	0
64 - 69	0	0	0
70 - 75	0	1	1
TOTAL	81	71	152

Fuente: Datos obtenidos del control de pacientes de psicología EPS 2008.

Atención a niños:

Se atendieron niños de 4 a 12 años de edad, de ambos géneros y con motivos de consulta diversos.

Para poder atender a ésta población se registraban datos generales, motivo de consulta, se daba cita a los padres o encargados y se les pedía que se presentaran sin el paciente las próximas dos o tres sesiones ya que se recabarían datos para la historia clínica. Para ello se aplicaba la anamnesis y dependiendo la problemática del niño se solicitaba más información sobre el tema.

Una vez obtenidos los datos del niño(a) se empezaba a trabajar directamente con él o ella. Durante la primera sesión se hacían algunos juegos (acordes a su edad) para establecer rapport, se le preguntaban algunos datos, se le explicaba cómo sería el proceso de psicoterapia, se aplicaba el examen mental y se le pedía que se expresara en cuanto a la problemática. Las siguientes sesiones serían para cumplir con el proceso psicoterapéutico correspondiente.

En cuanto a las corrientes psicológicas que se utilizaron, estas se aplicaban dependiendo el diagnóstico que tuviera el paciente, tomando en cuenta su edad así como su personalidad. Entre las corrientes que se usaron están: Cognitivo Conductual y Gestalt de Loretta Cornejo. La única técnica que se trabajó con todos los pacientes en común, aunque se utilizara otra teoría psicológica y técnicas diferentes, fue el Cuaderno Gestáltico de Loretta Cornejo. Los niños que fueron diagnosticados con bajo rendimiento escolar, además de recibir psicoterapia por problemas emocionales y/o conductuales, también tenían un espacio para enseñarles nuevas técnicas de estudio y aprendizaje con los mismos temas que ellos trabajaban en la escuela o colegio, de la misma manera se les explicaban a los padres las técnicas y se les daban algunas recomendaciones para que ellos pudieran emplearlas en casa.

En el proceso psicoterapéutico también se hizo uso de los test psicológicos, en algunos casos, especialmente se aplicaron a los niños que fueron diagnosticados con bajo rendimiento escolar. Los test que se utilizaron fueron: Test de la Figura Humana, Test de la Familia y Test Bender Koppitz.

RESULTADOS:

- Se logró cumplir con los objetivos planteados para este subprograma ya que se brindó atención psicológica a niños, adolescentes y adultos, de ambos géneros, siendo la población “niños” la que más acudió a la clínica, como se observa en la tabla No. 1.
- Se trabajaron nuevas técnicas de estudio en la clínica con los niños que presentaban bajo rendimiento escolar, lo que permitió un avance significativo en el ámbito académico en ellos.
- A los padres de los niños con bajo rendimiento escolar se les sugirieron técnicas de estudio accesibles para aplicarlas en el hogar. Ellos, después de observar el avance que tenían los niños debido a lo que se trabajaba en la clínica, estaban dispuestos a ayudar a sus hijos de la manera que se les pedía.
- Se observaron grandes cambios en los niños, sobre todo en los que fueron constantes durante el proceso psicoterapéutico. Prueba de ello es que los padres o encargados mostraban estar agradecidos por el apoyo que se les había brindado y algunas maestras enviaban notas refiriendo que sus alumnos habían mejorado.
- Los padres de los niños se dieron cuenta que muchas veces los problemas que presentan sus hijos son consecuencia de circunstancias que viven en el hogar por lo que cambiaron conductas que afectan el ambiente familiar.
- La psicología y el proyecto que se realizó de EPS tuvo una buena aceptación en la población.

Atención a adolescentes y adultos:

Las edades de esta población fueron desde 13 años en adelante. Se les atendió una vez por semana. La mecánica que se utilizó para llevar el proceso psicoterapéutico fue casi la misma a la que se usó con los niños, a diferencia de algunos aspectos. En el caso de los adolescentes, después de recolectar información con los padres de familia, se les aplicaba la historia de vida para que ellos mismos la respondieran, ya que la información que esta contiene es diferente a la anamnesis. Con los adultos se empezaba a conocer la historia clínica desde la primera cita y se trabajaba directamente con ellos.

Las corrientes psicoterapéuticas que se aplicaron a esta población fueron las siguientes: Cognitivo Conductual, Gestalt, Logoterapia y Orientación Psicológica. Además de trabajar con ellos en la clínica se les explicaban algunas técnicas y ejercicios para realizar en el hogar.

RESULTADOS:

- Aunque al empezar a trabajar con adolescentes fue un poco difícil debido a la etapa en la que se encuentran así como los cambios que esta conlleva, el buen establecimiento del rapport y el hacerles saber que no se les juzgaría ni regañaría, ayudó a que pudieran platicar abiertamente sobre lo que les sucedía confiando en la especialista, lo que permitió tener resultados favorables al finalizar el proceso.
- Muchos de los adultos que asistían por primera vez aclaraban que no estaban “locos” por lo que se les explicaba la función de la psicoterapia y que el tener algunos problemas emocionales o conductuales no significaba estar “loco”. Con las explicaciones que se les dio, aunadas al tratamiento psicológico que recibían, se fue eliminando este paradigma en la población que se atendió.
- Se observaron cambios en los pacientes durante y después del tratamiento psicológico. Los pacientes expresaron su gratitud al ser apoyados.

- Durante el proceso psicoterapéutico los pacientes se daban cuenta de muchas cosas de las que antes no habían hecho conciencia, esto les ayudó a tomar decisiones importantes y a ser asertivos en la toma de las mismas.
- Por medio de comentarios que los pacientes hacían a vecinos y conocidos, se pudo dar a conocer un poco más sobre la Psicología y su campo de aplicación, lo que contribuyó a que la población se acercara a manifestar su problemática.

3.2 Subprograma de docencia:

Antes de iniciar el proyecto de EPS, se realizó una reunión con parte del personal del Centro de Salud y maestros representantes de las escuelas que serían incluidas en el programa de Escuelas Saludables del año 2008. En dicha reunión se hizo mención de las actividades que realizarían, entre ellas: vacunación, salud bucal, desparasitación, despiojar, y otras. Para tener un programa más completo y con mejores resultados para la población, solicitaron la colaboración del área psicológica, por lo que se tomaron cartas en el asunto.

Sabiendo que muchas de las problemáticas emocionales que padecen los seres humanos surgen a raíz de tener una autoestima pobre, que muchas veces ésta puede ser consecuencia de tener una salud mental insuficiente o simplemente de algunas situaciones difíciles que se presentan en la vida cotidiana de las personas, asimismo, que en la población estudiantil la autoestima es vulnerable a las críticas y aceptación que puedan tener los alumnos tanto con sus compañeros como con los maestros, se decidió implementar talleres participativos con el tema principal "Autoestima". Se trabajó con los niños de sexto primaria de seis escuelas, los días jueves por la mañana, abarcando una escuela por mes.

El programa se dividía en cuatro talleres participativos para cada escuela. A continuación se describen las actividades que se realizaron en cada taller.

Primer taller:

- Presentación
- Repartición de material didáctico
- Dinámica para establecimiento de rapport
- Lluvia de ideas sobre “Autoestima”
- Desarrollo de tema
- Repartición de material didáctico para trabajar actividad en grupos
- Análisis y discusión de la actividad
- Resolución de dudas

Segundo taller:

- Desarrollo de tema “Escalera de la autoestima”
- Actividad “Autoconocimiento”
- Resolución de dudas

Tercer taller:

- Actividades “Lista de autoconceptos”, “Escudo de armas” y “Aceptando nuestras debilidades”
- Resolución de dudas

Cuarto taller:

- Realización de grupos para llevar a cabo las siguientes actividades sobre autoestima:
 1. Acróstico
 2. Cartel de autoestima
 3. Dramatización
- Evaluación de aprendizaje
- Resolución de dudas
- Despedida

Se utilizó la misma mecánica en todas las escuelas variando únicamente la forma de los juegos dependiendo de la cantidad de alumnos.

En las tablas siguientes se especifica la participación de los alumnos de sexto primaria, de las escuelas involucradas por cada taller. Es importante tomar en cuenta que las escuelas en las que se impartieron solamente dos o tres talleres se debió a que tenían otras actividades programadas, sin embargo, se desarrolló el mismo contenido.

Tabla No. 2

Escuela José Augusto Reinos Orellana

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	“A”	24	15	39
Primero	“B”	19	18	37
Segundo	“A”	24	16	40
Segundo	“B”	19	18	37
Tercero	“A”	24	11	35
Tercero	“B”	19	19	38
Cuarto	“B”	18	18	36

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

Tabla No. 3

Escuela Oficial Rural Mixta Concepción

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	Única	23	31	54
Segundo	Única	22	28	50
Tercero	Única	20	28	48
Cuarto	Única	22	24	46

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

Tabla No. 4

Escuela Oficial Rural Mixta Villa Ester

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	Única	26	27	53
Segundo	Única	25	29	54
Tercero	Única	25	30	55
Cuarto	Única	25	28	53

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

Tabla No. 5

Escuela San Jorge

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	Única	13	13	26
Segundo	Única	12	13	25

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

Tabla No. 6

Escuela Oficial Rural Mixta El Rincón

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	Única	13	23	36
Segundo	Única	13	24	37

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

Tabla No. 7

Escuela Juana Mercedes Dardón Blanco

No. TALLER	SECCION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Primero	"A"	11	20	31
Primero	"B"	13	25	38
Segundo	"A"	16	20	36
Segundo	"B"	13	27	40

Fuente: Datos obtenidos de las listas de asistencia de los alumnos.

RESULTADOS:

- Luego de haber establecido rapport con los alumnos, hubo bastante participación por parte de ellos, ya que cuando se les hacían preguntas respondían voluntariamente, de la misma manera, preguntaban para qué se les resolvieran dudas o inquietudes.
- Los maestros participaron en algunos talleres y colaboraron dando el espacio necesario para poder desarrollar los mismos.
- Los niños mostraron bastante interés en las charlas, esto porque aunque tenían una idea de lo que era la autoestima, no conocían lo suficiente sobre el tema.
- Muchos de los participantes se pudieron desahogar durante la realización de las actividades, también compartieron su forma de sentir y de pensar sintiéndose comprendidos tanto por sus compañeros como por la epesista.
- Se pudo comprobar a través de la evaluación escrita, así como de comentarios, que los estudiantes comprendieron lo que significa la autoestima y la importancia que ésta tiene para el desenvolvimiento en las actividades que realizan diariamente.
- Se logró fomentar la autoestima en la mayoría de los asistentes. Aunado a esto el compañerismo entre ellos se fortaleció notablemente.
- Las maestras de los alumnos a los que se les impartieron las charlas, demostraron su agradecimiento mencionando que es de gran importancia que ellos reciban este tipo de temas debido a que a veces el ser tratados mal en el hogar o en la escuela, hace que no rindan en el estudio, dando como resultado una baja autoestima.

3.3 Subprograma de investigación:

El subprograma de investigación se desarrolló durante el transcurso de la realización del proyecto de EPS. La investigación que se hizo fue de tipo descriptiva, determinándose en ella, las causas del bajo rendimiento escolar, de los pacientes que asistieron a psicoterapia, dentro del Centro de Salud de Amatlán.

El planteamiento del problema surgió luego de establecer que el bajo rendimiento escolar es uno de los factores con más incidencia en esta población. Esto se pudo comprobar durante la visita de reconocimiento y al iniciar el proyecto, siendo esta problemática uno de los motivos de consulta más frecuentes por los que era visitada la clínica de psicología. Para poder clasificar a los niños y niñas que serían sujetos de investigación, se hacía una breve entrevista enfocada al problema, asimismo se tomaba como referencia las cartas por parte de las instituciones educativas en las cuales solicitaban asistencia psicológica para los alumnos.

Los primeros meses fueron utilizados más que todo para la investigación bibliográfica sobre el tema y para tener los primeros acercamientos con los pacientes. En las primeras sesiones se aplicaba la anamnesis, como se hacía con cualquier otro paciente, en donde se obtenía la información necesaria, haciendo mayor énfasis en las preguntas que tenían que ver con el ámbito escolar. En algunos casos se entrevistaba a la maestra o se tenía comunicación por medio de cartas para conocer sobre el rendimiento académico y el comportamiento psicosocial del alumno en el centro de estudios. Cuando se empezaba a trabajar directamente con el niño (a), se le hacían evaluaciones visuales y auditivas para descartar problemas físicos. También se realizaron actividades orales, así como escritas, para detectar en dónde se encontraba el problema.

Los instrumentos de medición que se aplicaron fueron:

- ✓ Encuesta: La cual contenía un total de 31 preguntas y era aplicada a los niños, explicándoles cada uno de los ítems para una mejor comprensión. A continuación se describe cada una de las preguntas con sus resultados.

1. ¿Estudias y realizas tareas en tu casa por las tardes?
El 31% respondió que siempre, el 38% que casi siempre y el 31% restante que casi nunca.
2. ¿Quién te ayuda a estudiar y a realizar tareas en tu casa?
15% papás, 23% hermanos y 62% nadie.
3. ¿Tus padres o familiares te animan para que sigas adelante en tus estudios?
23% siempre, 23% casi siempre y 54% casi nunca.
4. ¿Sientes interés por aprender lo que te enseñan en la escuela?
31% siempre, 31% casi siempre y 38% casi nunca.
5. ¿Te gusta asistir a clases?
31% siempre, 38% casi siempre y 31% casi nunca.
6. ¿Te esfuerzas por aprender en la escuela y al realizar tus tareas?
38% poco, 31% algo y 31% bastante.
7. Tu maestra (o) es:
8% comprensiva (o), 38% cariñosa (o) y 54% enojada (o)
8. ¿Te presta atención y se preocupa por ti la (el) maestra (o) de tu grado?
15% siempre, 23% casi siempre, 23% casi nunca y 39% nunca.
9. ¿Entiendes lo que tu maestra (o) explica en clase?
31% siempre, 31% casi siempre y 38% casi nunca.
10. ¿Tu maestra (o) te vuelve a explicar cuando no has entendido algo?
23% siempre, 38% casi siempre y 39% casi nunca.
11. ¿Se te olvida rápido lo que ya has entendido en clase?
23% siempre, 62% a veces y 15% nunca.
12. ¿Entendiste los temas vistos en clase, el año anterior al que te encuentras actualmente?
23% casi todos, 62% algunos y 15% ninguno.
13. ¿Te sientes preparado para estar en el grado en el que te encuentras?
31% si y 69% no.
14. ¿Cuántos alumnos hay en tu clase?
31% entre 25 y 35 alumnos, 62% entre 35 y 50 alumnos y 7% más de 50.

15. ¿Cómo es tu relación con tus compañeros de clase?
7% buena, 31% regular y 62% mala.
16. ¿Crees que el ambiente de tu clase (iluminación, ventilación, espacio, ruidos, etc.) afectan tu aprendizaje?
92% respondieron que si y 8% que no.
17. ¿Sientes amor y aprecio por ti mismo (a)?
15% poco, 62% algo y 23% bastante.
18. ¿Sientes que tienes el mismo valor como persona que los demás?
46% dijeron que si y 54% que no.
19. ¿Te sientes importante?
15% poco, 62% algo y 23% bastante.
20. ¿Te sientes capaz de realizar las tareas y actividades de tu escuela?
23% siempre, 39% a veces y 38% nunca.
21. ¿Has sentido rechazo por ti mismo (a)?
77% a veces y 23% nunca.
22. ¿Te han agredido tus familiares verbalmente, como con gritos, insultos, ofensas, etc.?
15% siempre, 39% casi siempre, 31% casi nunca y 15% nunca.
23. ¿Tus padres o familiares te han agredido físicamente, como con golpes, pellizcos, empujones, jalones de pelo, etc.?
15% siempre, 39% casi siempre, 23% casi nunca y 23% nunca.
24. ¿Has sido agredido (a) emocionalmente por tu familia, como con situaciones de rechazo, desprecios o mensajes como: “no sirves para nada”, “tonto (a)”, “no puedes hacer nada bien” etc.?
15% siempre, 39% casi siempre, 39% casi nunca y 7% nunca.
25. ¿Han agredido tus padres verbal, física y/o emocionalmente a otros miembros de tu familia, como hermanos?
23% siempre, 39% casi siempre, 15% casi nunca y 23% nunca.
26. ¿Tus padres se agreden verbal, física y/o emocionalmente entre ellos?
15% siempre, 55% casi siempre, 15% casi nunca y 15% nunca.

27. ¿Vives con tu papá y mamá?
77% si y 23% no. El 15% debido a que nunca los conocieron y el 8% por separación.
28. ¿Existen discusiones y problemas entre los miembros de tu familia?
15% siempre, 54% casi siempre, 8% casi nunca y 23% nunca.
29. ¿Hay problemas de dinero en tu hogar?
39% siempre, 15% casi siempre, 23% casi nunca y 23% nunca.
30. ¿Quién trabaja en tu hogar?
46% papá, 8% mamá y 46% ambos padres. Además en el 23% de estos hogares también trabajan otros miembros de la familia que viven en el mismo hogar, como tíos y hermanos.
31. ¿Cuándo tus padres están en tu casa te prestan atención, es decir, platican contigo y/o juegan contigo?
23% siempre, 31% casi siempre y 46% casi nunca.

✓ Test psicológicos: Los que se utilizaron fueron, Test de la Figura Humana, Test Bender Koppitz y Test de la Familia. Estos se aplicaron uno por sesión, con la finalidad de identificar los problemas emocionales de los pacientes. Los resultados que se pudieron obtener de estos son los siguientes:

1. Test Bender Koppitz: Se pudieron obtener los indicadores emocionales:
 - 1.1 Orden confuso: Asociado a un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. Se puede relacionar en algunos casos con confusión mental. El 23% de los pacientes presentaron este indicador.
 - 1.2 Línea ondulada: Representa inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. El 38% presentó este indicador.
 - 1.3 Círculos sustituidos por rayas: Muestra impulsividad y falta de interés o atención. El 7% presentó este indicador.
 - 1.4 Aumento progresivo de tamaño: Asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. El 15% presentó este indicador.

1.5 Gran tamaño: Ha sido encontrado en los niños que presentan conducta acting out, en donde la forma de descargar los impulsos es hacia afuera. El 23% presentó este indicador.

1.6 Tamaño pequeño: Niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez. El 54% presentó este indicador.

1.7 Repaso del dibujo o de los trazos: Impulsividad y agresividad. Es frecuente en los niños con conducta acting out. El 77% presentó este indicador.

1.8 Segunda tentativa: Asociado a impulsividad y ansiedad. El 7% presentó este indicador.

1.9 Expansión: Impulsividad y conducta acting out. El 7% presentó este indicador.

De todos los participantes involucrados en esta investigación, solamente el 7% no presentó ningún indicador emocional en este test.

2. Test de la Figura Humana: Los resultados más comunes y encontrados en la mayoría de los pacientes son:

- ✓ Tendencias regresivas
- ✓ Sumisión
- ✓ Agresión
- ✓ Deseos de contacto con el ambiente
- ✓ Sentimientos de inseguridad
- ✓ Sentimientos de inferioridad
- ✓ Baja o poca autoestima
- ✓ Sentimiento de presión por el ambiente
- ✓ Introversión
- ✓ Sentimiento de inadecuación intelectual

3. Test de la Familia: Se presentaron frecuentemente los siguientes indicadores:

- ✓ Tendencia regresiva
- ✓ Desvalorización
- ✓ Dificultad para establecer buenas relaciones de familia
- ✓ Inhibición
- ✓ Agresividad
- ✓ Timidez

Tanto la encuesta como los test psicológicos eran aplicados después de haber tenido varias sesiones con los pacientes para que ellos sintieran la suficiente confianza y así tener resultados más precisos.

Luego de haber aplicado los instrumentos de medición y tabular los datos, se realizó un análisis de los resultados. Finalmente se elaboraron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

La tabla No. 8 muestra algunos datos de los pacientes que participaron en el proceso de investigación.

Tabla No. 8

Participantes en la investigación “Causas del bajo rendimiento escolar, de los pacientes que asistieron a psicoterapia, dentro del Centro de Salud de Amatitlán”

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
6 - 7	0	2	2
8 - 9	1	5	6
10 - 11	3	1	4
12 - 13	0	1	1
TOTAL	4	9	13

Fuente: Datos obtenidos del control de pacientes de psicología EPS 2008.

RESULTADOS:

- Se logró determinar las causas del bajo rendimiento escolar en los niños que asistieron a la clínica, siendo éstas: Falta de motivación, la escuela, baja autoestima, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y problemas emocionales.
- Durante los ocho meses que se realizó el proyecto de EPS, asistió un número significativo de pacientes que solicitaban consulta debido a bajo rendimiento escolar. Sin embargo, la población con la que se trabajó la investigación corresponde a trece pacientes, esto se debe a que muchas veces no había espacio para poder atender a más, por lo que se les refería a otro lugar, y también a que en ocasiones, algunos pacientes dejaban de asistir o eran irregulares. Se desarrolló el programa únicamente con aquellos pacientes que fueron constantes y terminaron el proceso.
- Tanto maestros como padres de familia colaboraron brindando la información necesaria para la investigación.
- Los pacientes fueron accesibles demostrando sinceridad en el momento de brindar información y de someterse a las pruebas psicológicas.
- Se dieron resultados de los test aplicados así como recomendaciones a los encargados de los pacientes.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La Universidad de San Carlos de Guatemala cuenta con un espacio, en el cual los estudiantes ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los años de estudio de las diferentes carreras educativas. Esto se puede realizar por medio del Ejercicio Profesional Supervisado, en donde los epesistas no solo retribuyen a la población guatemalteca parte de lo que ésta hace para mantener la educación superior, sino que además, se les brinda la oportunidad de tener los primeros acercamientos con la realidad del país, convivir con la población y contribuir al mejoramiento de ésta de una u otra manera.

En este caso en particular, por formar parte de la Escuela de Ciencias Psicológicas, se propuso como meta principal intervenir a nivel psicológico en los diferentes problemas que afectan la salud mental de la población que asistió al Centro de Salud de Amatitlán, y de los beneficiarios del programa Escuelas Saludables del año 2008. Para poder cumplir con dicha meta se plantearon algunos objetivos los cuales fueron realizados por medio de diferentes actividades. A continuación se hace un análisis, así como discusión de los resultados que se obtuvieron durante el proceso.

4.1 Subprograma de servicio:

Desde el inicio del proyecto el personal del Centro de Salud, especialmente las autoridades del mismo, estuvieron de acuerdo y reconocieron la importancia que tiene la Psicología para que los habitantes del municipio de Amatitlán pudieran mejorar en cuanto a su salud mental. Asimismo manifestaron la necesidad de que se prestara servicio psicológico dentro de las instalaciones de dicha institución. Esto fue de gran ayuda para poder realizar el EPS ya que se contó con el apoyo de las personas mencionadas anteriormente, lo que permitió desarrollar las actividades de manera efectiva. Debido a las necesidades planteadas por parte de la institución uno de los objetivos de este subprograma fue mejorar la salud mental de los niños,

adolescentes y adultos, que acudieran al Centro de Salud de Amatlán, brindándoles atención psicoterapéutica.

Desde el primer día que se empezó a realizar el proyecto ya se contaba con la Clínica de Psicología en la que se atendería a los pacientes que se presentaran a solicitar el servicio. Teniendo el espacio físico se hicieron los arreglos adecuados para que se tuviera un ambiente agradable. Lamentablemente el Centro de Salud no cuenta con los recursos suficientes para poder brindar el apoyo necesario en cuanto a los materiales que se requiere para atender a la población de la mejor manera posible. Debido a esto, se consiguieron juguetes y otros materiales, por medio de donaciones de personas particulares, lo que contribuyó a que se pudiera dar una mejor atención.

Las primeras semanas de atención casi no acudía gente al servicio porque no estaba enterada de que existía. Para atraer a la población e informarla se hizo promoción. Esta consistió en repartir volantes y utilizar el medio televisivo, lo que tuvo muy buenos resultados ya que después de esto, además de las referencias por parte del personal de la institución, el número de asistentes aumentó en grandes cantidades. Algunas veces era tanta la población que asistía, que se tenía que referir a otro lugar porque ya no había espacios libres para atenderles o si preferían esperar a que se desocupara un espacio, se apuntaban sus datos y se les llamaba en cuanto hubiera uno disponible. El no contar con más personal de Psicología es una limitante para una institución tan importante, esto porque se deja de atender a mucha gente que realmente lo necesita y no se atiende la problemática pudiendo ser esta de tipo urgente.

Al principio fue un poco difícil empezar a trabajar con la población porque generalmente cuando se presentaban a la primera consulta tenían ideas erróneas o prejuicios con respecto a la Psicología, así como la forma de trabajo, por lo que fue necesario reparar primero en ello para que estuvieran conscientes de cómo y qué se trabajaría. Uno de los prejuicios con los que llegaban, que era algo que ellos mismos

mencionaban era que no estaban “locos”, también preguntaban si ellos o sus hijos se iban a “curar rápido” y algunos querían que se les dijera qué debían hacer para resolver sus problemas o cómo debían hacerlo. Al explicarles en qué consistía la psicoterapia, lo entendieron, comprometiéndose a trabajar en ella.

Durante el tiempo que se llevó a cabo el EPS, se tuvo contacto con niños, adolescentes y adultos, de ambos géneros. Presentándose mayoritariamente la población de un nivel socioeconómico bajo - medio. Aunque los pasos para cumplir con el proceso de psicoterapia fueron los mismos para todos, se aplicaba diferente tratamiento dependiendo la problemática, edad y personalidad de cada paciente.

Atención a niños:

Los niños eran llevados a consulta por padres y/o encargados, aunque generalmente era la madre quien los llevaba. Cuando se empezaba a trabajar con ellos, algunos se mostraban un poco apáticos y otros desconfiados, esto porque los padres les dicen que si no se portan bien los van a llevar con el psicólogo o los amenazan de muchas maneras, lo cual crea en ellos temor. Sin embargo, al darse cuenta que el psicólogo es alguien en quien pueden confiar, que está para escucharlos y apoyarlos, la actitud de los niños cambia, empezando a ver al psicólogo como un amigo a quien le pueden contar sus problemas, sus alegrías, así como sus tristezas. Luego de las primeras sesiones mostraban entusiasmo al presentarse a la clínica. Trataban de asistir a todas las sesiones con puntualidad, pero en ocasiones eran los padres quienes decidían no llevarlos porque tenían otras cosas que hacer, lo cual creaba cierto desequilibrio o bloqueo en el proceso psicoterapéutico y cuando se presentaban nuevamente había que retomar algunos temas con el paciente para poder continuar con lo planificado.

En cuanto a los diagnósticos que presentó esta población, fueron variados, como se mencionó en el capítulo anterior. Los problemas de conducta y el bajo rendimiento escolar se dieron con gran concurrencia. Durante todo el proceso se pudo observar que muchos de los cuadros que los niños padecen ocurren como manifestación de

que algo anda mal en cualquiera de los ámbitos de su vida (personal, escolar, familiar y social). Como ejemplo de esto, están aquellos niños que tienen un mal comportamiento, son agresivos y difíciles de controlar, a causa de que sus padres los abandonan emocionalmente hablando, los dejan hacer lo que ellos quieren con tal de que no los molesten, tratan de darles muchas cosas materiales pero se olvidan de prestarles atención y brindarles cariño. O bien, hay padres que tratan de corregirlos dándoles golpes, insultándolos, gritándoles, lo que hace que la situación empeore. Los que presentaron bajo rendimiento escolar eran niños que además del motivo principal por el que acudían a solicitar el servicio, tenían otras problemáticas, ya fueran como causa o como consecuencia. Algunos niños ya habían repetido varias veces el mismo año escolar, otros podían realizar los ejercicios que se les pedía pero al estar frente a la maestra se ponían nerviosos, se paralizaban y simplemente le decían “no puedo”, también estaban los que necesitaban que se les prestara más atención en el aula pero por exceso de alumnado no se podía, y se dieron muchos casos más.

Al explorar la historia de cada uno de ellos, salía a relucir que ni en la escuela, ni en su hogar había alguien que les explicara o aclarara dudas por lo que siempre caían en el mismo error, sus compañeros de la escuela, así como sus familiares, se la pasaban diciéndoles que eran unos tontos y que no podían hacer nada, esto ellos se lo internalizaban tanto que se lo creían acomodándose a decir “no puedo” sin siquiera intentarlo, asimismo faltaba alguien que les diera motivación y palabras de aliento para que ellos pudieran seguir adelante, mejorando en cuanto al área escolar. Estaban también los niños con encopresis, a quienes los padres llevaban a la clínica haciéndolos ver y sentir de la peor manera por todas las quejas que daban de ellos, sin darse cuenta que lo que realmente tenía su hijo era miedo de escuchar a sus padres todo el día pelear o tristeza porque uno de sus padres se había marchado de la casa.

Como sucedía con todos estos problemas mencionados, también pasaba con los demás motivos de consulta, siempre había algo detrás de cada situación, siendo generalmente los padres los causantes de los síntomas que padecían sus hijos, sin que ellos así lo quisieran. Es un hecho que antes de que cualquier persona sea padre

o madre, no se le enseña cómo hacerlo y que con los hijos no es como una receta de cocina, que están cada uno de los pasos de cómo realizarla, pero también es cierto, que los padres pueden buscar ayuda educándose, para tener un mejor ambiente familiar y así enfrentar de la mejor manera cada una de las etapas de sus hijos.

En cuanto los padres empezaban a relatar las historias de sus hijos ellos mismos se daban cuenta que tal vez no era el niño, que posiblemente era la maestra, el ambiente de la escuela, los abuelos, ellos mismos como padres, los hermanos u otros, quienes habían fallado, y que finalmente esto era lo que estaba provocando el problema en el paciente. Al conocer lo que estaba sucediendo se mostraban dispuestos a colaborar y asistir incluso a las terapias. Fue gratificante observar cómo, con las técnicas utilizadas en la psicoterapia, las actividades para realizar en el hogar, al poner todos de su parte, cambiar algunos hábitos en casa, tratar de otra manera a los niños, prestarles más atención, etc., iban teniendo mejorías y el tratamiento psicológico daba grandes resultados.

Además de hacerles ver a los padres que a los niños les afecta lo que viven en su entorno, también se fortaleció el yo de cada uno de los pacientes, ya que cuando los padres no están dispuestos a cambiar, es cuando hay que enseñarle al niño a seguir adelante y ser una mejor persona.

Atención a adolescentes y adultos:

Los adolescentes debido a la etapa de estrés emocional por la que atraviesan, al principio se mostraron un poco renuentes a asistir a psicoterapia, esto porque pensaban que se les criticaría, regañaría o que se les iba a decir lo que tenían que hacer de la misma manera como sus padres lo hacían. Luego de conocer en qué consistía la psicoterapia y tratar durante algunas sesiones a la epesista, tuvieron confianza e hicieron insight permitiendo así, que se pudiera desarrollar el plan psicoterapéutico, lo cual trajo consigo importantes resultados. Hubieron algunos casos en los que los pacientes no estaban poniendo de su parte, solamente asistían para complacer a sus padres o porque si no iban los castigarían. Considerando que por falta de voluntad no estaban evolucionando, fue necesario hablar con los padres,

darles recomendaciones y cerrar dichos casos. Dejando estos casos a un lado, fue interesante ver cómo, después de que no querían hablar de lo que les sucedía, después de que negaban que hubiera algún problema, conversaban sobre todo lo que hacían y cuando llegaba el momento de dar por finalizado el proceso de psicoterapia querían seguir asistiendo. Fue evidente el cambio que hubo en muchos de los adolescentes, lo más importante de esto, es que aprendieron la manera adecuada de enfrentar los problemas, lograron ser más abiertos con sus padres y ser comunicativos con ellos.

Los adultos presentaron diferentes motivos de consulta. Se eligió el tratamiento adecuado según el caso, luego de evaluar la situación específica de cada uno. Generalmente sabían lo que sentían, así como qué era lo que les estaba sucediendo. Sin embargo, cuando regresaban años atrás, en la historia clínica, recordaban muchas cosas que habían decidido dejar muy guardadas y comprendían que era ahí de donde se originaba muchos de los problemas de la actualidad. Se trabajó en ello de la misma manera que en el motivo de consulta, en el transcurso de las sesiones mostraron mejorías hasta llegar al final del proceso.

Otro de los objetivos planteados en este subprograma fue facilitar el desempeño académico, de los pacientes referidos por bajo rendimiento escolar, proporcionándoles técnicas de estudio, esto porque como ya se mencionó antes, dicha problemática fue uno de los motivos por los que más acudían los padres a solicitar servicio para sus hijos.

Para poder elegir las técnicas adecuadas que se utilizarían en cada caso se llevaba a cabo un proceso. Primero se realizaba la entrevista de rutina, después de haber obtenido la historia clínica del paciente, se le hacía algunas evaluaciones (entre éstas los test psicológicos) para ver en qué área era en la que estaban teniendo limitaciones, por último se analizaban las técnicas de estudio que utilizaba tanto en su hogar como en la escuela. Se encontró que en los centros de estudio los alumnos están acostumbrados a repetir lo que se les enseña como una grabadora, ellos simplemente se graban lo que la maestra les explica y luego lo repiten sin

encontrarle sentido y sin saber qué es lo que están diciendo, es así como muchos estudiantes ganan las materias e incluso el año escolar, memorizando las cosas sin entenderlas, aunque en el siguiente grado no recuerden nada. Es diferente con los niños a los que les cuesta memorizar, ya que debido a esta dificultad tienen problemas en su rendimiento. Evidentemente la memorización no es un método práctico para que los niños aprendan y entiendan lo que se les explica, como tampoco lo es que tengan que realizar sus tareas sin alguna asesoría en casa porque no tienen quien les ayude cuando algo se les dificulta o cuando tienen alguna pregunta, y cuando los padres llegan de lo que menos quieren saber es de los niños y sus tareas. Este proceso fue de gran ayuda pues permitió detectar los factores contribuyentes al atraso escolar del niño, como los mencionados y otros más, estableciéndose así las nuevas estrategias a implementar. Los padres que realmente estaban preocupados por el rendimiento de sus hijos y que estaban dispuestos a ayudarlos en lo que fuera posible, trabajaban con ellos en casa desde que se les empezaba a dar recomendaciones, seguían las instrucciones tal y como se les pedía. Al notar el cambio y el avance que estaban teniendo los niños, gracias a su colaboración y a la psicoterapia, quedaban satisfechos y esto los motivaba a seguir apoyándolos. Los hijos de los padres que no colaboraban en casa, tuvieron un proceso más lento, sin embargo debido a la voluntad que tenían de mejorar en la escuela, pusieron de su parte y lograron superar sus dificultades.

Se tuvieron muy buenos resultados después de aplicar las técnicas de estudio adecuadas a cada paciente. Muestra de ello, fueron las palabras de agradecimiento que manifestaban los padres de familia durante y después de haber terminado el proceso, así como las caras de alegría que expresaban los niños al darse cuenta que ya podían realizar lo que antes se les hacía completamente difícil. Aunado a esto, la psicoterapia fue clave para la mejoría de estos casos porque aparte de que los padres de familia no utilizaban las técnicas de estudio adecuadas para sus hijos, no eran conscientes de que también los problemas que existen en el hogar, en la escuela u otros ámbitos, el que sus hijos tengan baja autoestima o no sean motivados, también influye en su aprendizaje. Al hacerles entender lo anterior, empezaron a crear cambios respecto a las relaciones en el hogar y a mostrar más

interés hacia sus hijos, acercándose de una mejor manera a ellos, apoyándolos, lo cual fue beneficioso para el progreso de estos casos.

A pesar de que hubo limitaciones con toda la población que se atendió en el subprograma de servicio, por ejemplo, los adultos en ocasiones faltaban a las sesiones por lo que se les tenía que recordar el contrato psicoterapéutico o cuando ya era mucho cerrar el caso, se trató de superarlas de la mejor manera encontrándoles la solución adecuada. Los logros y los alcances fueron los que se esperaron desde el principio cumpliendo a cabalidad con los objetivos planteados antes de iniciar el proyecto. Los resultados fueron gratificantes, tanto para la población, llegando así a la resolución o mejoría de sus conflictos con el trabajo en equipo (paciente - terapeuta) que se hizo; como para la epesista.

4.2 Subprograma de docencia:

En la visita de reconocimiento que se hizo antes de iniciar el proyecto oficialmente, se detectaron varias poblaciones con las que se podía realizar este subprograma. Sin embargo, por parte del Centro de Salud habían solicitado desde el inicio el apoyo del área de psicología en el programa Escuelas Saludables. Tomando en cuenta que se trabajaría este subprograma una vez a la semana y que se quería abarcar a un gran número de participantes, se decidió impartir charlas dinimizadas sobre la autoestima y su importancia en la vida cotidiana, para los alumnos de 6to primaria de las escuelas que cubriría el programa de Escuelas Saludables del Centro de Salud de Amatlán, durante el año 2008.

Se pensó en el tema de Autoestima debido a que ésta es vital para el buen desempeño de las diferentes actividades que realiza el ser humano durante toda su vida. Los niños y adolescentes diariamente están expuestos a que su autoestima sea dañada, máxime si no cuentan con el apoyo de familiares o amigos quienes los puedan orientar en situaciones difíciles. Es por ello, que es importante que los individuos cuenten con una autoestima adecuada para que puedan enfrentar los

problemas de la mejor manera posible, así como tener una actitud racional ante los mismos.

Previo a desarrollar las pláticas en cada escuela, se tenía una cita con el director de cada centro educativo para darle a conocer en qué consistían y qué se pretendía alcanzar con estas charlas. Los profesores reconocieron lo necesario que es que les lleguen a hablar sobre diferentes temas a los alumnos, en este caso, manifestaban que muchos niños tenían su autoestima baja por diferentes razones e inmediatamente el director aprobaba el proyecto. Se contó en todo momento con la colaboración y aceptación por parte de las autoridades de dichas instituciones, como también de los maestros de grado, lo cual fue bueno porque permitió desarrollar los temas con toda la población que se tenía planificada. Además de esto, antes de iniciar con cada grado, ya fuera el director o el maestro, hablaba con los alumnos haciéndoles ver la importancia que tenían las charlas y esto contribuía a que ellos tuvieran un mayor interés desde el principio.

El primer día de contacto con los alumnos se utilizaba más que todo para establecer rapport por medio de dinámicas, con esto se lograba crear empatía entre facilitadora - alumnos, lo que fue positivo porque permitía que hubiera un ambiente ameno. Se les explicaba el tema que se impartiría dándoles las primeras nociones del mismo con el fin de que procesaran de una mejor manera la información. Se trabajó con seis escuelas y aunque algunos tenían ideas vagas sobre lo que significaba autoestima, ningún alumno supo responder con exactitud a lo que se refiere este término, situación que fue hasta cierto punto una limitante puesto que se le tuvo que dar énfasis a la definición del concepto en mención, para que luego pudieran resolver eficazmente los ejercicios que se les plantearían. Es lamentable que en las escuelas no les hablen a los alumnos o no cuenten con una materia específica en donde puedan discutir temas tan esenciales como lo es la autoestima, de ahí que no tengan conocimiento sobre ellos. Casi siempre se tuvo cuatro sesiones con cada grado y sección, en las que se desarrollaron los temas: Autoestima, Escalera de autoestima, Autoconocimiento, Autoconcepto, Autoevaluación, Autorrespeto y Autoaceptación.

En el transcurso de este proceso se pudo compartir con los alumnos, no solamente se daban las charlas, sino que también se les pedía que participaran y ellos con gusto compartían sus experiencias tanto con sus compañeros como con la epesista, lo que hizo más enriquecedor el programa, pudiendo aprender así, aparte de sus experiencias, de las experiencias de los demás.

Se pudo observar que algunas escuelas tenían instalaciones inadecuadas, es decir, no tenían agua, el techo era de lámina, lo que creaba demasiado calor dentro del aula, no tenían puertas, esto provocaba que se escuchara mucho ruido de fuera por lo que había que gritar prácticamente para que los niños pudieran escuchar bien. En una escuela la pared que dividía sexto grado de quinto tenía un agujero un poco grande en donde se podía escuchar y ver hacía el otro grado, por momentos esto creaba distracción en los alumnos. Esto fue un aspecto negativo tanto para la epesista como para los alumnos porque la atención que prestaban no era la ideal y en ocasiones se tenían que hacer grandes esfuerzos para realizar el taller, sin embargo, el proyecto solo duró un mes en cada escuela y se trató de trabajar de la mejor manera aún bajo las condiciones descritas anteriormente, pero para los alumnos sigue siendo una desventaja ya que tienen que recibir sus cátedras bajo esas condiciones durante años, lo que facilita el bajo rendimiento, repitencia escolar, desmotivación y falta de atención, así como deserción, entre otras problemáticas. Lo contrario fue en las escuelas urbanas, en donde poseían mejores instalaciones e incluso recibían refacción escolar. Aunque esto es de gran beneficio para ellos pues la alimentación es fundamental en la vida escolar, para la facilitadora creó un poco de conflicto porque se tenía que interrumpir las charlas a cierta hora o tratar la manera de terminar luego para que pudieran alimentarse. A pesar de que no siempre las instalaciones físicas y ambientales se prestaron para desarrollar los talleres de la manera más adecuada, desafortunadamente los participantes están acostumbrados a realizar sus labores bajo estas condiciones, por lo que seguían escuchando y prestando atención como una clase normal.

Otra de las limitaciones fue que no en todas las escuelas se pudo dar las cuatro sesiones como se tenía planificado, en algunas se asistió solamente dos sesiones. Esto porque a veces tenían actividades de parte de la escuela que no podían cancelar y en una ocasión una sección no llegó a estudiar porque la maestra tenía permiso para faltar. Esto provocó que no pudieran realizar todos los ejercicios y actividades, fue un poco difícil tratar la manera de abarcar todo el contenido en las dos sesiones que se tuvieron pero al final se pudo lograr omitiendo algunos juegos y apresurando cada uno de los temas, aunque hubiera sido más provechoso para ellos recibir las charlas como originalmente se tenía planeado.

La mayoría de los sextos grados con los que se realizaron las charlas colaboraron haciendo lo que se les pedía, participaban en las preguntas que se les hacían, expresaban sus dudas, prestaban atención, trataban de hacer bien los ejercicios, etc., situación que fue agradable y satisfactoria para la epesista ya que esto era parte de lo que se quería lograr. Sin embargo, hubo una sección que no colaboraba, era demasiado inquieta, peleaban unos con otros, lo que en resumen, fue un problema. Al evaluar las diferencias que había entre esta sección en particular y los demás grados, se pudo evidenciar que la maestra de estos niños era muy estricta, les gritaba para que hicieran lo que ella decía y los trataba mal. Claramente esta actitud de maestro - alumno en donde no existe ningún tipo de respeto causa en ellos una actitud de rechazo, teniendo un comportamiento desafiante ante las demás personas. Sus sentimientos y comportamientos eran ambivalentes porque en cuanto hacían algo malo, también estaban pidiendo perdón. Fue diferente en las otras aulas en donde los maestros los corregían manteniendo el respeto y el cariño que merecen. Después de esto se puede decir que los niños no solo son el reflejo del hogar y de la crianza de sus padres, sino también de la educación que reciben en la escuela, especialmente de sus maestros.

Durante la realización de las charlas se tocaban temas interesantes para los alumnos. La dinámica que se utilizaba era desarrollar el tema y luego hacer un ejercicio vivencial o de las experiencias personales de cada uno. Con estos ejercicios

los niños se sentían identificados y no dejaban de expresar su manera de sentir respecto a los problemas que tienen diariamente ya sea en el hogar o en la escuela. Al dialogar abiertamente sin que alguien los criticara, se sentían comprendidos tanto por la epesista como por sus compañeros dándose cuenta de que no eran los únicos que atravesaban por las situaciones de conflicto que comentaban, lo que terminó siendo como una terapia de grupo y fue provechoso para ellos porque se pudieron desahogar, incluso hubieron dos niñas y un niño que lloraron al recordar lo que viven en su casa, después de escucharlos se les dieron algunas recomendaciones y para esto participaron el resto de alumnos.

A lo largo de este proceso se presentaron algunas limitaciones pero los alcances que se obtuvieron fueron positivos tanto para la población con la que se trabajó, como para la epesista, pudiendo cumplir así con el objetivo de este subprograma. En todas las actividades que se realizaron los alumnos mostraron interés y entusiasmo. Al final se logró hacerles entender que todos tenemos el mismo valor como persona aunque seamos diferentes, que con esfuerzo somos capaces de realizar cualquier cosa que nos propongamos, que nada ni nadie es mejor o peor que uno mismo y que siempre existirán dificultades u obstáculos pero está en cada uno superarlos con una actitud positiva. Esto se pudo comprobar por medio de las evaluaciones que se les hacía al terminar cada taller. Fue conmovedor y grato escuchar los comentarios finales de los participantes agradeciendo por las charlas recibidas con expresiones como: “Gracias seño porque me di cuenta que soy importante”, “Gracias seño por ser tan buena con nosotros, porque nos escuchó y nos tuvo paciencia”, “Me di cuenta que no debo tratar mal a mis compañeros porque esto los hace sentirse mal”, “Ojala que viniera siempre”, entre otros.

4.3 Subprograma de investigación:

La investigación titulada “Causas del bajo rendimiento escolar, de los pacientes que asisten a psicoterapia, dentro del Centro de Salud de Amatlán” se pudo realizar durante los ocho meses que duró el EPS. Fue necesario antes de conocer dichas causas, acercarse a la población con la que se trabajaría, tanto con los padres como

con los niños, establecer empatía con ellos y crear un ambiente de confianza. Esto fue bueno porque durante el proceso se expresaron con sinceridad, sin ningún temor a decir algo que para ellos estuviera mal.

Por medio de la encuesta y de los test psicológicos que se aplicaron se pudieron determinar seis causas principales por las que los niños que asistieron a la clínica tenían bajo rendimiento escolar: Falta de motivación, la escuela, baja autoestima, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y problemas emocionales.

Como bien es sabido, la motivación en el ser humano es fundamental para que realice cualquier actividad. De esto dependerá muchas veces su desempeño en las mismas. En estos niños se pudo observar que carecen de motivación intrínseca y extrínseca. Generalmente no cuentan con ningún apoyo en el hogar porque ambos padres tienen que trabajar para mantener el sustento y cuando se queda uno de los dos, tiene que realizar actividades domésticas, además, por los problemas económicos, así como familiares que viven día a día, no tienen la paciencia que se requiere para tener bajo control todo lo que se les presenta. Atienden todas las situaciones como van pudiendo, sin tomar en cuenta que en el hogar hay uno o varios hijos que necesitan que alguien esté a la par de ellos, mientras realizan sus tareas dándoles ánimo, palabras de aliento y guiándolos cuando hay algún tema que se les dificulte. Cuando los padres de familia llegan a casa luego de una jornada ardua de trabajo, están demasiado cansados como para llegar a resolver los problemas de los niños, algunos de ellos llegan solo a dormir y otros no quieren que se les acerquen. Los niños han llegado a acostumbrarse tanto a esto, que saben que no se le pueden acercar a sus papás llegando a resignarse y terminan entregando sus tareas como pueden o no las entregan, al quedarse solos en casa se les facilita abandonar sus estudios y prefieren ir a jugar. Aparte de esto, por la falta de motivación que tienen de los adultos van perdiendo el interés propio hacia el estudio, les llega a desagradar asistir a clases, dejando de esforzarse por realizar tareas y aprender, porque les parece algo aburrido, que no les va a servir para nada, viéndolo solamente como una obligación, ya que los padres no les hablan de la verdadera

importancia que este tiene, de los beneficios a futuro y no tratan la manera de hacerlo ver como algo interesante.

Otro de los factores que influye en el rendimiento académico de los niños es la escuela. En la escuela existen varios elementos que contribuyen a que los alumnos tengan un bajo rendimiento. En muchas escuelas hay un exceso de alumnado lo que provoca que la maestra o maestro de grado no pueda poner una atención especial a aquellos alumnos que tienen ciertas dificultades y que van a un ritmo más lento a diferencia del resto de compañeros. A veces los maestros se dan cuenta de qué niños son los que tienen problemas, sin embargo, no cuentan con el tiempo suficiente para volver a repetir las explicaciones sobre el tema que estén viendo y menos acercarse al niño y explicarle de acuerdo a sus necesidades. Es tan amplio el contenido que tienen que cubrir que prefieren continuar con el siguiente tema, lo cual es negativo para los niños puesto que algunos temas son requisito de los siguientes y si no entendieron el primero, no entenderán los demás o llegan a tener problemas a la hora de realizar las tareas en el hogar. Las instalaciones de estas instituciones no son las más adecuadas, no hay ventilación, en algunas no hay puertas, las clases son pequeñas por lo que todos están apretados, etc., lo que viene a empeorar la situación, ya que el ambiente en el que los alumnos reciben sus cátedras afecta también su aprendizaje. La forma de evaluación también es un obstáculo. Los niños se han acostumbrado a aprender las cosas a base de memorización, aunque no entiendan lo que estén repitiendo, situación que les viene a perjudicar en el futuro porque al siguiente año escolar no se recuerdan de nada de lo que vieron en el grado anterior, pues lo memorizado solo logran retenerlo durante un corto tiempo, es por esta razón que no están preparados para estar en el grado en el que se encuentran, llegando a sentirse menos inteligentes que sus compañeros. No solo interviene en esta problemática lo anteriormente mencionado, sino que también la relación que tienen con sus compañeros de clase no siempre es buena, reciben burlas y malos tratos por parte de ellos, los maestros en lugar de brindarles cariño resultan gritándoles lo que los hace sentir peor.

La forma como son tratados los niños en su hogar y en la escuela viene a repercutir en su autoestima. El no recibir muestras de aprecio y cariño por parte de otras personas puede causar en ellos sentimientos de desvalorización, poco amor hacia ellos mismos, incapacidad para realizar actividades, así como rechazo. Algunos de los niños participantes y los no participantes (observándose el segundo, durante la realización del subprograma de docencia), frecuentemente son tratados por sus compañeros y en algunos casos también por la o el maestro, con frases como: “Es que sos bruto”, “No pensás”, “Sos retrasado mental”, etc., lo cual crea en ellos ciertos complejos, dando como resultado un niño inseguro, un niño que prefiere quedarse callado para que no se burlen de él, un niño sumiso, entre otros. Alguien que se encuentra constantemente recibiendo malas críticas por parte de los demás seguramente tendrá una baja autoestima. En el aspecto escolar se refleja en aquellos niños que por ejemplo, se resignarán antes de haber iniciado alguna tarea o ejercicio en clase, pensando que no son capaces de hacerla. En el hogar también son desfavorecidos, los padres en lugar de hacerles ver a sus hijos los aspectos positivos que tienen y tratar la manera de reforzarlos, solamente ponen énfasis en los aspectos negativos, quedando insatisfechos con cualquier cosa que ellos realicen. Un ejemplo de esto, es que un niño ponga su mayor esfuerzo en alguna tarea, pero por alguna razón no le queda perfecta, la madre o el padre en vez de felicitarlo lo regañarán por el error mínimo que pudo haber cometido, esto generalmente acompañado de frases ofensivas como las anteriores, lo mismo sucede con las tareas domésticas que emprendan.

Es perjudicial para ellos y para los individuos en general, tener una autoestima baja porque esto da lugar a que se presenten problemáticas mayores, como lo es la depresión.

La violencia intrafamiliar es un tema muy conocido hoy en día, varias familias guatemaltecas se encuentran inmersas en esta situación. Los pacientes con los que se trabajó no fueron la excepción. La mayoría de ellos han sido agredidos verbal, física y emocionalmente, de la misma manera que lo han sido sus hermanos. El ambiente del hogar casi siempre es hostil, esto porque sus padres también se

agreden entre ellos. Es complicado para un ser humano que todavía no entiende muchas cosas de la vida, observar a sus padres pelear, en ocasiones diariamente, esto crea en ellos grandes conflictos personales, entre estos el bajo rendimiento escolar. Al ser agredidos y ver cómo agreden a los demás se desconcentran totalmente y por supuesto, no quieren saber nada de estudios, simplemente desean que todo eso acabe.

Los conflictos familiares también tienen consecuencias negativas sobre el rendimiento de los niños. Se encontró que frecuentemente existen discusiones y problemas dentro del núcleo familiar, el formar parte de una familia conflictiva o desintegrada viene a desestabilizar la vida de un niño. La economía afecta en la medida que los padres se sienten agobiados y estresados cuando no cuentan con los recursos suficientes, lo que hace que presten menor atención a sus hijos, en ocasiones no tienen dinero para comprar el material que les solicitan en la escuela, siendo esto requisito para obtener puntos.

Por último, los problemas emocionales igualmente están relacionados con el bajo rendimiento escolar. Una persona que no se siente bien consigo misma, ni respecto a lo que hace, no puede desempeñarse de la manera más adecuada. Todos los niños que se sometieron a los test psicológicos presentaron uno o más indicadores emocionales (descritos detalladamente en el capítulo III), de los cuales los más sobresalientes fueron: agresividad, deseos de contacto con el ambiente, sentimiento de inferioridad, inseguridad, sentimientos de inadecuación intelectual y timidez. Algunos de estos niños viven en hogares en donde los padres son sumamente agresivos, circunstancia que tienden a repetir por imitación y aprendizaje. Además de esto, en ocasiones son maltratados en el hogar o en la escuela y en lugar de desahogarse de una manera sana, lo hacen tirando las cosas, rompiéndolas, somatándolas y agrediendo a las personas que los rodean o incluso a ellos mismos. Los niños que no reciben amor suficiente, que se sienten desplazados de la familia, que no mantienen una relación estable con las demás personas, tienen el deseo de poder llegar a obtener todo esto, de tener contacto con el ambiente, sin embargo,

muchas veces les es negada esta oportunidad y es ahí, cuando empiezan a tener ciertas dificultades en diferentes áreas de su vida, como lo es en la escolar. Debido a que constantemente estos niños son comparados con otros, como lo son los hermanos, y son criticados, llegan a sentirse menos que otros. Piensan que a diferencia de sus iguales ellos no podrán realizar las cosas que desean hacer. Cuando los niños crecen en un ambiente en donde los padres o personas que los rodean, imponen su autoridad sin tomar en cuenta el criterio y punto de vista de ellos, estos, se vuelven niños inseguros. Por todos los comentarios negativos que los niños reciben en cuanto a su desempeño escolar, se sienten menos inteligentes que sus compañeros de clase, quedándose sin ganas de intentar mejorar. La timidez es un factor que afecta a varias personas, incluyendo a los adultos, cuando se presenta en los niños, es totalmente difícil para ellos porque tienen problemas para comunicarse con otros. En la escuela esto afecta porque a veces les da vergüenza expresar sus dudas o acercarse a sus compañeros por lo que se vuelven niños solitarios.

Existe una diversidad de problemas emocionales que padecen los niños, el no tratarlos a tiempo o de la manera adecuada da como resultado niños con bajo rendimiento escolar o “niños problema”, como suelen llamarlos en las instituciones académicas.

El subprograma de investigación tuvo sus aspectos positivos y negativos. Se hubiera querido trabajar la investigación con todos los pacientes que asistieron a solicitar cita debido a bajo rendimiento escolar pero por alguna u otra razón, muchos dejaban de asistir o no se les podía atender, por lo que el número de participantes fue menor al que se esperaba. En ocasiones fue un poco complicado encontrar la información que se necesitaba para elaborar la encuesta y esto llevó más tiempo del que se tenía contemplado para aplicarla. Pese a los obstáculos que se encontraron, los cuales al final se pudieron superar, hubo grandes logros. Se realizó cada uno de los pasos planificados de la investigación, los padres de familia, maestros y pacientes colaboraron en lo que se les pidió. Lo más valioso de haber conocido las causas del bajo rendimiento escolar y el caso específico de cada uno de los participantes fue el poder trabajar en equipo para encontrar la solución adecuada a la problemática. Fue

gratificante para la epesista ver como todos esos niños, después de que pensaban que no podían hacer las cosas, después de llegar a creer que en realidad eran unos “tontos” o “burros”, como algunas personas les decían, manifestaban entusiasmo y alegría al darse cuenta que sí podían.

4.4 Análisis de contexto:

La Universidad de San Carlos de Guatemala junto con la Escuela de Ciencias Psicológicas, se encargan de que cada año los estudiantes que ya recibieron un proceso de formación académica, tengan contacto con la población guatemalteca, para aplicar y poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los años de estudio. Para poder realizar dicha práctica, es necesario elaborar y llevar a cabo el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado, de acuerdo a las necesidades de la población con la que se trabajará. En esta oportunidad fue la población amatitlaneca el foco de este proyecto.

Como bien es sabido a la psicología, a pesar de la importancia que tiene su aplicación en la sociedad, se le ha visto con poca credibilidad, especialmente en países que se encuentran en vías de desarrollo, entre ellos Guatemala. Además se han generado falsas creencias y grandes prejuicios contra esta ciencia. Todavía en pleno siglo XXI existe gente que piensa que acudir al Psicólogo es para la gente que está “loca”. Debido a esto y a que el Centro de Salud de Amatitlán no cuenta con el servicio de psicología, a excepción del apoyo que ofrecen los epesistas, se pensó al inicio del proyecto, que se encontrarían ciertas dificultades para obtener la aceptación de los habitantes del municipio en mención. Sin embargo, con la implementación de las estrategias adecuadas se logró generar un impacto positivo para que los usuarios de la institución y población en general, asistieran al servicio y confiaran en el proceso que se realizaría con ellos, dejando a un lado las falsas creencias y los prejuicios.

A pesar de que en el camino se encontraron algunas dificultades, al finalizar el proyecto se pudo culminar cumpliendo con los objetivos planteados y con grandes logros. El más importante de ellos es que la población con la que se trabajó, se dio cuenta que la psicología es una profesión seria, como cualquier otra, que ésta es fundamental para el bienestar de la salud mental y que realizando un trabajo en equipo se pueden obtener muy buenos resultados.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 Conclusiones Generales:

- El Ejercicio Profesional Supervisado culminó con éxito, contribuyendo así, a la mejoría de la salud mental, tanto de los pacientes que acudieron a solicitar el servicio, como de los alumnos participantes del programa Escuelas Saludables.
- Durante el proceso se contó con el apoyo del personal que labora en el Centro de Salud y de las autoridades de las escuelas a las que se asistió, lo que facilitó obtener buenos resultados.
- El desarrollo de los subprogramas: Servicio, docencia e investigación, permitió intervenir en diferentes problemáticas que afectan a la población, provocando grandes satisfacciones a la epesista.

5.1.2 Conclusiones Específicas:

5.1.2.1 Subprograma de servicio:

- El haber promocionado el servicio que se estaría prestando en el Centro de Salud, aunado a la información que se brindó, acerca de lo que comprende la psicología, influyó de manera positiva para su aceptación y credibilidad.
- El hecho de que el Centro de Salud, solamente cuente con el apoyo de un epesista en el área de psicología, hace que no se atienda a toda la población que lo demanda.
- La psicoterapia que se aplicó a la mayoría de los pacientes dio resultados positivos, especialmente en los casos en los que colaboraron desde el principio hasta el final.

- Las evaluaciones que se hicieron a los niños que asistieron a consulta por bajo rendimiento escolar, fueron de gran ayuda para determinar adecuadamente qué técnicas de estudio se utilizaría con cada uno de ellos y cuáles técnicas se les recomendaría a los padres de familia para implementar en el hogar.
- Se pudo comprobar que los niños que contaron con el apoyo de sus padres, tuvieron mejores resultados en comparación de los niños a los que no se les ayudaba en casa.

5.1.2.2 Subprograma de docencia:

- Impartir charlas a los alumnos sobre temas interesantes para ellos, es beneficioso ya que de esta manera, aprovecharán mejor la información obteniendo un mayor aprendizaje.
- La colaboración y el entusiasmo que manifestaron los alumnos que participaron en este subprograma, contribuyó para que se pudiera fomentar la autoestima en ellos.

5.1.2.3 Subprograma de investigación:

- La motivación es un elemento fundamental en el rendimiento académico de los escolares, la falta de ésta trae como efecto en las personas, especialmente en los niños, un mal desempeño en las actividades que realizan.
- Pese a que la escuela y la familia son dos grupos sociales, que tienen a su cargo el desarrollo integral del niño, se encontró en la investigación que no están ejerciendo su papel de la manera más adecuada, lo que provoca niños con bajo rendimiento escolar.
- La baja autoestima, así como otros problemas emocionales que puedan padecer los niños, generan en ellos sentimiento de incapacidad, poca valoración de sí mismos, inferioridad, etc., causándoles poca confianza al realizar sus actividades escolares.

- Los métodos de enseñanza que utilizan los maestros dentro de las aulas escolares son inadecuados, esto afecta el rendimiento escolar de los alumnos.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 Recomendaciones Generales:

- Continuar apoyando al Centro de Salud de Amatitlán, por medio de epesistas que realicen proyectos para fortalecer la salud mental de dicha población.
- Que las instituciones en donde se realice EPS, brinden toda la ayuda posible para que el epesista pueda ofrecer una mejor atención a los pacientes y desarrollar su proyecto eficazmente.
- Promover en el estudiante universitario la realización del EPS como la mejor opción para conocer más a fondo la realidad guatemalteca e intervenir en ella.

5.2.2 Recomendaciones Específicas:

5.2.2.1 Subprograma de servicio:

- Seguir informando a la población, por medio de diferentes actividades, los aspectos que abarca la Psicología. Esto con la finalidad de corregir ideas erróneas que se tengan de esta profesión y al mismo tiempo crear interés en los individuos para que acudan al servicio.
- Solicitar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, crear una plaza para el área de Psicología en el Centro de Salud de Amatitlán. De no ser posible esto, involucrar a otros profesionales para que trabajen en equipo, apoyando las actividades que realice el epesista, para así tener una mejor cobertura.
- Antes de iniciar el tratamiento psicoterapéutico, es importante conocer a fondo la problemática del paciente, para elegir adecuadamente la teoría psicológica y las técnicas que se utilizarán, según el caso.

- Evaluar constantemente por medio de pruebas psicológicas y otros instrumentos de medición, el desenvolvimiento individual/social, así como el desempeño académico, de los niños con bajo rendimiento escolar. Esto ayudará a determinar de dónde se origina la problemática y las posibles soluciones para resolverla.
- Crear conciencia en los padres de familia, del avance que pueden tener sus hijos, si cuentan con el apoyo de ellos.

5.2.2.2 Subprograma de docencia:

- Elegir a las escuelas como principal foco para realizar éste subprograma, ya que dependiendo de la educación que los niños reciban, sabrán o no, cómo enfrentarse a las diferentes situaciones que se les presenten en la vida.
- Realizar charlas acordes a las necesidades que presentan los niños, esto creará en ellos mayor interés, lo que permitirá que participen y tengan un mejor aprendizaje.

5.2.2.3 Subprograma de investigación:

- Estimular a los niños, por medio de la psicoterapia, a que realicen sus actividades con ánimo e interés, haciéndoles ver que de esta manera obtendrán mejores resultados.
- Proporcionar información, tanto en las escuelas como a los padres de familia, de cómo mantener un ambiente adecuado, para que los niños puedan tener un rendimiento escolar óptimo.
- Dar continuidad al fomento de la autoestima, pues esta es una condición clave para contar con una salud mental adecuada.
- Capacitar constantemente a los maestros para que tengan una mejor preparación al realizar sus cátedras.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado, J.L., Garrido, A. & Torregrosa, R. (1996). Psicología Social aplicada. 1ª. Ed. España: McGraw-Hill. Págs. 534.
2. Branden, N. (2001). La Psicología de la autoestima. España: Paidós Ibérica, S.A. Págs. 376.
3. Centro de Documentación e Información de la Mujer (CEDIM). (1994). Maltrato y violación a mujeres y niñas (os). Managua: Nuevo Amanecer. Págs. 133.
4. García, R. (1995). Factores que influyen en el bajo rendimiento escolar: estudio prospectivo realizado en los niños que asisten al centro escolar para la paz, CEPAZ, septiembre y octubre. Tesis, Guatemala: USAC. Págs. 56.
5. Izquierdo, C. (2003). La autoestima, camino hacia la felicidad. Colombia: Paulinas. Págs. 262.
6. Jaffe, J., Petersen, R. & Hudgson, R. (1980). Vicios y drogas: Problemas y soluciones. México: HARLA S.A. Págs.128.
7. Nathan, P. & Harris, S. (1989). Psicopatología y sociedad. 2ª. Ed. México: Trillas. Págs. 552.
8. Stith, Williams & Rosen. (1992) Psicología de la violencia en el hogar. España: Desclée de Brouwer. Págs. 362.
9. Pinto, V. (1998). El manejo del síndrome de maltrato infantil. 1ª. Ed. Guatemala. Págs. 50.
10. Prada, R. (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas. 4ª. Ed. Colombia: San Pablo. Págs. 222.

Consultas a internet:

- <http://www.amatitlanesasi.com>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental
- <http://www.definicion.org/rendimiento-escolar>
- <http://www.monografias.com/trabajos12/capitdos/capitdos.shtml#repit>
- <http://www.ucsm.edu.pe/ciemucsm/pages/salme.htm>

ANEXO

Fotografías del Subprograma de Docencia:

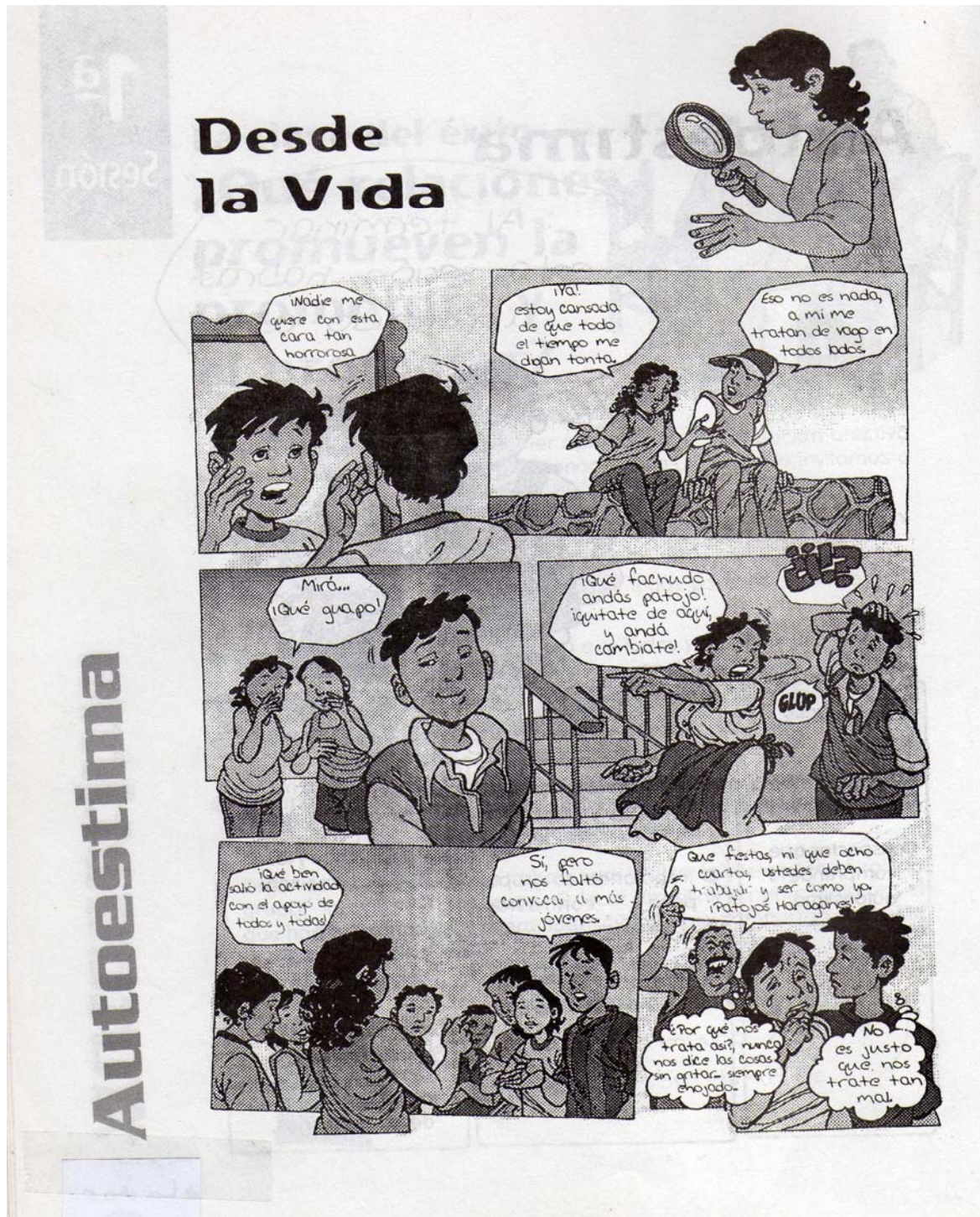
Escuela Oficial Rural Mixta El Rincón



Escuela Juana Mercedes Dardón Blanco



Material didáctico utilizado en el Subprograma de Docencia:
Historieta



Hoja de trabajo

Instrucciones: Después de haber leído la historieta “Desde la vida”, en grupo deberán responder lo siguiente:

1. Un comentario general acerca de la autoestima.
2. Escribir (cada integrante del grupo) una experiencia que hayan tenido igual o parecida a las imágenes que aparecen en la historieta.
3. ¿De qué manera mamá, papá o los adultos pueden hacer que ustedes tengan una baja o una adecuada autoestima?. Escriban algunos ejemplos:
4. Escribir el número de las imágenes que ayudan a tener una baja autoestima y una adecuada autoestima:

Baja autoestima	Adecuada autoestima