

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS -**



**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA
SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS
APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL
ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II”**

KARLA LISSETTE GALINDO DÍAZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS -**

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA
SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS
APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL
ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II”**

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

POR

KARLA LISSETTE GALINDO DÍAZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012



MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama

DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde

SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG.324-2011

DIR. 1975- 2012

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

16 de octubre de 2012

Estudiante

Karla Lissette Galindo Díaz

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL DOCE (1964-2012), que literalmente dice:

"UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL ÁREA DE TIERRA NUEVA III ,"** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Karla Lissette Galindo Díaz

CARNÉ No. 200616745

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez y revisado por Licenciado Domingo Romero Reyes. Con base en lo anterior, se **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"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-85, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Revisión e Informe (3)
SUMUSAC

REVISADO

FIRMA: *[Signature]* HORA: 15:40 Registro: 324-11

Reg. 324-2011
EPS. 37-2011

02 de octubre del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Karla Lissette Galindo Díaz**, carné No. **200616745**, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



JDg.
c.c. Control Académico
Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 324-2011

EPS. 37-2011

06 de septiembre del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador de EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Karla Lissette Galindo Díaz**, carné No. **200616745**, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, infomo 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 Domingo Romero Reyes
Revisor
USAC

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REVISOR
USAC

JDg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usncpsic@usac.edu.gt

Reg. 324-2011
EPS. 37-2011

14 de agosto del 2012

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Karla Lissette Galindo Díaz**, carné No. **200616745**, titulado:

"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Asesor-Supervisor

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
ASESOR SUPERVISOR

JDg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C. C. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 324-2011
DIR. 1,077-2011
De Aprobación de Proyecto EPS

14 de junio de 2011

Estudiante
Karla Lissette Galindo Díaz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL CINCUENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL ONCE (1,053-2011), que literalmente dice:

"MIL CINCUENTA Y TRES: Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS APADRINADOS EN CHILDREN INTERNATIONAL ÁREA DE TIERRA NUEVA I-II,** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Karla Lissette Galindo Díaz

CARNÉ No. 2006-16745

Dicho proyecto se realizará en: Colonia Tierra Nueva I y II de Chinautla, asignándose a la Licenciada Hania Porras quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, por parte de esta Unidad Académica. 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 ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



/Zusy G.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Psicología
Licenciado
Josué Samayoa
Coordinador de EPS
Ciudad

Respetable Licenciado Samayoa

Le saludo muy cordialmente en nombre de Children International Guatemala Diner.

A través de la presente comparto con usted que la señorita Karla Lissette Galindo Díaz, con carné No. 200616745 realizo su Ejercicio Profesional Supervisado EPS, en el Área de Servicio 06 "Tierra Nueva". Ubicada continúo al salón comunal Tierra Nueva, Chinautla, del 06 de junio del 2011 al 15 de junio 2012, en un horario de 8:00 a 12:30 horas. De igual manera se hace constar que la señorita Galindo Díaz, no tiene ningún requisito pendiente con la institución.

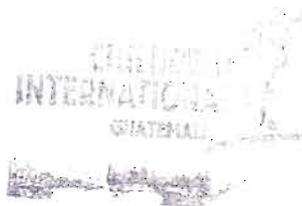
Y para los usos que a la interesada convenga se extiende la presente en la ciudad de Guatemala, a los veinticinco días del mes septiembre del año dos mil doce.

Atentamente,



Natividad Sapón
Coordinadora del Talento Humano
Teléfono 2323 5252 Ext. 117

NUEVA DIRECCIÓN
11 Calle 3-43 Zona 9



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Psicología
Licenciado
Josué Samayoa
Coordinador de EPS
Ciudad

Respetable Licenciado Samayoa

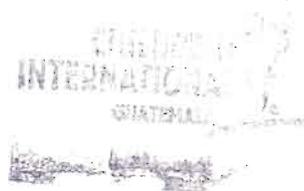
Le saludo muy cordialmente en nombre de Children International Guatemala Diner.

A través de la presente comparto con usted que la señorita Karla Lissette Galindo Díaz, con carné No. 200616745 realizo su Ejercicio Profesional Supervisado EPS, en el Área de Servicio 06 "Tierra Nueva". Ubicada continúo al salón comunal Tierra Nueva, Chinautla, del 06 de junio del 2011 al 15 de junio 2012, en un horario de 8:00 a 12:30 horas. De igual manera se hace constar que la señorita Galindo Díaz, no tiene ningún requisito pendiente con la institución.

Y para los usos que a la interesada convenga se extiende la presente en la ciudad de Guatemala, a los veinticinco días del mes septiembre del año dos mil doce.

Atentamente,


Natividad Sapón
Coordinadora del Talento Humano
Teléfono 2323 5252 Ext. 117



NUEVA DIRECCIÓN
11 Calle 3-43 Zona 9

PADRINOS DE GRADUACIÓN

OSCAR LEONEL GALINDO GALINDO

Administrador de Empresas

Colegiado N° 2,964

MARIO AUGUSTO MARTÍNEZ VILLAGRÁN

Médico y Cirujano

Colegiado N° 9,646

ACTO QUE DEDICO

A:

DIOS

El dador de vida, sabiduría y entendimiento para llevar a cabo este trabajo.

MIS PADRES

Ana María Díaz López y Oscar Leonel Galindo Galindo, por su amor, su apoyo, sus consejos, esfuerzos y sacrificios para hacer de mí la persona que soy ahora.

MI TÍA

Rosa Lourdes López, quien cuidó de mí y al igual que mis padres me acompañó, aconsejó y ayudó desde mi infancia hasta ahora.

MIS HERMANAS

Georgina y Gloria, quienes me brindaron su apoyo, amor y me alentaron para continuar mi camino.

MIS SOBRINOS

Jennifer y Mario quienes ocupan un lugar especial en mi corazón y deseo servir de ejemplo para la realización de sus metas

MIS AMIGOS

Diana, Zoila y David, quienes estuvieron a mi lado a lo largo de mi vida como universitaria y me brindaron consejos valiosos.

Dr. MARIO MARTÍNEZ

Quien a través de sus conocimientos contribuyó a mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por brindarme la oportunidad de realizarme como profesional en el área de Psicología.

A los catedráticos de la Escuela de Ciencias Psicológicas por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia, y al resto del personal por su colaboración en el transcurso de mi formación académica.

A Children International y de manera especial al personal del área de Tierra Nueva por permitirme llevar a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, por su compañerismo brindado.

A las madres voluntarias afiliadas a la institución por su cooperación en la entrega de citatorios a las familias de los niños inscritos en el Programa de Psicología y su participación en las actividades realizadas.

De manera especial agradezco a los Licenciados Estuardo Espinoza y Domingo Romeropor su valiosa asesoría para la elaboración del presente documento.

ÍNDICE

Contenido	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
ANTECEDENTES	
1.1 Monografía del Lugar.....	4
1.2 Descripción de la Institución.....	12
1.3 Descripción de la Población Atendida.....	18
1.4 Planteamiento del Problema.....	19
CAPÍTULO II	
REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO	
2.1 Marco Teórico.....	22
2.2 Objetivos.....	40
2.2.1 Objetivo General.....	40
2.2.2 Objetivos Específicos por Subprogramas.....	40
2.2.3 Metodología de Abordamiento.....	41
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
3.1 Subprograma de Servicio.....	47
3.2 Subprograma de Docencia.....	53
3.3 Subprograma de Investigación.....	61
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Subprograma de Servicio.....	72
4.2 Subprograma de Docencia.....	79
4.3 Subprograma de Investigación.....	84
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	90
5.1.1 Conclusión General.....	90
5.1.2 Subprograma de Servicio.....	90
5.1.3 Subprograma de Docencia.....	91
5.1.4 Subprograma de Investigación.....	92
5.2 Recomendaciones.....	92
5.2.1 Recomendaciones Generales.....	92
5.2.2 Subprograma de Servicio.....	93
5.2.3 Subprograma de Docencia.....	94
5.2.4 Subprograma de Investigación.....	95
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	100

RESUMEN

El presente documento es un informe de las actividades de Ejercicio Profesional Supervisado realizadas desde el mes de junio de 2011 hasta junio de 2012. El trabajo se llevó a cabo con el objetivo de reducir la problemática de índole psicológica y de esta forma promover la salud mental en la población afiliada a Children International de Guatemala en el área de Tierra Nueva. Esta institución brinda ayuda a niños y jóvenes de escasos recursos en distintos puntos del país, a través consultas médicas y dentales, entrega de medicamentos sin ningún costo, apoyo financiero a niños y jóvenes en formación académica y entrega de regalos especiales; a fin de reducir los efectos que la pobreza tiene en ellos.

El trabajo se dividió en tres subprogramas: El primero de ellos, el **servicio**, se enfocó en la atención individual de niñas y niños apadrinados y la respectiva orientación a sus padres, entre los problemas que aquejaron a la población destacaron las dificultades de aprendizaje y los problemas de conducta relacionados con la agresividad. Al transcurrir el tiempo el servicio se extendió a jóvenes y adultos. El modelo conductista fue el eje principal de trabajo, aunque también se utilizaron otros modelos para tratar ciertas dificultades que a criterio de la estudiante de Psicología eran más adecuados que el conductismo, por ejemplo el modelo humanista principalmente la Terapia de Juego No Directiva propuesta por Virginia Axline, para brindar tratamiento a problemas clínicos. En el caso de los niños con dificultades académicas se decidió combinar los principios de la teoría del condicionamiento operante con programas reeducativos elaborados según las necesidades de cada niño. Para los jóvenes y adultos atendidos se utilizó la terapia cognitivo-conductual y gestáltica como base para su tratamiento. En la **docencia** se llevaron a cabo talleres y charlas informativas dirigidas a padres y personas voluntarias en los que se abordaron temas de interés cotidiano. Por último, en el subprograma de **investigación** se abordó el tema del alcoholismo desde un punto de vista cualitativo en el que se pretendió indagar sobre la concepción que los niños tienen del tema al convivir con un pariente alcohólico.

INTRODUCCIÓN

“Los niños son el futuro...” esta frase se ha mencionado muchas veces en discursos de diferente tipo. Sin embargo, cómo es posible dejar en sus pequeñas manos algo tan importante si no se les da una formación integral que les permita tener las herramientas necesarias para que “en el futuro” sean ellos los que impulsen el desarrollo de una sociedad. No se debe negar que se han implementado programas para mejorar servicios como la educación y salud física, que han dado buenos resultados, pero aún se olvida un aspecto muy importante que es la salud mental de los niños, algunos de ellos crecen con excelente salud física y educación de calidad pero sus dificultades emocionales les llevan a conductas perniciosas, relaciones inestables, actos delictivos, entre otros. Estas dificultades son en su mayoría producto de influencias negativas tanto del ambiente social como familiar. Esto crea un círculo vicioso, pues estos niños que se convierten en adultos con una salud mental deficiente tienden a reproducir las vivencias negativas con sus propios hijos, prolongando de esta manera muchos de los problemas que aquejan a la sociedad.

La población atendida no fue la excepción, durante el tiempo en que se realizó el EPS de Psicología se detectó que gran parte de los niños apadrinados también vive los efectos negativos de problemas sociales y familiares como el maltrato, alcoholismo, pobreza, entre otros, lo cual no les permite tener un desarrollo óptimo, pues aunque se les ayude a cubrir algunas necesidades básicas, los problemas psicológicos permanecen. Por ello se consideró necesario elaborar y poner en marcha un proyecto de atención psicológica para beneficiar a quienes solicitaron el servicio. De esta forma la epesista hizo una pequeña contribución en la labor altruista de Children International, al producir un cambio en las vidas de los niños apadrinados por dicha institución.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1. MONOGRAFÍA DEL LUGAR:

CHINAUTLA:

El departamento de Guatemala se subdivide en 17 municipios: Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Guatemala, San José del Golfo, Palencia, San Pedro Ayampuc, Mixco, San Pedro Sacatepéquez, San Juan Sacatepéquez, San Raymundo, Chuarrancho, Fraijanes, Amatitlán, Villa Nueva, Villacanales, San Miguel Petapa y por último Chinautla, que es el municipio en donde se ubica la mayor población pocomam del país, quienes han conservado las tradiciones heredadas de sus antepasados. La población generalmente se dedica a la elaboración de objetos artesanales de cerámica y trajes típicos de la región.

El término Chinautla tiene diferentes acepciones: La primera de ellas proviene del Poqomam XINA que significa “agua caliente” y JUTLA que significa jute o caracol. Al unir ambos vocablos diría “Jute de Agua Caliente”. Asimismo se dice que proviene del náhuatl CHICUNAUH-TLA plural del numeral CHICUNAUJ que significa nueve. Actualmente la municipalidad ha adoptado el vocablo CHICUNAUH-TLA que también significa “confinado por cercas” debido a que anteriormente en el lugar había grandes extensiones de tierra divididas por cercas elaboradas con árboles de izote.

Geografía:

Se ubica a doce kilómetros de la ciudad capital, está compuesta por doce comunidades rurales como aldeas, pueblos, caseríos y alrededor de cincuenta comunidades urbanas formadas por colonias y asentamientos. La cabecera municipal se conocía como Santa Cruz Chinautla y/o Chinautla, tiene una extensión territorial de 80 kilómetros cuadrados, su densidad poblacional es de 808 personas por kilómetro cuadrado, tiene 1220 metros sobre el nivel del mar, la ruta de acceso

principal es la carretera departamental 4, recientemente pavimentada hasta la entrada de la localidad. Al norte colinda con Chuarrancho, al este con San Pedro Ayampuc, al sur con Guatemala y al oeste con Mixco, San Pedro Sacatepéquez y Guatemala.

Población de las Comunidades de Chinautla:

POBLADO	HABITANTES	POBLADO	HABITANTES
Colonias			
Arimani	721	El Molino II	39
Molino	1,011	San Antonio	356
El Cervecero	161	Las Perlas	385
Sauzalito III	3,056	Nueva Chinautla	3,323
Balneario el Paraíso I	715	San Martín	8,088
Gobernación	1,160	Tierra Nueva	2,210
Joya Tecún Umán	1,912	Santa Isabel III	758
Nueva Esperanza	1,554	El Paraíso	276
La Isla	1,406	San Julián	295
Santa Marta I	2,486	La Asunción	347
La Mich	22	Seis de Marzo	631
Fincas			
La Periquera	7	La Pilitas	28
Joya de Senahú	1,078	Las Trinitarias	23
Santa Faz	563	Linda Vista	41
Rancho Montoya	15	Primavera	134
Asentamientos			
Tierra Nueva II	13,977	Veinte de Octubre	507
Nueva Chinautla	1,085	Proyecto Sta. Faz	9.781
Caseríos			
Arenales	838	San Rafael	987
Cruz Blanca	54		
Aldeas			
San José Jocotales	3,716	Anita	482

Fuente: Cuadro #2 del documento "Municipio de Chinautla", Autor: Lemus Urbina, Mynor Estuardo

TIERRA NUEVA:

Geografía:

Tierra Nueva es una comunidad urbano marginal de Chinautla, está ubicada a 25 kilómetros del municipio. La única ruta de acceso es a través de la colonia Lo de Fuentes (Mixco), colinda al norte con Chinautla, al sur con la colonia Primero de Mayo, al oeste con el Condado de Minerva y al este con la colonia Bethania. Su clima es templado y las estaciones del año que se dan son el verano e invierno.

El Distrito de Tierra Nueva está distribuido en dos grandes comunidades: Tierra Nueva I y Tierra Nueva II, las cuales a su vez están conformadas por 28 asentamientos. Existen varios sectores aledaños llamados Loma Linda, El Bosque, La Isla, La Frontera, Adrián Bastiansen, Niño Dormido, 15 de Enero, Milagro de Amor, Vida Nueva I, II, y III, Encinitos, Eucaliptos, Nuevo Amanecer y La Bendición entre otros.

Historia:

La colonia fue fundada el 21 de marzo de 1976 (actualmente tiene 35 años de fundación) por iniciativa del sacerdote Católico Adrian Bastiansen. Después del terremoto acaecido en el año en mención, varias familias decidieron mudarse del lugar donde vivían, sin embargo por tratarse de personas de escasos recursos decidieron invadir la finca Santa Cristina, que en ese momento era propiedad de Manuel Marroquín.

Curiosamente dicha invasión ya se había planificado, algunos vecinos de la zona 3 capitalina residentes de las colonias Trinidad, Las Calveras, El Incienso, entre otras, temían que sus viviendas se derrumbaran por permanecer en las orillas del barranco, por ello se organizaron con el líder espiritual en mención para invadir el lugar el 4 de febrero de 1976. Casualmente en esa fecha ocurrió el terremoto por lo cual los invasores aprovecharon para poner en acción su plan. Varias familias estaban involucradas, sin embargo debido al crecimiento de monte, árboles de encino, sembradíos de milpa, falta de agua y de energía eléctrica, terreno disperejo y otras

incomodidades obligó a varias personas a desistir de la invasión. Dicha deserción obligó a los restantes a aceptar grupos provenientes de la colonia La Florida y del interior del país para fortalecerse.

Al inicio los vecinos se organizaron en cinco sectores y en cada uno había un coordinador, un bodeguero y un tesorero, el terreno estaba hipotecado con el Banco Nacional de la Vivienda (BANVI) y a través del Comité de Reconstrucción se llegó a un convenio para que se cobrara a las familias un cuota simbólica de Q. 179.37 dejándoles 15 años de plazo. En el primer semestre de 1979 la Facultad de Arquitectura de la Universidad de San Carlos de Guatemala financió una capacitación titulada **Promotor Social con Especialidad en Vivienda** dirigida a 25 líderes comunitarios, de los cuales únicamente 15 finalizaron. Cabe mencionar que durante los primeros dos años los habitantes vivieron en pequeñas champas armadas con nylon y debido a los beneficios de la capacitación y después de la adquisición de la tierra, se inició el proceso de construcción de casas por ayuda mutua, en el cual las mujeres se dedicaban a la recolección y almacenaje de materiales y durante los fines de semana los varones en conjunto construían una casa a la vez.

Transcurridos varios años se instaló el servicio de agua, sin embargo la población contaba únicamente con un pozo lo cual dificultaba el acceso a ese servicio. Posteriormente se instaló un chorro por cada manzana del sector, luego se instalaron dos chorros por manzana y por último el servicio llegó a cada vivienda. Asimismo se instaló el servicio de energía eléctrica.

Con el pasar de los años los niños comenzaron a asistir a la escuela, como aún no se contaba con un edificio, recibían clases a la intemperie utilizando bloques y trozos de madera. Posteriormente se inició la construcción de la escuela a condición de que cada familia debiera contribuir con una mínima cantidad de materiales.

Hidrografía:

Los habitantes de Tierra Nueva se abastecen de agua a través de pozos municipales y un pozo llamado “24 de agosto”, creado a través de una asociación. Asimismo cerca del lugar hay un río de aguas negras.

Salud:

El Centro de Salud se inauguró en 1990, posteriormente en 1998 se inauguró el Centro de Urgencias, en 2004 se fusionaron el centro de salud con el centro de urgencias formando el Centro de Atención Permanente (CAP) el cual brinda sus servicios las 24 horas del día, los 365 días del año a los habitantes de Tierra Nueva I y II, así como a la población de colonias cercanas. Asimismo, existe un puesto de salud ubicado en Tierra Nueva II. La organización no gubernamental Children International también ofrece servicios médicos y odontológicos, a diferencia de los dos primeros, esta organización únicamente atiende a niños apadrinados.

Población:

Respecto al censo realizado en 2002 en Tierra Nueva habían 2,210 habitantes, sin embargo en el 2010 la población aumentó y se estima que hayan 32,877 pobladores, quienes por lo general son población migrante de escasos recursos, multilingüe y pluricultural, los idiomas empleados son el español y el kakchiquel. El 12% de sus habitantes son indígenas, mientras que el 88 % son no indígenas. La densidad poblacional es de 575 habitantes por Km.²

Economía:

Se estima que el 54% de la población es económicamente activa, sin embargo, una parte considerable de los habitantes (27%) vive en pobreza, mientras que el 17% vive en pobreza extrema. Gran parte de los residentes de la colonia se dedican a trabajos como albañilería, carpintería, trabajadores de maquila; en el caso de las mujeres algunas se dedican al lavado y planchado de ropa o son dependientas de locales en el mercado. Pobladores abren negocios como tiendas, mecánicas automotrices, salones de belleza, entre otros para obtener ingresos.

Educación:

A continuación se presenta un listado de las instituciones educativas tanto en la colonia como en el asentamiento:

a) Tierra Nueva I:

Escuelas:

- “Tierra Nueva I” No. 900 (primaria jornada matutina).
- Anexo a la 900 (pre-primaria jornada vespertina).
- No. 931 pre-primaria y primaria jornada vespertina.
- Semiprivada “La Salle” (primaria jornada matutina).

Institutos:

- Mixto de Educación Básica por Cooperativa Tierra Nueva I (primaria y básicos en jornada vespertina).
- “Arnoldo Medrano” (educación básica jornadas vespertina y matutina).
- Municipal: Secretariado y Bachillerato (vespertina).
- Tierra Nueva I (se desconoce el nivel de enseñanza y las jornadas).

Otros:

- Mecanografía libre (jornada vespertina).

b) Tierra Nueva II:

Escuelas:

- Mixta “Esperanza de la Comunidad” (pre-primaria jornada y primaria matutina).
- Tierra Nueva II (primaria jornada vespertina).

Institutos:

- Instituto por cooperativa (se desconoce el nivel de educación y jornadas).

Colegios:

- Mixto “Ejército de Salvación” (pre-primaria jornada matutina, 1ero a 4to. grado de primaria).

Política:

Tierra Nueva cuenta con dos alcaldías auxiliares que fungen como intermediarias entre los vecinos y el gobierno municipal trasladando denuncias de vecinos, realización de trámites o capacitaciones a los pobladores del sector. Una de estas alcaldías está conformada por un vicealcalde de elección popular (cada 4 años), cuyas funciones van desde la sustitución del alcalde en su ausencia hasta velar por el cumplimiento de las actividades planificadas para la región asignada, dos secretarías, un plomero y un inspector de servicios públicos.

Aspecto Cultural:

Ferías

- Tierra Nueva I 21 de marzo
- Tierra Nueva II 24 de agosto
- 15 de agosto (virgen de la asunción)

Fiestas Patrias

- 15 de septiembre.

Servicios con que Cuenta:

- Electricidad
- Alcantarillado
- Agua
- Dos guarderías infantiles
- Sub estación de la PNC comisaría No. 16
- Mercado cantonal
- Complejo polideportivo
- Dos salones comunales
- Dos ventas sociales de medicamentos.

- Servicios municipales de limpieza de las calles.

Transporte:

La colonia cuenta con el servicio de buses tipo escolar, microbuses, mototaxis y taxis (los dos últimos son el medio más seguro). Cabe mencionar que el servicio es de baja calidad, el cobro por el transporte es de Q2.00 en adelante y, por si fuera poco las rutas que recorren son cortas y los usuarios que desean transportarse hacia otras zonas de la ciudad capital, deben abordar otros buses exponiéndose a los asaltos.

Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales:

- Esperanza y Fraternidad (ESFRA): brinda capacitaciones a voluntarios referentes a temas de salud. También se encargan de la venta de abarrotes a precios módicos.
- Alcohólicos Anónimos: cuya función es rehabilitar a personas adictas al alcohol a través de terapia grupal, también brindan asistencia a familiares de alcohólicos.
- Comité Permanente de Festejos (COPEFE): es un grupo juvenil que tiene a su cargo la organización de celebraciones especiales como el día de la madre, fiestas patrias, Navidad, etc.
- Asociación de Football: organiza actividades referentes al deporte en mención trabajando con tres ligas: mayor, menor y mosquitos.
- Comité del Mercado: encargado de velar por los intereses de los locatarios.
- Asociación de Padres de Familia: cuya función es ayudar a la satisfacción de algunas necesidades de la labor educativa.
- Comunidades Religiosas: las principales religiones de la colonia son la católica y la evangélica.
- Grupo AdrianBastiansen: es un grupo juvenil encargado principalmente de la organización de actividades de aniversario de la colonia.

Factores de Riesgo:

- Formación de grupos delincuenciales.
- Narcotráfico.
- Ambiente social violento, Tierra Nueva y colonias aledañas han sido declaradas como áreas rojas.
- Ubicación geográfica no apta para habitar.
- Alta vulnerabilidad a desastres (recientemente se produjo un deslave en las orillas del barranco, afectando a varias familias).
- Única ruta de acceso para salidas de emergencia.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

CHILDREN INTERNATIONAL:

Se trata de una organización humanitaria sin ánimo de lucro dedicada a aliviar el peso de la pobreza entre los niños pobres. El programa de apadrinamiento de niños es una solución que proporciona asistencia educacional, de salud, material y emocional para los niños pobres alrededor del mundo. El apadrinamiento personal da a estos niños la oportunidad de romper el círculo de la pobreza y realizar su pleno potencial.

Anteriormente la organización era conocida como HolyLand Christian Mission y se dedicaba a brindar servicios de salud a niños minusválidos y proporcionaba ayuda a mujeres viudas y huérfanos de la Tierra Santa. Conforme se dieron cambios a nivel mundial, también cambió la misión de la institución al brindar asistencia a niños pobres del mundo estableciendo vínculos entre éstos y personas que por voluntad propia deciden apadrinarlos.

Los primeros proyectos se llevaron a cabo en India, las Filipinas y Guatemala en 1980. Para el final de ese año, más de 2,300 niños recibieron beneficios del apadrinamiento. Posteriormente se realizaron programas en países como Chile,

Honduras, la República Dominicana, Colombia y Ecuador, al finalizar los años 80, aproximadamente 134,000 niños pobres se estaban beneficiando de un acceso fiable a cuidado médico, apoyo educacional y asistencia material. En 1994, se inauguró este programa para los niños de escasos recursos residentes en los Estados Unidos.

En la actualidad Children International ha ampliado sus servicios llevando programas a México y Zambia en 2005. La población atendida ha incrementado, pues ahora se brinda atención a más de 330,000 niños. A lo largo de su existencia la institución ha beneficiado a más de un millón de niños.

Children International en Guatemala:

Desde 1979, cuando se fundó el primer proyecto de Children International en el sur-occidente de Guatemala, miles de familias de escasos recursos han sido beneficiadas por el Programa de Apadrinamiento.

La historia empezó a escribirse en el poblado de San Lucas Tolimán, Sololá; para luego extenderse a Patulul, Suchitepéquez; Tecpán, Chimaltenango y San Antonio Aguas Calientes, Sacatepéquez. Posteriormente el programa siguió expandiéndose hacia las áreas urbanas marginales de la ciudad capital, estableciendo Centros Comunitarios que de inmediato se convirtieron en centros de esperanza y apoyo para los guatemaltecos.

El 5 de octubre de 1990 el proyecto estableció dos agencias operativas identificadas como Asociación Ayuda de Niños KATORI en las áreas rurales y como Desarrollo Integral del Niño de Escasos Recursos (DINER) en las áreas urbanas.

En el año 2005 el Programa se retiró de San Lucas Tolimán, población que experimentaba un desarrollo notable, para enfocarse en los casos de pobreza extrema que se sufrían en Patulul y Río Bravo. Finalmente en el año 2009 ambas agencias se fusionaron, surgiendo una organización humanitaria más grande y más sólida: Children International Guatemala.

En la actualidad sus áreas de servicio son:

- Tecpán Guatemala (Chimaltenango).
- San Lorenzo El Cubo (Sacatepéquez).
- Chimaltenango Cabecera.
- Patulul y Río Bravo (Sacatepéquez).
- Villa Canales.
- Tierra Nueva.
- Las Charcas.
- Paraninfo.

Visión: Que cada niño se gradúe de su programa como un adulto sano, educado y autosuficiente, con la habilidad y la motivación de liberarse de la pobreza y al mismo tiempo mejorar su propia comunidad.

Misión: Producir un cambio real y duradero en las vidas de los niños que viven en la pobreza. En colaboración con sus contribuyentes, reduce su lucha diaria, interviene en su potencial y les provee la oportunidad de crecer sanos, educados y preparados para salir adelante y contribuir a sus sociedades.

Meta: Impactar las vidas de los niños pobres, sus familias y sus comunidades a través de sus programas para aliviar los problemas que enfrentan y mejorar su calidad de vida.

Programas:

Durante el 2010 la institución trabajó en los siguientes programas:

A. Salud: Que giró en torno a cinco estrategias principales:

- Servicios médicos: Se llevaron a cabo chequeos médicos preventivos para niños menores de 12 años.

- Servicios dentales: Chequeos dentales curativos para la población apadrinada que lo requiere.
- Estrategia antiparasitaria: El personal médico dio una capacitación a niños, jóvenes y familias apadrinadas, respecto a la higiene en la preparación de alimentos y el lavado de las manos. Asimismo se llevó a cabo una jornada de entrega de Abendazol haciéndole saber a la población beneficiada las indicaciones y contraindicaciones de la misma.
- Rehabilitación nutricional: a través de los chequeos médicos preventivos se identificaron casos de desnutrición moderada y severa, posterior a ello se le brindó a los niños apoyo con suplementos alimenticios y talleres de cocina dirigidos a madres de familias apadrinadas.
- Cuerpos de salud de jóvenes: Se les proporciona a los jóvenes los conocimientos necesarios para que tengan prácticas de vida adecuadas y de este modo prevenir riesgos que causen efectos negativos en el futuro.

B. Educación: En este programa se les provee a los niños y jóvenes apadrinados que asisten a la escuela, un set de útiles escolares. Dentro de éste, también se inserta el programa de psicología, que consiste en brindar tratamiento psicológico a niños que presentan problemas emocionales, de conducta, lecto-escritura, cálculo, entre otros; también se impartieron talleres a padres de familia referentes a la educación de sus hijos.

Asimismo se emplearon varias estrategias: una de ellas es la “Asistencia Financiera Para Estudiantes”, que consiste en proveer apoyo financiero a niños y jóvenes que asisten a la escuela. En segundo lugar se empleó la estrategia de “Becas HOPE (Habilidades y Oportunidades Por medio de la Educación)”, con la cual se pretende que los jóvenes adquieran habilidades competitivas para incorporarse al mercado laboral. La población beneficiada a su vez, debe brindar un servicio social atendiendo los Rincones Infantiles, que son espacios en donde los niños aprenden a compartir con los otros, desarrollar habilidades, formarse en valores y adquirir hábitos de lectura por medio del juego.

Se abrieron centros de cómputo con el objetivo de ayudar a la población en su formación académica, enseñando el manejo de paquetes de computación y cediéndoles espacio para realizar sus tareas escolares.

Dentro del programa de educación también se celebra anualmente un concurso de arte con el objetivo de fomentar la expresión artística en los niños apadrinados.

C. Jóvenes: Este programa consiste en brindar a la población las herramientas adecuadas para la toma de decisiones y convertirse en agentes de cambio dentro de su comunidad. Se han creado concejos juveniles, en los cuales éstos participan y se encargan de organizar y fortalecer grupos a nivel de zonas de áreas y también a nivel nacional, no sin antes recibir capacitaciones para adquirir habilidades de liderazgo, análisis de problemas, resolución de conflictos, formación de equipos, toma de decisiones y desarrollo de proyectos.

D. Asistencia Familiar: Con la colaboración de padrinos y donantes a los niños se les entregan cuatro regalos durante el año:

1. Cumpleaños
2. Cuaresma
3. Abrazo especial
4. Navidad

Asimismo, se brinda asistencia a familiares de niños apadrinados en casos de emergencia como desastres naturales, accidentes, enfermedades o fallecimiento de un familiar.

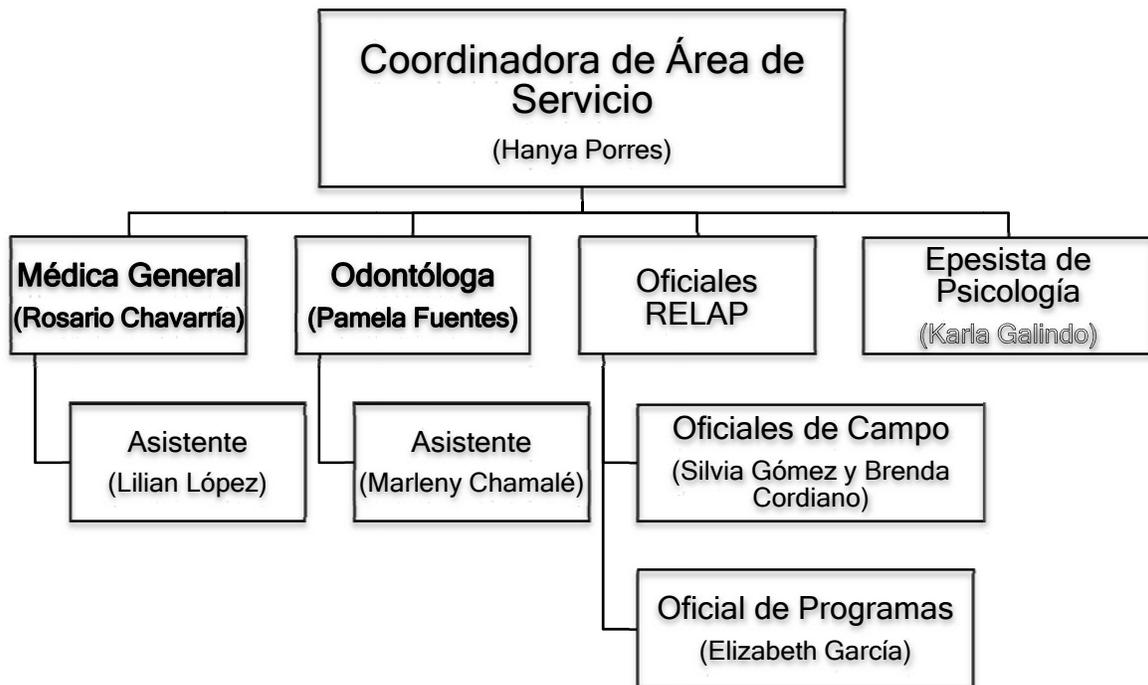
Children International Tierra Nueva:

Tras la fundación de la colonia en 1976, varias organizaciones brindaron su apoyo para cubrir la emergencia. En 1985 la organización Plan Internacional ubicada al lado de la Iglesia Católica inició su labor comunitaria dándole a la población desayunos, almuerzos, cenas, regalos de navidad, abrazo especial y consultas médicas a los

habitantes de Tierra Nueva I, pero la ayuda no era estable por lo que se trasladó a las instalaciones del que en la actualidad se denomina Ejército de Salvación ubicado en Tierra Nueva 2.

Posteriormente la organización HolyLand Christian Mission, comenzó a llevar el control del beneficio. Conforme el asentamiento creció el Dr. Marroquín tuvo la iniciativa de la formación de una junta directiva con madres voluntarias, teniendo una oficina en la zona 11 (dirección desconocida). Posteriormente la organización HolyLand desapareció y la ayuda se trasladó al primer dispensario de Tierra Nueva I, convirtiéndose en la primera sede Provisional de DINER. La organización se trasladó varias veces: a la colonia El Valle, una casa privada en la Colonia Primero de Mayo y en la actualidad se encuentra en la sede de Children International ubicada entre el salón comunal y el centro de salud de Tierra Nueva I. Cabe mencionar que el terreno fue solicitado a usufructo de 20 años por la organización y la Junta Directiva al señor Arnoldo Medrano (actual alcalde de Chinautla).

Organización Interna:



Coordinación con Equipos Multidisciplinarios:

El área de Children International de Tierra Nueva, cuenta con un equipo formado por una médica, encargada de llevar a cabo chequeos médicos a niños y adolescentes (se les proporciona medicamentos si la institución los tiene, de lo contrario ellos deben adquirirlos por cuenta propia), así como brindar suplementos alimenticios cuando se detectan casos de desnutrición moderada o severa. El servicio de odontología, al igual que el de medicina general, se encarga de hacer chequeos dentales a niños y adolescentes y brindar tratamiento preventivo o rehabilitador si el caso lo requiere. También cuenta con oficiales de campo, encargados de elaborar fichas, organizar visitas sociales (entre el niño y sus padrinos), entrega de donaciones (convertidas en certificados de regalo), entrega de correspondencia entre padrinos y apadrinados y coordinan el apoyo a las familias de niños beneficiados en caso de muerte de algún familiar. Por último, se cuenta con una oficial de programas quien en conjunto con la coordinadora de área de servicio, se encarga de la entrega paquetes o regalos a la población, también tiene a su cargo la coordinación de grupos juveniles respecto a la realización de talleres referentes a la drogadicción, salud reproductiva, VIH y educación sexual. Los jóvenes son capacitados para instruir a otros jóvenes sobre los temas mencionados. Durante el año 2011 y 2012, el área de Tierra Nueva también contó con el servicio de Psicología, cuya encargada brindó la atención adecuada a niños y niñas de diversas edades que presentaron problemas tanto de aprendizaje como de tipo emocional.

1.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

En Tierra Nueva, Children International tiene en la actualidad 3,639 apadrinados, de etnia ladina o indígena. Las edades oscilan entre los 2 y los 19 años, respecto al género hay 1,833 mujeres y 1,806 varones, todos ellos procedentes de diversas áreas de la colonia en mención, Lo de Fuentes, etc. La población, en su mayoría es de escasos recursos, viven en condiciones desfavorables lo cual aumenta el riesgo de padecer de enfermedades y desnutrición. Sumado a esto está el problema de la

delincuencia, formación de pandillas, el ambiente social violento y el narcotráfico, que ponen en riesgo la integridad física de la población y perjudican su salud mental. Conforme se desarrolló el EPS fue necesario brindar atención psicológica a jóvenes y mujeres adultas debido a la seria problemática que presentaban, a pesar de que en un principio el servicio iba dirigido a los niños apadrinados.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante el mes de abril de 2011 se realizó la visita diagnóstica de parte de la estudiante de EPS en Psicología en el área en mención y se detectaron algunas necesidades que derivan tanto del entorno como de la población propiamente dicha. Entre las primeras están la pobreza, que es la principal necesidad debido a que Tierra Nueva, colonias y asentamientos aledaños están conformados por gente de la clase obrera; el alcoholismo, maltrato infantil, abuso sexual, niños apadrinados cuyos familiares se dedican a delinquir o al tráfico de narcóticos, migración o abandono de los padres.

Estas necesidades están claramente relacionadas con lo expuesto en el apartado anterior, los ingresos económicos son demasiado bajos y en ocasiones el presupuesto excede dichos ingresos. La situación de pobreza, muchas veces obliga a la población a involucrarse en actividades ilícitas como el narcotráfico o la delincuencia, debido a que se obtienen ingresos económicos más altos. Otras personas optan por migrar a otros países, sin embargo existe el riesgo de que quienes se mudan formen un nuevo hogar abandonando a su antiguo cónyuge e hijos. Respecto al alcoholismo, maltrato infantil y abuso sexual, por lo general son problemas meramente psicológicos de las personas que rodean a los niños apadrinados.

Respecto a las necesidades propias de la población infantil se encuentran principalmente los problemas de conducta relacionados con la agresividad, hiperactividad y timidez, así como los problemas escolares provocados por las dificultades de lectoescritura y cálculo y la falta de motivación para el estudio. Entre

otras se mencionan las dificultades de control de esfínteres (principalmente la enuresis nocturna), niños que son abusados física o sexualmente por familiares, dificultades de relación entre padres e hijos, niños con dificultades emocionales debido al alcoholismo de sus padres o familiares cercanos, entre otras.

Estos problemas generalmente están asociados con el contexto en el que se desarrolla la población, aunque no deben descartarse problemas orgánicos (como en el caso de la enuresis). Los problemas de conducta podrían provenir del aprendizaje social, en el que se relaciona no sólo el ambiente de la comunidad sino la educación familiar. Los problemas referentes al aprendizaje y la falta de motivación en el estudio podrían tener como causa problemas de tipo emocional, falta de interés de los padres o el analfabetismo de los mismos, lo cual impide que se brinde la ayuda necesaria cuando el niño presenta dificultades en la realización de tareas.

Respecto a la población adulta, las dificultades encontradas derivan de la relación inadecuada entre parejas relacionada con el maltrato emocional que las mujeres reciben de sus esposos, así como de rasgos de personalidad dependiente. En los jóvenes se encontraron dificultades en el rendimiento escolar, causados principalmente por problemas emocionales y retraso en el desarrollo físico y de facultades cognoscitivas.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. MARCO TEÓRICO:

SALUD MENTAL:

Salud mental es un concepto cuyo significado es ambiguo en la actualidad, debido a que existen diferentes definiciones de acuerdo a las posturas de los estudiosos del tema. Warren (1998) la define como *“estado normal del Individuo”*, entendiendo que el autor hace una diferencia entre sano (normal) e insano (anormal). Para complementar esta definición cabe mencionar algunos aspectos psicológicos benéficos y otros perniciosos, teniendo en cuenta la proporción que hay entre ellos en la vida del ser humano.

Entre los aspectos que favorecen la salud mental (lo sano) se encuentra la capacidad de la persona de sobreponerse a las distintas dificultades presentadas en las esferas de su vida. Relacionado con lo anterior está la función del pensamiento, la concepción que el individuo tenga sobre lo que sucede a su alrededor influirá en la forma en la que supera dichas dificultades, los pensamientos optimistas tendrán efectos positivos que se manifestarán a través de sus actitudes y sentimientos. Asimismo para obtener esta capacidad también se requiere cierta adaptabilidad al ambiente en que la persona se desenvuelve y a los cambios que se realizan dentro del mismo.

Entre los aspectos que perjudican la salud mental (lo insano) está el sufrimiento intenso y prolongado como producto de dolencias físicas, problemas psicológicos (como la depresión u otros trastornos afectivos, entre otros) y otras complicaciones a nivel familiar o comunitario. Paradójicamente la función del pensamiento está relacionada con el sufrimiento de la misma forma que la capacidad de sobreponerse, debido al enfoque de las ideas de la persona, es decir que los pensamientos

pesimistas influirán de manera negativa en los sentimientos y actitudes de las personas; produciendo un desajuste intrapsíquico en el individuo.

A lo largo de este apartado se mencionarán algunos problemas que afectan la salud mental tanto a nivel general como a la población atendida. En otros apartados también se menciona algunas acciones que se realizaron con el objetivo de promover la salud mental en dicha población.

POBREZA:

La pobreza es una situación o forma de vida precaria que surge como producto de la imposibilidad de acceso y carencia de los recursos para satisfacer las necesidades humanas básicas tales como la alimentación, la vivienda, la educación, asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. Dicha situación da como resultado un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos.

Pobreza en Guatemala:

La pobreza ha existido desde hace varios siglos. Durante la conquista realizada por los españoles, por ejemplo, se libraron varias batallas entre éstos y los pueblos indígenas y como era de esperarse, la secuela de estas guerras trajo consigo la pobreza -principalmente del grupo sometido- Así durante la época colonial los indígenas fueron esclavizados y perdieron totalmente el dominio de sus tierras, las que pasaron a ser propiedad de la Corona Española y por si fuera poco debían pagar un tributo al rey. De esta manera los recursos económicos de los nativos mermaron dejándoles en una situación de desventaja y marginación social.

Sin embargo, si nos remontamos a épocas anteriores a la conquista, nos daremos cuenta que ya existía la pobreza. En la cultura maya por ejemplo, la organización social estaba claramente basada en la estratificación social, en la parte más alta de la

jerarquía se encontraban los nobles conformados por guerreros, sacerdotes, burócratas y comerciantes, quienes ejercían el poder en la comunidad y tenían más privilegios que otras personas. En un nivel inferior se encontraban la gente común como pescadores, leñadores, aguadores, artesanos, cargadores, etc. su función era la producción de alimentos para los nobles y para sí mismos. En la parte baja de la escala estaban los esclavos, quienes se encargaban de hacer trabajos forzados o eran sacrificados en rituales para la complacencia de los dioses.

En conclusión, desde épocas antiguas hasta nuestros días la pobreza ha persistido, esto se debe a políticas económicas excluyentes que han sido impuestas por grupos de poder que en su mayoría obedecen a intereses individuales, así como al poco aprovechamiento de recursos.

Según Barreda (2007) entre los años 1990 y 2007 Guatemala tuvo un crecimiento económico del 3.6%, sin embargo la tasa anual de la población también aumentó en un 2.6%, por lo tanto la pobreza continúa. Entre los años 2008 al 2010, la población ha experimentado un incremento en los precios de la canasta básica, combustibles y servicios educativos, lo cual afecta la economía de la población, puesto que los ingresos económicos en la mayoría de hogares no cubren totalmente los gastos que se presentan.

La pobreza en Guatemala es un mal crónico, cuyos efectos se evidencian principalmente en las comunidades más vulnerables, que en su mayoría se ubican en el interior del país y no disponen de servicios básicos que coadyuven a mejorar las condiciones de vida de los residentes del lugar. Aunado a ello la situación del empleo y los bajos salarios que se perciben están contribuyendo ostensiblemente a que se pase a una situación de pobreza extrema.

En el área urbana también existen comunidades altamente vulnerables como asentamientos, colonias y aldeas que se ubican en los municipios de Mixco, Villa Canales, San Miguel Petapa, Villa Nueva y Chinautla. En éste último se encuentra la colonia Tierra Nueva cuya población presenta un 27% de pobreza y un 17 % de

pobreza extrema, a pesar de los esfuerzos de los pobladores por obtener más ingresos los resultados no han sido satisfactorios debido al incremento de productos de primera necesidad, extorsiones por parte de pandilleros, asaltos, asesinatos (que en algunas ocasiones se comenten contra los proveedores del hogar) y otras situaciones que no permiten el crecimiento económico. Esto podría ser una causa de que algunas de las familias residentes en dicha colonia se involucren a actividades ilícitas como el narcotráfico y extorsiones.

La situación familiar también se ve afectada por este problema, pues al no tener los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas, los miembros de la familia, principalmente los niños corren riesgo de padecer problemas de salud y otros déficits. A continuación se mencionan algunas consecuencias de la pobreza:

- **Desnutrición:** es un síndrome clínico caracterizado por un aporte deficiente de proteínas, vitaminas y calorías necesarias para satisfacer las necesidades orgánicas. Este problema tiene más efectos negativos durante el embarazo (perjudica el desarrollo embrionario) y los primeros años de vida del niño (maduración biológica, desarrollo cognoscitivo y social).
- **Enfermedades:** como producto de la desnutrición el sistema inmunológico es deficiente exponiendo al sujeto al padecimiento de enfermedades.
- **Mortandad:** La desnutrición, el padecimiento de enfermedades y la carencia o el difícil acceso a servicios de salud son causas de mortalidad, principalmente en niños.
- **Déficit en el desarrollo cultural:** debido al poco ingreso económico de familias pobres, los niños no cuentan con servicio de educación de alta calidad, lo que es desfavorable a su formación académica. En el peor de los casos no tienen acceso a dicho servicio.

En Tierra Nueva, la institución Children International colabora con la comunidad por medio del programa de apadrinamiento. Sin embargo gran parte de los niños apadrinados aún sufren los efectos de la pobreza a pesar de los esfuerzos de la

institución por reducir el impacto de la misma en ellos, lo cual pone en riesgo su desarrollo integral, tanto por las consecuencias físicas como las psicosociales.

VIOLENCIA:

Tanto la pobreza como la violencia son problemas crónicos que traen consecuencias negativas a la población guatemalteca en general, provocando un ambiente de inseguridad y temor ante hechos delictivos. De forma particular perjudican el desarrollo físico y psicológico de la población meta.

Sus causas son variadas, entre ellas está el alcoholismo, drogadicción, problemas de conducta, influencias sociales (cultura machista), conducta aprendida a través de la observación, factor ambiental (acumulación de tensiones), problemas psicológicos del agresor (por ejemplo un trastorno antisocial) etc.

Etienne (2003:5), fundamentándose en las afirmaciones de la Organización Mundial de la Salud la define como:

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Según sus manifestaciones la violencia se clasifica en:

- a) Física: se hace uso de la fuerza física para infligir daño en la víctima, se manifiesta a través de patadas, quemaduras, puñetazos, golpear con objetos contundentes, etc.
- b) Psicológica: también se le llama emocional, el objetivo del victimario es humillar a la víctima, hacerla sentirse insegura y socavar su valoración propia. Se manifiesta a través del vocabulario soez, palabras hirientes, descalificaciones, humillaciones, gritos e insultos. Este trastorno puede tener bases en la infancia de las personas

cuando se llevan a cabo la falta de atención por parte de los padres o familiares, y la violencia intrafamiliar.

- c) Sexual: en la cual el perpetrador coacciona al individuo a llevar a cabo actividades de índole sexual, incluye la penetración forzada (con el pene u otros objetos), pornografía, exhibicionismo, prostitución, etc. Esta se manifiesta a través de insinuaciones, amenazas, acoso, entre otros.

Dentro del entorno de la población atendida destacan dos tipos de violencia:

El primero es generalizado porque afecta negativamente a la comunidad de Tierra Nueva. En el capítulo anterior se mencionó la proliferación de pandillas juveniles dedicadas a la extorsión y asesinato de pilotos de autobuses y dependientes de locales comerciales, asaltos y otros hechos delictivos. El narcotráfico es otro problema a nivel comunitario pues fomenta más la violencia por la disputa de territorio para el comercio de drogas y también contribuye al incremento de las adicciones en la población.

El segundo es más específico y se expondrá en el siguiente apartado. Se trata de problemas detectados en algunos niños atendidos por Children International. La violencia ejercida dentro del seno familiar (que se expone en el apartado siguiente) afecta directamente a estos niños.

FAMILIA:

El Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud (2004) la define como:

“un grupo de personas relacionadas por la herencia; como padres, hijos y sus descendientes. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos

relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.”

Lamentablemente y por diversas causas la regularidad de las relaciones y el crecimiento y desarrollo de los miembros individuales se ve afectado por diversos problemas. Dentro de la población a atender se han observado los siguientes:

Violencia Intrafamiliar: que puede ser de dos tipos:

a) Hacia la pareja: se refiere a todo acto que se ejerce contra la pareja con el fin de someterla y da como resultado daño físico o psicológico. Aunque por definición la violencia conyugal implica que los que viven el problema de violencia, son los integrantes de la pareja, este tipo de maltrato afecta a toda la familia. Los niños o jóvenes, u otros adultos que viven en la casa, que son espectadores de la violencia entre la pareja son también maltratados. Estos sufren daños psicológicos por estar constantemente asustados y expuestos a la tensión, y a la espera de un nuevo episodio de violencia al interior de la pareja, cualquiera sea el tipo de las agresiones.

Cabe señalar que aún no se han referido casos de violencia conyugal dentro de la institución, sin embargo, no se descarta la existencia de este problema.

b) Maltrato Infantil: De Paúl citado por Gómez (2002:17) define el maltrato como *“cualquier acción u omisión no accidental que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas del menor y/o dificultades de su desarrollo óptimo.”*

También cabe mencionar algunas consideraciones del maltrato infantil:

- Constituye la manifestación y el resultado de varios problemas que afectan el bienestar psicológico de padres o tutores y a su entorno.
- Perjudican la salud física y mental del niño, así como su desarrollo.
- Los efectos negativos se arraigan más en la medida en que el abuso se prolonga o se hace más severo.

Tipos de Maltrato:

Físico (en el que se incluye el abuso y explotación sexual) y *psicológico*.

Negligencia física: las necesidades básicas de alimentación, servicios médicos, protección, etc. no son atendidas por los padres o tutores del niño. Gómez (ibíd: 21) expone algunos indicadores:

- Abandono.
- Retraso en el crecimiento y desarrollo.
- Malnutrición.
- Falta de higiene.
- Caries, flemones, pérdida de piezas dentales.
- Intoxicaciones o traumatismos accidentales por escasa supervisión de sus progenitores, visitas repetidas a urgencias del hospital, historial de ingresos.
- Retraso en la adquisición de logros madurativos y problemas de aprendizaje.
- Infecciones recurrentes.
- Cansancio inapropiado para su edad y apatía.
- Permanencia prolongada fuera del hogar en la edad preescolar, escolar o adolescencia.

Negligencia psicológica: el padre o tutor no responde a las necesidades o expresiones afectivas del niño, manifiesta desinterés en su desarrollo y no tiene la iniciativa de interacción o contacto con su hijo.

Consecuencias del Maltrato Infantil: López (2007:147) menciona algunas consecuencias:

“El maltrato físico puede ocasionar lesiones severas de tipo cutáneo, bucal, óseo y ocular, algunas de ellas de tipo irreversible. Pero lo más peligroso de los casos de maltrato físico se observa cuando la intensidad y frecuencia de la agresión y la

vulnerabilidad infantil hacen que aparezcan daños cerebrales con las correspondientes alteraciones neurológicas...”

Otras consecuencias son el homicidio y en el caso de la violación sexual se pueden contraer enfermedades venéreas. Si la violencia se produce durante el embarazo, se puede provocar un aborto o problemas en el desarrollo del feto.

En cuanto a las consecuencias de otra índole el autor señala lo siguiente:

“...en las víctimas de maltrato infantil, se han citado algunas dificultades en el desarrollo intelectual, tales como déficit en el lenguaje tanto receptivo como expresivo, alteraciones en el desarrollo del juego simbólico representacional, alteraciones en el rendimiento intelectual y, más en concreto, en el rendimiento escolar”.

Dentro de la esfera psicológica, cabe mencionar que el individuo que ha sufrido violencia de cualquier tipo puede experimentar temor, culpa, desvalorización, odio, vergüenza, desconfianza ansiedad, etc. Todo esto puede provocar depresión y en los casos más graves se consuma el suicidio.

ALCOHOLISMO:

Morse citado por Jenkins (2001:224) define el alcoholismo como:

“Una enfermedad crónica (recidivante o en remisión) con factores de índole genética, psicosocial y del entorno que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad con frecuencia es progresiva y mortal. Se caracteriza por una alteración o la pérdida del control sobre la bebida, pensamientos continuos sobre ésta, consumo de alcohol a pesar de las consecuencias adversas de este consumo y alteraciones del pensamiento, siendo la más frecuente la negación del problema. Cada uno de estos síntomas puede estar presente continuamente o aparecer periódicamente”.

El alcoholismo es un problema que no sólo perjudica al consumidor de bebidas, también tiene efectos negativos en los familiares cercanos, pues en la mayoría de casos está asociado con la violencia intrafamiliar. A continuación describen de manera breve otros efectos:

a) En el Individuo: Del alcoholismo pueden derivar otras enfermedades como la cirrosis hepática, trastornos en el sistema óseo, lesiones renales agudas, enfermedades del páncreas, úlceras gástricas, neuritis alcohólica, síndrome de abstinencia, entre otras. También se asocian al alcoholismo otras complicaciones como la violencia doméstica, divorcios, implicaciones legales, problemas financieros y pérdida del empleo. En el área psicológica también suele desarrollarse algunos trastornos:

- Depresión: cuyo origen puede ser tanto por trastornos neuroquímicos, resaca (en estos casos el período depresivo es breve), como por problemas ambientales ligados a los hábitos del alcohólico. En algunos casos la depresión conduce al suicidio.
- Celotipia: Los celos son un estado emotivo determinado por el temor, fundado o infundado, de perder a la persona amada en el momento en que ésta revela afecto hacia otras personas. En el alcohólico este trastorno puede presentarse con mayor intensidad; asimismo pueden ir desde sospechas ligeras hasta convicciones firmes de la infidelidad del cónyuge, lo cual supone un riesgo, pues la reacción de la pareja puede ser de agresividad.
- Alucinosis Alcohólica: Madden (1986) la define como *“un estado prolongado de alucinaciones auditivas que ocurren cuando la conciencia del sujeto se encuentra relativamente lúcida. Estas alucinaciones son voces que vienen acompañadas de delirios mal sistematizados que explican la presencia de los sonidos alucinados del alcohólico”*.

b) En la Pareja: dentro del seno familiar por lo general, es el marido el que padece de alcoholismo mientras la esposa padece otro tipo de problemas de carácter psicológico. Ante la situación presenta reacciones como la ira, ansiedad, inseguridad, rechazo de las relaciones sexogenitales y en algunas ocasiones se

niega la existencia del alcoholismo y los problemas familiares que conlleva. En cuanto a los roles sociales por lo general, la esposa se vuelve dominante y asume las decisiones que le corresponden al marido.

- c) En los Hijos: existen altas probabilidades que el hijo de un alcohólico también resulte con este problema u otras adicciones en el futuro. La población que presenta este problema también tiene posibilidades de dedicarse a la delincuencia, tener problemas escolares, comportamiento ansioso, agresividad, sentimiento de ira que encubre la depresión o ansiedad, temor, evitación, retraimiento, padecen depresión, tienden a aislarse, se sienten confundidos, en ocasiones los niños pueden convertirse en personas altamente responsables. Son proclives al suicidio, tendencia a conductas compulsivas, pueden padecer trastornos de angustia u otros trastornos, tienen alto riesgo de padecer problemas emocionales, mentales y físicos, se trata de niños impotentes dentro del hogar, pueden tener repugnancia hacia las bebidas alcohólicas. Los adolescentes son más vulnerables porque muchos de ellos ya han desarrollado un patrón de codependencia, también se producen sentimientos de culpa por odiar al padre adicto, no aprenden a establecer límites, carentes de habilidades sociales, en algunos casos los niños no tienen la preparación adecuada para establecer relaciones de amistad, pueden tener un apego incompleto por la adicción de sus padres, baja autoestima, se sienten avergonzados por el consumo de sustancias o las conductas de sus padres. Los hijos de alcohólicos tienden a adoptar los mecanismos de afrontamiento de sus padres para cubrir el déficit. Por ello, como se mencionó anteriormente se vuelven controladores y perfeccionistas. Las hijas de hombres alcohólicos tienen altas probabilidades de establecer relaciones amorosas con un alcohólico.

A parte de lo mencionado también es necesario tratar sobre el tema de la crianza de los niños. La familia es la primera institución responsable del desarrollo físico, psicológico, cognoscitivo y social del niño. La enseñanza, sea adecuada o no, repercutirá en la vida del sujeto por lo tanto es necesario que se aplique un patrón de crianza adecuado.

Se considera necesario el abordaje de este tema porque teniendo antecedentes sobre maltrato infantil, pobreza y alcoholismo no es de extrañarse que la crianza de algunos niños apadrinados sea inadecuada. Antes de mencionar los diferentes tipos es necesario definir el término **patrones de crianza**. García (1995:2) los define de la siguiente forma:

“Son prácticas cotidianas dentro de la familia, orientadas hacia la enseñanza de los valores, costumbres, normas y prácticas religiosas para que los niños puedan desenvolverse en la sociedad en que viven”.

Existen varias clases de patrones de crianza, algunos son adecuados, mientras otros son altamente nocivos en el desarrollo del niño. Entre ellos mencionamos los siguientes:

Rígido: Existe poca relación y comunicación entre los miembros de la familia y por ende los hijos tienen poca o ninguna oportunidad de expresar sus pensamientos, ideas o sentimientos. Las normas de conducta son rígidas. Es frecuente el maltrato físico y psicológico, pues las reprimendas se basan en golpes, insultos y uso frecuente de castigos. Asimismo los padres critican y humillan constantemente a sus hijos.

Permisivo: Es totalmente contrario al rígido, las reglas son inconsistentes, inexistencia de límites claros y seguros, además de que los padres permiten a los pequeños que hagan lo que quieran sin ejercer control o corregir sus comportamientos erróneos. Esto da como resultado que los hijos impongan sus reglas y los padres se dejan llevar por ellos.

Sobreprotector: En apariencia el padre o la madre muestran un gran amor por sus hijos, concediéndoles todas sus peticiones, evitándoles a todo costo los problemas y la excesiva indulgencia. Pero en realidad se trata de una ausencia de afecto, se intenta controlar a los hijos por medio del chantaje emocional.

Inconsistente: En algunas ocasiones los padres permiten a sus hijos determinadas conductas o acciones y otras veces no, aunque se trate del mismo asunto. Las reglas, los límites y la comunicación no son claros y los castigos pueden ser severos o algunas veces hay ausencia de los mismos.

Flexible: Las normas son flexibles y se adecúan a las situaciones o a las necesidades de los hijos, además la comunicación es clara, directa y sincera. Los miembros de la familia son libres de manifestar su afecto entre ellos sin censuras de los demás. Existe congruencia entre lo que se dice y se hace. El interés por el crecimiento y desarrollo de los demás se hace evidente.

Los patrones de crianza influyen enormemente en la vida de todas las personas ya sea en su forma de hablar, resolver problemas, actitudes, entre otros. Todo ello está determinado en alguna medida por la crianza que los individuos recibieron de sus padres.

El patrón de crianza ideal es el flexible pero tanto en la sociedad guatemalteca en general como en la población en particular. Lamentablemente el patrón de crianza predominante es el autoritario o rígido, es decir los niños son educados por medio de golpes o insultos. Situación similar se da en las escuelas; a pesar de que las agresiones físicas se han reducido los estudiantes son reprimidos a través de la palabra o mediante otras acciones que no necesariamente incluyen las agresiones físicas, lo cual influye negativamente en su desarrollo.

TEORÍA DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD:

“Parece ser que en todo individuo existe una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización”. Es la frase con la que Axline (1988) intenta explicar el impulso de crecimiento personal que radica en el ser humano. Para esta autora el crecimiento es un proceso que implica cambios, es inherente y está en constante movimiento, además de estar bajo influencia de las experiencias de cada individuo, es decir que éstas pueden producir cambios en la perspectiva de la

persona. Por lo tanto, para que este crecimiento pueda realizarse de manera adecuada es necesario que el individuo permanezca en un ambiente favorable que le permita ser como es y tenga la aceptación de sí mismo y de los demás.

Tanto las experiencias como actitudes y pensamientos de cada persona están en constante cambio debido a factores psicológicos como ambientales, de forma que su significancia va cambiando de tal forma que en el futuro dicha experiencia se integrará en la psique de manera diferente a como se vivenció. Esto también sucede con el comportamiento los hábitos que se adquieren a determinada edad presentan cambios y en ocasiones desaparecen cuando ya no son necesarios o cuando existen alternativas que resultan más satisfactorias. La personalidad y la conducta tienen cierto grado de flexibilidad, lo que permite realizar en las personas cambios positivos aun cuando existan condiciones desfavorables.

En el caso de los niños este impulso de crecimiento es más evidente, se muestran anhelantes por crecer y deseosos de vivir, son curiosos y desean tener nuevas experiencias. Pero cabe preguntarse ¿qué sucede cuando las condiciones adversas forman una barrera que impide al niño crecer? Naturalmente, este impulso continúa aunque produce en el individuo gran tensión y falta de confianza en sí mismo lo cual le lleva a satisfacer su necesidad de crecimiento buscando alternativas inadecuadas, sea resolviéndolo de forma vicaria o internalizándolo. Esta internalización no permite que el individuo dirija su autorrealización en la dirección adecuada.

En estos casos es necesario que el niño cuente con personas que le brinden un espacio para que sea él mismo y para que exteriorice sus conflictos, un espacio en el que en lugar de reprenderlo se le oriente y se le den las herramientas necesarias para que adquiera conciencia y asuma la responsabilidad de dirigir su vida.

DESARROLLO INFANTIL:

De acuerdo con Papalia (2002) el desarrollo infantil se refiere a los procesos de cambio y estabilidad, desde el momento de la concepción hasta la etapa de la

adolescencia. El cambio puede ser cuantitativo (peso, edad, altura, etc.) o cualitativo (personalidad, conducta, lenguaje, pensamiento, etc.)

Existen diferentes áreas y etapas del desarrollo que expondremos en el siguiente cuadro:

Período	Desarrollo Físico	Desarrollo Cognoscitivo	Desarrollo Psicosocial
Período prenatal (concepción y nacimiento)	Interacción de la herencia genética con influencias ambientales (el pequeño es altamente vulnerable a estas influencias). Formación cerebral y de órganos básicos.	Desarrollo de capacidades de aprendizaje.	Respuesta a la voz de la madre y preferencia por ella.
Infancia (nacimiento a los 3 años)	Funcionamiento de los sentidos y órganos corporales. Crecimiento cerebral respecto a su complejidad. Acelerado crecimiento físico y desarrollo de habilidades motoras	Latencia en las capacidades para aprender y recordar. A finales del segundo año Desarrollo rápido de la comprensión y el lenguaje	Apego hacia los padres y familiares cercanos. Se desarrolla la conciencia de sí mismo. Etapa de transición de la dependencia a la autonomía. Se incrementa el interés por otros niños.
Niñez Temprana (de 3 a 6 años)	El crecimiento es estable, su apariencia es más delgada y sus proporciones se asemejan a las de un adulto. El apetito disminuye. Los problemas de sueño son comunes. Se define la lateralidad y las habilidades motoras fina y gruesa y la fuerza incrementan.	Su percepción del mundo aún es ilógica (producto de la inmadurez cognitiva). El pensamiento es egocéntrico. Luego surge la perspectiva de otras personas. La memoria y el lenguaje mejoran y la inteligencia se vuelve más predecible.	El autoconcepto y la comprensión de las emociones y la autoestima es global. Aumentan la independencia, el autocontrol, la iniciativa y el autocuidado. Se desarrolla la identidad de género. El juego es más imaginativo, elaborado y social. El altruismo, la agresión y los miedos son

			comunes en esta etapa.
Niñez Intermedia (de 6 a 11 años)	El ritmo de crecimiento disminuye pero incrementa y mejoran las habilidades atléticas. Respecto a la salud, son comunes los padecimientos de enfermedades respiratorias	El pensamiento egocéntrico disminuye y el niño comienza a pensar de forma lógica y concreta. La memoria y el lenguaje mejoran. Mejoría en procesos cognitivos, que le permiten tener beneficios escolares.	El autoconcepto es más complejo y afecta la autoestima. La correulación refleja un cambio gradual en el control de los padres hacia el niño. Asimismo los padres asumen una importancia central.
Adolescencia (de 11 a 20 años aproximadamente)	El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos. Se da la madurez reproductiva. Los principales riesgos en la salud provienen de aspectos conductuales, como los trastornos en la alimentación y el abuso de sustancias.	Desarrollo del pensamiento abstracto y uso del razonamiento científico. El pensamiento inmaduro persiste en algunas actitudes y conductas. La educación se enfoca en la preparación para la enseñanza superior.	Búsqueda de la identidad incluyendo la sexual. Las relaciones paternofiliales son generalmente buenas. Ayuda de los grupos de pares, que prueban el autoconcepto, pero también pueden influir en la conducta antisocial.

Fuente: Tabla 1-1 del libro "Psicología del Desarrollo".

El cuadro anterior hace referencia al desarrollo normal de un individuo, sin embargo hay factores que inciden en dicho desarrollo. Uno de ellos es la **herencia**, que se refiere a todas las características fenotípicas y genotípicas de los padres biológicos de la persona.

El otro factor es el **ambiente** y se refiere a características o experiencias propias del entorno en que el individuo se desarrolla. El ambiente libre de tensiones es ideal para el desarrollo del adulto sano. Lamentablemente para muchos de los niños atendidos por Children International este importante proceso tiene influencias negativas. Anteriormente se mencionaron problemas como alcoholismo, pobreza, violencia, etc. que pueden provocar serios problemas en cualquiera de las tres esferas. Por ejemplo, la agresividad que es típica de la violencia puede causar daños

en el sistema neurológico del individuo lo cual dificultará su aprendizaje, el área psicológica provoca un autoconcepto pobre de sí mismo o causa efectos en la autoestima y en el área social puede influir en el aislamiento del individuo o favorecer conductas antisociales.

APRENDIZAJE:

Para Woolfolk (2006:198) el aprendizaje se refiere al *“proceso mediante el cual la experiencia genera un cambio permanente en el conocimiento o la conducta”*. Cabe señalar que el aprendizaje no siempre va encaminado al mejoramiento del individuo, pues muchos de sus aspectos negativos son producto de un aprendizaje inadecuado.

En el apartado anterior se hizo referencia al rol importante del aprendizaje en el desarrollo así como las influencias ambientales, por ejemplo la población que sufre de maltrato infantil, tiene altas posibilidades de utilizar el mismo patrón de maltrato en sus hijos y sin ir muy lejos puede utilizar la violencia dentro del hogar o la escuela.

Las figuras parentales son las principales promotoras del aprendizaje de la violencia, aunque no las únicas. El aprendizaje de los niños atendidos en Children International también es influido por el ambiente social de Tierra Nueva y las colonias aledañas, que como ya se mencionó anteriormente es violento. Afortunadamente las conductas negativas aprendidas por observación de modelos negativos también pueden corregirse mediante la observación de modelos positivos. A continuación se expone de manera breve cómo se da este proceso.

CONDUCTISMO:

La teoría del conductismo se concentra en el estudio de conductas que se pueden observar y medir. Ve a la mente como una "caja negra" en el sentido de que la respuestas a estímulos se pueden observar cuantitativamente ignorando totalmente la posibilidad de todo proceso que pueda darse en el interior de la mente. Algunas

personas claves en el desarrollo de la teoría conductista incluyen a Iván Pavlov, quien propuso la teoría del Condicionamiento Clásico; John Watson, que basándose en la teoría pavloviana dio origen al ya mencionado Conductismo y B. F. Skinner, quien agregó a la escuela conductista su teoría del Condicionamiento Operante.

Condicionamiento Operante: también llamado **condicionamiento instrumental**, es una forma de aprendizaje mediante el que un sujeto tiene más probabilidades de repetir las formas de conducta que conllevan consecuencias positivas y, por el contrario, menos probabilidades de repetir las que conllevan consecuencias negativas. El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje asociativo que tiene que ver con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias.

Reforzamiento: Se refiere al uso de las consecuencias para fomentar una conducta y un **reforzador** es cualquier evento que sigue a una conducta y que incrementa las posibilidades de que ésta se repita. Existen dos tipos de reforzamiento:

- a) Positivo: en el cual se fomenta una conducta al presentar un estímulo deseado después de que dicha conducta ocurre.
- b) Negativo: en el cual se fomenta una conducta al retirar un estímulo desagradable cuando ésta ocurre.

Castigo: A diferencia del reforzamiento que persigue fomentar una conducta, el castigo tiene como objetivo eliminar o disminuir conductas. Se aplica de dos formas:
1) castigo por presentación, en el cual se busca disminuir o eliminar determinado comportamiento presentando un estímulo aversivo después de que éste ocurra.
2) castigo por supresión, en el que se pretende que disminuya o desaparezca determinado comportamiento retirando un estímulo agradable después de que éste ocurra.

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. General: Contribuir a la reducción de la problemática presentada por los niños apadrinados de Children International del área de Tierra Nueva y lograr de esta manera la promoción de la salud mental de los mismos.

2.2.2. Específicos:

Subprograma de Servicio:

- Brindar asistencia psicológica a niños apadrinados en Children International área de Tierra Nueva.

Subprograma de Docencia:

- Orientar a los padres de familia sobre problemáticas referentes a las dificultades del rendimiento académico.
- Enseñar a los padres alternativas adecuadas respecto al manejo de los problemas de conducta.
- Fomentar la motivación respecto a las metas de vida en madres voluntarias de Children International del área de tierra Nueva.

Subprograma de Investigación:

- “Indagar cuál es la concepción que tienen del alcoholismo los niños y niñas atendidos en el servicio de Psicología de Children International Guatemala del área de Tierra Nueva, cuyos familiares cercanos consumieron o consumen alcohol constantemente”.

2.3. METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO:

El proyecto que se llevó a cabo en Children International área Tierra Nueva tuvo los subprogramas: servicio, docencia e investigación.

El primero se dirige a la población afectada, en él se aplicaron las técnicas que se consideraron necesarias para reducir la problemática. Debido a la problemática que presenta la población y la alta influencia del entorno, se ha empleado el modelo conductista como eje central del trabajo que se llevará a cabo. Más adelante se mencionan otras técnicas que se incluirán en el subprograma para cumplir con los objetivos planteados.

Las actividades que se llevaron a cabo en la docencia en un principio fueron destinadas a padres, madres o encargados de los apadrinados, consistieron principalmente en orientar a padres de manera individual, en el caso de niños referidos y de forma grupal, en la que pueden participar todos los afiliados a la institución. También se incluyeron actividades con madres voluntarias con las cuales se pretendió motivarlas en la realización de actividades diarias y en metas de vida a corto plazo.

Al llevar a cabo las entrevistas con padres o encargados se detectó que algunos de los niños inscritos en el servicio de Psicología convivían con parientes alcohólicos, por lo que se decidió realizar una investigación cualitativa para conocer su concepción sobre el alcoholismo y de qué manera ha perjudicado este problema en sus vidas.

A continuación se describen con más detalle las actividades realizadas en cada subprograma:

Servicio:

- Introducción del plan de servicio: en colaboración con el personal de la institución y las madres voluntarias se pretende informar a la población que el servicio de psicología ha iniciado. Posterior a ello se procedió a la recepción y asignación de citas de pacientes.
- Entrevistas a padres: se empleó principalmente la entrevista semi-estructurada, con el fin de tener un panorama más amplio del ambiente y las relaciones familiares del paciente.
- Evaluación de pacientes para su diagnóstico: se utilizaron fuentes como la *observación*; realizada por la epesista con el objetivo de confirmar información de familiares y también recopilar datos no referidos por los encargados del paciente y *pruebas psicológicas y psicométricas*, para indagar sobre el estado emocional del niño y el nivel de desarrollo conforme a su edad.
- Selección y aplicación de tratamiento adecuado: las técnicas que se utilizaron para cumplir con este objetivo fue la terapia conductual, principalmente el condicionamiento operante en combinación con programas reeducativos para reducir los problemas de aprendizaje, desensibilización sistemática para el tratamiento de fobias la Terapia de Juego no Directiva desarrollada por Virginia Axline, con el fin de que el pequeño paciente pueda expresar libremente sus sentimientos, pensamientos y de esta forma resolver sus conflictos. También se utilizaron técnicas para fomentar la motivación y el desarrollo de habilidades cognitivas y en pacientes jóvenes y adultos se utilizó principalmente la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Gestáltica para la resolución de su problemática actual.
- Evaluación de resultados: se llevó a cabo por observación de cambios, aplicación de test-retest y referencias de los padres o encargados del niño.

Docencia:

- Orientación individual a padres o encargados de niños referidos: se consideró necesario que éstos se involucraran activamente y en conjunto con la terapeuta para reducir la problemática de sus hijos, por lo cual se les brindaron las herramientas necesarias y de esta manera se lograron resultados satisfactorios.
- Talleres: Para llevar a cabo estas actividades se coordinó con la encargada de área y la coordinadora del área de educación a modo de obtener el material necesario para su realización. Asimismo se requirieron los servicios de las madres voluntarias de los diferentes sectores quienes brindaron la información a la población sobre los talleres y horarios (efecto bola de nieve). Los temas que se abordaron fueron los siguientes:
 - Dificultades en el rendimiento académico.
 - Motivación en el estudio.
 - Problemas de conducta.
 - Las emociones en el niño.
 - Alcoholismo en la familia.
 - Autoestima infantil.
 - Abuso sexual en los niños.
 - Sexualidad infantil.
 - Patrones de crianza.
 - Relajación muscular.
 - Acoso escolar.
- Charlas y Minitalleres: Dirigidos a madres voluntarias en colaboración con oficiales de campo cuyo tema central fue la motivación, con el objetivo de instar a las participantes a trazarse metas diferentes para mejorar su vida.

En las actividades dirigidas tanto a padres de familia como a voluntarias se procedió primeramente con un cordial saludo hacia los participantes y una dinámica rompehielo relacionada con el tema, la exposición del contenido, dinámicas intermedias (si eran necesarias), períodos de expresión de parte de los participantes, resolución de dudas y despedida de la actividad.

Investigación:

Se determinó llevar a cabo una investigación cualitativa tomando en cuenta a niños residentes de Tierra Nueva y colonias aledañas afiliados a la institución. Cabe mencionar que la población de estas áreas es de etnia ladina e indígena y pertenece a la clase obrera, por tanto es de escasos recursos económicos; para subsistir se dedican a trabajos como la albañilería, carpintería, dependientes de negocios, etc. A parte de la pobreza en la que vive los pobladores existen otros factores que desfavorecen su calidad de vida, entre ellos, la formación de grupos delincuenciales, narcotráfico, ambiente social violento, vulnerabilidad ante desastres naturales y de manera especial el alcoholismo que padecen familiares de niños afiliados a la institución.

La investigación comenzó a desarrollarse varios meses después de iniciado el EPS en la institución mencionada. Luego de establecer el primer contacto con las madres de los niños inscritos en el programa de Psicología y las entrevistas realizadas se detectó casos de alcoholismo, al preguntarles a las encargadas sobre este problema exponían la situación y sus efectos negativos desde su perspectiva. Sin embargo, al establecer rapport con los pequeños, ellos aportaban información distinta a lo que comentaban los adultos. Por esta razón se decidió llevar a cabo la investigación tomando en cuenta las opiniones de los niños.

Estos casos incluían niños de todas las edades, por lo que fue necesario delimitar la edad y se determinó contar con la participación de niños y niñas afiliados(as) a la institución e inscritos(as) en el programa mencionado cuyas edades fueran de 9 a 12 años, que convivieran con parientes cercanos alcohólicos. Posterior a ello se seleccionaron los participantes y se procedió de la siguiente forma.

- Elaboración de pauta de entrevista, la cual permitió a los niños expresar sus sentimientos y pensamientos respecto al alcoholismo.

- Aplicación de entrevista preliminar a un pequeño grupo para verificar la pertinencia de la misma respecto al tema de investigación.
- Aplicación de la pauta de entrevista a los sujetos de investigación previamente seleccionados.
- Organización de datos obtenidos, transcribiendo la información aportada por los sujetos y posterior a ello las respuestas se colocaron en tablas con sus respectivas observaciones.
- Interpretación de datos obtenidos, en la cual también se incluyeron las observaciones hechas por la epesista.
- Análisis de la información, tomando en cuenta las respuestas de los niños y el entorno en el que se desenvuelven.
- Conclusiones sobre la investigación, basadas en el análisis de datos
- Recomendaciones basadas en las conclusiones, dirigidas principalmente a futuros epesistas sin importar el área donde llevarán a cabo su práctica profesional.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Anterior a la elaboración del proyecto de EPS en Psicología, se realizó una fase diagnóstica, la cual inició con la reunión de presentación de la estudiante con la Coordinadora de Programas de Educación en las oficinas centrales de Children International, en la cual también se aprovechó para tener información general acerca de la institución. Posteriormente se llevó a cabo la inducción de la estudiante dentro del área de Tierra Nueva, para obtener información pertinente del área específica y de la población meta. Después de recopilar los datos se procedió a elaborar el proyecto, incluiría los subprogramas de servicio, docencia e investigación. Este último, iba orientado a determinar las causas de la problemática presentada por la población, sin embargo fue modificado tres meses después de iniciado el EPS, pues para el tiempo transcurrido se observaron otros problemas de interés.

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

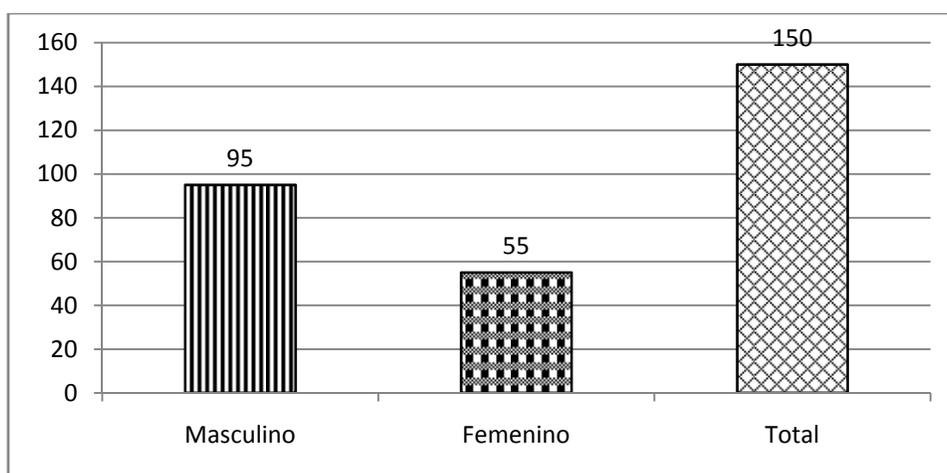
ACTIVIDADES REALIZADAS:

Este subprograma tuvo como principal objetivo brindar atención psicológica solicitada por padres de familia o encargados que lo solicitaran para niñas y niños afiliados a Children International Guatemala del Área de Tierra Nueva. El servicio de Psicología dio inicio con la reunión de presentación de la estudiante de EPS ante el grupo de madres voluntarias. En dicha reunión la epesista dio a conocer el proyecto previamente elaborado, así como los requisitos para solicitar el servicio, para que las voluntarias transmitieran la información a la población que tenían a su cargo. La mayor parte de la población que solicitó el servicio fue referida por las voluntarias, sin embargo, el personal de la institución también colaboró sugiriendo a los padres que acudieran a la clínica de Psicología.

Durante el mes de junio de 2011, la epesistade psicología se dedicó únicamente a recibir pacientes nuevos y acomodarlos en horarios específicos, inscribiendo 28 niños y 12 niñas, haciendo un total de 40 pacientes. En meses posteriores la demanda del servicio tuvo un incremento considerable, tanto que al finalizar el EPS se tuvieron 150 primeras consultas (95 varones y 55 mujeres). A continuación se presentan las siguientes gráficas:

Gráfica No. 1

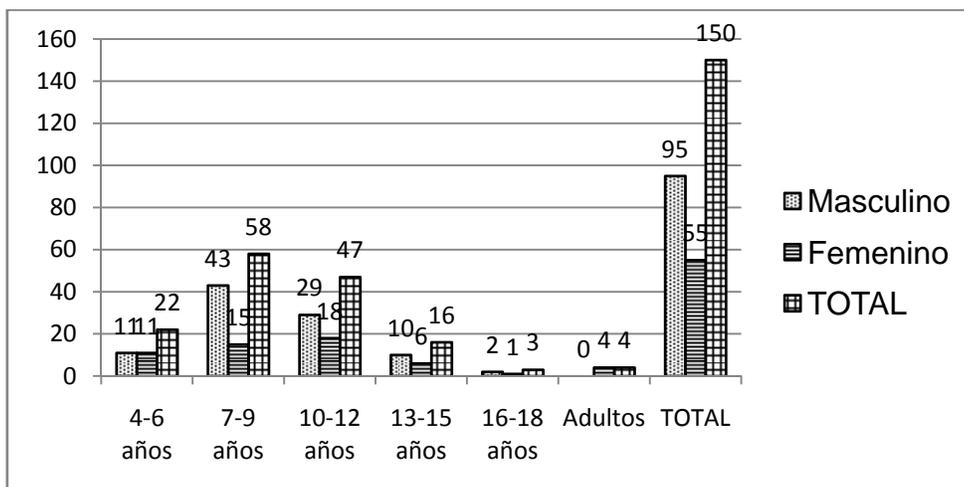
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR GÉNERO



Fuente: Fichero de registro de pacientes de clínica de Psicología

Gráfica No. 2

RANGO DE EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN PRIMERA CONSULTA

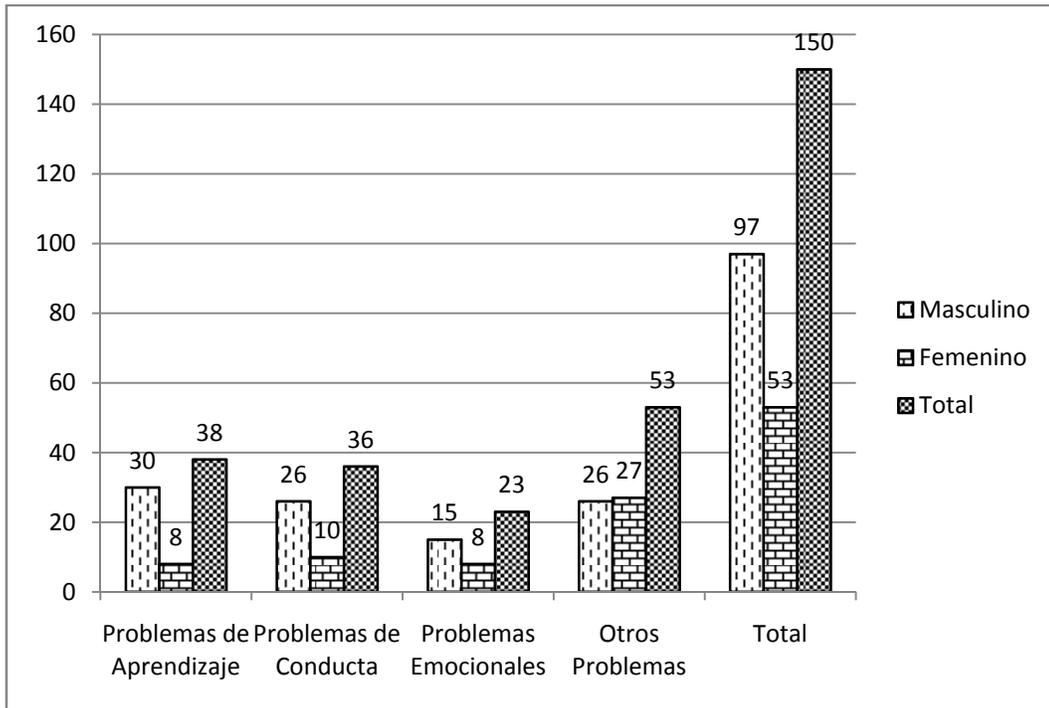


Fuente: Fichero de registro de pacientes de clínica de Psicología

Posterior a la inscripción de los pacientes en el servicio de Psicología se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas a padres o encargados de los niños, en las cuales también se aprovechó para establecer un contrato terapéutico con los encargados. Al finalizar las entrevistas con padres dio inicio la evaluación de los pacientes, encontrándose en ellos diversidad de problemas. Cabe resaltar que algunos niños presentaban más de un problema pero debido al poco tiempo con el que se contaba se priorizó la atención para las dificultades de mayor seriedad. Para explicar de mejor manera la problemática encontrada, la misma ha sido dividida en cuatro bloques:

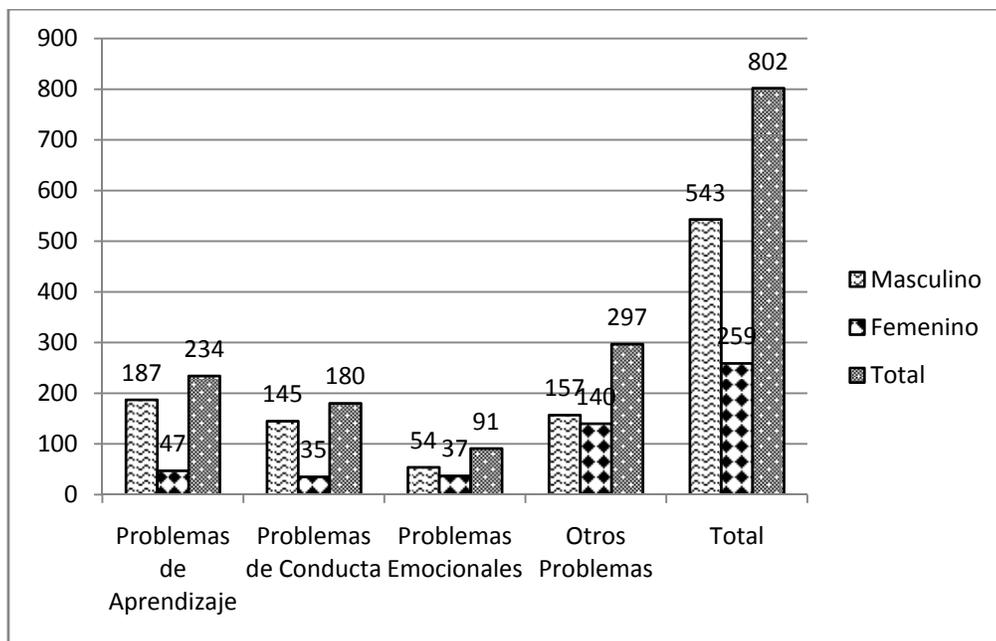
1. **PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:** Que abarca el bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración mental, repitencia escolar, dificultades de lectoescritura y cálculo, dificultades de lenguaje (principalmente dislalias), falta de motivación para el estudio, incumplimiento de tareas, entre otras.
2. **PROBLEMAS DE CONDUCTA:** Relacionados principalmente con la agresividad física y/o verbal hacia hermanos o compañeros de clase, rabietas (siendo mayor a la edad en que comúnmente se dan esas conductas), trastorno disocial, conducta desafiante, hurtos y huidas de casa. En contraste también se encuentra la timidez y el retraimiento de algunos pacientes.
3. **PROBLEMAS EMOCIONALES:** Se detectó que algunos de los niños referidos padecían de trastorno depresivos leve o moderado, como producto principal de las separaciones entre cónyuges o la ausencia física o emocional de uno o ambos padres.
4. **OTROS PROBLEMAS:** Enuresis nocturna, problemas paternofiliales, fobias, abuso sexual, conflicto de rivalidad fraterna, duelo, codependencia (en 3 de las mujeres adultas) dificultades para el manejo del enojo (en una mujer adulta), entre otros.

Gráfica No. 3
PROBLEMÁTICA ATENDIDA EN PRIMERA CONSULTA



Fuente: Fichero de registro de pacientes de clínica de Psicología

Gráfica No. 4
TOTAL DE RECONSULTAS POR AÑO



Fuente: Cuadernillo de asistencias de clínica de Psicología

Como se mencionó anteriormente, se realizaron entrevistas a padres o encargados y firma de contratos terapéuticos. Durante las sesiones diagnósticas llevadas a cabo con cada niño se utilizaron varios instrumentos. Por ejemplo, para la evaluación de problemas de aprendizaje, se utilizó principalmente el Protocolo Base para Evaluar Problemas de Rendimiento Escolar, Desarrollo Psicomotriz y Sensorial, y el protocolo de Evaluación de Diagnóstico de Ingreso y Nivelación (EDIN 1) con el objetivo de determinar en qué áreas se presentan anomalías; el Test GestálticoVisomotor para Niños Bender-Koppitz, para la evaluación de la madurez grafoperceptiva y la detección de lesión cerebral. En niños con problemas de conducta, emocionales, rivalidad fraterna, etc. se utilizaron los test de La Familia, el Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, el Test del Árbol, observación y entrevistas no estructuradas, con el objetivo de recopilar mayor información sobre el estado emocional del paciente y/o sus actitudes, sentimientos y pensamientos respecto a los demás. En personas de mayor edad, aparte de la observación y entrevistas también se utilizó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI siglas en inglés) con el objetivo de tener mayor información de rasgos de personalidad.

Tras la evaluación y el diagnóstico de los pacientes se procedió a la elaboración y ejecución del plan de tratamiento para cada paciente. En los niños con dificultades de aprendizaje se llevaron a cabo programas de reeducación personalizados, en los cuales se daba especial atención en las áreas en las que el niño presentaba mayor deficiencia. En las dificultades como la enuresis, fobias, incumplimiento de tareas y falta de motivación para el estudio se emplearon técnicas de Condicionamiento Operante para lograr la reducción de conductas no deseadas y desensibilización sistemática (en el caso de las fobias). Respecto a los problemas emocionales, de conducta, duelo, etc. se utilizó la Terapia de Juego No Directiva, con el objetivo de que los pacientes exteriorizaran y resolvieran sus conflictos de manera adecuada.

Con personas de mayor edad, se procedió a la utilización de Psicoterapia Cognitiva-Conductual y Gestáltica, ésta última se tomó en cuenta no sólo a la poca temporalidad con la que se contó para atender a los pacientes sino también porque se basó en la satisfacción de las necesidades del momento que presentaban.

RESULTADOS:

Anteriormente se mencionó que durante la Práctica Supervisada un total de 95 varones y 55 mujeres tuvieron su primera consulta en el servicio de Psicología, sin embargo no fue posible asignar cupos a todos ellos, un grupo pequeño fue referido a otros centros de atención psicológica debido a que acudieron al servicio de uno a dos meses antes de que finalizara el EPS.

Respecto a los niños que sí fueron atendidos por la estudiante, se observó una reducción considerable de la problemática: en **aprendizaje**: la mayoría de los niños atendidos mejoró su rendimiento escolar e incrementó su motivación en el estudio. En los niños que presentaban deficiencias en esquema corporal, lateralidad, motricidad gruesa, motricidad fina, etc. evidenciaron mejoría. Los niños en los que se detectó trastornos del habla fueron referidos a terapeutas de lenguaje para recibir el tratamiento adecuado.

Respecto a los problemas de conducta y emocionales, los padres o encargados de los niños notaron cambios positivos altamente significativos, por ejemplo los niños agresivos disminuyeron sus actos violentos hacia sus hermanos o compañeros de clase, las rabietas se producían en menor intensidad y cantidad, los hurtos desaparecieron así como las huidas de casa. Los niños a los que se les detectó timidez, con la enseñanza de habilidades sociales lograron adquirir mayor seguridad en sí mismos, lograron relacionarse adecuadamente con sus compañeros de escuela y de barrio.

En los pacientes con dificultades emocionales, a través de la expresión adecuada de las emociones lograron reducir los efectos negativos de la depresión, mejorando su autoestima y cambiando su visión negativa del futuro. En pacientes con problemas como enuresis o fobias también se observaron cambios positivos, explicándoles su problema, prescribiendo ejercicios prácticos, dando recompensas por su esfuerzo y logros consiguieron controlar sus esfínteres. Otros pacientes también afrontaron sus temores, adquiriendo mayor seguridad en sí mismos.

Las personas jóvenes y adultas también observaron cambios positivos en su vida después de recibir tratamiento, al igual que los niños adquirieron mayor seguridad en sí mismos, la expresión de sus necesidades les permitió reducir el estrés que la represión de las mismas les provocaba. También aprendieron a responsabilizarse de sí mismos tomando las decisiones adecuadas respecto a su vida.

Lamentablemente no todos los niños inscritos lograron finalizar su tratamiento por varias razones: una de ellas es que el horario establecido para la atención psicológica era únicamente de medio día y la mayoría de los niños estudiaban en jornada matutina, por lo que se les asignaban citas cada quince días para evitar perjudicarles en su horario de estudio. Derivado de ello algunas maestras o directoras de instituciones educativas vedaban los permisos a los niños debido a la dificultad que representaba para ellas ponerlos al corriente en días posteriores. Otra razón del tratamiento inconcluso fue que los padres o encargados decidían retirar a los niños por falta de tiempo, conseguían empleo o desesperación al no observar cambios inmediatos.

Un hecho que vale la pena mencionar es que la mayoría de pacientes (en especial niños) mostraban cierta resistencia al inicio de su tratamiento, sin embargo, conforme transcurrían las sesiones lograban mayor apertura hacia la epesista y mostraban resistencia a abandonar la clínica cuando finalizaban las sesiones. Al finalizar el servicio tanto padres como niños mostraron su agradecimiento por los beneficios recibidos, tampoco se hicieron esperar las expresiones de tristeza y desánimo al comunicarles que las sesiones de tratamiento llegaron a su fin.

3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

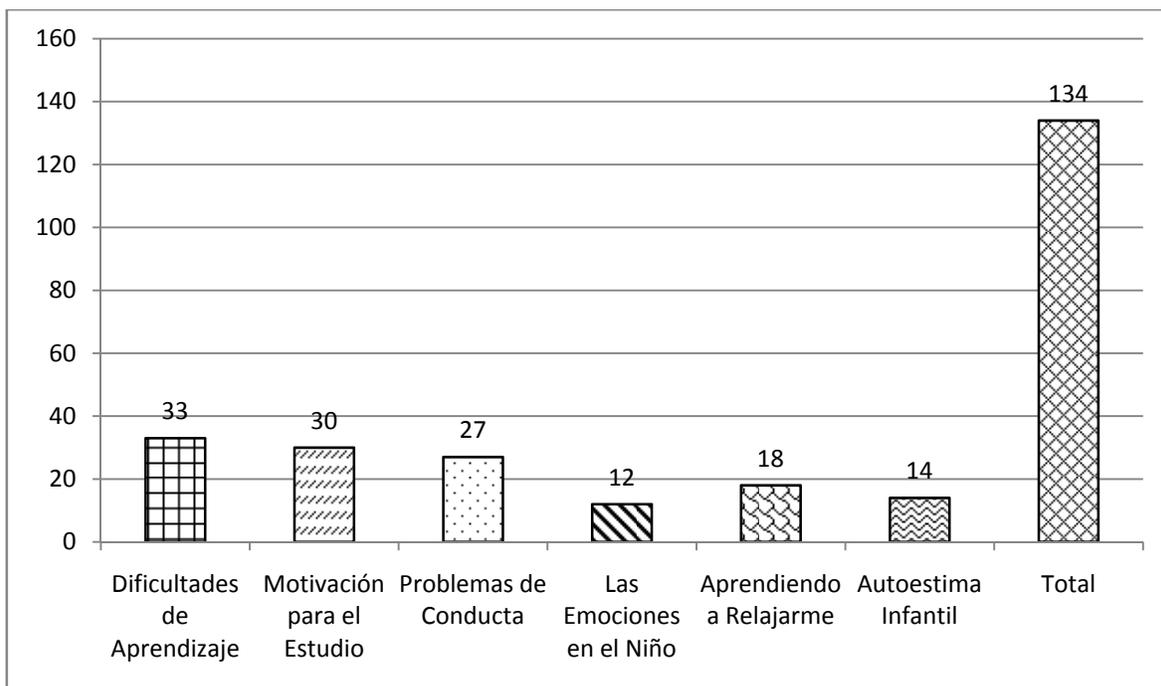
Después de realizada la fase de diagnóstico se detectó que los problemas que más aquejaban a la población eran las dificultades de aprendizaje y los problemas de conducta relacionados en su mayoría con la agresividad, es por ello que los objetivos específicos de este subprograma se basan primordialmente en estos temas. Sin embargo, conforme se desarrolló el proyecto también se detectaron otras

necesidades no menos importantes que las anteriormente dichas, entre ellas el incremento de casos de niños que sufren de acoso escolar, estrés en padres de familia, falta de motivación de madres voluntarias, entre otras; por lo que fue necesario plantear nuevos objetivos y llevar a cabo más actividades con la población.

ACTIVIDADES REALIZADAS CON PADRES DE FAMILIA:

Durante todo el año se llevaron a cabo seis talleres, cinco charlas y una sesión de despedida con los padres o encargados de los niños. A continuación se presentan dos gráficas en las cuales se hace mención del tema a exponer y la cantidad de participantes:

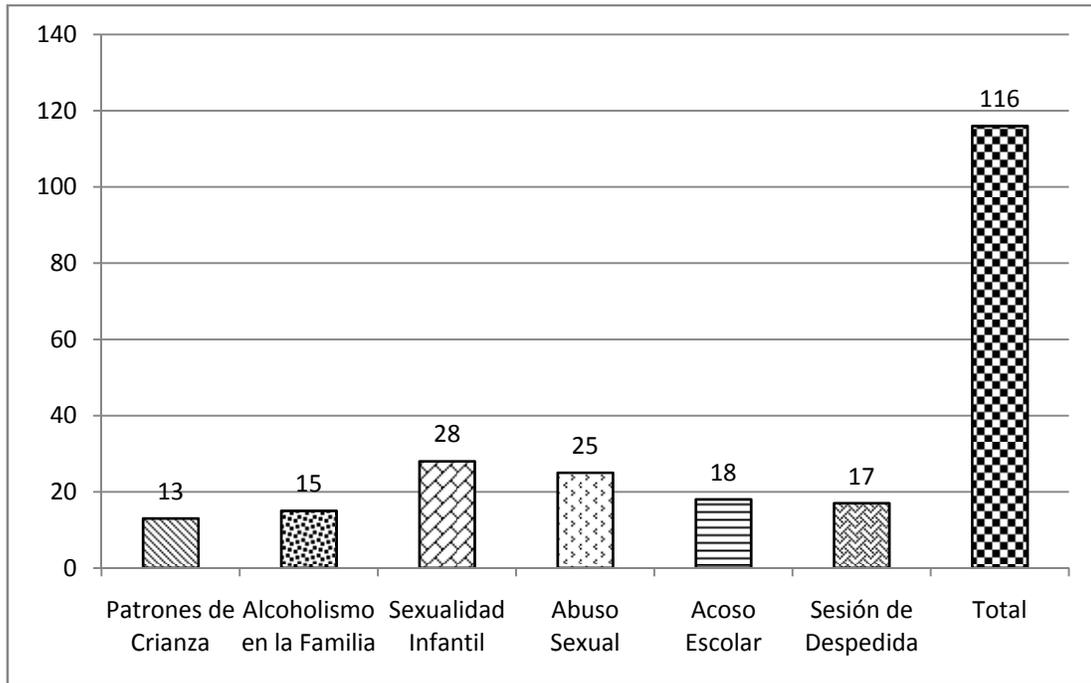
Gráfica No. 6
TALLERES REALIZADOS CON PADRES DE FAMILIA



Fuente: Listado de asistencia de informes mensuales

Gráfica No. 7

CHARLAS REALIZADAS CON PADRES DE FAMILIA



Fuente: Listado de asistencia de informes mensuales

Tras la detección de algunas de las necesidades presentadas por la población, se procedió a la planificación general de actividades que se presentarían en el proyecto de EPS. Dichas actividades fueron programadas de manera que se llevaría a cabo una charla o taller cada mes, a excepción del mes de diciembre de 2011 que se decidió reprogramar la actividad asignada en el mes de enero debido a los viajes que la población planificó por las fiestas de fin de año.

En cada actividad se procedió de la siguiente manera: previo a las reuniones, se realizaron consultas de documentos para adquirir mayor información del tema a exponer, posteriormente se realizaron las planificaciones individuales y se preparó el material didáctico adecuado y la agenda. Las fechas fueron programadas en colaboración con la coordinadora de área, de manera que no interfiriera con las actividades propias de la institución y se tuviera el espacio adecuado. Con un tiempo estipulado de ocho días antes de la actividad, se hacían llegar los citatorios a padres o encargados a través de las madres voluntarias.

Al llegar el día de la actividad se hacía limpieza del espacio a utilizar, se colocaba el material didáctico y se ordenaban las sillas. Cuando el público ya estaba presente la actividad daba inicio siempre con un cordial saludo y una dinámica rompehielo relacionada con el tema. Posterior a ello se procedía con la exposición del contenido y una dinámica intermedia para animar a la población. Si se trataba de un taller se hacían actividades que involucraran activamente a la población finalizando con un espacio para que los participantes plantearan dudas o comentarios sobre el tema expuesto. Asimismo se aprovechaba el tiempo para despedir la actividad y dar agradecimiento por la asistencia. En algunas ocasiones al finalizar la actividad algunos padres de familia se acercaron a la epesista de Psicología solicitando consejos sobre determinado tema.

En la sesión de despedida, se procedió como siempre con el saludo inicial y dinámicas rompehielo. Luego de finalizar las dinámicas se entregó a los participantes reconocimientos por su participación en las actividades previas, se dio un refrigerio y se dirigió a población algunas palabras de despedida.

A continuación se describen brevemente los temas expuestos:

Cuadro No. 1
CHARLAS Y TALLERES REALIZADOS CON PADRES DE FAMILIA

FECHA	ACTIVIDAD
12/07/2011	Dificultades de Aprendizaje: <ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Factores que se relacionan. • Consecuencias. • Formas de intervención.
16/8/2011	Motivación para el Estudio: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es motivación? • Tipos de motivación. • Causas de la desmotivación • Consecuencias de la desmotivación • Intervención de los padres de familia.

19/09/2011	Problemas de conducta: <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la conducta • Tipos: • Causas • Intervención: lo que no se debe hacer y lo que se debe hacer:
24/10/2011	Las Emociones en el Niño: <ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Las emociones básicas. • Técnicas que facilitan la expresión y el manejo de las emociones.
15/11/2011	Patrones de Crianza y Métodos Adecuados en la Educación de los Hijos: <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tipos de patrones de crianza y consecuencias de cada uno de ellos. • Cómo mejorar la relación entre padres e hijos. • Cómo corregir adecuadamente a los hijos. • Lo que deben y no deben hacer los padres para ser más eficientes.
23 y 24/01/2012	Aprendiendo a Relajarme: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de estrés. • Consecuencias del estrés • Técnica de relajación sistemática de tensar y soltar Alcoholismo en la Familia: <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Riesgos en el niño • Consecuencias para el alcohólico y la familia.
27/02/2012	Sexualidad Infantil: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es sexualidad? • ¿desde cuándo empieza a desarrollarse la sexualidad? • ¿cómo ayudar en los primeros meses de vida? • En los primeros años. • En la edad escolar. • En la preadolescencia.
19/03/2012	Abuso Sexual: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es? • Diferenciación de abuso y violación.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de actividades sexuales. • Incesto. • Perfil del abusador. • Consecuencias. • Cómo detectarlo.
23/04/2012	<p>Autoestima Infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Problemas de una autoestima baja. • Áreas de la autoestima. • Cómo fomentarla en los hijos: lo que se puede hacer y lo que se debe evitar.
21/05/2012	<p>Acoso Escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Tipos de acoso. • Características: agresor, familia del agresor y víctima • Los espectadores. • Causas. • Consecuencias: agresor y víctima • Cómo detectarlo.
25/06/2012	<p>Actividad de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de reconocimientos. • Actividad de convivencia. • Palabras de despedida

RESULTADOS:

Durante las actividades realizadas en este subprograma la afluencia de personas fue menor de la que se esperaba, pues mensualmente se enviaba un aproximado de 35 a 40 citatorios y las asistencias oscilaban entre 15 a 25 participantes. Al realizar el conteo de asistencia anual la cifra fue de 116 asistencias, esto ocurrió posiblemente por la falta de tiempo o interés de los encargados. Sin embargo fue satisfactorio observar que algunos de los padres persistieron desde el comienzo hasta el final de las actividades.

Conforme se llevaron a cabo las charlas y talleres, algunos padres manifestaron abiertamente su reconocimiento en las actitudes poco acertadas que tomaban hacia sus hijos, tanto por problemas de aprendizaje, conducta, falta de motivación o patrones de crianza inadecuados, por lo que se les orientó de manera individual y al aplicar las sugerencias dadas tuvieron cambios positivos en sus relaciones paternofiliales. Otros de los logros obtenidos fue que algunos de los participantes manifestaron a través de comentarios como *“uno de padre a veces no sabe lo que tienen los hijos hasta que le dicen a uno”*, su comprensión de las problemáticas presentadas por sus niños y de qué forma pueden ayudarles a superarlas o reducirlas. Respecto a los temas de índole sexual también hubo manifestaciones de actitudes erróneas que los padres toman para instruir a sus hijos, muchas de ellas derivadas de la vergüenza que sienten al referirse al tema; algunos participantes afirmaron su desconocimiento sobre algunos temas y reconocieron que a pesar de que es un tema tabú, es necesario que se aborde con los niños para evitar consecuencias desfavorables.

Al realizarse la actividad de cierre no se hicieron esperar los comentarios de agradecimiento por el tiempo y el esfuerzo dedicados de parte de la estudiante, hacia la mejoría de la problemática de los niños. La entrega de reconocimientos se llevó a cabo con el objetivo de premiar a los participantes por su disponibilidad a participar en las actividades e instarlos a continuar en la labor formativa que deben realizar en los pequeños. Tampoco se hicieron esperar las bendiciones e incluso lágrimas de algunos participantes como producto del cierre de la relación encargado-epesista.

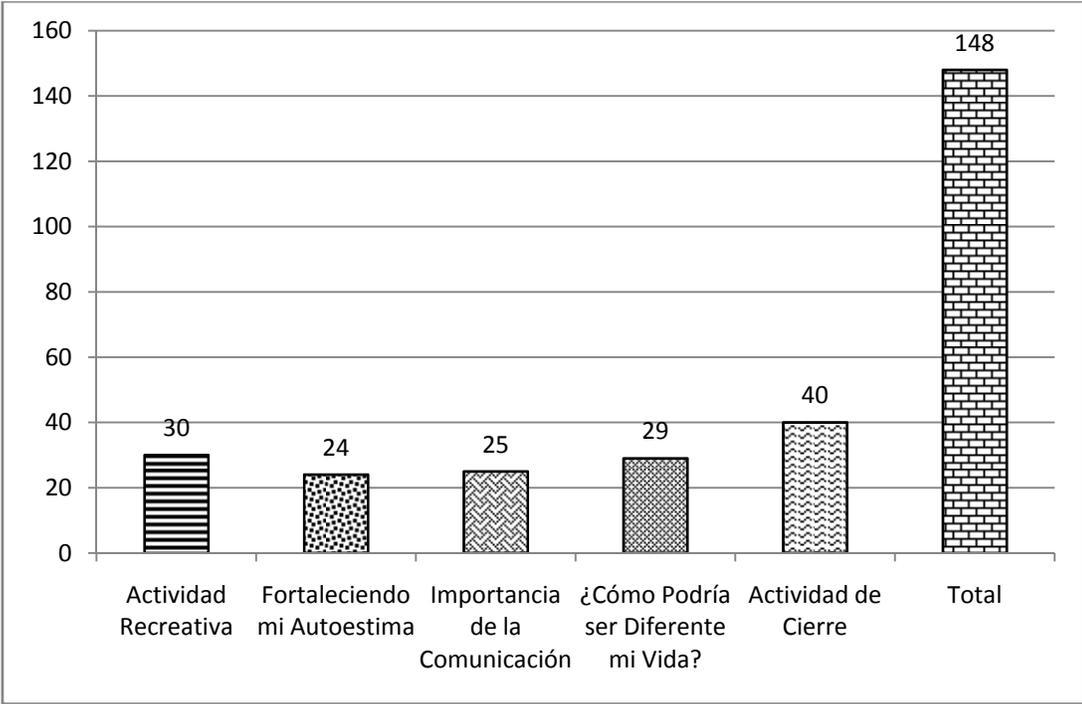
ACTIVIDADES REALIZADAS CON MADRES VOLUNTARIAS:

Como se mencionó con anterioridad, el subprograma de docencia iba dirigido únicamente a padres de los niños inscritos en el servicio de Psicología, sin embargo el personal de la institución solicitó a la estudiante que trabajara con madres voluntarias en base a algunas necesidades encontradas, principalmente la falta de motivación y estrés, por lo que se procedió a la planificación de talleres y charlas de corta duración. La primera actividad fue meramente recreativa y se llevó a cabo con

el objetivo de establecer rapport y reducir los niveles de estrés en las participantes, las charlas y talleres referentes al fortalecimiento de la autoestima, la comunicación y el cambio de perspectiva respecto a la vida, estaban entrelazadas y fueron enfocadas hacia la motivación de metas de vida.

Las actividades fueron planificadas de manera similar que las realizadas con padres, incluyendo el saludo inicial, dinámica rompehielo y exposición de contenido. La única diferencia entre estas actividades fue que en el trabajo con madres voluntarias se procedió a la formación de pequeños grupos para espacios vivenciales, en los cuales las participantes exponían sus experiencias de vida y recibían apoyo de sus compañeras si era necesario. A continuación se presenta una gráfica con las actividades realizadas y la cantidad de participantes.

Gráfica No. 8
ACTIVIDADES CON MADRES VOLUNTARIAS



Fuente: Listado de asistencia de informes mensuales

RESULTADOS:

Debido a que las reuniones de madres voluntarias se realizaban por las tardes no fue posible observar de manera directa algunos de los efectos del trabajo realizado. Sin embargo, cabe mencionar que al iniciar las actividades se observó cierta renuencia de alguna de las participantes a involucrarse activamente en las mismas principalmente en las dinámicas de grupo, pero mostraron mayor interés e incrementaron su participación en eventos posteriores y de manera especial en la actividad de cierre ya que al principio se resistieron a la realización de dinámicas pero al finalizar, las participantes por voluntad propia decidieron llevar a cabo un juego de grupo. Asimismo el personal de la institución mostró su agradecimiento por la disponibilidad y el tiempo dedicado para la ejecución de lo planificado y de esta forma incentivar a las madres voluntarias.

3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

Al transcurrir varios meses y estar inmersa completamente en el campo, la estudiante de EPS ha notado que existe un problema serio en la vida de algunos niños y es que, algunos de ellos conviven con parientes cercanos que se han dedicado al consumo excesivo de alcohol. Como es de esperarse dicha situación ha tenido efectos nocivos en la vida de los niños, es por ello que este subprograma surge como la necesidad de indagar la concepción que niños y niñas de 9 a 12 años tienen sobre el alcoholismo.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Al detectar el problema se determinó que se realizaría una investigación cualitativa, por lo que se procedió primeramente a determinar el objetivo principal de la misma, selección de la muestra, metodología e instrumentos (entrevista semiestructurada y observación no estructurada) a utilizar y en base a eso elaborar un plan de actividades: elaboración y revisión de una pauta de entrevista y aplicación

preliminar de la entrevista para determinar la pertinencia de la misma respecto al tema de investigación.

En la aplicación de la entrevista preliminar se tomó en cuenta un grupo compuesto de tres niños y dos niñas cuyas edades oscilaban entre los 9 y 12 años, por lo que se concluyó que la pauta de entrevista necesitaba ligeras modificaciones para ser aplicada a la muestra seleccionada.

La pauta de entrevista definitiva se aplicó a cuatro niños y dos niñas entre 9 a 12 años e incluyó las siguientes interrogantes:

Cuadro No. 2
PAUTA DE ENTREVISTA APLICADA

<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabes a qué se le llama alcoholismo? Explica: 2. ¿Has visto a alguien de tu familia que tome licor? ¿quién? 3. ¿Qué tan seguido toma? 	<p>Estas preguntas son introductorias y se hicieron con el objetivo de indagar la familiaridad del niño con el término, identificación de familiares alcohólicos y su frecuencia en el consumo de alcohol</p>
<ol style="list-style-type: none"> 4. ¿Qué hace, cómo se comporta cuando toma? 5. ¿Qué hacen los miembros de tu familia? 6. ¿Qué haces tú cuando esta persona toma? 	<p>En estas preguntas se trata de profundizar un poco más en el ambiente en que se desenvuelve el niño al convivir con una persona alcohólica.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Qué pasa por tu mente cuando sucede esto? 8. ¿Qué sientes tú ante esta situación? 	<p>Con este tipo de preguntas se pretende indagar qué sucede en la psique infantil ante esta situación.</p>

<p>9. ¿Hay algo que tú quisieras cambiar de esta situación? ¿qué sería?</p> <p>10. ¿Cómo lo harías?</p>	<p>Estas preguntas constituyen la finalización de la entrevista y su objetivo es conocer las soluciones que el niño plantea para mejorar su situación o la de su familia.</p>
<p>11. Ahora ¿qué piensas del alcoholismo?</p>	<p>Esta interrogante también forma parte de la finalización de la entrevista y su meta está más relacionada con el objetivo general de investigación, pues pretende que el niño explique con sus propias palabras qué piensa de su situación y del problema del alcoholismo en general.</p>

Luego de la aplicación de la entrevista se procedió a la transcripción de la información aportada por los participantes, luego se procedió a la lectura de la misma y los datos fueron organizados de la siguiente forma.

Cuadro No. 3
ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA

NOMBRE	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1. Cómo definen o entienden los niños el alcoholismo:		
J.A.R.R.	<i>"Tomar cerveza".</i>	
K.Y.P.C.	<i>"A las bebidas, la cerveza, el guaro, las drogas y los cigarros".</i>	Relación del término con bebidas y otras adicciones
M.H.A.O.	<i>"Guaro, alcohol..."</i>	Relación del término con bebidas, mas no con la frecuencia de consumo.
L.E.G.R.	<i>"Drogas".</i>	Relación del término con otras adicciones mas no bebidas.
E.V.C.O.	<i>"No".</i>	Al no saber de qué trataba la palabra alcoholismo se procedió a
M.E.D.A.	<i>"No".</i>	

		explicarles a los niños, para lograr apertura respecto al tema.
2. Familiares que identifican con el alcoholismo:		
J.A.R.R.	<i>"...sí...mi tío".</i>	Según referencias de la madre del niño, el tío es una figura paternal para éste.
K.Y.P.C.	<i>"Mi papá".</i>	
M.H.A.O.	<i>"Mi papá".</i>	
L.E.G.R.	<i>"Sí allí en la casa un montón...mi tía, mi papá y la abuela no".</i>	En apariencia gran mayoría de los adultos que residen en la casa consumen alcohol
E.V.C.O.	<i>"Sí casi todos... mi papá, mi tío, mi tía, mi abuelo y mi abuela a veces".</i>	
M.E.D.A.	<i>"Mi papá y mi abuelo de parte de papá porque mi abuelo de mamá no, pero mi abuelo paterno hasta se queda tirado."</i>	
3. Frecuencia de consumo de alcohol:		
J.A.R.R.	<i>"Cada fin de semana".</i>	
K.Y.P.C.	<i>"Los sábados y domingos".</i>	La niña comenta que solo los fines de semana, pero al revisar la historia clínica la madre comenta que el padre también bebe licor entre semana.
M.H.A.O.	<i>Cada día.</i>	
L.E.G.R.	<i>"El Williambien seguido, mi mamá y mi tía solo un día".</i>	El entrevistado se refiere a su tío.
E.V.C.O.	<i>"Mi tía cada vez que hay una fiesta, mi papá cada fin de semana y mi abuelo casi todos los días".</i>	En esta ocasión no mencionó a su tío.
M.E.D.A.	<i>"Mi papá tomaba uno al mes y me mandaba a mí a traérsela y mi abuelo toma mucho y a veces ni llega a la casa en una semana".</i>	Según referencias de la madre del niño el padre aún

		consume licor.
4. Conducta identificable en el familiar alcohólico:		
J.A.R.R.	<i>"No se pone violento...yo le digo que se vaya a acostar".</i>	
K.Y.P.C.	<i>"Se le dicen cosas pero no entiende...sólo se enoja".</i>	La niña afirma que sólo se enoja, mientras que la madre ha comentado que en ocasiones ha agredido a la entrevistada.
M.H.A.O.	<i>"Cuando mi mamá lo enoja quiere quebrar las cosas y cuando no está enojado la consiente".</i>	
L.E.G.R.	<i>"Mi mamá sólo me dice que me vaya a jugar ahh y toma pastillas.....a veces se vuelve la Señora del Diablo porque me dice andáte de aquí porque te voy a pegar".</i>	Al inicio de esta respuesta el niño hacía contacto visual con la epesista, luego de un silencio algo prolongado continuó hablando cabizbajo.
E.V.C.O.	<i>"se ponen enojados, alegan unos con otros y luego se van a dormir"</i>	Al dar esta respuesta la niña fue tajante.
M.E.D.A.	<i>"sólo toma y se va a dormir y amanece con los ojos rojos... y mi abuelo sus amigos los llaman y se va a tomar y luego se duerme."</i>	
5. Comportamiento de la familia:		
J.A.R.R.	<i>"Mi mamá lo regaña... los demás no hacen nada".</i>	Al referirse a "mamá" el niño identifica a la abuela como madre.
K.Y.P.C.	<i>"Mis hermanos a veces están dormidos, a veces mi hermano o mi mamá están despiertos, mi mamá se enoja".</i>	
M.H.A.O.	<i>"Le dicen que se vaya a acostar o que ya no tome. Mi mamá le dice que se vaya a acostar".</i>	
L.E.G.R.	<i>"También toman, comienzan a comprar cerveza, mi abuela se sale ahí conmigo y mis primas se asustan".</i>	
E.V.C.O.	<i>"Ignorarlos, decirles que se calmen o mandarlos a dormir."</i>	

M.E.D.A.	<i>"a mi papá lo ayudan a acostarse y a mi abuelo no lo ayudan sólo yo y mi primo".</i>	
6. Comportamiento del niño:		
J.A.R.R.	<i>"Yo le digo que se vaya a acostar y lo ayudo".</i>	
K.Y.P.C.	<i>"A veces me pongo a llorar".</i>	Ante esta pregunta la niña también se mostró cegajosa
M.H.A.O.	<i>"Le digo que se vaya a comer y acostar, yo me voy a acostar".</i>	
L.E.G.R.	<i>"Los dejo ahí que tomen, salgo un ratito".</i>	
E.V.C.O.	<i>"mm...los ignoro".</i>	Al dar esta respuesta la niña se encogió de hombros.
M.E.D.A.	<i>"con mi papá me voy con mi abuela porque mi papá también se va y a mi abuelo lo ayudo cuando se cae".</i>	
7. Pensamientos del niño:		
J.A.R.R.	<i>".....nada.....esto es malo".</i>	Al dar esta respuesta el niño se manifestó cegajoso.
K.Y.P.C.	<i>"...yo siento que tal vez se puede enfermar por estar tomando, puede hacer algo malo por estar en la moto".</i>	
M.H.A.O.	<i>"Pienso que le va a pegar a mi mamá".</i>	
L.E.G.R.	<i>"Pienso que se van a poner enojados y van a pelear conmigo, por eso salgo".</i>	
E.V.C.O.	<i>"Mejor si no tomaran, irme a la calle, encerrarme en el cuarto de mi papá".</i>	El estado anímico de la niña cambió a depresivo
M.E.D.A.	<i>"Nada...me pasa de que por qué toman mucho se están haciendo daño digo yo".</i>	Al dar esta respuesta el niño se puso cabizbajo
8. Sentimientos del niño:		
J.A.R.R.	<i>"Me siento triste.</i>	Nuevamente cegajoso.
K.Y.P.C.	<i>"Me pongo triste porque me gustaría que no tomara".</i>	
M.H.A.O.	<i>"Me siento triste".</i>	Durante la

		entrevista el niño no manifestó signos de tristeza.
L.E.G.R.	<i>Dolor...tristeza...enojo...(bajó la mirada y manifestó tristeza).</i>	El niño bajó la mirada manifestando signos de tristeza.
E.V.C.O.	<i>"da miedo...enojo, no sé que va a pasar...una vez mi abuelo quiso tirarse de la terraza y me asusté".</i>	Cegajosa, el temor proviene de que el abuelo se suicide.
M.E.D.A.	<i>"Nada...mi mamá me dice que no tome pero yo le digo que no me quiero volver como mi papá".</i>	
9. Cosas que desearía cambiar y cómo lo haría:		
J.A.R.R.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Sí...que ya no tome".</i> • <i>"No sé...no se me ocurre nada...cuando yo sea grande no voy a tomar porque es malo para el hígado."</i> 	
K.Y.P.C.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Sí...ya no llorar tanto ehh...a veces le pego a mi hermanita."</i> • <i>"Platicar un poco para no ser agresiva y para no llorar".</i> 	Al hacer esta pregunta el estado anímico de la niña era hipotímico.
M.H.A.O.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"No, porque mi papá nos consiente dando dinero".</i> 	
L.E.G.R.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Ser una familia normal, ir a la Iglesia, pero mi mamá no quiere".</i> • <i>"Llevarlos a la Iglesia y decirles que dejen esas cosas y que sea una familia normal".</i> 	Repite dos veces el deseo de ser una familia normal.
E.V.C.O.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Que ya no toman."</i> • <i>"Encerrarlos, mandarlos a donde están los drogadictos".</i> 	
M.E.D.A.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Sí, que no toman ni fuman".</i> • <i>"No sé...de que si mi papá toma en el trabajo ya no lo dejen trabajar y con mi abuelo lo mismo".</i> 	
10. Revaloración de la opinión del niño:		
J.A.R.R.	<i>"Es algo malo para la gente que toma".</i>	
K.Y.P.C.	<i>"El alcoholismo es muy malo y que hace daño a la salud y...que no debería de existir porque eso destroza a la familia".</i>	
M.H.A.O.	<i>"Que lo prohíban para que no tomen, y que quiten las cervecerías".</i>	
L.E.G.R.	<i>"Es cuando toman y eso lo causa mucho alcohol".</i>	

E.V.C.O.	<i>“Mal, es algo que mejor nunca hubiera existido”.</i>	Con acento despreciativo.
M.E.D.A.	<i>“El alcoholismo es muy feo y que hace mucho daño y no hay que tomar porque muchos se mueren por eso”.</i>	

RESULTADOS:

Luego de organizar la información aportada por los niños seleccionados se precedió a interpretarla, dando como resultado lo siguiente:

Concepto de Alcoholismo:

- La mitad de la población conoce que el término se relaciona con bebidas alcohólicas debido a que tienen cierto conocimiento del término.
- La relación del concepto con otras adicciones (posiblemente han observado a personas de su entorno y lo relacionan con el alcoholismo).
- El que no sepan el significado de la palabra puede deberse a que es un término nuevo dentro de su vocabulario, mas no ignorancia de su realidad.
- El alcoholismo es dañino para la persona que consume bebidas alcohólicas
- Desprecio hacia la situación de la persona alcohólica y su familia.

Acciones del Alcohólico hacia el Niño

- El adulto alcohólico involucra al niño tanto pasiva como activamente al consumir bebidas alcohólicas en presencia del niño o al pedirle que sea él quien le haga favor de comprar la bebida. Los pequeños a su vez son complacientes ante una figura de autoridad, aunque no deseen participar.

Acciones del Niño hacia el Alcohólico

- Protección del ser querido alcohólico relatando los hechos en pasado o simplemente omitirlos por temor a que la imagen de la persona sea dañada. Relacionado con esto también está la negación de las acciones

de la persona alcoholizada, principalmente cuando se trata de violencia. El afirmar “no se pone violento” parece denotar que es todo lo contrario.

- Deseo de rescatar a la persona alcohólica, a pesar de que el pariente alcohólico es problemático aún existe cierto afecto hacia él.
- Cuando existe ganancia secundaria se da una aparente indiferencia hacia el problema, se minimizan o disculpan las acciones del alcohólico siempre que éste cumpla con los requerimientos del niño.

El Niño y su Familia:

- Los niños perciben que sus parientes cercanos tienen poca participación en el problema.
- Preocupación por el daño de la persona alcohólica hacia sí misma, a los otros parientes y hacia el niño.
- A pesar del problema existente, el niño aún guarda una visión positiva de su familia, sentimientos positivos hacia ellos.
- Percepción de que en la familia hay algo que no está bien, principalmente si se compara con otras familias no alcohólicas, se está consciente de que algo debe cambiar.

Hacia sí Mismo:

- Percepción del problema en los demás, mas raras veces en sí mismo, es decir “el problema es de los demás, no mío”.
- Necesidad de exteriorizar el problema en sí mismo, principalmente la tristeza y el enojo

Acciones Defensivas:

- Huida de un ambiente familiar hostil, autoprotección al sentirse amenazado, lo que denota que el niño aún tiene aprecio de sí mismo.
- Agresión como mecanismo de defensa, es posible que se guarden sentimientos de enojo hacia el alcohólico y que sean desplazados hacia los demás.

- Hablar del problema provoca una reacción dolorosa en el niño *“nada...esto es malo”* en realidad significa que sucede mucho en la psique infantil, suceden eventos dolorosos provenientes del pasado, presente y preocupación por el futuro.

Variedad de Sentimientos:

- Enojo y tristeza: es posible que una emoción oculte a la otra, provocadas por convivir con una familia problemática, con un ser querido distante, incapaz de compartir tiempo de calidad con el niño.
- Frustración, claramente relacionado con lo dicho anteriormente, debido al incumplimiento del pariente alcohólico con sus responsabilidades como padre o madre, lo que da como resultado que las necesidades del niño (principalmente las afectivas) no sean satisfechas.
- Temor: ambiente hogareño inestable, ansiedad generada por estar a la expectativa de qué sucederá cuando la persona está embriagada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

Al finalizar el tiempo estipulado en el Ejercicio Profesional Supervisado en Psicología el personal de Children International del área de Tierra Nueva mostró su agradecimiento a la estudiante por el apoyo brindado hacia niños, jóvenes y adultos afiliados a la institución y por su disponibilidad para colaborar en actividades realizadas fuera del horario establecido, lo cual resulta satisfactorio pues es evidente que los esfuerzos y el trabajo realizado no pasaron desapercibidos y finalmente dieron resultados positivos.

Como se mencionó en el capítulo anterior, tras la realización de la visita diagnóstica se realizó un proyecto en el que se tomó como eje central la Teoría de Aprendizaje por Observación propuesta por Albert Bandura (basada en el modelo conductista), sin embargo la misma fue descartada debido a que después de iniciado el EPS se comprobó que otros problemas influían considerablemente en la problemática de la población, por lo que se agregó la Teoría de la Estructura de la Personalidad Propuesta por Virginia Axline para dar explicación a ciertos sucesos dentro de la psique infantil. La teoría de Bandura fue descartada mas no el modelo conductista, pues varios problemas fueron tratados a través del mismo.

Anteriormente se aludió que el objetivo del proyecto fue contribuir a la reducción de la problemática presentada por los niños apadrinados por la institución y de esta manera lograr el desarrollo de su salud mental. Al iniciar la ejecución del proyecto se brindó información a las madres voluntarias con el objetivo de lograr el efecto bola de nieve. Durante el primer mes el cupo quedó llenoy las personas que consultaron en meses anteriores debieron esperar a que se desocupara un horario. Por esta razón y el interés de algunos padres o encargados la estudiante decidió llevar a cabo sesiones de terapia grupal, sin embargo, esta idea se descartó debido al poco

espacio en la clínica de Psicología, razón por la cual se determinó que se abarcaría más tiempo del acordado para asignar nuevos horarios, de manera que los niños que estaban pendientes de asignación de horario tuvieran más oportunidades para ingresar al programa y de esta manera ser ayudados para resolver su problemática, aun así, esto no fue suficiente pues algunos niños ya no tuvieron la oportunidad de ser atendidos por la epesistay fueron referidos a otros centros de práctica psicológica pero se desconoce si ya están participando en un proceso terapéutico. Las sesiones de psicoterapia duraron 45 minutos para los pacientes que sí fueron atendidos, algunos de ellos tenían la ventaja de que se les asignara una cita semanal debido a que realizaban su formación académica en la jornada vespertina, teniendo un avance notorio. Sin embargo, los pacientes de jornada matutina tuvieron un progreso menos notable porque se les asignaba una cita cada 15 días para evitar perjudicarles en su horario de estudio.

También se mencionó en capítulos anteriores que la atención iba dirigida especialmente a niños, pero a causade las necesidades propias de la población el servicio se extendió a jóvenes y adultos, incrementando de esta forma la demanda del servicio y la satisfacción de la institución por ello.

El subprograma salió avante a pesar de tener sus limitaciones: la primera anteriormente dicha respecto a las asignaciones de citas. La segunda, relacionada también con los estudiantes de la jornada matutina, era la restricción de permisos por parte de las autoridades escolares, algunos padres afirmaban que aunque presentaran constancias de parte de la institución, el personal del colegio o escuela ya no permitía el ingreso de los estudiantes después de recibir la terapia. Los padres de estos alumnos hicieron notar a la estudiante de EPS la contrariedad que existía con las maestras de grado, ya que en algunas ocasiones eran ellas las que exigían a los padres que consultaran con un psicólogo por los problemas que presentaban sus hijos, pero se mostraban renuentes a otorgarles permisos para ausentarse o ponerlos al corriente cuando impartían temas nuevos en sus materias de clase. Por esta razón algunos padres optaron por retirar a sus niños del servicio de Psicología dejando el tratamiento y en algunos casos el proceso de evaluación inconcluso. Otras limitantes

para los pacientes que ya estaban participando en el programa fue el poco interés o disponibilidad de los padres al asistir continuamente a las citas programadas y el espacio reducido asignado para la clínica de Psicología, ante la falta del mismo, el personal del área de Tierra Nueva se vio en la necesidad de desocupar una bodega que medía 1.5 mts. de ancho por 2.5 mts. de largo aproximadamente y ubicar allí a la estudiante. En más de una ocasión los niños expresaron su descontento ante el área reducida, aunque eso no les impedía jugar o realizar otras actividades. En el caso de los jóvenes, padres de familia y pacientes adultas esto no presentó mayor problema, si bien es cierto que comentaban que el espacio era pequeño, preferían que sus sesiones de psicoterapia se realizaran allí y no en el patio trasero, en donde se inició la atención de los pacientes ya que su confidencialidad se veía amenazada por personas que ocasionalmente hacían uso de él.

Durante el proceso de evaluación se emplearon entrevistas, pruebas estandarizadas y la observación no estructurada; como es de esperarse, los pequeños estuvieron ansiosos y renuentes en las primeras sesiones, las razones por las que esto sucedía tenemos en primer lugar el temor hacia lo desconocido y en segundo lugar la concepción previa que los niños tenían sobre la epesista, entre ellas la más frecuente es creer que la función de un psicólogo es dar tratamiento únicamente a personas con trastornos mentales severos. Otra razón fue que algunos padres ejercían presión en el niño mediante amenazas o dándole ideas erróneas de que las psicóloga les castigaría o regañaría. Ante estos obstáculos fue necesario aclarar la situación y conforme los niños se fueron familiarizando con la estudiante, la clínica y un ambiente afable y sin mayores restricciones, su ansiedad desapareció mostrando mayor apertura y confianza para expresar sus problemas (en el caso de los niños mayores) o cambiar de un tipo de juego estereotipado a uno más libre. Durante el proceso de evaluación inicial se encontraron varios problemas, entre los más comunes fueron las dificultades para el aprendizaje y los problemas de comportamiento.

Entre las dificultades de aprendizaje se encontraron problemas de lectoescritura, cálculo, retraso en el desarrollo infantil, baja motivación para el estudio, entre otras.

Al observar detenidamente cada uno de estos problemas, la estudiante notó que en algunos casos estos problemas no eran propios del niño, por el contrario, se debían a problemas del entorno de los pacientes, por ejemplo en algunos niños que presentaban supuestos problemas de aprendizaje se llegó a comprobar que el método utilizado por el docente era inadecuado, en algunos casos los padres hicieron comentarios como *“fíjese señor que ahora casi todos perdieron el examen”*, dejando en claro que no era uno sino varios niños los que tenían dificultades e incluso algunos de ellos decidieron cambiar a sus hijos de escuela o de maestra a fin de evitar estas dificultades. Esta decisión tuvo efectos positivos en los niños, ya que al cambiar de ambiente mejoraron su rendimiento escolar.

Otro problema del entorno que está más relacionado con el ausentismo escolar y el incumplimiento de tareas es el estado de pobreza en el que se encuentran los niños. En algunos casos los padres se quejaban de que en la escuela les pedían investigaciones, libros u otros artículos que ellos no les podían comprar y por ello no cumplían con los requerimientos de la maestra. En otras ocasiones los niños debían faltar a la escuela para ayudar a sus padres con el sustento del hogar. Sin embargo estos dos problemas también se debían en algunos casos a la poca responsabilidad e interés de los niños en hacer sus tareas y el poco tiempo e interés que los padres dedicaban a dar acompañamiento en la realización de tareas o asistir a la escuela.

Entre los problemas de aprendizaje propios del paciente están las dificultades de lectoescritura y cálculo, lenguaje y poca motivación para el estudio. Respecto a las primeras, se concluyó que tuvieron una de dos causas: problemas físicos, principalmente disminución de agudeza visual o dificultades en el aparato fonador; por los que los niños fueron referidos con especialistas para recibir el tratamiento adecuado. Otra causa de problemas de aprendizaje era el déficit de los pacientes en las funciones cognitivas que a su edad ya debía poseer, por ejemplo se dieron casos de algunos pacientes que pasado de los 10 años de edad aún no distinguían derecha de izquierda, coordinación mano-ojo pobre, lectura lenta, entre otras. Estos problemas no sólo perjudicaron académicamente a los niños, también les causaron problemas de baja autoestima y hasta cierto punto familiares, pues tenían poca

seguridad en sí mismos y ante el fracaso escolar los padres también les recriminaban por el sacrificio en vano. En estos casos se emplearon programas reeducativos dependiendo de las deficiencias de cada niño, pero también se orientó a los padres sobre el problema y se les indicó primeramente que reforzaran positivamente a los niños, reconociendo su esfuerzo por mejorar el rendimiento académico y posteriormente debían hacer lo mismo basándose en los resultados obtenidos. Cabe mencionar que algunos padres sí aplicaron las sugerencias dadas y los resultados fueron más satisfactorios.

La poca motivación en el estudio también está vinculada a problemas emocionales del paciente, tras evaluar algunos de los casos atendidos se detectó que algunos factores subyacentes estaban relacionados con problemas relacionales dentro del núcleo familiar, principalmente entre los adultos, niños que fueron abandonados por uno o ambos padres, lo cual provocó en los niños baja autoestima, estados depresivos y poca confianza en sí mismos. En estos casos se empleó la Terapia de Juego No Directiva con el objetivo de que los pacientes resolvieran sus conflictos internos sin mayores restricciones y sin temor a ser castigados por ello.

Esta misma técnica se aplicó en niños y niñas con dificultades de conducta relacionados con la agresividad. En estos casos la epesista notó que muchos de ellos derivaban principalmente de problemas familiares como el alcoholismo, violencia intrafamiliar, ambiente familiar hostil, el empleo de patrones de crianza inadecuados de los cuales destacaron el modelo rígido, que se basaba en golpes e insultos y el permisivo, en el que los padres mostraron poco interés en las necesidades de los niños dejando que en el desarrollo personal influyera la educación de la calle. En otras ocasiones sucede que debido a la situación de pobreza en la que se encuentra la familia del niño los padres se ven obligados a trabajar largas jornadas, dejando a los pequeños bajo la supervisión de hermanos mayores u otros familiares, quienes tampoco influyen de manera positiva en el crecimiento de los pacientes. Los resultados obtenidos también fueron satisfactorios en la mayoría de los casos, tanto la estudiante como los padres o maestros observaron cambios positivos en el

comportamiento de los niños pues las rabietas o agresiones disminuyeron considerablemente.

Respecto a los problemas de control de esfínteres como en la enuresis, se reportaron grandes logros en los casos atendidos, a excepción de uno cuyo origen radicaba en problemas fisiológicos el cual fue remitido con un urólogo para que el paciente recibiera el tratamiento adecuado. Con el resto de los pacientes atendidos posterior a la evaluación, el diagnóstico y la explicación del mismo a padres y niños, fueron referidos con el personal médico de la institución para hacerles un chequeo médico a fin de descartar posibles problemas físicos. Al no detectar anomalías en el sistema urinario se llegó a la conclusión de que los niños con enuresis nocturna tenían dificultades en percibir la sensación de vejiga llena, por lo cual se elaboró un plan de tratamiento que incluía ejercicios físicos para el entrenamiento de la vejiga combinado con reforzamientos positivos como elogios de parte de los padres y la psicóloga, calcomanías adheridas a un almanaque y permitirles a los pacientes escoger las actividades a realizar dentro de la clínica.

Durante la ejecución del subprograma de Psicología también se detectaron casos de abuso sexual, sin embargo no fue posible darles seguimiento, se inició el proceso de evaluación entrevistando a las madres de las pacientes pero al informarles que llevaran a sus niñas para obtener más información sobre el caso, dejaron de asistir, por lo que el proceso de evaluación quedó inconcluso. Ante esto se han de suponer dos cuestiones que incluso están relacionadas: 1) negación del problema ante el sufrimiento que provocaría en una madre confirmar que su pequeña en realidad está siendo abusado sexualmente o 2) negación del problema por consentimiento, se ha dado en algunos casos en los que los pequeños sufren este tipo de abuso y los encargados tienen conocimiento de ello, pero aun así y por diversas razones permiten que esto continúe. Lamentablemente estas suposiciones no pudieron confirmarse debido al retiro de los niños y lo que es peor aún, de ser ciertas no fue posible brindar el acompañamiento adecuado para que las niñas pudieran sobrellevar su problema.

Independientemente de los problemas encontrados algunos factores potencialmente perjudiciales fueron notados por la estudiante de Psicología: uno de ellos fue que algunos niños asistían a las citas sin compañía de un adulto responsable, a pesar de que era una cláusula incluida dentro del contrato terapéutico hecho con los padres o encargados. En más de una ocasión se abordó este tema con los niños quienes aducían que sus papás no tenían tiempo de acompañarlos porque debían trabajar y ellos se quedaban bajo el cuidado de hermanos mayores u otros familiares. Esta situación representa un riesgo para el niño porque Tierra Nueva ha sido declarada como área roja y existe la posibilidad de que suceda algo que ponga en peligro su integridad física mientras permanece en la calle.

Otra situación que se observó fue que algunos niños que se resistían a abandonar la clínica después de finalizar la sesión hacían comentarios como *“aquí soy libre”* o *“aquí no me regañan”*, estos comentarios hacen suponer que el ambiente familiar en el que se encuentran estos pequeños es hostil o restringe algunas libertades de los pacientes, lo cual también tiene efectos nocivos en su desarrollo.

Respecto a los jóvenes atendidos se decidió utilizar la Psicoterapia Cognitiva-conductual debido a su capacidad de razonamiento y con el objetivo de hacerles entender la responsabilidad que tienen sobre sus problemas y principalmente la capacidad que radica en ellos para resolverlos. Esto se logró al brindarles las herramientas necesarias para producir cambios positivos tanto en su forma de pensar como en su comportamiento.

A lo largo del año en que se realizó el EPS cuatro personas adultas ingresaron al programa de Psicología. En uno de los casos atendidos se detectó dificultades sobre el manejo del enojo, en un principio se dio seguimiento al caso, sin embargo la paciente atendida estuvo renuente a recibir psicoterapia, por ello se le retiró del programa. En los tres casos restantes se detectaron problemas de codependencia, la relación de las mujeres atendidas con sus compañeros de hogar lejos de ser satisfactoria, era perjudicial pues sufrieron de abuso psicológico incluso desde antes de iniciar la vida conyugal, lo que dio como resultado baja autoestima y

problemas emocionales. En estos casos se utilizó el modelo gestáltico con el objetivo de que estas personas se dieran cuenta de la situación en la que se encontraban, también se pretendió que expresaran sus necesidades del momento, para lo cual se utilizó la técnica de La Silla Vacía. Asimismo se les instó a asumir la responsabilidad tanto de sus palabras como de sus comportamientos convirtiendo su lenguaje impersonal en personal. Todo ello fue de utilidad para que estas personas aprendieran a responsabilizarse de sí mismas. Lamentablemente los tratamientos quedaron inconclusos debido al poco tiempo que quedaba del EPS, a pesar de ello las pacientes reportaron cambios positivos en su vida.

Lamentablemente brindar o concluir el tratamiento específico a los problemas encontrados no fue posible en algunos pacientes, ya sea a la restricción de permisos de parte de los centros educativos, falta de interés en los padres o a su poca disponibilidad para asistir a las citas programadas. Sin embargo no deben olvidarse a aquellos padres o encargados y niños referidos que sí colaboraron activamente en el proceso terapéutico a través de la perseverancia, la puntualidad, el interés, el cumplimiento de tareas asignadas y la ejecución de las sugerencias dadas por la estudiante. Estas personas sí lograron concluir el proceso terapéutico y mostraron su total agradecimiento por la ayuda brindada.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Dirigido a Padres o Encargados:

Este subprograma se llevó a cabo con los objetivos de orientar a los padres y encargados sobre problemáticas referentes a las dificultades de rendimiento académico y enseñar a los participantes alternativas adecuadas respecto al manejo de problemas de conducta. En la fase diagnóstica del proyecto de EPS, el personal del área comentó a la estudiante de Psicología que estos problemas eran los más comunes en la población apadrinada y que en las formas de combatir estos problemas por lo general se recurría a la agresión física o verbal (factor en común de ambos problemas). Al comenzar las entrevistas individuales con padres de familia y

niños se confirmó lo que comentaban las oficiales de campo anteriormente. En épocas anteriores se creía que la educación infantil a base de golpes y maltrato verbal eran la solución a cualquier problema que se presentase. Así, los niños con problemas en el rendimiento académico, por ejemplo, eran castigados o agredidos por sus padres o maestros, con el objeto de mejorar sus calificaciones; muchas veces se ignoraba la presencia de problemas más graves en los niños, que van más allá de la falta de motivación, tales como la dislexia, discalculia, disgrafía, entre otros. Otra solución consistía en retirar a los niños de las escuelas al notar que la repitencia escolar persistía. No tomar en cuenta estos problemas acarrearba consecuencias negativas en los niños, puesto que el esfuerzo y los escasos logros no satisfacían las exigencias del establecimiento educativo.

Lamentablemente este problema aún permanece, ya que algunos padres todavía utilizan este método para solucionar los problemas de aprendizaje a causa de la ignorancia sobre el tema, obteniendo sin lugar a dudas los mismos resultados. Por ello se consideró necesario dar orientación a los padres de familia sobre este tema, explicarles en qué consisten las dificultades de aprendizaje, sus posibles causas y aconsejarles de qué forma pueden colaborar con su solución, para mejorar el rendimiento académico de sus hijos.

Situación similar sucede con los problemas de conducta, principalmente aquellos que están relacionados con la agresividad. Tanto en épocas anteriores como en la actualidad los métodos disciplinarios fueron y son en su mayoría autoritarios, pero en otros casos no se da la más mínima importancia a las faltas cometidas por los niños. En la población atendida se observó que una cantidad considerable de los niños atendidos agredían a otros y desafiaban a las figuras autoritarias, por su parte, los padres de estos niños respondían con golpes o gritos ante el comportamiento inadecuado, mientras tanto, otros desistían de corregir a los pequeños al ver que sus esfuerzos eran infructuosos o delegaban a otros familiares sus responsabilidades. Como era de esperarse las conductas inadecuadas se repetían causando problemas tanto en la familia, como en la escuela en relación con sus compañeros de clase.

Aunque ambos problemas fueron predominantes dentro de la problemática de la población, la docencia no se limitó a abordar sobre estos temas únicamente, también se expusieron otros asuntos de interés que perjudican el desarrollo infantil, por ejemplo: baja autoestima, acoso escolar, el manejo inadecuado de las emociones del niño, patrones de crianza inadecuados; y a la familia entera como es el caso del alcoholismo y el abuso sexual.

La docencia dio inicio en el mes de julio de 2011 no sin antes haber informado a la población de manera personal al iniciar el trabajo con los niños. La información sobre cada una de las actividades fue transmitida gracias a la ayuda de las madres voluntarias quienes a través de los citatorios emitidos, se logró la afluencia de participantes a las actividades programadas.

En la mayoría de actividades realizadas y temas abordados, se habló de las causas y consecuencias de determinado problema, por ejemplo, en las dificultades de aprendizaje, los problemas de conducta, el acoso escolar, la poca motivación para el estudio, patrones de crianza y el alcoholismo; con el objetivo de sensibilizar a la población, de hacerles saber que todo problema tiene un origen y los resultados dependerán en gran medida de la forma en que se corrige el problema. Asimismo se les explicó en qué consistían dichos problemas y se les indicaron algunos errores comunes que se comenten al intentar solucionar las dificultades presentadas por los niños, esto se hizo no con el fin de culpabilizar a los padres en caso de cometerlos, sino para brindarles información sobre las estrategias adecuadas para la resolución de problemas. El que algunos de los padres entendieran la situación por la que estaban pasando sus hijos y aplicaran algunas estrategias proporcionadas, permitió que ellos mismos experimentaran los cambios positivos y reflejó que el cambio en el proceder del adulto también implica cambio en el proceder del niño.

En algunas charlas impartidas se observaron ciertas reacciones de los padres hacia los temas expuestos, principalmente en la charla de Sexualidad Infantil y Abuso Sexual, en la primera se hicieron evidentes las reacciones de vergüenza y timidez de parte de los participantes al presentar bloqueo en el momento en que se les hacía

preguntas respecto al tema, al sonrojarse cuando se hablaba de las diferentes partes del cuerpo femenino y masculino o al plantear preguntas después de finalizada la actividad. Estas reacciones obligan a reflexionar, que este tema aún se considera tabú y que ciertos comportamientos sexuales como la exploración del cuerpo del niño, la masturbación y juegos sexuales que son hasta cierto punto normales; son considerados como sucios o inapropiados y por ende restringidos dentro de la sociedad. En esta charla se pretendió eliminar o al menos reducir este tipo de problema y el resultado de ello fue que algunos padres reconocieron errores comunes como evadir el tema o dar explicaciones erróneas al momento en que los niños les hacían preguntas respecto a la sexualidad.

Respecto a la charla referente al Abuso Sexual también se hicieron presentes las reacciones como bloqueos y el desprecio de algunos participantes, respecto a este tipo de dificultades, principalmente cuando se habló sobre el incesto. Es de suponerse que al igual que la sexualidad infantil este tema también es considerado un tabú por la sociedad y peor aún, condenado por ella. El objetivo primordial de esta charla fue prevenir a los participantes y enseñarles a detectar signos y síntomas de abuso sexual en los niños. Como resultado algunos padres mostraron agradecimiento a la epesista por la información dada.

Durante la ejecución del subprograma de docencia en padres o encargados se observó un decremento considerable en las asistencias de la población. En la primera actividad asistieron 33 personas mientras que en la última asistieron únicamente 17, esto refleja el interés que los padres tienen respecto a su crecimiento personal, hubo padres que participaron desde el inicio hasta el final y fueron ellos los que confirmaron que la información recibida sí fue de utilidad.

Dirigido a Madres Voluntarias:

Durante el mes de marzo se llevaron a cabo las primeras actividades con madres voluntarias, una de ellas fue meramente recreativa y se llevó a cabo con el objetivo de establecer rapport con ellas pero sobre todo brindarles una distracción de sus

actividades cotidianas; sin embargo, algunas de ellas se mostraron apáticas y por ende poco colaboradoras, al inicio se especuló que esto se debía al cansancio físico por las labores del hogar, pero al recibir realimentación con personal del área salieron a la luz algunas de las dificultades que las voluntarias tenían en su hogar. Es posible que estos problemas perjudiquen de manera considerable en la vida familiar de cada una de ellas pero sobre todo su vida personal, pues en algunas de ellas se han observado signos de depresión principalmente el pobre autoconcepto. Ante esta problemática se decidió llevar a cabo actividades motivacionales, con el objetivo de fortalecer su autoestima, enviándoles mensajes positivos y brindándoles sugerencias para el planteamiento de metas en su vida.

Como se mencionó en el capítulo anterior los temas abordados en charlas y minitalleres programados para las madres voluntarias están entrelazados con la motivación. Se inició con el tema de la autoestima y su fortalecimiento, teniendo en cuenta que una persona insegura de sí misma y con un autoconcepto pobre difícilmente será capaz de proponerse metas de vida a corto, mediano o largo plazo. Por esta razón se les enseñaron técnicas que permitan mejorar su autoestima.

Se continuó tratando el tema de la Importancia de la Comunicación, con el objetivo de lograr mayor apertura en las participantes y de la misma manera informarles de los errores comunes que impiden una comunicación efectiva. Como resultado de esta charla un grupo reducido pudo exteriorizar de manera superficial algunos problemas de su vida cotidiana. Algunas madres se mostraron renuentes a participar posiblemente por la poca familiaridad con la epesista.

El último minitaller habló sobre ¿Cómo podría ser diferente mi vida?, con el objetivo de que las participantes pudieran hablar sobre algunas metas propuestas a corto, mediano o largo plazo y de las medidas a tomar para cumplir con sus objetivos. En comparación con la actividad anterior, las madres tuvieron mayor participación. Como resultado de ello, algunas participantes no pudieron evitar hacer catarsis durante la actividad, por lo que fue satisfactorio ver de qué forma el resto del grupo brindaba muestras de apoyo, consuelo e instaron a sus compañeras a seguir

avanzado por el sendero de la vida. Estas acciones ponen de manifiesto el compañerismo existente entre las participantes y su deseo de dar lo mejor de sí ante las dificultades propias y las de los demás.

A en el mes de marzo de 2012 surgió la idea de extender este subprograma tomando en cuenta a dosestablecimientos educativos que solicitaron el apoyo de la institución con charlas o talleres que abordaran el tema de la violencia en general. También se decidió incluir algunos temas expuestos en las actividades para padres como el abuso sexual, problemas de aprendizaje, sexualidad infantil y del adolescente y problemas de comportamiento comunes en el aula; todos ellos modificados para que su contenido fuera apto para los educadores. Sin embargo, estas actividades no pudieron llevarse a cabo debido a que se contaban únicamente con dos meses antes de que la estudiante culminara el EPS.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

En este subprograma se llevaron a cabo actividades con el primordial objetivo de indagar cuál es la concepción que tienen del alcoholismo los niños y niñas atendidos en el servicio de Psicología de Children International Guatemala del área de Tierra Nueva, cuyos familiares cercanos consumieron o consumen alcohol constantemente.

Como ya se ha indicado en capítulos anteriores se determinó que la investigación sería de tipo cualitativa, razón por la cual no se esperó gran cantidad de participantes y el trabajo realizado se basó en la subjetividad de los niños adjudicando mayor importancia al conocimiento que ellos pudieron aportar sobre el problema que les aqueja.

La necesidad de investigar el problema surgió al recopilar la información de pacientes referidos a la clínica de Psicología al tener en cuenta que muchos de estos niños eran perjudicados de manera indirecta por este problema psicosocial. Las edades de los pequeños eran variadas, detectándose casos de niños menores de 5 años de edad que ya sufrían de los efectos psicológicos que implica tener un familiar

alcohólico. Sin embargo, para el estudio realizado se establecieron límites respecto a la edad, se tomaron en cuenta únicamente niños y niñas cuyas edades oscilaban entre los 9 y los 12 años de edad. Se fijó este parámetro con el objetivo de tener mayor información posible sobre el tema, porque en estas edades el desarrollo cognitivo y psicológico de los niños permite la expresión de ideas y sentimientos sin mayores complicaciones.

Después de fijarse el objetivo, identificar a los niños perjudicados y delimitar el grupo a unos cuantos, se procedió a la estructuración de la metodología de abordamiento adecuada, la que dio inicio con la elaboración de una pauta de entrevista semiestructurada de manera que permitiera obtener la información deseada. El instrumento inicialmente incluyó 10 preguntas y después de su elaboración se aplicó a un pequeño grupo conformado de dos niñas y tres niños para determinar si la entrevista realizada cumplía con el objetivo de investigación previamente planteado. Durante esta actividad se utilizó una grabadora para registrar la información tal y como la brindaron los participantes. No obstante, la epesista notó que el uso de este aparato incrementaba la ansiedad de los entrevistados -quienes no dejaban de observar la grabadora al momento de responder-, ante esta situación, se decidió descartar su uso al tiempo que se aplicara la entrevista formal al grupo de investigación seleccionado.

Como es de esperarse los participantes también mostraron ansiedad al inicio de las entrevistas, aunque eso no les impidió profundizar un poco más en el tema. Pero al plantearles la séptima pregunta *“¿Qué piensas tú de esto?”* tres de los cinco sujetos entrevistados dieron respuestas cerradas como: *“nada”* o *“no sé”*, este tipo de expresiones no permitieron obtener datos detallados sobre la forma de pensar del entrevistado ante su situación actual. Por esta razón fue necesario replantear la interrogante por: *“¿Qué pasa por tu mente?”*. Otra modificación que se realizó en la pauta de entrevista fue agregar la interrogante número 11 con el objetivo de que el niño es capaz de explicar con sus propias palabras sus pensamientos acerca de su situación actual y del problema del alcoholismo a nivel general.

Después de hacer las modificaciones necesarias a la pauta de entrevista se procedió a su aplicación en los sujetos de investigación previamente seleccionados. Se contó con la colaboración de dos niñas de 9 y 11 años y cuatro niños de entre 10 y 12 años de edad a quienes se les informó con anticipación que fueron seleccionados y accedieron a participar en la investigación en curso. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de enero y febrero de 2012, para el tiempo transcurrido ya se había establecido rapport con los participantes, por ende sus niveles de ansiedad fueron menores en comparación con los sujetos de la entrevista preliminar. El tiempo programado para estas actividades duró un poco más de lo estipulado, esto se debió a que la mayoría de niños estudiaban en jornada matutina y por las razones explicadas en apartados anteriores fue difícil programar una sesión especial para abordar sobre el tema.

Durante el mes de marzo únicamente se procedió a la lectura de la información aportada por los participantes con el objetivo de abstraer información altamente significativa, mientras que en el mes de abril se procedió a la transcripción y organización de los datos recopilados, durante este proceso se notó diferencias entre los comentarios de los niños y lo mencionado por sus madres o encargados en meses anteriores al obtener el historial clínico. Un ejemplo de ello es que una participante comentó que su padre consumía alcohol únicamente en los fines de semana, pero al comparar esto con la información dada por la madre, mostraba que su pareja consumía alcohol durante varios días a la semana. Asimismo se observaron ciertas reacciones de los niños al responder a determinadas preguntas principalmente al expresar sus sentimientos ante la situación en que vive respecto al alcoholismo, entre ellas la más predominante fue la expresión de tristeza a través del lenguaje corporal al presentar indicios de llanto; por esta razón decidió incluirse en la organización de datos un apartado que incluyera las observaciones de la epesista durante la realización de las entrevistas.

Luego de la organización de datos se procedió a la interpretación de los mismos. Dicha actividad fue sumamente difícil para la estudiante en el sentido de incluir su subjetividad sobre el tema evitando sesgar la información, principalmente ante

hechos como las órdenes de parte del adulto hacia los niños para que estos compren las bebidas alcohólicas. Ante esto fue imposible evitar sentimientos de desprecio de parte de la investigadora hacia los adultos que involucran activamente a los pequeños en su adicción. A pesar de ello se obtuvieron resultados satisfactorios para la investigación.

Respecto a la definición que los niños dan sobre el término de “alcoholismo” se pudo observar que algunos de ellos lo relacionaban con otro tipo de adicciones como la drogadicción. Ante esta situación cabe preguntarse ¿por qué lo relacionan con las drogas? Esta interrogante obliga a reflexionar en dos posibilidades: la primera de ellas es que la palabra posiblemente fuera nueva en su vocabulario y en un intento por explicar de qué se trata lo relacionaron con las drogas. La segunda posibilidad es que los niños observen en su entorno -no precisamente dentro de la familia—a personas que consuman drogas y es por ello que vinculan el alcoholismo con este otro tipo de adicción. Tomando en cuenta tanto la edad como la cantidad de palabras conocidas y el entorno psicosocial en el que se desenvuelven los niños incluyendo el problema del narcotráfico se llegó a la conclusión de que ambas posibilidades deben tomarse en cuenta para esclarecer la interrogante planteada.

Para los niños que formaron parte de esta investigación, el alcoholismo representa un problema que pone en riesgo su integridad física y la de su familia, ya que en algunos casos el pariente alcoholizado se torna agresivo. Tampoco deben olvidarse los efectos psicológicos que tiene sobre ellos la convivencia con un familiar que padece esta enfermedad. Los sentimientos que se hicieron evidentes en esta investigación fueron la tristeza, manifestada abiertamente por los sujetos así como el enojo que algunos de ellos expresaron, pero en otros se notó que era subyacente al observar sus gestos durante la entrevista o por referencia de las personas adultas que conviven con ellos. También se evidenció el temor que los pequeños sienten al estar inmersos en un ambiente hogareño inestable, experimentan ansiedad por estar a la expectativa de lo que sucederá al momento que la persona se presente al hogar en estado de ebriedad. El incumplimiento de las responsabilidades del alcohólico,

esta distanciado emocionalmente del niño y no satisface sus necesidades afectivas, provoca que el menor sienta frustración.

También se observó dos formas de involucrar activamente al menor. En párrafos anteriores se comentó que el alcohólico ordenaba a los niños que compraran licor. En otro de los casos, el adulto daba dinero al niño entrevistado. La ganancia secundaria que el sujeto tiene al recibir dinero de su padre en estado de ebriedad, supone un problema más serio, porque el adulto en su acción egoísta convierte al niño en cómplice al actuar de dicha manera y el sujeto al verse beneficiado prefiere que el problema se mantenga.

Ante esta situación el niño ha tomado medidas defensivas, entre las que podemos mencionar la huida del hogar cuando el ambiente se torna hostil. Otra forma de enfrentar el problema es a través de la agresividad hacia otros niños más pequeños, descargando en ellos la frustración y el enojo que en realidad va contra el familiar enfermo.

Adelantándonos al futuro ¿qué sucederá con estos niños? Simplemente no hay una respuesta concreta para esta pregunta pues el problema persiste tanto en sus hogares como en su comunidad, por lo tanto, existe la probabilidad de que esos sentimientos de tristeza, enojo y frustración continúen dentro de su psique y les ocasionen serios problemas en el futuro. Es posible que tengan la misma u otras adicciones, tengan conductas poco adecuadas, algunas de ellas relacionadas con la agresividad o por el contrario, retraimiento; sus relaciones sociales, tenderán a ser inadecuadas y poco satisfactorias, sin mencionar que en la mayoría de los hijos de padres alcohólicos también llegan a establecer relaciones amorosas inestables.

A pesar de que para estos niños hay un pronóstico poco alentador también cabe mencionar que si reciben el apoyo adecuado de personas cercanas a ellos como maestros, otros familiares, amigos y agentes de salud mental que les estimen y estén dispuestas a darles acompañamiento podrían resolver o al menos reducir los efectos de este problema y lograr cambios positivos en sus vidas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

5.1.1 Conclusión General:

- Al finalizar el Ejercicio Profesional de Psicología se concluyó que el objetivo de lograr la reducción de la problemática presentada y la promoción de la salud mental en niños y niñas apadrinados por Children International del área de Tierra Nueva y que fueron atendidos en la Clínica de Psicología si pudo alcanzarse. Sin embargo aún queda trabajo pendiente con aquellos niños que no alcanzaron cupo en el servicio de Psicología.

5.1.2 Subprograma de Servicio:

- Al finalizar el EPS de Psicología gran cantidad de niños y padres de familia resultaron beneficiados al terminar el tratamiento psicológico, por consiguiente se concluye que la perseverancia de los interesados constituyen un factor importante en la psicoterapia.
- Algunos niños que por diversas razones dejaron de asistir a la clínica de Psicología no lograron tener un avance significativo en su tratamiento, por esta razón su problemática persiste y tendrá efectos negativos en el futuro.
- La restricción de permisos de parte de las autoridades escolares fue un gran obstáculo en la asistencia de los niños y fue una de las principales causas de que los niños interrumpieron su tratamiento.

- Algunos niños asistieron a las citas programadas sin compañía de un adulto a pesar de que se les insistió a los encargados de que era necesario acompañarlos.
- La falta de interés de algunos padres en las actividades de sus hijos es altamente perjudicial para su desarrollo personal, ante la negligencia en la crianza de los niños, estos no interiorizan normas y su comportamiento no es adecuado.
- El espacio reducido de la clínica de Psicología en el área de Tierra Nueva provocó incomodidad en los niños atendidos y no permitió que se realizaran sesiones de terapia grupal, por ende no se logró tener más alcance para atender a pacientes pendientes de cupo.

5.1.3 Subprograma de Docencia:

- La poca afluencia de personas a las charlas y talleres programados no permitió que más personas se beneficiaran con la información dada en la exposición de cada tema.
- Tomar en cuenta a las personas que trabajaron como voluntarias dentro de la institución sirvió de incentivo, no sólo para que continuaran con su labor en la comunidad, sino que les permitió que reflexionaran sobre algunos aspectos de su vida.
- El conocimiento de diversas estrategias para abordar algunos de los problemas más comunes dentro de la comunidad infantil permite a padres o encargados obtener mejores resultados para abordar la problemática presentada por los niños.

5.1.4 Subprograma de Investigación:

- Al finalizar la investigación se concluyó que el alcoholismo es concebido por los niños, como un problema dañino principalmente para el pariente alcohólico, sin embargo algunos de los entrevistados están conscientes de que esta situación también afecta a la familia. Además algunos de ellos vincularon el término con el consumo de drogas.
- Al organizar e interpretar la información aportada por los niños, se estableció un sentimiento de tristeza predominante. La principal causa de ello, es el daño que provoca la persona hacia sí misma y hacia su familia.
- Los niños son víctimas indirectas del alcoholismo y los efectos que este problema, son tan perjudiciales en ellos como en el familiar alcohólico.
- Al realizar la investigación cualitativa el investigador debe recopilar la información tal y como la aportan los participantes, por ello resulta útil el uso de grabadoras. Sin embargo, estos aparatos por lo general incrementan la ansiedad de los participantes.
- El uso de preguntas directas en una entrevista dirigida a niños, por lo general provoca que estos den respuestas cortas y carentes de información significativa.

5.2 RECOMENDACIONES:

5.2.1 Recomendaciones Generales:

- Sería altamente beneficioso para la población afiliada a Children International que la Universidad de San Carlos de Guatemala continuara asignando estudiantes de EPS en Psicología que promuevan la salud mental en la población atendida en sus distintas áreas.

- Dar incentivos a los estudiantes de EPS asignados, a través de una retribución económica para cubrir algunos de los gastos que conllevan las actividades programadas.

A continuación se presentan las recomendaciones por cada subprograma, es necesario aclarar que en su mayoría van dirigidas a futuros epeistas independientemente de la institución en donde realizarán su trabajo.

5.2.2 Subprograma de Servicio:

- Se recomienda a futuros estudiantes de EPS en Psicología que hagan ver a los padres o encargados la importancia de perseverar en el tratamiento de sus hijos.
- Los padres de niños que han sido retirados del programa de Psicología deben continuar la orientación psicológica a fin de reducir la problemática presentada por los pequeños.
- Se recomienda a los maestros y otras autoridades de instituciones educativas dentro de la Comunidad de Tierra Nueva que sean flexibles al asignar permisos a los niños que reciben orientación psicológica, esto permitirá que los niños presenten mejoría y los problemas de los cuales los maestros se quejan reducirán.
- Los estudiantes de Psicología deben exigir a los padres que acompañen a sus hijos en todo momento a fin de reducir riesgos en la integridad física de los niños.
- Se recomienda que futuros estudiantes hagan ver a los padres o encargados que dentro de su rol como figuras de autoridad para el niño es importante emplear métodos de crianza acertados para reducir o evitar los problemas de conducta.

- La institución que recibe epesistas de Psicología debe contar con un espacio adecuado, de manera que permita al psicólogo practicante realizar su trabajo sin mayores obstáculos.
- Respecto a los problemas psicológicos o académicos comunes en los niños profesionales de la salud mental, padres o encargados, maestros y los mismos pacientes deben combinar esfuerzos para combatir dichos problemas y de esta forma tener resultados satisfactorios.

5.2.3 Subprograma de Docencia:

- El estudiante debe tomar en cuenta a toda la población que le sea posible para realizar las actividades programadas, de modo que la mayor cantidad de personas se beneficien con la información que se desee transmitir.
- Se recomienda al epesista que involucre a personas que hacen voluntariado en la institución dentro de las actividades planificadas en el subprograma de docencia.
- Tanto a psicólogos clínicos como educativos se les sugiere incluir al personal de centros educativos dentro de la población meta en el proyecto de EPS, ya que podría ser beneficioso que existan más agentes de cambio para ayudar a los niños a resolver sus problemas.
- Al exponer ciertos problemas encontrados en la población ya sea a padres, encargados o público en general; se sugiere que se incluya la enseñanza de estrategias para el tratamiento adecuado de estos problemas.

5.2.4 Subprograma de Investigación:

- A futuros epesistas de Children International del área de Tierra Nueva se sugiere que incluyan dentro de su proyecto de EPS campañas de sensibilización respecto al alcoholismo y sus efectos dentro del seno familiar.
- Dentro de la población apadrinada por Children International del área de Tierra Nueva existen varios niños que son perjudicados por el alcoholismo de sus padres o parientes cercanos, por lo que se sugiere a estudiantes que trabajarán en esta institución tomar en cuenta este problema e idear estrategias para su resolución.
- Incluir en el proyecto de EPS de Psicología estrategias de intervención dirigidas a la población adulta afiliada a la institución, que padezca de alcoholismo.
- A estudiantes que decidan realizar investigación cualitativa en este subprograma y que harán uso de grabadoras u otros aparatos electrónicos se les recomienda que informen sobre ello a sus participantes con anticipación a fin de evitar que la ansiedad que presentan incremente y represente un obstáculo para las actividades programadas.
- Al realizarse pautas de entrevista se recomienda a los estudiantes sustituir las preguntas directas por preguntas generadoras a fin de obtener mayor información del tema que se está investigando.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Guido (2009). Problemas de conducta y de las emociones en el niño normal. México. Editorial Trillas.
- Ardila, Alfredo et. al. (2005). Neuropsicología de los trastornos de aprendizaje. México D. F. Editorial El Manual Moderno.
- Axline, Virginia M. (1988). Terapia de juego. México. Editorial Diana S. A.
- Barreda, Carlos (2007). Guatemala: Crecimiento económico, pobreza y redistribución Extraído del sitio de Internet
<http://www.albedrio.org/htm/documentos/CarlosBarreda-001.pdf>
- Behrman, Richard E. et. al. (2006). Nelson tratado de pediatría. 17ª Edición. España. Editorial Elsevier.
- Caballo, Vicente E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Vol. 1. España. Editorial Siglo XXI.
- Corman, Louis (1967). El test de la familia. Buenos Aires. Editorial Kapelusz.
- Díaz, Rosa et. al. (2001). Alcohol en la familia. España. Anagrafic S. A.
- Etienne G. Krug, Linda et. Al. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington DC.
- Finkelhor, David (1979). El abuso sexual al menor. México. Editorial Pax México.
- Flowers, John V. (1985). Cómo educar hijos sexualmente sanos. España. Ediciones Martínez Roca S. A.
- Friebel, Volker (1996). Trastornos del sueño en la infancia: Cómo lograr noches tranquilas para usted y sus hijos. España. Editorial EDAF.
- García, Manuel (1995). Manual de patrones de crianza. Guatemala. Editorial Trillas.
- Gómez Pérez, Eva (2002). Guía para la atención al maltrato infantil. Santander. Gráficas Caima S.A.
- Hernández López, Manuela (2009). Orientación a padres y atención psicológica a los hijos e hijas, de la población afiliada a childreninternational de Guatemala, agencia de tierra nueva I-II, para promover el bienestar psíquico y mejoramiento de la salud mental. Guatemala. Impresiones Iluna.

- Irwin G. Sarason et. al. (2006). Psicopatología: Psicología anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada. México. Editorial Pearson Education.
- Jenkins, Susan et. al. (2001) Manual de psiquiatría. Tercera Edición, Estados Unidos. Ediciones Harcourt.
- Jiménez Ortega, José et. al. (2006). Superar las dificultades de lenguaje: hablar, leer, escribir. España. Editorial La Tierra Hoy.
- Kaufman, Gershen (2006). Cómo hablar de autoestima a los niños. México. Editorial Selector.
- Koch, Karl (1962). El test del árbol. Buenos Aires. Editorial Kapelusz.
- López Sánchez, Félix (2007). La escuela infantil: observatorio privilegiado de las desigualdades. Barcelona. Editorial GRAÓ.
- Madden, J. S. (1986). Alcoholismo y farmacodependencia. Segunda Edición. México, D.F. Editorial El Manual Moderno, S. A.
- Miles, Cristine (1990). Educación especial para alumnos con deficiencia mental. México. Editorial Pax.
- Ministerio de Educación de Ecuador Discalculia. Extraído del sitio de internet <http://www.remq.edu.ec/apoyo/discalculia.pdf>
- Morales Gómez, Ángel (2001). Problemas en el aula. España. Editorial San Pablo.
- Mosby Inc. (2004). Diccionario Mosbypocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. Cuarta Edición. Madrid. Editorial Elsevier.
- MünsterbergKoppitz, Elizabeth (2000). El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires. Editorial Guadalupe.
- MünsterbergKoppitz, Elizabeth (2007). El test gestálticovisomotor para niños. Buenos Aires. Editorial Guadalupe.
- Papalia, Diane et. al. (2002). Psicología del desarrollo Novena Edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Prada, Rafael (2006). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas. Cuarta Edición. Bogotá. Editorial San pablo.
- Sauteraud, Alain (2005). Cómo aprender a vivir con el trastorno obsesivo-compulsivo. España. Editorial Síntesis.

- Smoke, Jim (1995). Cómo crecer ante el divorcio. Estados Unidos. Editorial Portavoz.
- Torres Rivas, Rosa María et. al. (2004). Dislexia, disortografía y disgrafía. España. Ediciones Pirámide.
- Vives Gomila, María (2008). Psicodiagnóstico clínico infantil. Barcelona. Editorial UBe Psicología, 4.
- Warren, Howard (1998) Diccionario de psicología. México. Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS



Contrato Terapéutico

Padres de familia o encargados del niño

Yo

(Nombre del padre o encargado)

en calidad de del(la) niño(a), joven o señorita

(nombre del(la) niño(a), joven o señorita)

Estoy consciente de las dificultades que él(ella) presenta, y estoy interesado(a) que reciba atención en el programa

Por lo que me comprometo a traerlo(a) puntualmente a las citas asignadas en la Clínica de Psicología de Children International de Guatemala; a traer fotocopia del certificado de calificaciones cuando se me solicite y a realizar en casa las actividades que se indiquen a lo largo del proceso de atención psicológica.

(Firma)

Sector: ID

Oficial de campo

Colaboradora

Observaciones: _____



Contrato Terapéutico

Adolescentes

Yo

(Nombre del joven o señorita)

Quiero mejorar en

(Problemática presentada)

Por lo que me comprometo a:

- ♣ Asistir puntualmente a las citas que me den en la Clínica de Psicología de Children International de Guatemala.
- ♣ No llevarme los juguetes y materiales.
- ♣ No pegarle a la psicóloga
- ♣ No pegarme o lastimarme a mí mismo(a).

(Firma)

Sector:

ID

Oficial de campo

Colaboradora

Observaciones:



Contrato Terapéutico

Niños

Yo

(Nombre del niño o niña)

Quiero mejorar en

(Problemática presentada)

Por lo que me comprometo a:

- ♣ Asistir puntualmente a las citas que me den en la Clínica de Psicología de Children International de Guatemala.
- ♣ No llevarme los juguetes y materiales.
- ♣ No pegarle a la psicóloga
- ♣ No pegarme o lastimarme a mí mismo(a).

(Firma)

Sector: ID

Oficial de campo

Colaboradora

Observaciones: _____

**PROTOCOLO BASE PARA EVALUAR
PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR, DESARROLLO
PSICOMOTRIZ Y SENSORIAL**

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo M - F

Escolaridad: _____

Escuela o Institución: _____

Fecha de 1ª Evaluación: _____

Motivo de Aplicación: _____

Anotaciones:

- No presenta dificultad, está bien.
 1. Necesita refuerzo.
 2. Necesita rehabilitación.
 3. Necesita habilitación.

I. ESQUEMA CORPORAL

Sobre él mismo
Sobre otra persona
Rompecabezas
Imitar posiciones

II. LATERALIDAD

Mano
Ojo
Pie

III. MOTRICIDAD GRUESA

Camina
Salta en un pie
Salta en dos pies
Salta cuerda
Corre
Gatea
Se arrastra
Se enrolla
Equilibrio
Flexibilidad corporal
Tensión
Maneja bicicleta
Puede dar vuelta de gato

IV. MOTRICIDAD FINA

Posición en movimiento de pinza
Plasticina
Arcilla
Pasar páginas de un libro
Recorte (tela, papel, lana)
Rasgado (grande, pequeño)
Pegado (tape, goma)
Tomar un lápiz (distinto grosor)
Coloreado (cera y madera)
Escritura (con o sin líneas)
Hacer torres (grandes y pequeñas)
Pintura
Dáctilo pintura

V. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Adentro – afuera
Arriba – abajo
Cerca – lejos
Atrás – adelante
Al lado
Sobre – debajo
En medio
En la esquina
En la casa
En una habitación
En la clase

VI. ORIENTACIÓN TEMPORAL

Fecha de hoy
Día – noche
Días de la semana
Meses
Horas (reloj)
Antes – después
Hoy
Mañana
Ayer
Secuencias temporales

VII. PERCEPCIÓN VISUAL

Praxias oculares
Formas
Colores
Tamaños
Posiciones
Secuencias (mostrar plantilla)
Figura – fondo (mostrar plantilla)

VIII. COORDINACIÓN OCULOMOTRIZ

Reproducción de dibujos
Clavijas
Punteado con agujas
Costura simple
Enhebrar una aguja
Seguimiento de líneas punteadas
Laberintos
Reproducción de construcciones

IX. PERCEPCIÓN AUDITIVA

Reconocimiento y discriminación
Sonidos y ruidos del medio ambiente
Sonidos e instrumentos musicales
Ritmo
Rimas de palabras
Canciones

X. PERCEPCIÓN TÁCTIL

De forma
De peso

De tamaño
De consistencia
De textura
De temperatura

XI. PERCEPCIONES OLFATIVAS Y GUSTATIVAS

(Sin ver)
Olores distintos
Sabores distintos

XII. NOCIÓN DE CANTIDAD

Mucho – poco
Uno – varios
Conoce el cero
Números de 1 al 9
Domina concepto de cantidad
Agrupa conjuntos

XIII. CONOCIMIENTOS GENERALES

Su edad
Nombre
Sexo
Dirección (ubicación)
Escuela
Nombre de los padres
Nombre de los hermanos
Nombre de la maestra
País en que vive
Colores primarios
Figuras geométricas
Distingue seres vivos de inanimados

XIV. LENGUAJE

Expresivo:

Voz
Ritmo
Vocabulario
Sintaxis
Habilidad para describir

Comprensivo:

Seguimiento de instrucciones orales
Seguimiento de instrucciones escritas
Sabe sacar ideas centrales

Comprende relatos
Responde lógicamente a preguntas absurdas

XV. ACTIVIDADES DE AUTOAYUDA, SOCIABILIDAD E INDEPENDENCIA

Come sin ayuda
Toma líquidos en un vaso
Se viste solo
Juega en grupo
Conoce y usa dinero
Conoce el semáforo
Avisa para ir al baño
Control de micción
Control de esfínteres

XVI. MEMORIA

Inmediata
Mediata
Remota

Nombre: _____

Fase Años	Motora Gruesa	Motora Fina	Cognoscitiva	Lenguaje	Socio-Afectiva	Hábitos de Salud y Nutrición	Edad del Niño
5 – 6	Salta abriendo y cerrando las piernas	Apaña con una mano una bolsita de arroz	Puede contar de 1 a 10 objetos	Usa verbos en presente pasado y futuro	Participa en actividades de grupo	No se orina en la cama por las noches	
4 – 5	Salta hacia atrás por imitación	Toca con el pulgar los demás dedos de la mano	Dibuja una figura humana con cuatro partes	Emplea verbos en pasado	Gusta de juegos competitivos	Cepilla sus dientes sin ayuda	
3 – 4	Salta sobre un pie dos o más veces	Construye puentes con 3 cubos	Dice si un objeto es blando o duro	Oraciones de 5 a 7 palabras	Dice su sexo	Se lava y seca la cara solo	
2.5 – 3	Se mantiene de pie con los talones juntos	Ensarta cuentas en un cordón	Coloca un cubo encima y debajo de un objeto	Usa algunos plurales	Dice su nombre	Avisa para ir al baño	
2 – 2.5	Se para en un solo pie con ayuda	Construye una torre de 4 a 6 cubos	Señala tres partes del cuerpo	Construye frases	Comparte juegos y juguetes Reconoce su nombre al escucharlo	Colabora cuando lo bañan	
1.5 – 2	Acostado boca arriba se pone de pie sin apoyarse	Construye torres de 2 a 3 cubos por imitación	Busca objetos escondidos por evaluador (sin que haya visto donde se ocultó)	Sigue dos órdenes consecutivas	Hace berrinche cuando no se le da lo que quiere	Indica en forma verbal o no verbal que su pañal está sucio	
1 – 1.5	Da unos pasos solo	Hace garabatos tomando el lápiz con toda la mano	Recupera objetos escondidos bajo un pañal o taza	Dice de 2 a 6 palabras	Juega solo. Reconoce a sus familiares	Trata de usar la cuchara para comer	
Meses 11 – 12	Se pone de pie apoyándose	Mete y saca cubos de un recipiente	Desenvuelve una bola	Dice algunas palabras cortas	Acepta y entrega una pelota	Bebe de una taza derramando un poco el líquido	
10 – 11	Camina sostenido de una mano	Golpea un cubo contra el otro	Retiene dos cubos en la mano al darle otro	Al escuchar la palabra "adiós" saluda con la mano	Se enoja cuando tratan de quitarle un juguete	Duerme 7 o más horas en la noche sin interrupción	
9 – 10	Gatea	Coge una cuerda con 2 dedos	Jala el pañal para alcanzar un objeto	Responde a órdenes simples acompañadas de gestos	Repite la actividad al celebrar su actuación	Intenta usar la cuchara y el plato	
8 – 9	Pasa de sentado a posición de gateo	Toma objetos con el pulgar y el índice	Quita el pañal y queta la bola escondida ante su vista	Suspende actividades cuando se le dice "NO"	Reacciona ante su imagen frente al espejo	Muestra preferencia o rechazo por los alimentos	
7 – 8	Se para brevemente sostenido de manos	Toma una gomi-ta entre el pulgar índice y medio	Busca objetos escondidos frente a él	Usa gestos para comunicar sus deseos	Cambia de actitud cuando llegan extraños	Come del plato con sus dedos	
6 – 7	Se sienta sin apoyo por breves minutos	Toma una gomi-ta con el pulgar y otros dedos	Recupera objetos que se caen de su mano	Combina sílabas MaMa Ta Ta	Disfruta jugando esconde	Sostiene la comida y la lleva a su boca	
5 – 6	Da vuelta de boca abajo a boca arriba	Coge el objeto que se coloca frente a él	Sigue con la mirada momentáneamente los objetos que se caen	Emite sonidos mientras juega solo	Explora la cara de la madre con la vista y las manos	Empieza a masticar los alimentos	
4 – 5	Se sienta con apoyo y la cabeza firme	Intenta coger los objetos sin lograrlo	Observa un objeto antes de meterlo a su boca	Emite sonidos repetidamente P M S G O	Ríe a carcajadas cuando juega con otra persona	Acepta comida semisólida	
3 – 4	Se vuelve parcialmente	Mantiene las manos abiertas	Sigue con la mirada una bola en movimiento circular	Emite sonidos vocales A E U	Mira sus manos, juega con ellas y las lleva a su boca	Se alimenta de leche	
2 – 3	Al sentarlo tiene la cabeza erecta unos segundos	Rasca los objetos que toca	Mueve la cabeza en busca del sonido	Responde con balbuceos en situaciones placenteras	Sonrisa social	Se alimenta de leche exclusivamente	
1 – 2	Boca abajo alza la barbilla y mueve la cabeza hacia los lados	Aprieta fuerte un objeto, luego lo deja caer	Sigue objetos con la mirada	Emite sonidos	Rostro poco expresivo	Se alimenta de leche exclusivamente	
0 – 1	Succión, prensión palmar, prensión plantar, marcha autónoma, reflejo de moro	Manos fuertemente cerradas	Fija la mirada en el sonajero	Busca sonidos	Se calma al alzarlo y hablarle		



PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA EN NIÑAS ELIZABETH MÜNSTERBERG KOPPITZ

Nombre: _____ Año _____ mes _____ día _____ Tiempo: Min. _____ Seg. _____
 Fecha de Aplicación: _____ Nivel del CI: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Rend. Escolar: _____
 Edad Cronológica: _____ Problemas: _____



ITEMS EVOLUTIVOS

05 AÑOS	06 AÑOS	07 AÑOS	08 AÑOS
Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d.	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d.
Excepcionales <input type="checkbox"/> Pies 2d. <input type="checkbox"/> Proporción <input type="checkbox"/> Fosas Nasales <input type="checkbox"/> Dos labios <input type="checkbox"/> Codos <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Braz. u hombro <input type="checkbox"/> Rodillas <input type="checkbox"/> Ropa 4 ítems	Excepcionales <input type="checkbox"/> Proporción <input type="checkbox"/> Fosas Nasales <input type="checkbox"/> Dos labios <input type="checkbox"/> Codos <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Braz. u hombros <input type="checkbox"/> Rodillas <input type="checkbox"/> Ropa 4 ítems	Excepcionales <input type="checkbox"/> Codos <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Dos labios <input type="checkbox"/> Rodillas	Excepcionales <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Codos <input type="checkbox"/> Rodillas
09 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS
Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d. <input type="checkbox"/> Cuello	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d. <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Braz. hacia abajo	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d. <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Braz. hacia abajo	Esperados <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Cabello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Brazos 2d. <input type="checkbox"/> Piernas 2d. <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Braz. hacia abajo <input type="checkbox"/> Braz. u hombros
Excepcionales <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Rodillas	Excepcionales <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Rodillas	Excepcionales <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Rodillas	Excepcionales <input type="checkbox"/> Rodillas

LC= Lesión cerebral PE= Problemas Emocionales PC= Problemas de Conducta PA= Problemas de Aprendizaje

Nombre y Firma del Evaluador



**PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA EN
NIÑOS ELIZABETH MÜNSTERBERG KOPFITZ**

Nombre: _____ Año _____ mes _____ día _____ Tiempo: Min. _____ Seg. _____

Fecha de Aplicación: _____ Nivel del CI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rend. Escolar: _____

Edad Cronológica: _____ Problemas: _____



ITEMS EVOLUTIVOS

05 AÑOS	06 AÑOS	07 AÑOS	08 AÑOS
Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d.	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d. ___ Piernas 2d.
Excepcionales ___ Pupilas ___ Pies 2d. ___ Cinco dedos ___ Braz. u homb. ___ Proporción ___ Fosas Nasaes ___ Perfil ___ Codos ___ Ropa 4´ ítem	Excepcionales ___ Braz. u hombro ___ Proporción ___ Fosas Nasaes ___ Perfil ___ Codos ___ Dos labios ___ Rodillas ___ Ropa 4´ ítem	Excepcionales ___ Perfil ___ Fosas Nasaes ___ Codos ___ Dos labios ___ Rodillas ___ Proporción	Excepcionales ___ Fosas Nasaes ___ Codos ___ Dos labios ___ Rodillas ___ Perfil
09 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS
Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d. ___ Piernas 2d.	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d. ___ Piernas 2d. ___ Cabello ___ Braz. hacia abajo ___ Cuello	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d. ___ Piernas 2d. ___ Cabello ___ Braz. hacia abajo ___ Cuello	Esperados ___ Cabeza ___ Ojos ___ Nariz ___ Boca ___ Cuerpo ___ Piernas ___ Brazos ___ Pies ___ Brazos 2d. ___ Piernas 2d. ___ Cabello ___ Braz. hacia abajo ___ Cuello ___ Braz. u hombros
Excepcionales ___ Fosas nasaes ___ Codos ___ Dos labios ___ Rodillas	Excepcionales ___ Dos labios ___ Rodillas	Excepcionales ___ Rodillas	Excepcionales ___ Rodillas

LC= Lesión cerebral PE= Problemas Emocionales PC= Problemas de Conducta PA= Problemas de Aprendizaje

Nombre y Firma del Evaluador



PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA ELIZABETH MÜNSTERBERG KOPPITZ

Nombre: _____ Tiempo: Min. _____ Seg. _____

Año mes día

Fecha de Aplicación: _____ Nivel del CI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rend. Escolar: _____

Edad Cronológica: _____ Problemas: _____

SIGNOS CUALITATIVOS

- ___ Integración pobre de las partes.
- ___ Sombreado de la cara.
- ___ Sombreado del cuerpo y/o extremidades. (Varones de 09 años y niñas de 09 años).
- ___ Sombreado de las manos y/o cuello. (Varones de 08 años y niñas de 07 años).
- ___ Asimetría grosera de las extremidades.
- ___ Figura inclinada (eje de la figura tiene un inclinación de 15 o más grados).
- ___ Figura pequeña (5 cm. o menos de altura).
- ___ Figura grande (23 cm. o más de altura).
- ___ Transparencias.

DETALLES ESPECIALES

- ___ Cabeza pequeña (la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total).
- ___ Ojos bizcos o desviados (ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia fuera).
- ___ Dientes.
- ___ Brazos cortos (no llegan a la línea de la cintura).
- ___ Brazos largos (llegan a la línea de la rodilla).
- ___ Brazos pegados a los costados del cuerpo.
- ___ Manos grandes (manos de un tamaño igual al de la cara).
- ___ Manos omitidas (brazos sin manos ni dedos).
- ___ Piernas juntas.
- ___ Genitales.
- ___ Monstruo o figura grotesca.
- ___ Dibujo espontáneo de tres o más figuras.
- ___ Nubes (cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando).

OMISIONES

- ___ Omisión de los ojos.
- ___ Omisión de la nariz.
- ___ Omisión de la boca.
- ___ Omisión del cuerpo.
- ___ Omisión de los brazos.
- ___ Omisión de las piernas.
- ___ Omisión de los pies.
- ___ Omisión del cuello.

LC= Lesión cerebral PE= Problemas Emocionales PC= Problemas de Conducta PA= Problemas de Aprendizaje

Nombre y Firma del Evaluador

TEST DE LA FAMILIA

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____ No. de Expediente: _____

Nombre del Examinador: _____

1. Explicame esta familia:

2. ¿Dónde Está?

3. ¿Qué hacen allí?

4. Nómbrame a todas las personas, empezando por la que dibujaste primero:

5. ¿Cuál es el más bueno de todos? ¿por qué?

6. ¿Cuál es el menos bueno? ¿por qué?

7. ¿Cuál es el más feliz? ¿por qué?

8. ¿Cuál es el menos feliz?

9. Cuéntame, tú en esta familia ¿a quién prefieres? ¿por qué?

10. Explícame ¿quién serías en esta familia?

11. Si no apareces en esta familia ¿dónde estás?

12. ¿Estás contento(a) con el dibujo que hiciste?

13. Imagina que esta familia se va de viaje pero en el carro no caben todos, por lo que se debe quedar alguien ¿quién se quedaría? y ¿por qué?



PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN TEST BENDER-KOPPITZ

Nombre: _____

Código: _____ Sector: _____

Tiempo: Minutos _____ Segundos: _____

E.M.G.P. _____ Fecha de Aplicación: _____

I.L.C. _____ Fecha de Nacimiento: _____

C. _____ * _____ ** _____ Edad cronológica: _____

FIGURA "A" Tiempo _____

1. Distorsión de la forma a) _____
 b) _____

2. Rotación: _____

3. Integración: _____

FIGURA "1" Tiempo _____

4. Distorsión de la forma: _____

5. Rotación: _____

6. Perseveración: _____

FIGURA "2" Tiempo _____

7. Rotación: _____

8. Integración: _____

9. Perseveración: _____

FIGURA "3" Tiempo _____

10. Distorsión de la forma: _____

11. Rotación: _____

12. Integración: a) _____
 b) _____

FIGURA "4" Tiempo _____

13. Rotación: _____

14. Integración: _____

FIGURA "5" Tiempo _____

15. Modificación de la forma: _____

16. Rotación: _____

17. Integración: a) _____
 b) _____

FIGURA "6" Tiempo _____

18. Distorsión de la forma: a) _____
 b) _____

19. Integración: _____

20. Perseveración: _____

FIGURA "7" Tiempo _____

21. Distorsión de la forma: a) _____
 b) _____

22. Integración: _____

23. Rotación: _____

FIGURA "8" Tiempo _____

24. Distorsión de la forma: _____

25. Rotación: _____

TOTAL: _____

INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL

Adición u omisión de ángulos				
	Fig. A	*		
	Fig. 7	C		
	Fig. 8	C		
Sust. curvas por ángulos				
	Fig. 6	*		
Sust. curvas por líneas rectas				
	Fig. 6	**		
Desproporción de las partes				
	Fig. A	C(6 ^a)*(+6 ^a)		
	Fig. 7	C(7 ^a)*(+7 ^a)		
Sust. de 5 puntos por círculos				
	Fig. 1	*		
	Fig. 3	*(+6 ^a)		
	Fig. 5	*(+6 ^a)		
Rotación 45 °				
	Fig. 1	**		
	Fig. 4	**		
	Fig. 8	**		
	Fig. A	*		
	Fig. 5	*		
	Fig. 7	*(+6 ^a)		
	Fig. 3	*(+6 ^a)		
	Fig. 2	*(+6 ^a)		
Integración no lograda				
	Fig. A	*		
	Fig. 4	*		
	Fig. 6	*		
	Fig. 7	C(6 ^a)*(+6 ^a)		
Omisión o adición de hilera de círculos				
	Fig. 2	C(6 ^a **)(+6 ^a)		
Pérdida de la Gestalt				
	Fig. 3	*(+5 ^a)		
Serie de puntos sustituida por líneas				
	Fig. 3	**		
	Fig. 5	**		
Perseveración:				
	Fig. 1	C(7 ^a **)(+7 ^a)		
	Fig. 2	C(7 ^a **)(+7 ^a)		
	Fig. 6	C(7 ^a **)(+7 ^a)		116

INDICADORES EMOCIONALES:

<p>Orden Confuso: Común en los niños de 5 a 7 años, asociado a un fallo en la capacidad de planificación. En los niños más inteligentes y mayores, puede también reflejar confusión mental. El orden confuso se da más a menudo en niños con dificultades de aprendizaje y en los protocolos del Test de de los niños acting-out.</p>	
<p>Línea ondulada en las Fig. 1 y 2. Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos. Parece estar asociada con una pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional.</p>	
<p>Círculos sustituidos por rayas en La Fig. 2. Ha sido asociada con impulsividad y falta de interés y también a problemas emocionales.</p>	
<p>Aumento progresivo de tamaño en las Fig. 1, 2 ó 3. Los puntos o los círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos por lo menos tres veces más grandes que los primeros. También está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad y con acting-out y problemas emocionales.</p>	
<p>Gran tamaño: El área cubierta por una figura es dos veces mayor que el área de la figura de la tarjeta estímulo. Está asociado con el comportamiento acting-out. Diferencia entre pacientes psiquiátricos y alumnos sin problemas emocionales</p>	
<p>Tamaño pequeño: Es la mitad o menos que la tarjeta. Tiende a estar relacionado con la ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez en los niños.</p>	
<p>Línea fina: Está asociado con timidez, vergüenza y retraimiento. Pacientes psiquiátricos con problemas emocionales.</p>	
<p>Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas: Una figura completa o parte de ella está repasada con espesas líneas compulsivas. Cuando una figura es borrada y vuelta a dibujar cuidadosamente o si una figura es corregida con líneas deliberadas que realmente mejoran el dibujo, entonces esta categoría no se computa. Está asociado con impulsividad, agresividad y hostilidad manifiesta, comportamiento acting-out en los niños.</p>	
<p>Segunda tentativa: El dibujo es espontáneamente abandonado antes o después de ser completado y se realiza un nuevo dibujo de la figura. Se puntúa solamente cuando se han efectuado dos dibujos de una figura en dos lugares diferentes del papel. Este IE ha sido asociado con la impulsividad y la ansiedad. Niños impulsivos y agresivos con problemas emocionales.</p>	
<p>Expansión: Se emplean dos o más hojas de papel. Está asociada con impulsividad y conducta acting-out. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de niños con retraso mental y emocionalmente perturbados.</p>	
<p>Marcos alrededor de las figuras: Se dibuja un marco alrededor de una o más de las figuras después de haber sido copiadas. Está asociado con un intento de controlar su impulsividad. Propio de niños que suelen tener un pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos para poder desenvolverse en la escuela y en casa.</p>	
<p>Elaboración espontánea o añadidos a la figura: En una o más figuras del Test de Bender se realizan cambios espontáneos. Esta clase de dibujos son raros y ocurren casi exclusivamente en niños abrumados por temores o ansiedades o totalmente preocupados por sus propios pensamientos. Estos niños a menudo tienen un débil contacto con la realidad.</p>	

Evaluador(a)_____ F._____



CONCEPCIÓN SOBRE EL ALCOHOLISMO PAUTA DE ENTREVISTA

Nombre (sólo iniciales): _____ Edad: _____

Fecha de la entrevista: _____

12. ¿Sabes a qué se le llama alcoholismo? Explica:

13. ¿Has visto a alguien de tu familia que tome licor? ¿quién?

14. ¿Qué tan seguido toma?

15. ¿Qué hace, cómo se comporta cuando toma?

16. ¿Qué hacen los miembros de tu familia?

17. ¿Qué haces tú cuando esta persona toma?

18. ¿Qué pasa por tu mente cuando sucede esto?

19. ¿Qué sientes tú ante esta situación?

20. ¿Hay algo que tú quisieras cambiar de esta situación? ¿qué sería?

21. ¿Cómo lo harías?

22. ¿Ahora, qué piensas del alcoholismo?

Observaciones:
