

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

**"ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA APOYO  
PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y  
JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD  
QUETZAL SAN JUAN SACATEPÉQUEZ"**

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

**POR  
FLOR DE MARÍA HERRERA ALVARADO**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2016**

CONSEJO DIRECTIVO  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
**DIRECTOR**

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina  
**SECRETARIO**

Licenciada Dora Judith López Avendaño  
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

Pablo Josue Mora Tello  
Mario Estuardo Sitaví Semeyá  
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A. Juan Fernando Porres Arellano  
**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG. 900-2016  
CODIPs. 2713-2016

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

14 de noviembre de 2016

Estudiante  
Flor De María Herrera Alvarado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO CUARTO (34º.) del Acta SESENTA Y SIETE GUÍÓN DOS MIL DIECISEÍS (67-2016) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de noviembre de 2016, que copiado literalmente dice:

**“TRIGÉSIMO CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD QUETZAL SAN JUAN SACATEPÉQUEZ”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Flor De María Herrera Alvarado

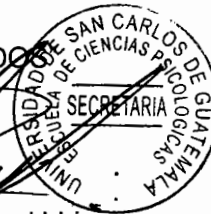
CARNÉ No. 200916950

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por la Licenciada Josseline Acuña Chacón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina  
SECRETARIO



/Gaby



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



Reg. 900-2016  
 E.P.S. 148-2016

RECEBIDO  
 11 NOV 2016  
 FIRMA: [Signature] HORA: 16:00 Registro: 900-016

09 de noviembre del 2016

Señores Miembros  
 Consejo Directivo  
 Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

**Flor De María Herrera Alvarado, carné No 200916950, titulado:**

**“ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD QUETZAL SAN JUAN SACATEPÉQUEZ.”**

De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Josseline Acuña, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]  
 Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
**COORDINADOR DE EPS**

Expediente



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



Reg. 900-2016  
E.P.S. 148-2016

09 de noviembre del 2016

Licenciado  
Oscar Josué Samayoa Herrera  
**Coordinador del 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

**Flor De María Herrera Alvarado**, carné No 200916950, titulado:

**“ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD QUETZAL SAN JUAN SACATEPÉQUEZ.”**

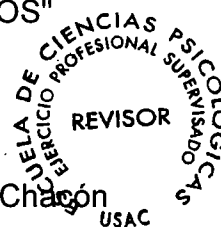
De la carrera Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Josseline Acuña Chacón  
**REVISORA**



c. Expediente



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



Reg. 900-2016  
E.P.S. 148-2016

09 de noviembre del 2016

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

**Flor De María Herrera Alvarado, carné No 200916950, titulado:**

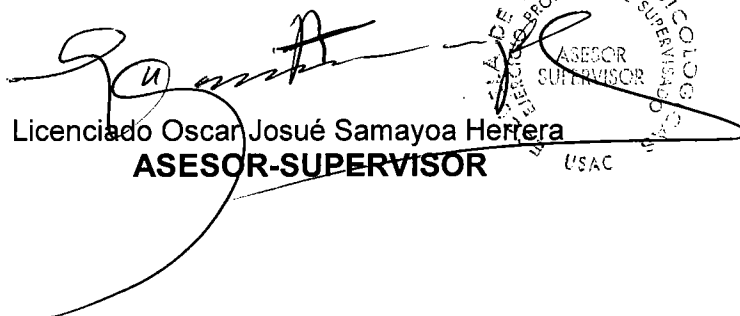
**“ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD QUETZAL SAN JUAN SACATEPÉQUEZ.”**

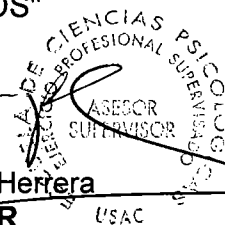
De la carrera Licenciatura en Psicología

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 Oscar Josué Samayoa Herrera  
**ASESOR-SUPERVISOR**



c. Expediente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg.900-2016  
CODIPs.1833-2016

De Aprobación de Proyecto EPS

22 de agosto de 2016

Estudiante:  
Flor de María Herrera Alvarado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9º.) del Acta CUARENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL DIECISÉIS (47-2016) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de agosto de 2016 que literalmente dice:

**“NOVENO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **“ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN REFERIDA, APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y PROGRAMA PREVENTIVO TELEVISADO A NIÑEZ Y JUVENTUD PARA EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN CIUDAD QUETZAL”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

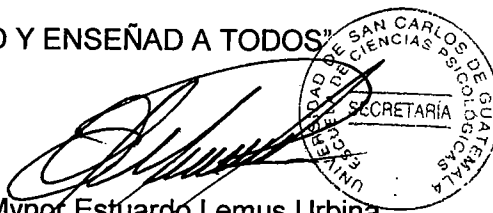
**Flor de María Herrera Alvarado**

**CARNÉ No. 200916950**

Dicho proyecto se realizará en Ciudad Quetzal –Municipio de San Juan Sacatepéquez, asignándose al Doctor Alvaro Leonel Gómez – Director, quien ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente y al Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina  
SECRETARIO

gaby

31 de agosto de 2016

Licenciado  
Oscar Josué Samayoa Herrera  
Coodinador Ejercicio Profesional Supervisado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciado Samayoa:

Por este medio extendiendo un afectuoso saludo y éxitos en sus actividades diarias, así mismo hago de su conocimiento que la estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología Flor de María Herrera Alvarado con carné universitario No. 200916950 en el Departamento de Guatemala en el Centro de Salud de Ciudad Quetzal, realizó su Ejercicio Profesional Supervisado iniciando el 15 de abril de 2015 y finalizó el 30 de agosto de 2016.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente

Atentamente

  
Doctor Alvaro Leonel Gomez  
Director Centro de Salud de Ciudad Quetzal





## **MADRINA DE GRUADUACIÓN**

Licenciada en Educación con Especialidad en Administración Educativa

Emma Marisol Herrera Alvarado de Fajardo No. 2,7071

## **DEDICATORIA**

A DIOS:

Porque de Él viene la sabiduría, la inteligencia y el conocimiento. En su grande amor me permitió alcanzar esta meta.

A MI FAMILIA:

Por su gran apoyo a lo largo de mi vida, agradezco a Dios por tenerlos conmigo.

Los amo a cada uno, mis padres Mario y Emma, mis hermanos Mario, Mari y Estuardo.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

Gracias por su apoyo y cariño que me han brindado.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Gracias a esta Universidad pude formarme académicamente con un nivel educativo de excelencia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS:

Quien envió a su hijo Jesucristo para darnos vida eterna y al Espíritu Santo que nos consuela y da fuerza cada día.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Por ser parte de mi formación académica a través de sus catedráticos que me ayudaron a adquirir el conocimiento para ayudar al prójimo. Gracias Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera coordinador del EPS por su gran orientación.

AL CENTRO DE SALUD PÚBLICA EN CIUDAD QUETZAL:

Licenciada Esperanza González psicóloga titular del Centro de Salud con su gran ayuda y apoyo incondicional a lo largo del proceso de EPS.

A LA FUNDACIÓN POR TI MUJER:

Quienes brindaron valiosa ayuda a las víctimas de violencia.

AL CANAL DE TELEVISIÓN TELEVIDA

Gracias a la colaboración de este canal pude trabajar mi eje de docencia.

## ÍNDICE

Tema No. de páginas

**Resumen**

**Introducción**

### **CAPÍTULO I ANTECEDENTES**

1.1 Aspecto histórico antropológico	1
1.2 Aspecto socio-cultural	7
1.3 Aspecto socio-económico	12
1.4 Aspecto ideológico-político	20
1.5 Descripción de la institución	26
1.6 Descripción de la población	31
1.7 Planteamiento del problema	42

### **CAPÍTULO II REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO**

2.1 Abordamiento teórico de los problemas/ necesidades psicosociales	47
2.2 Objetivos generales y específicos	83
2.3 Metodología	84

### **CAPÍTULO III DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

3.1 Subprograma de servicio	95
3.2 Subprograma de docencia	109
3.3 Subprograma de investigación	113

### **CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

4.1 Subprograma de servicio	119
4.2 Subprograma de docencia	134
4.3 Subprograma de investigación	138

### **CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones generales	143
Conclusiones específicas	
5.1.2 Subprograma de servicio	144
5.1.3 Subprograma de docencia	145
5.1.4 Subprograma de investigación	146

5.2 Recomendaciones generales	147
Recomendaciones específicas	
5.2.1 Subprograma de servicio	148
5.2.2 Subprograma de docencia	149
5.2.3 Subprograma de investigación	149
<b>Glosario</b>	150
<b>Bibliografía</b>	152
<b>Anexos</b>	153

## RESUMEN

El trabajo de Ejercicio Profesional fue realizado en el Centro de Salud Pública Ciudad Quetzal municipio de San Juan Sacatepéquez.

Se inició la elaboración del proyecto de factibilidad, reuniendo la información requerida en el sondeo comunitario, institucional y académico. Seguidamente se dio una descripción de la población, se plantearon problemas/necesidades psicosociales, se elaboró el referente teórico metodológico con objetivos generales y específicos, la metodología, planificación, presupuesto, glosario y bibliografía.

Después de ser aprobado el proyecto de factibilidad se inició el trabajo en la institución, ahí se recibieron los lineamientos dar la atención psicológica a los pacientes.

Seguidamente se entabló el contacto con un canal de televisión local llamado Televida así como otra Institución llamada Fundación por Ti Mujer que trabajaba en equipo con el Centro de Salud.

El eje central del trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado fue dar atención psicosocial a población referida y la población que de manera voluntaria la solicitaron. Después de estudiar las causas del bajo rendimiento escolar en niños o jóvenes se dio apoyo psicopedagógico especial para cada caso. A través del Canal de Televisión local Televida se presentó una serie de programas preventivos televisados a la comunidad.

La población con la que se trabajó en el subprograma de atención directa fueron niños, adolescentes y adultos que solicitaban apoyo psicológico de forma

voluntaria. También se atendieron los casos que eran referidos a psicología por diversas instituciones. (Instituciones educativas, Juzgado de Familia, Procuraduría General de la Nación, Organismo Judicial).

En el eje de docencia se trabajó con toda la comunidad de Ciudad Quetzal a través de charlas educativas en el programa Buenos días con Televida que era transmitido los días jueves a las 9 de la mañana en el Canal de Televisión local Televida en el servicio de cable Bracavisión.

En la Iglesia Católica Jesús Nipalakin se impartieron talleres participativos con padres de familia que se conocieron a través de la atención directa a pacientes.

El eje de investigación se trabajó en la elaboración de las historias clínicas para estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acudían al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.



## INTRODUCCIÓN

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS, constituye uno de los requisitos propuestos por la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a que sus estudiantes reciban el título que los acredita como Licenciados en Psicología, siendo una oportunidad para demostrar y practicar los conocimientos y herramientas aprendidas en las diferentes instituciones sociales.

La estructura de este trabajo se divide en 5 capítulos cada uno se subdivide en categorías específicas para la mejor comprensión del mismo. En el primer capítulo se presentan los antecedentes del aspecto histórico antropológico de Guatemala, la historia de su contexto, los primeros habitantes del lugar, nuestros antepasados los mayas, la colonización, la educación y cómo fue el proceso de aparición, asentamiento y desarrollo del hombre y grupos humanos en San Juan Sacatepéquez.

El aspecto sociocultural menciona los grupos étnicos de la región, la distribución poblacional del municipio, las danzas folklóricas, sus costumbres, feria patronal, su alimentación, personajes célebres y su vestimenta.

El aspecto socioeconómico incluye las principales fuentes de trabajo, porcentajes de la población económicamente activa, el desarrollo local y comercio. Así mismo también se analiza la situación de salud y educación en el sector.

El aspecto ideológico político describe los orígenes de la cultura mesoamericana, la división del poder en el municipio, cómo se encuentra formado el Consejo Municipal y cómo funciona El Consejo Comunitario de Desarrollo.

En este aspecto también se describe la institución donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado, se inicia con una síntesis de la historia de los Centros de Salud Pública en Guatemala, su nombre, ubicación, organización, objetivos generales y específicos, misión y visión y los programas que ejecuta.

Otro aspecto es la población a la cual se dirige el Ejercicio Profesional Supervisado se inicia a través de conocer las diversas colonias, aldeas y caseríos que conforman el sector, la distribución poblacional del municipio, los grupos étnicos que predominan, porcentajes del Índice de Desarrollo Humano, los tipos de servicio de salud del municipio, el acceso y movilidad en salud, las tasas de morbilidad y natalidad, la cobertura y los niveles de educación, el idioma que predomina y los porcentajes de analfabetismo del municipio. Seguidamente el planteamiento del problema, consiste en describir las principales problemáticas psicosociales que enfrenta la población en San Juan Sacatepéquez.

A continuación en el capítulo II se encuentra el referente metodológico describe los contenidos del Ejercicio Profesional Supervisado entre ellos podemos mencionar: atención psicosocial, terapia de apoyo, terapia de juego, psicopedagogía, pobreza, bajo rendimiento académico, problemas de comportamiento, timidez, trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad,

niños desobedientes, depresión, niños, jóvenes y adultos dependientes a sustancias, violencia intrafamiliar y violencia sexual. Se inicia de lo general a lo particular.

El trabajo en el Área de Psicología del Centro de Salud se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

1. Brindar consultas de carácter psicológico a niños, jóvenes y adultos que asisten al Área de Psicología.
2. Investigar y estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.
3. Brindar capacitaciones de carácter preventivo en salud psicológica por medio de charlas, entrevistas dirigidas y exposiciones presentadas a la comunidad en general a través de un programa de televisión local.

Seguidamente se describe la metodología y técnicas que se utilizaron, las fases en las que se organizó el proceso, la planificación de las actividades realizadas del Ejercicio Profesional Supervisado.

En el capítulo III se describe la experiencia, es una narración de los resultados y acciones obtenidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

En el capítulo IV se analiza la experiencia y en el capítulo V conclusiones y recomendaciones, glosario, bibliografía y anexos.

Las personas son referidas al área de Psicología y los doctores del Centro de Salud al observar a los pacientes ven una necesidad de recibir también apoyo psicológico, en otros casos las familias que han tenido un problema con el Juzgado de Familia son referidas a Psicología, los niños y jóvenes que presentan bajo rendimiento escolar o un comportamiento inapropiado son enviados de los centros educativos al área del Centro de Salud para que los padres puedan recibir una orientación psicológica y poder ayudar a los niños, todos estos casos son enviados al Centro de Salud pues la atención psicológica es gratuita.

Las razones para llevar a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado fueron para hacer un trabajo comunitario, al ser estudiante egresada de la Universidad de San Carlos la universidad pública de Guatemala, el apoyo psicológico es de mucha importancia para que las personas puedan tener una buena salud mental.

Una salud mental sana se refiere al estado en el cual la persona, como individuo, se siente bien cuando:

- Es capaz de enfrentar la vida con alegría y con entusiasmo.
- Se valora a sí mismo y a los demás.
- Tiene deseos de aprender.
- Tiene seguridad en sí mismo.
- Respeta a las demás personas.
- Expresa sus sentimientos y emociones.

El psicólogo es el profesional de la salud mental, su trabajo es analizar el problema del paciente, estudiar como el paciente ha llegado a esa situación que le está creando malestar y de qué manera esta situación se mantiene.

Es muy importante que el paciente entienda lo que le está pasando, y a partir de ahí se le ayuda a resolver el problema, estableciendo unos objetivos, proporcionándole recursos, estrategias, enseñándole conductas más adaptativas o simplemente se le enseña las que ya tiene.

# **CAPÍTULO I**

## **Antecedentes**

### **1.1 Aspecto histórico antropológico**

En Guatemala nuestros antepasados fueron los mayas, la civilización maya se ubicó en los terrenos altos de Petén del siglo IV al XVI. La educación de la civilización maya poseía un sentido religioso, cultivo del maíz y atribuciones del hogar. Los mayas tenían su propio calendario, cuando llegaron los españoles encontraron diversos grupos entre ellos: Quiché, Kaqchiquel, Tzutuhil, Kekchi, Man y Pocoman.

Sus aportes fueron importantes a la cultura y literatura guatemalteca a través de sus manuscritos especialmente con el libro de Popol-Vuh. También se destacaron en la pintura, la escultura, la orfebrería y la metalurgia del cobre, tejían el algodón y la fibra de agave, desarrollaron el más completo sistema de escritura en América prehispánica.

Cuando llegaron los españoles a Guatemala, se dio la conquista y en esta parte los españoles impusieron sus creencias y educación a los mayas. Gracias a la colonización española y la fusión de estas dos civilizaciones, los mayas perdieron partes significativas de su cultura, tales como religión, escritura y gobierno. Sin embargo, no están completamente separados, algunos aspectos todavía se mantienen intactos de influencias extranjeras.

Desde el siglo XVI la población indígena fue afectada por la invasión, conquista y colonización realizada por los españoles que eran reprimidos con acciones militares y considerados esclavos. En 1510 vinieron unos frailes dominicanos que estaban indignados por la explotación a la que era sometida esta población, por lo que la monarquía española emitió un escrito llamado el Requerimiento, que consistía en una llamada al sometimiento indígena de forma pacífica. Sin embargo, este no apaciguó las infamias en contra de los nativos, por lo que los frailes no quedaron conformes, en especial Fray Bartolomé de las Casas. Así el 20 de noviembre de 1542 se emitieron nuevas leyes en las que se abolió la esclavitud, las encomiendas y se prohibió hacer nuevos descubrimientos y tomar bienes indígenas.

La educación en el periodo colonial estuvo regida por la forma de organización feudal que los españoles habían trasladado a América, la educación era de tipo confesional por haber quedado este servicio en poder de la iglesia, pues la castellanización era necesaria para efectuar una cómoda explotación, la evangelización porque correspondía al espíritu altamente religioso, eran los únicos objetivos existentes para masas indígenas.

Los servicios educativos fueron así un privilegio de la minoría dominante representada por los encomenderos, los aristocráticos y el clero. Las escuelas de primeras letras, las casas de recogimiento para doncellas, los hospicios y hospitales fueron en primer lugar para beneficio de los peninsulares y en segundo para los pobres hijos de españoles.

La Universidad de San Carlos fue creada por Real Cedula del 31 de enero de 1676 antes de que fuese fundada, la fundación de impartir educación superior estuvo anteriormente a cargo de: los colegios mayores de Santo Tomas, San Borja, San Buenaventura y San Lucas. Estos hechos dejaron una ideología de sumisión, para los gobernantes es mejor tener una población sin educación para poder manejarlos y controlarlos.

La introducción del catolicismo fue el principal medio de cambio cultural y dio lugar al sincretismo religioso. Algunos elementos culturales del Viejo Mundo llegaron a ser completamente adoptados por la población maya, como la marimba, un instrumento musical de origen africano.

El mayor cambio fue la sustitución del orden económico precolombino por la tecnología europea y ganadería; esto incluyó la introducción de herramientas de hierro y acero, que sustituyeron las herramientas neolíticas, y del ganado vacuno, los cerdos y los pollos, que reemplazaron a la caza. También se adoptaron nuevos cultivos; la introducción de la caña de azúcar y del café llevó a la explotación económica de la mano de obra nativa en las plantaciones.

Se estima que el 70% de la población moderna de Guatemala es maya y este grupo se concentra en el altiplano occidental y central. La parte oriental del país, por el contrario, ha sido objeto de intensa inmigración española e hispanización. La sociedad guatemalteca se divide en un sistema de clases en gran medida basado en la raza, con los campesinos y artesanos mayas en la capa inferior, los trabajadores



asalariados y burócratas de raza mixta (ladinos) formando clase media y media-baja y la elite criolla de ascendencia europea por encima de ellos.

En virtud de una Real Cédula parte de las Reformas Borbónicas, todos los curatos de las órdenes regulares fueron traspasados al clero secular. Las reformas Borbónicas de la Corona española pretendían recuperar el poder real sobre las colonias y aumentar la recaudación fiscal. Con estas reformas se crearon los estancos para controlar la producción de las bebidas embriagantes, el tabaco, la pólvora, los naipes y el patio de gallos. La real hacienda subastaba el estanco anualmente y un particular lo compraba, convirtiéndose así en el dueño del monopolio de cierto producto.

Así mismo se crearon cuatro subdelegaciones de la Real Hacienda en San Salvador, Ciudad Real, Comayagua y León y la estructura político administrativa del Reino de Guatemala cambió a quince provincias.

Además de esta redistribución administrativa, la corona española estableció una política que disminuyó el poder de la Iglesia Católica, el cual hasta este momento era prácticamente absoluto sobre los vasallos españoles. La política de disminución de poder de la iglesia se basaba en la ilustración y tenía 6 puntos principales:

1. Declive del legado cultural jesuítico
2. Tendencia hacia una cultura laica y secularizada
3. Actitud decididamente racionalista, de herencia cartesiana
4. Valoración de la ciencia natural sobre el dogma religioso

5. Una crítica al papel de la iglesia dentro de la sociedad y de sus organismos derivados sobre todo de las cofradías y hermandades
6. Favorecimiento del regalismo

Los terrenos que San Juan Sacatepéquez contiene fueron adquiridos el 3 de febrero de 1752 y se podría decir que en esa fecha se fundó el poblado de San Juan Sacatepéquez.

Solo algunas castas indígenas privilegiadas lograron mantener un cierto prestigio en el periodo colonial, como por ejemplo la familia Xajil, un linaje de la nobleza Kakchiquel que relató la historia de los Kakchiqueles.

San Juan Sacatepéquez su nombre viene de las primeras voces San Juan es un honor al patrón del municipio Juan el Bautista y Sacatepéquez que deriva de dos términos: del kakchikelsacat que significa hierba y *tepec* que significa cerro. San Juan Sacatepéquez es un municipio del departamento de Guatemala de la región metropolitana de la República de Guatemala. Con sus 242 km<sup>2</sup> es uno de los municipios más grandes del departamento de Guatemala.

Por su gran desarrollo y grandes terrenos avanzó de categoría como villa, en 1923, durante el gobierno general José María Orellana. El ministerio de Cultura y Deportes declaró como Patrimonio Cultural Tangible de la Nación al reloj de la Torre del Edificio Municipal de San Juan Sacatepéquez, de acuerdo al Acuerdo Ministerial número 1203-2012, el 26 de diciembre de 2012 el Ministerio de Cultura y Deportes consideró que es obligación primordial del Estado proteger, fomentar y divulgar la cultura nacional; emitir leyes y disposiciones que tiendan a su enriquecimiento, así

como reconocer el derecho de las personas y de las comunidades a su identidad cultural de acuerdo a sus valores y tradiciones.

## 1.2 Aspecto sociocultural

El municipio de San Juan Sacatepéquez, con la categoría de villa, se encuentra a 32km. De la ciudad capital y cuenta con una población de 200,000 habitantes aproximadamente. En esta área se presenta una densidad de población muy media, ubicándolo en el noveno lugar a nivel departamental; teniendo 725 habitantes por kilómetro cuadrado; concentrándose su población en el casco urbano.

El 9 de abril de 1960 se inauguró una carretera asfaltada que en longitud aproximada de 14 km. une a San Juan Sacatepéquez con San Raymundo. Cuenta asimismo, con caminos roderas y veredas que enlazan sus poblados y propiedades rurales entre sí y con los municipios vecinos.

La población por grupos étnicos está concentrada únicamente en el grupo Kaqchiquel el siendo uno de los cuatro municipios del departamento de Guatemala que cuentan con la mayor población indígena. La población utiliza principalmente el español y el kakchiquel.

El poblado está dividido en cuatro barrios: Calvario, Cielito, San Bernardino (conocido también como San Isidro) y Santa Rosa. Los habitantes de los barrios Calvario y San Bernardino han sido bastante pobres. Por lo contrario, los de los barrios Cielito y Santa Rosa se consideran muy acomodados y ayudan pecuniariamente en los trabajos que se llevan a cabo en el poblado; tienen mucha relación con la ciudad capital. En la mayoría de sus viviendas existen jardines.

En el mercado municipal frente al mercado e iglesia se realiza plaza todos los días de la semana, por lo general a partir de las 9 horas.

Según la distribución poblacional del municipio, la mayor parte de la población del municipio es joven, con un porcentaje 61.25% de 0 a 30 años de edad, de los 35 a 60 años son adultos con un porcentaje del 31.38% y un 7.37% mayores de 65 años o de la tercera edad. Esta característica demográfica, es una oportunidad para el desarrollo municipal, pero a la vez requerirá una ampliación en la cobertura educativa, la salud, así como, de los servicios básicos.

Generalmente se conoce como Ciudad Quetzal al conjunto de colonias, aldeas y caseríos ubicados en la parte sur del municipio de San Juan Sacatepéquez, entre los kilómetros 20 y 26 de la ruta que comunica con San Raymundo. Este sector se caracteriza por el crecimiento desordenado y sin control de múltiples proyectos habitacionales y ventas de terrenos a costo relativamente bajo. La población en 2004 se estima superior a los 90,000 habitantes, constituida mayoritariamente por familias de trabajadores pobres que subsisten empleándose en la industria y el comercio en la capital.

Entre las danzas folklóricas que se presentan se encuentran “El Torito” y “El Baile de las Flores”. Entre otras costumbres se encuentran las cofradías que es una costumbre de origen colonial en la cual se veneran imágenes de la Virgen María, Jesús, San Juan Bautista, la Cruz y el Rosario. La música principal del pueblo son los sones de arpa y marimba, entre los cuales se puede mencionar “La Sanjuanerita”, “El Chuj”, “El Maíz” y el de los “Matrimonios”.

En el día de los muertos, el 1o. de noviembre de cada año como muchas otras regiones del país se come fiambre ese día y se adornan las tumbas de los muertos. La feria del pueblo el 24 de junio es el día de San Juan Bautista el patrono del pueblo, al cual se le dedican todas las actividades durante esa semana. Se celebra del 22 al 27 de junio, siendo el día principal de la fiesta el 24. Se realizan eventos sociales, culturales y deportivos en esas fechas, como la pelea de gallos.

San Juan Sacatepéquez se caracteriza por el pinol, platillo que se refleja en la cultura culinaria con sabor a maíz, el pinol es el plato fuerte y se prepara con gallina criolla, aves domésticas que se crían en los patios de las casas, un recado a base de maíz, y se condimenta con tomate, miltomate, chile pimiento, cebolla y cilantro.

La vestimenta de los pobladores, en las mujeres el güipil y corte tradicional, se caracteriza por la tela de algodón tejida en hilar de cintura. La pieza de arriba o huipil es típicamente de líneas verticales donde predominan los colores lilas y amarillos. Los bordados a mano que son tejidos alrededor del cuello representan flora y fauna características de la región como lo son las flores y pájaros. El corte o falta es un pedazo de tela de algodón de cuadros en colores oscuros como negros y blanco o azul índigo y blanco. Comúnmente es cruzado por una línea vertical y unos horizontales bordados a mano en colores contrastantes como rojo, amarillo, fucsia o naranja entre otros. El traje del hombre se ha perdido y comúnmente usa ropa occidental con sombrero.

En lo religioso se considera parroquia extraurbana de la Arquidiócesis de Guatemala. En el archivo los libros de bautismo datan de 1968, los de matrimonios desde 1758 y los de defunciones de 1717.

La iglesia parroquial, destruida por los terremotos de 1917/18, reconstruida a partir de 1923 y restaurada hace pocos años, llegó a tener 4 altares repujados de plata. Entre sus imágenes quizá la más venerada sea la del Crucificado, conocido también como Preciosa Sangre de Cristo. Han existido las cofradías de San Juan, de la Virgen del Rosario, de Jesús Nazareno, de la Santa Cruz y del Santísimo Sacramento.

La fiesta titular se ha celebrado durante una semana de junio, siendo el día principal el 24, en que la iglesia conmemora la Natividad del patrono del pueblo, San Juan Bautista.

El traje ceremonial o de madrina de bautismo o de matrimonio tiene los colores blanco y morado con figuras en la parte de arriba que le llaman “Komat’zines” o sea los chumpipes muertos, habla de una tradición que una peste mató a los chumpipes, o también recuerda cuando se celebra un casamiento se mata un chompipa y se adorna para los padres de la novia. El cuello del traje tiene un adorno de color azul, el cual significa cielo. En cuanto a los demás colores el blanco significa pureza y el color morado significa luto, riqueza inigualable del traje ceremonial de la población de San Juan Sacatepéquez.

Este municipio es muy rico en costumbres y tradiciones contando con lugares sagrados que son donde sus habitantes realizan ceremonias que han heredado de generación en generación.

Las diferentes actividades que se realizan en este municipio están los productos de barro, fabricación de ladrillos, tejidos típicos, jarcía, alfarería, tejas de barro, etc.

La música principal del municipio son los sones de arpa y marimba en las cuales se pueden mencionar: La sanjuanerita, el chuj y el de matrimonios. En las festividades especiales es tradicional el baile de los moros, los toritos, el venado y los gigantes sin faltar el tradicional convite.

Existen algunas leyendas en los antepasados como lo son: La llorona, Juan Cenís, el tronchador y el sombreroón.

Varios poemas han sido dedicados a San Juan Sacatepéquez, en las cuales están La niña de San Juan, Flor de mi Tierra y otros. Escritos por los Sanjuaneros Higinio Patzán y Efraín Patzan.

Uno de sus personajes célebres es el doctor Francisco de Paula García Peláez, quien nació el 2 de abril de 1785, es el autor de las memorias para la Historia de Reino de Guatemala y llegó a ser Arzobispo.



### **1.3 Aspecto Socioeconómico**

Una de las principales fuentes de trabajo lo constituye la venta de flores hortalizas, muebles, la venta de madera, artesanía, fabricación de teja, ladrillos, elaboración de textiles y a una menor escala la fabricación de la cohetería y ganadería que posteriormente serán vendidos en el mercado local, nacional e internacional. Otro tipo de ingresos económicos al municipio lo constituyen las remesas de las personas que han emigrado a otros países, lo que representa un pequeño grupo de familias beneficiadas.

La Población Económicamente Activa (PEA) es del 34.39%, lo que indica que 24.62% son hombres y 10.38% son mujeres y el resto de la población está en condiciones de ser población económicamente activa o con fines laborales; iniciando a los 15 años de edad, siendo un fenómeno que se da en las áreas rurales del departamento de Guatemala y del país. Esto provoca que los niños y jóvenes del municipio, no completen su educación en todos los ciclos educativos, incrementando el analfabetismo, la migración, entre otros.

El desarrollo local de San Juan Sacatepéquez es generado predominantemente por la actividad de la floricultura, hortalizas y de muebles de sala. Se cultivan además, productos tradicionales, no tradicionales y frutales de temporada. Existen también empresas agroindustriales y pirotécnicas en menor escala comparado con el municipio de San Raymundo, que emplean mano de obra local, también se desarrolla el comercio de artículos varios a pequeña escala.

Algunos generan ingresos por medio de los impuestos que se cobran al parqueo de la municipalidad, el mercado y de las multas generadas en el municipio. Para garantizar la producción de la floricultura, hortalizas entre otras; se requerirá, que los pequeños productores tengan acceso a la tecnología para mejorar sus sistemas productivos, especialmente en cuanto a prácticas de conservación de suelos, aspecto indispensable por el tipo de topografía, así mismo es necesario gestionar créditos para capitalizarse.

Es paradójico ver que la industria de fabricación de muebles se ha incrementado, sin propiciar la producción de materia prima, cuando debiera ser proceso integral y de encadenamiento. Otros factores que han incidido en la deforestación son la tala inmoderada por cuestiones de sobrepastoreo, la falta de prácticas de conservación de suelos, entre otros. Como desarrollo productivo podemos mencionar otro tipo de ingresos tales como economía formal e informal:

1. Ferreterías, panaderías.
2. Tiendas de comestibles, comedores.
3. Farmacias, papelerías.
4. Venta de artesanías locales.
5. Almacenes de ropa.
6. Centros comerciales pequeños.

El principal punto de comercio es el mercado municipal, ubicado en el centro del casco urbano en donde se comercializan diversos bienes y servicios al consumidor, dando trabajo a unas 500 personas. El mercado ofrece una variedad de

mercancías, incluyendo: flores, ropa, enseres de casa y comestibles, verduras, frutas, carnes, comida preparada y electrodomésticos. El día principal de venta de mercado es el domingo, sin embargo, es visitado otros días de la semana por muchos consumidores que buscan productos variados.

Dentro de los sistemas de comercialización en el municipio, se puede mencionar que la mayoría de productos se venden a nivel local, departamental, nacional e internacional; en el caso de los fuegos artificiales, productos hortícolas y frutales de muy buena calidad, su destino principal es la ciudad capital y otros municipios aledaños, de donde se distribuyen a otros lugares, a través de intermediarios, sin embargo en algunos casos resulta más difícil la comercialización, debido a la falta de vialidad, es decir vías de acceso en mal estado, lo que disminuye la oferta y aumenta el precio de algunos productos; en tal sentido es necesario impulsar un eje de desarrollo vial y otro económico que permita la articulación inter municipal e inter departamental por medio del Anillo Regional, con lo cual se espera obtener mayor oportunidad en la comercialización, oferta y demanda de los productos, creando un desarrollo económico importante para el municipio.

San Juan Sacatepéquez reconocen algunos sitios para formular proyectos de turismo y ecoturismo, como las Piscinas de Vista Bella y Lagunas de San Miguel Montufar; de hecho, un potencial económico activo se encuentra en el territorio con la conservación del área boscosa, hacia la parte del Bloque IV y de esta forma incorporar el ecoturismo sostenible y así generar empleo local a través de la construcción de infraestructura hotelera, cadenas de restaurantes, guías turísticos,

etc., para efecto es necesario llevar a cabo en primera instancia la reforestación de esta zona.

El incremento del movimiento financiero ha hecho que a la fecha se hayan instalado, en San Juan Sacatepéquez, cinco agencias bancarias, varios restaurantes de comida rápida, entre ellos Pollo Campero, una cooperativa de ahorro y crédito, tres empresas financieras y otras tiendas de importancia.

Según los datos obtenidos de la tasa neta de matriculación del MINEDUC, en el año 2009 se inscribieron en el municipio de San Juan Sacatepéquez, un total de 45,511 alumnos en todos los niveles, siendo: 12.06% de primaria; 2.45% para el ciclo básico; 1.88% de párvulos y 6.88% para diversificado.

El idioma predominante es el Kaqchiquel, en la mayoría de establecimientos la educación es bilingüe. A su vez, con el propósito de incrementar el nivel de alfabetismo, se cuenta con el apoyo de fundaciones y del Instituto Técnico de Capacitación –INTECAP- quienes apoyan al municipio, colaborando con la construcción de escuelas y de programas como: Primaria acelerada, técnicos en carpintería, técnicos en albañilería, técnicos en computación y otros.

Del 2002 al 2006 la tasa neta de cobertura en el nivel pre primario aumentó un 16% y en la primaria se dio un incremento del 14%, no superando la expectativa de cobertura pues era el 100%. También se puede observar que en el nivel primario los alumnos que logran terminar 6to.grado, en el 2006 equivalen a 7 estudiantes por cada 10 y en el ciclo básico todavía se mantiene bajo con 2 alumnos por cada 10; sin embargo, la tendencia es a aumentar en ambos casos. La debilidad se refleja más en

el ciclo diversificado ya que presenta poca cobertura en el sector oficial, siendo reemplazado por el sector privado. En tal sentido, es necesario implementar estrategias para ampliar la cobertura en el ciclo básico y diversificado, para tener más profesionales y disminuir la migración con fines educativos.

Existen 346 establecimientos abiertos y 207 establecimientos oficiales en todos los niveles, esto quiere decir que la mayor parte de la educación diversificada la tiene la iniciativa privada teniendo 139 establecimientos en el municipio. La calidad educativa ha sido significativa ya que en muchos de los establecimientos cuentan con la misma siendo esta buena, pero es necesario siempre contar con una buena estrategia para contrarrestar la deserción del mismo en cada establecimiento. La movilidad del mismo se da frecuentemente al municipio de Guatemala para poder contar con la terminación tanto con el nivel diversificado y poder continuar con los estudios del nivel superior, ya que no cuentan con una sede en este sector.

San Juan Sacatepéquez, cuenta con un índice de analfabetismo del 27.84% siendo necesario que este índice disminuya en el horizonte del Plan de Desarrollo Municipal.

El desafío más grande para este municipio es aumentar la tasa de cobertura en el nivel primario indicado que la cobertura para la terminación de básicos y diversificado es baja, siendo necesario cubrir la docencia, la infraestructura y equipamiento. Al observar el mapeo participativo, la movilidad es moderada, el territorio necesita más infraestructura en todos los niveles para cubrir la demanda actual y anual para que al momento de analizar sus metas con los Objetivos de

Desarrollo del Milenio para 2015 siendo necesario cubrir todos los niveles educativos para el año 2015, lograr reducir la inasistencia y deserción escolar, debido a muchos factores, siendo los más comunes: falta de recursos económicos, distancias de los establecimientos educativos y falta de transporte, entre otros; en el municipio de San Juan Sacatepéquez se cuenta actualmente con la presencia del programa de Escuelas Abiertas, ubicadas en el casco urbano; y de igual forma están ubicadas las instalaciones de la Escuela Politécnica dependencia del Ministerio de Defensa.

Según los actores de los talleres participativos, los servicios de salud del municipio son prestados por el Ministerio de Salud y Asistencia Social a través de los Centros y Puestos de Salud que mayoritariamente atienden a la población.

Este municipio cuenta con 2 Centros de Salud tipo “B”, dentro del equipo humano que lo conforman están: 4 médicos, 2 odontólogas, 2 enfermeras graduadas, 2 trabajadoras sociales, 1 inspector de saneamiento ambiental, 1 técnico de salud rural, 7 auxiliares de enfermería, 1 laboratorista, 1 estadígrafo, 2 secretarios y 2 operativos. Además, cuenta con 8 promotores voluntarios en el área de salud rural y varias comadronas las cuales laboran en salud materna y rural, siendo un total de 40 personas aproximadamente.

Es importante recordar que las comadronas han contribuido a que se alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5 mejorar la salud materna, en la meta 6 del país. Las mujeres que laboran como comadronas han recibido capacitaciones por parte de los programas de la Secretaria de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOSEP- y otros programas de Organizaciones no Gubernamentales –

ONG´s-. También se cuenta con el hospital “Colonia Infantil”, y un Centro de Salud que ayuda a combatir la desnutrición quienes son financiados con fondos privados. Existe presencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, ésta última para sus afiliados.

Otro aspecto importante es la movilidad en salud ya que ésta se realiza hacia las afueras del municipio, especialmente hacia la ciudad capital, indicando su población que es necesario fortalecer la infraestructura en salud, así como, su equipamiento; esta dinámica se realiza en la micro-región I; por la cantidad de centros poblados. También se cuenta con el apoyo de la asistencia no gubernamental que apoyan al área de salud, en programas de salud reproductiva, atención infantil y programas de alimentación.

Es de suma importancia hacer de conocimiento que a nivel nacional la cobertura de atención prenatal es del 84.5% por una reconsulta 15, tomando en cuenta que es necesario fomentar, publicar y difundir la buena salud reproductiva, para toda la población. Ahora en día es más frecuente observar que el aumento de madres jóvenes entre las edades de 10 a 15 años, siendo necesaria más educación en el tema de la reproducción para disminuir la maternidad temprana.

Entre la morbilidad y mortalidad las causas más comunes en San Juan Sacatepéquez en primer lugar están las enfermedades del sistema respiratorio seguidas de las infecciosas y parasitarias, es importante analizar que se ha ido reduciendo paulatinamente este tipo de enfermedad, pero a la vez las autoridades

encargadas deben mantener una campaña permanente dirigida a toda la población sobre cómo prevenir este tipo de enfermedades.

Mortalidad infantil y materna, en los niños menores de 1 año, que para el año 2012 se reportaron 12 casos por cada 1000 niños nacidos vivos y para los niños mayores de 5 años es decir la mortalidad en la niñez es de 16 casos por cada 1000 niños nacidos vivos; de igual manera, la tasa de mortalidad materna indica que por cada 100,000 nacimientos mueren 53 mujeres. Por lo tanto el compromiso del Estado ante el cumplimiento de los ODM en tema de salud.



#### **1.4 Aspecto Ideológico político**

Para comprender los orígenes del pueblo de San Juan Sacatepéquez es necesario conocer las raíces del pueblo indígena maya Kaqchiquel, dichos orígenes se encuentran en la cultura maya mesoamericana.

Los mayas emigraron del golfo de México cuando buscaban mejores condiciones de vida, en las montañas del SakatTepek, hoy región alta de Sacatepéquez que comprende desde San Lucas Sacatepéquez hasta Tzumpango Sacatepéquez se establecieron los mayas Kaqchiqueles.

Cuando inicia la conquista inician los sometimientos crueles de parte de los españoles hacia los indígenas de la región, particularmente a la cultura Kaqchiquel ya que era la más cercana a la capitanía general, de dicha cultura maya Kaqchiquel del cual es descendiente directo la vía de San Juan Sacatepéquez.

A partir de entonces se empieza a hablar de los primeros habitantes de esta zona conocida como Yampuc en el cual sus habitantes vivían dispersos pero unidos en una cultura, un idioma, una cosmovisión, una religión y un mismo sentir.

Respecto al origen prehispánico de la vía de San Juan Sacatepéquez se remonta a tiempos antiguos teniendo como puntos de referencia la venida de los españoles a esta tierra, siendo San Juan una de los principales que formaron el reino Kaqchiquel cuya corte estuvo asentada en la región de Yampuc al mando español de Don Manuel de Salazar.

Los habitantes de esta región fueron evangelizados al inicio por predicadores dominicos. A raíz del terremoto de Santa María ocurrido el 29 de Julio de 1773, muchas personas de Antigua Guatemala buscaron refugio en San Juan Sacatepéquez.

Entonces en 1425 será la primera vez que se menciona la región de Yampuc que posteriormente se llamará San Juan Sacatepéquez. Según documentos existentes, el título de tierras de San Juan Sacatepéquez tiene como fecha 3 de febrero de 1752, el cual hace constar que los indígenas de la región compraron al rey de España 480 caballerías y 38 manzanas de tierras que se dividieron entre todos pagado 1,200 pesos que era la moneda de la época, segregando posteriormente parte de las tierras a municipios vecinos.

Hay muchos elementos de la historia que se han perdido y los primeros apuntes aparecen en el templo parroquial hasta 1700 o sea a principios del siglo XVIII y en la municipalidad hasta 1840 o sea a mediados del siglo XIX por lo tanto los escritos que puedan hacer referencia a los orígenes pre hispánicos de San Juan Sacatepéquez son muy pocos y los pocos se han perdido.

La municipalidad de San Juan Sacatepéquez es el ente del Estado responsable del gobierno del municipio. Es una institución autónoma, se encarga de realizar y administrar los servicios que necesitan una ciudad o pueblo.

En cada Municipalidad existe un Consejo Municipal también llamado Corporación Municipal, que es el órgano colegiado superior de deliberación y decisión de los asuntos municipales.

El gobierno municipal corresponde al Consejo Municipal, el cual se integra por alcalde, los síndicos y los concejales, todos electos directa y popularmente en el municipio. Una función importante de la municipalidad es planificar, controlar y evaluar el desarrollo y crecimiento de su territorio. También se presta especial atención a los aspectos sociales y a buscar contribuir a mejorar la calidad de vida de los vecinos. Los recursos necesarios para proveer los servicios y realizar obra, la municipalidad los obtiene principalmente del pago de arbitrios, como boleto de ornato, Impuesto Único Sobre Inmuebles.

En la municipalidad de San Juan Sacatepéquez, el consejo municipal de desarrollo también llamado COMUDE 2016-2020 es integrado por:

- Alcalde Lázaro Pirir
- Síndico Primero Sotero Cax Pirir
- Síndico Segundo Leonardo Siney Equité
- Síndico Tercero Andres Siquiej Tuquer
- Síndico Suplente José Rafael Ocox
- Concejales Primero Marco Tulio Reyes Estrada
- Concejales Segundo Oscar Iquic Castro
- Concejales Tercero Juan Boror Chic
- Concejales Cuarto José María Suruy Chet
- Concejales Quinto Heidy Karina Toledo Veliz
- Concejales Sexto Encarnación de Jesús Meléndez
- Concejales Séptimo Miguel Castro Chivalan

- Concejal Octavo Guillermo Patzán Top
- Concejal Décimo Abraham Sequen Chaicoj
- Primer Concejal Suplente Jeremías Siquiej Chajon

Un Consejo Comunitario de Desarrollo también llamado COCODE es el nivel comunitario del Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, de acuerdo al Artículo 4 de la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural tiene por objeto que los miembros de la comunidad interesados en promover y llevar a cabo políticas participativas se reúnan para identificar y priorizar proyectos, planes y programas que beneficien a la misma. (Diccionario Municipal de Guatemala 2009).

Los COCODE se integran por la Asamblea Comunitaria, integrada por los residentes de una misma comunidad, y el Órgano de Coordinación, integrada de acuerdo a sus principios, valores, normas y procedimientos, o en forma supletoria de acuerdo a la reglamentación municipal existente.

Un Consejo Comunitario de Desarrollo forma parte del Sistema de Consejos de Desarrollo que funciona a nivel regional. Es decir, un COCODE no existe ni funciona solo, sino que forma parte de una red que funciona a distintos niveles. Según la ley, los Consejos de Desarrollo deben funcionar a nivel comunitario, municipal, departamental, regional y nacional, aunque aún no están funcionando los Consejos a nivel regional.

Un COCODE se constituyen a dos niveles: un primer nivel es el Consejo que se forma en cada comunidad y en segundo nivel es el COCODE integrado por los

representantes de 20 Consejos Comunitarios, o en otras palabras, de 20 comunidades de un mismo municipio.

El Sistema de Consejos de Desarrollo fue establecido legalmente en abril del 2002 a través de la Ley de Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto 11-2002. Es fruto de los Acuerdos de Paz y cumple con uno de los compromisos establecidos en el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria<sup>1</sup>.

El Órgano de Coordinación de los COCODE se integra por el Alcalde comunitario, quien lo preside, y hasta un máximo de 12 representantes electos por la Asamblea General. Tiene entre sus funciones la de administrar y velar por el buen uso de los recursos técnicos, financieros y de otra índole que obtenga el COCODE, para la ejecución de programas y proyectos de desarrollo de la comunidad.

A través de los Consejos de Desarrollo, comunitarios, municipales y departamentales, la población puede participar en la planificación, en la toma de decisiones y en la ejecución y supervisión de las obras públicas y los proyectos que el Estado realiza en cumplimiento de su mandato y con los recursos que todos los ciudadanos han reportado a través de los impuestos. Por lo tanto, es una participación a la que la población tiene derecho.

Por otra parte, el sistema de Consejos de Desarrollo busca contribuir a la descentralización del Estado tanto administrativa como financiera. Pudiendo así hacer que las decisiones se tomen cada vez más a nivel local y municipal, pues en el municipio se conocen mejor los problemas y las necesidades de las comunidades.

---

<sup>1</sup> Fundación Guillermo Torriello, 2005.

Pero, además busca que los recursos lleguen también hasta esos niveles y no se queden centrados en la capital o en las cabeceras departamentales o municipales.

La descentralización también a las personas que viven en las comunidades, para que no tengan que ir a la capital para resolver cualquier trámite o cualquier necesidad.

## **1.5 Descripción de la Institución**

Mediante el artículo 170 de la Constitución de la República, sustituye el nombre por Dirección General de Servicios de Salud, se crea el Consejo Nacional de Salud, el cual estuvo presidido por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ministerio de Defensa Nacional representado por el Negociado de Sanidad Militar, Consejo de Bienestar Social y otras.

A través del Acuerdo Gubernativo 71-75 del 3 de febrero de 1976, se emite el reglamento reestructurado con las divisiones técnico normativas, administrativas creando en definitiva 22 Áreas de Salud y la Región Metropolitana que comprendía Área Guatemala Norte, Área Guatemala Sur y Área de Amatitlán.

A través del Acuerdo Gubernativo SP-G-43-80 del 16 de junio de 1980, se establece una organización en la atención de salud para puestos, centros tipo A y B, hospitales de distrito, hospitales de base de área y hospitales regionales.

Mediante el Acuerdo Gubernativo número 741-84 se estructuran nuevamente las dependencias del Ministerio, enfocando sus acciones de carácter preventivo en la Dirección General de Servicios de Salud a través de 8 divisiones, las áreas de salud, hospitales, centros y puestos de salud, así como servicios de educación y recuperación nutricional.

La institución donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado es un Centro de Salud ubicado en Ciudad Quetzal, San Juan Sacatepéquez, siendo

213,935 personas de 80 colonias son las que utilizan los servicios médicos de este lugar.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Segundo Nivel de Atención se desarrolla un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas a los establecimientos del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos del primer nivel.

Un centro de salud tipo A cuenta con servicios de internamiento de 30 a 50 camas, están situados en áreas de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia en 10,000 y 20,000 habitantes. Brindan atención de urgencias médicas y pediátricas.

El Centro de Salud en Ciudad Quetzal es tipo B, está ubicado en manzana J lote 5, Jardines de Ciudad Quetzal, a costados del mercado de Ciudad Quetzal, su organización está constituida por:

- Director
- Enfermera Profesional
- 2 médicos para consultas
- Médico de 24 horas para emergencias
- 2 enfermeros auxiliares de turno en emergencias
- Enfermera auxiliar en pre-consulta
- 2 enfermeras auxiliares en niño sano
- 2 enfermeras auxiliares en vacunas



- Enfermera auxiliar para salud reproductiva
- Enfermera auxiliar en programa de tuberculosis
- 2 enfermeras auxiliar en farmacia
- Persona encargada del laboratorio
- Recepcionista
- Trabajadora social
- Psicóloga
- 3 digitadores de datos
- Saneador ambiental
- Conserje
- Guardián
- Piloto de ambulancia

Los programas que ofrece el Centro de Salud a la comunidad son:

- ✓ Consulta médica
- ✓ Consulta psicológica
- ✓ Vacunación a niños de 0 a 5 años de edad
- ✓ Inyección de prevención de la rabia y el tétanos
- ✓ Nebulizaciones
- ✓ Prevención de enfermedades como dengue y malaria
- ✓ Salud reproductiva
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Saneamiento ambiental

Además, cuenta con 8 promotores voluntarios en el área de salud rural y varias comadronas las cuales laboran en salud materna.

Su visión es: En Guatemala las y los niños, jóvenes y ancianos disfrutarán de vidas más prolongadas y saludables lo cual les permitirá desarrollar un potencial y aprovechar las oportunidades de una formación educativa y participar de la construcción cívica de sus comunidades y en el desarrollo económico del país. Todas y todos los guatemaltecos estarán mejor preparados para proteger la salud y evitar enfermedades y lesiones en todos los ámbitos familiar, laboral, comunitario, así como, para preservar y mejorar el ambiente.

Su misión es: El Ministerio de salud es quien conduce, regula, garantiza la salud de la población por medio de este Centro de Salud Público.

Los objetivos de la Institución son:

1. Custodiar los factores que inciden en la salud ambiental a través de registro, control y. vigilancia para mantener y mejorar la salud del individuo, la familia y la comunidad.
2. Garantizar el acceso a los servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención.
3. Ampliar la cobertura de vacunación en niños menores de un año con esquema completo de vacunación.

4. Garantizar la calidad en la formación de personal técnico y profesional especializado del sector salud.

El Centro de Salud está a la espera de ser trasladado a nuevas instalaciones, debido que las condiciones en las que se encuentra actualmente no son las mejores, las instalaciones son pequeñas y se siente mal olor debido a su cercanía a aguas negras.

Las nuevas instalaciones que abarcan un área de 1,272 metros cuadrados están ubicadas dentro del parque de Ciudad Quetzal, la construcción del edificio inició en 2012 y terminó en 2013 sin embargo, no se ha trasladado el Centro de Salud no se conoce con certeza el motivo, lo que se conoce es que el terreno donde se construyeron las instalaciones no está a nombre del estado, otras personas afirman que lo construyeron con deficiencias como falta de drenajes.

## 1.6 Descripción de la población

La población con la que se trabajó el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) fueron niños, jóvenes y adultos que sean referidos o de manera voluntaria buscan atención psicológica. Los lugares a los que pertenecen estas familias son las colonias: Ciudad Quetzal, La Trinidad, El Edén, San Juaneros, Monte Carmelo I, II, III, Ciudad Gótica, Villa Verde I, II, El Roble, Linda Vista I, II, Las Vistas I, II, Colinas I, II, Margaritas I, II, III, IV, V, VI, VII, Villas del Quetzal, Chillaní, Aldea Lo de Mejía, Carranza entre otras.

Sus aldeas son: Comunidad Zet, Camino de San Pedro, Montufar, Cruz Blanca, Sajcavilla, Cerro Alto, Sacsuy, Lo de Ramos, Comunidad de Ruiz, Estancia Grande, Loma Alta, Suciate.

Los caseríos del municipio son: Cruz Verde, Chitol, Candelaria, Estancia del Rosario, Los Pirires, Los Chajones, San Jerónimo Chuaxan, Pachun, Los Tubac - Santa Teresita-, Chitun, Joya de las Flores, Pacajay, Lo de Gómez, Concepción Sajcavilla, Los Encuentros, San José Buena Vista, Los Patzanes, Los Curup, Pasajoc, Realhuit, Los Ajvix, Los Canales, Pachalí, Concepción El Pilar I, El Pilar II, Finca el Pilar, San José Lo de Ortega, Lo de Carranza, Colonia La Económica, Colonia las Margaritas, Finca Lo de Castillo, Colonia Los Robles, Colonia Ciudad

Quetzal, Asunción Chivoc, San Francisco las Lomas, Santa Rosa, Patanil, La Soledad, Los Pajoc, Los Guates, San Matías, Las Palmas.<sup>2</sup>

El municipio de San Juan Sacatepéquez, con la categoría de villa, se encuentra a 32km. De la ciudad capital y cuenta con una población de 200,000 habitantes aproximadamente.

Generalmente se conoce como Ciudad Quetzal al conjunto de colonias, aldeas y caseríos ubicados en la parte sur del municipio de San Juan Sacatepéquez, entre los kilómetros 20 y 26 de la ruta que comunica con San Raymundo. Este sector se caracteriza por el crecimiento desordenado y sin control de múltiples proyectos habitacionales y ventas de terrenos a costo relativamente bajo. La población en 2004 se estima superior a los 90,000 habitantes, constituida mayoritariamente por familias de trabajadores pobres que subsisten empleándose en la industria y el comercio en la capital.

Según la distribución poblacional del municipio, la mayor parte de la población del municipio es joven, con un porcentaje 61.25% de 0 a 30 años de edad, de los 35 a 60 años son adultos con un porcentaje del 31.38% y un 7.37% mayores de 65 años o de la tercera edad. Esta característica demográfica, es una oportunidad para el desarrollo municipal, pero a la vez requerirá una ampliación en la cobertura educativa, la salud, así como, de los servicios básicos.

---

<sup>2</sup> Descripción Geográfica de San Juan Sacatepéquez, 2013.

En el municipio de San Juan Sacatepéquez presenta una densidad de población muy media, ubicándolo en el noveno lugar a nivel departamental; teniendo 725 habitantes por kilómetro cuadrado; concentrándose su población en el casco urbano.

La población por grupos étnicos está concentrada únicamente en el grupo Kaqchiquel el siendo uno de los cuatro municipios del departamento de Guatemala que cuentan con la mayor población indígena.

En lo referente al Índice de Desarrollo Humano IDH (salud, educación e ingresos), el municipio de San Juan Sacatepéquez cuenta con un IDH de 0.176 para el año 2018, lo que equivale que se encuentra en un nivel alto con relación al promedio nacional que se estimó para el mismo año 0.64. Aunque el resultado de ambos análisis se considera aceptable, no significa que el Estado deba paralizar los esfuerzos para alcanzar el nivel óptimo de vida y de desarrollo humano en este municipio y así contribuir a que el país se posiciones mejor, a nivel mundial. La pobreza en general es del 40.87% lo que parece contrastante con lo referido anteriormente sobre el IDH, pues el municipio se ubica en el 3er. lugar a nivel departamental, siendo superado por los municipios de San Raymundo y Chuarrancho; así mismo la pobreza extrema es del 9.48%, este indicador a pesar de no ser considerado crítico a nivel nacional, por encontrarse debajo de la línea de la pobreza extrema reflejando que la atención de las necesidades de la población es baja, especialmente en el área rural del municipio ocupa un 46.5% del territorio.

Con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), San Juan Sacatepéquez, debe contribuir con el Objetivo No. 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre 12, cabe indicar que, según datos censales, en el año 1994 la proporción de la población que vivía en pobreza extrema en el municipio era de 6 por cada 100 habitantes y para el año 2010 se incrementó en 10 por cada 100. Para el 2015 que es la ventana temporal fijada para el cumplimiento de los ODM, se deben hacer esfuerzos para cumplir con la meta municipal que es reducir la pobreza extrema de 3 por cada 100 pobladores.

Así mismo, es necesario crear estrategias como la generación de empleo pleno y productivo, así como el impulso de actividades económicas para mejorar los ingresos de la población, y así contribuir a reducir a la mitad la pobreza general en el municipio.

Su producción agropecuaria incluye maíz, frijol, arroz, caña de azúcar, café y árboles frutales. Este municipio es famoso por su producción de flores de diferentes clases, las cuales los agricultores las llevan a vender a la capital en fiestas especiales como el Día de la Madre, el día de Los Santos, aunque regularmente hacen entregas a floristerías. También hay crianza de ganado vacuno, caballar y lanar.

Su producción artesanal incluye tejidos típicos de algodón, jarcia, cerámica, ladrillo y teja de barro, cestería, instrumentos musicales y muebles de madera,

cohetería, cuero, joyería, candelas. También hay 2 minas de cuarzo, Mina de Cuarzo Buena Vista y Mina de cuarzo Los Yupos.<sup>3</sup>

El clima de San Juan Sacatepéquez es variado, siendo sus condiciones templadas, frías y cálidas. Su población es en su mayoría indígena y en menor escala ladinos. La religión la mayoría de habitantes son católicos y en menor escala evangélicos.

Entre las danzas folklóricas que se presentan se encuentran: El Torito y el Baile de las Flores. Entre otras costumbres se encuentran las cofradías una costumbre de origen colonial en la cual se veneran imágenes de la Virgen María, Jesús, San Juan Bautista, la Cruz y el Rosario.

En el día de los muertos el 1 de noviembre de cada año se come fiambre y se adornan las tumbas de los muertos. El día de los santos, es una época propicia para establecer contacto con los seres en el más allá.

Los servicios de salud del municipio son prestados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de los Centros y Puestos de Salud.

Entre los tipos de servicio en el municipio cuentan con 2 Centros de Salud tipo B y 13 puestos, en el siguiente cuadro se muestra el área de cobertura y su ubicación.

---

<sup>3</sup> Diccionario Municipal de Guatemala, 2001.



<b>Servicio de Salud</b>	<b>Localidad</b>	<b>No. de Habitantes</b>	<b>No. de viviendas</b>	<b>Distancia al S/S En km.</b>
Centro de Salud Tipo B San Juan Sacatepéquez	Cabecera Municipal	13,910	2,782	0
Centro de Salud Tipo B San Juan Sacatepéquez	Ciudad Quetzal	6,000	12,000	41
Puesto de Salud Suacit�	Suacit�	4,113	823	33
Puesto de Salud Montufar	Montufar	5,368	1,074	20
Puesto de Salud Cerro Alto	Cerro Alto	9,860	1,972	15
Puesto de Salud Loma Alta	Loma Alta	6,497	1,299	8
Puesto de Salud Comunidad de Ruiz	Comunidad de Ruiz	3,564	713	6
Puesto de Salud Sacsuy	Sacsuy	5,343	1,069	12
Puesto de Salud Los Pirires	Los Pirires	4,656	931	25
Puesto de Salud Los Guates	Los Guates	2,699	540	39
Puesto de Salud Sacajvill�	Sacajvill�	9,981	1,996	12
Puesto de Salud Cruz Blanca	Cruz Blanca	13,598	2,720	5
Puesto de Salud Estancia Grande	Estancia Grande	2,803	561	45
Puesto de Salud Los Trojes	San Antonio Los Trojes	2,939	588	15
Puesto de Salud Pachal�	Pachal�	3,243	649	12

Partos por tipo de Atención  
San Juan Sacatepéquez, Guatemala

<b>Tipo de Atención</b>	<b>Porcentaje en el año 2010</b>
Médica	46.4%
Comadrona	53.6%

Es importante indicar que este tipo de atención hacia la madre en gestación ha contribuido a que se alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5, mejorar la salud materna, en la meta 6 para el país. Las mujeres que laboran como comadronas han recibido capacitaciones por parte de los programas de la Secretaria de las Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOCEP- y otros programas de Organizaciones no Gubernamentales –ONG´s-. También cuenta con el Hospital “Colonia Infantil”, y un centro de salud que sirve para combatir la desnutrición, quienes son financiados con fondos privados. Existe presencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- para sus afiliados.

Otro aspecto importante es la movilidad en salud ya que ésta se realiza hacia las afueras del municipio, especialmente hacia la ciudad capital, indicando su población que es necesario fortalecer las infraestructuras en salud, así como su equipamiento. También se cuenta con el apoyo de la asistencia no gubernamental

que apoyan al área de salud, en programas de salud reproductiva, atención infantil y programas de alimentación.

Es importante a nivel nacional la cobertura de atención prenatal es del 84.5% por una consulta<sup>4</sup>, tomando en cuenta que es necesario fomentar, publicar y difundir la buena salud reproductiva, para toda la población. Ahora es más frecuente observar un aumento en las madres jóvenes entre las edades de 10 a 15 años, siendo necesario dar más educación en el tema de la reproducción para disminuir la maternidad temprana.

La morbilidad entre las casas más comunes en San Juan Sacatepéquez están las enfermedades del sistema respiratorio seguidas de las infecciosas y parasitarias, se ha ido disminuyendo paulatinamente este tipo de enfermedad, pero a la vez las autoridades encargadas deben mantener campaña permanente dirigida a toda la población de cómo prevenir este tipo de enfermedades.

Los problemas respiratorios son causados por problemas virales y que las personas están propensas a contagiarse por bajas defensas, en las enfermedades infecciosas y parasitarias se puede deber a que el agua no es potable en su totalidad y tiende a causar signos anormales que posteriormente puede llegar a la muerte. Las autoridades responsables del tema de salud, han dado más atención a la prevención y atención oportuna de las enfermedades, en consecuencia, el número de muertes se ha minimizado de un año para otro.

---

<sup>4</sup> Análisis de Atención Prenatal, UNICEF, 2010

Mortalidad infantil y materna, en los niños menores de 1 año para el año 2010 se reportaron 12 casos por cada 1,00 niños nacidos vivos y para los niños mayores de 5 años es decir la mortalidad en la niñez es de 16 casos por cada 1,000 niños nacidos vivos; de igual manera, la tasa de mortalidad materna indica que por cada 100,000 nacimientos mueren 53 mujeres.

Las estrategias que se utilizan deben ser más preventivas en torno a la salud en infantes y de mujeres en edad fértil ya que si no se toman medidas esto provocará que el futuro aumente los indicadores y que el municipio no logre cumplir la meta municipal y nacional con el Objetivo del Milenio donde habla que es necesario erradicar enfermedades que provoquen la muerte materno infantil para el año 2015 dando énfasis en erradicarlo primero a nivel municipal para posteriormente sea a nivel departamental y nivel nacional.

Según datos obtenidos del Tercer Censo Nacional de Talla y Desarrollo, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Secretaría de Seguridad Alimentaria –SESAN-, en el año 2008, se puede indicar que de 6,565 niños evaluados, 51.5% resultaron normales, el resto que corresponde al 36%, presenta una prevalencia de retardo en talla, mientras que el 12.5% tiene una prevalencia severa; lo anterior coloca al municipio en una categoría de vulnerabilidad Alta siendo una de las causas, la falta de seguridad alimentaria que se tiene principalmente en el área rural del municipio, que desencadena en problemas de desnutrición, por tal razón, es importante que las autoridades tomen acciones para evitar que se de hambruna en el municipio.

Cobertura y niveles de educación: Según datos obtenidos de la tasa neta de matriculación del MINEDUC, en el año 2009 se inscribieron en el municipio de San Juan Sacatepéquez, un total de 45,511 alumnos en todos los niveles, siendo: 12.06% de primaria; 2.45% para el ciclo básico; 1.88% de párvulos y 6.88% para diversificado.

El idioma predominante es el Kaqchiquel, en la mayoría de establecimientos la educación es bilingüe. A su vez, con el propósito de incrementar el nivel de alfabetismo, se cuenta con el apoyo de fundaciones y del Instituto Técnico de Capacitación –INTECAP-, quienes apoyan al municipio, colaborando con la construcción de escuelas y programas como:

- Primaria acelerada
- Técnicos en carpintería
- Técnicos en albañilería
- Técnicos en Computación y otros

Del 2002 al 2006 la tasa neta de cobertura en el nivel preprimario aumentó un 16% y en la primaria se dio un incremento del 14%, no superando la expectativa de cobertura pues que es del 100%. También se puede observar que en el nivel primario los alumnos que logran terminar el 6o. grado, en el 2006 equivalen a 7 estudiantes por cada 10 y en el ciclo básico todavía se mantiene bajo con 2 alumnos

por cada 10; sin embargo, la tendencia es a aumentar en ambos casos. La debilidad se refleja más en el ciclo diversificado ya que presenta poca cobertura en el sector oficial, siendo remplazado por el sector privado. En tal sentido, es necesario implementar estrategias para ampliar la cobertura en el ciclo básico y diversificado, para tener más profesionales y disminuir la migración con fines educativos.

El municipio cuenta con 346 establecimientos abiertos y 207 establecimientos oficiales en todos los niveles, esto indica que la mayor parte de la educación diversificada la tiene la iniciativa privada teniendo 139 establecimientos en el municipio.<sup>5</sup> Analfabetismo, San Juan Sacatepéquez, cuenta con un índice de analfabetismo del 27.84%, siendo necesario que este índice disminuya en el horizonte del Plan de Desarrollo Municipal.

El desafío más grande San Juan Sacatepéquez es aumentar la tasa de cobertura en el nivel primario indicando que la cobertura para la terminación de los básicos y diversificado es baja, siendo necesario cubrir la docencia, la infraestructura y equipamiento; lograr reducir la inasistencia y deserción escolar, debido a factores como: la falta de recursos económicos, distancias de los establecimientos educativos y falta de transporte, entre otros. El municipio cuenta actualmente con la presencia del programa de Escuelas Abiertas, ubicadas en el casco urbano; y de igual forma están ubicadas las instalaciones de la Escuela Politécnica, dependencia del Ministerio de Defensa.

---

<sup>5</sup> Censo rápido Ministerio de Educación, 2008

## 1.7 Planteamiento del problema

El proyecto de campo se llevó a cabo durante el año 2015 y parte del año 2016 en el Centro de Salud Ciudad Quetzal, en el departamento de San Juan Sacatepéquez, con los niños, adolescentes y adultos que asistan de manera voluntaria o a través de referencias de diversas instituciones (Procuraduría General de la Nación, Juzgado de la Niñez, Juzgado de la Familia, Juzgado Penal) en busca de apoyo psicológico.

Guatemala es un país que se ha sumergido en distintas problemáticas una de las más comunes que se presentan en este Centro de Salud es la pobreza, que se origina por diversas causas como trabajos informales, poca preparación académica, salarios bajos, mujeres con la responsabilidad económica completa de sus hijos e ideas machistas que obligan a sus parejas a cumplir del papel ser amas de casa en lugar de trabajar.

La pobreza ha sido un factor para el desarrollo de la depresión las cuales manifiestan distintos síntomas: estado de ánimo deprimido, tristeza la mayor parte del tiempo, falta de energía, sensación de cansancio permanente, incapacidad para disfrutar cosas que antes provocaban placer, irritabilidad, enojo, ansiedad, pérdida o aumento del apetito, cambios considerables en los patrones de sueño (insomnio o dormir por largos períodos durante el día), sentimientos de culpa o inutilidad, pesimismo e indiferencia, pensamientos de muerte o suicidio, etc.

La depresión no tiene una única causa. Son muchos factores que desempeñan un papel, incluidos la genética, el entorno, el estado de salud, los sucesos de la vida y determinados patrones de pensamiento que afectan las reacciones de las personas frente a los acontecimientos.

Las investigaciones han revelado que la depresión es hereditaria y sugieren que algunas personas heredan genes que los hacen más propensos a la depresión. Pero no toda persona que tiene propensión genética se deprime. Y muchas otras que no tienen una historia familiar ligada a la depresión sí la sufren. Por lo tanto, si bien los genes son un factor, no constituyen la única causa de la depresión.

La familia y el entorno social también desempeñan un papel. En algunas personas, una atmósfera familiar negativa, estresante, con deficientes relaciones interpersonales puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión. Las deficientes relaciones interpersonales originan poca o mala comunicación entre los miembros de la familia, no pudiendo así vivir en armonía, causando malestar entre los miembros y una posible separación familiar. En ocasiones las familias se desintegran quedando los niños un padre o madre y en casos particulares sin ambos padres por lo que los niños quedan a cargo de los abuelos o tíos.

Otro problema importante dentro de la población es la falta de preparación académica que impide obtener trabajos estables y los recursos necesarios para el desarrollo de las familias, en algunas de ellas no existe la posibilidad que todos sus hijos asistan a un centro educativo, asimismo algunos niños y adolescentes presentan bajo rendimiento escolar por diversas razones como: la falta de



motivación, falta de hábitos de estudio, poco apoyo familiar en las tareas escolares y falta de recursos económicos para comprar material educativo.

También pueden presentarse problemas conductuales en niños y adolescentes como la timidez que impide el desarrollo social en el centro educativo y en el hogar. La hiperactividad de los niños que dificulta el aprendizaje y la rebeldía que se manifiesta en la falta de seguimiento en las reglas y normas establecidas.

Otro problema es el consumo de bebidas alcohólicas, a menudo los niños aprenden a consumir alcohol por el ejemplo de sus padres o familiares, también la sociedad lo acepta y promueve por lo que frecuentemente los jóvenes o niños terminan por adoptar ese mismo comportamiento. Algunos son influenciados por amigos que inducen a probar e iniciar el consumo de alcohol y el consumo de sustancias adictivas.

Las familias se preocupan que sus hijos sean adictos a otras sustancias como la marihuana, la cocaína, la heroína, entre otros. En Guatemala estadísticamente los niños de 12 años inician el consumo de sustancias. El abuso de sustancias adictivas puede provocar cambios químicos en el cerebro que quizás afecten el ánimo (se sabe que el alcohol y algunas drogas tienen efectos depresivos). Las consecuencias negativas, tanto sociales como personales, del abuso de sustancias adictivas también pueden derivar en depresión.

El consumo de sustancias conlleva a las adicciones, y por lo mismo deben enfrentarse a otros problemas que se desarrollan por su adicción. También es importante recordar que una persona adicta a drogas va aumentando paulatinamente

el consumo de su dosis. Los afectados suelen mostrar determinadas características del comportamiento en las cuales se disimula, oculta o niega la situación.

La dependencia suele tener además efectos sociales graves como dar paso a actos delictivos, problemas laborales, familiares y económicos. En estos casos suelen presentarse síntomas como: pérdida de interés, cambios anímicos, indiferencia, ansiedad unida a miedos y tensiones.

Existen casos de violencia intrafamiliar en la que uno de los padres agrede física y psicológicamente a su conyugue e hijos. Esto trae severas consecuencias para los agredidos causando baja autoestima, inhibición, problemas para relacionar con otras personas, especialmente con los que representan alguna autoridad.

Uno de los problemas más lamentables es abuso sexual a menores de edad, muchos pequeños son violados por personas que inclusive, pertenecen al mismo grupo familiar. Estos niños también son agredidos física y psicológicamente provocando consecuencias graves que quedan marcadas para toda la vida. En algunos casos es ciclo se repite con los hijos de las personas violadas.

Al iniciar el Ejercicio Profesional Supervisado la epesista inició hablando con Esperanza González psicóloga del Centro Salud, se mencionaron los problemas psicológicos que se ven con más frecuencia, entre ellos estaban: niños con problemas de aprendizaje, niños víctimas de abuso sexual, mujeres con depresión y niños y adolescentes con trastorno del comportamiento social.

Seguidamente la epesista tuvo la oportunidad de estar en una reunión con COCODES al solicitar los principales problemas que enfrenta la comunidad se mencionaron: hombres y mujeres con baja autoestima, personas con problemas de abuso de alcohol y sustancias, violencia e inseguridad, los propietarios de negocios y pilotos de buses son víctimas de extorsión, hay sectores donde se comercia drogas, los buses no se dan abasto con la creciente demanda de la población, las calles no están asfaltadas en la mayoría de colonias, escasez de agua, construcción de casas en lugares inhabitables, no hay plantas de tratamiento para aguas residuales y basura en las calles.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO**

#### **2.1 Abordamiento teórico de los problemas/ necesidades psicosociales**

Los diversos problemas psicosociales estudian las necesidades y formas de comportamiento que presenta determinado grupo de personas debido a las condiciones culturales y sociales que se han formado a lo largo de la historia en una determinada región, comunidad o institución, que afecta a los estilos de vida, formas de actuar, pensar y sentir de un grupo de personas. Psicológicamente una persona se ve influenciada por su entorno y personas con quien convive.

Habiendo aclarado esto uno de los problemas psicosociales que enfrenta la población guatemalteca es la pobreza en la que viven sus habitantes, no permitiéndoles a algunos estudiar o finalizar sus estudios, tener una casa propia, o un empleo fijo.

Pobreza es la privación del mínimo de bienes que debe tener una persona o grupo de personas para encontrarse en una situación digna de vida (Banco Mundial, s.f.). Según registros oficiales, alrededor del 50% de los 15 millones de personas que habitan en Guatemala son pobres. (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011, 2011).

En nuestro país de acuerdo con la medición del Instituto Nacional de Estadística realizada en el año 2006, Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006, se categorizaba dentro del umbral de pobreza a toda persona que alcanza a cubrir el costo mínimo de alimentos en un año pero no el costo adicional calculado para otros bienes y servicios básicos. Esta cifra aumentada cada año de acuerdo a diversos factores.

Dentro del concepto de pobreza también está incluido pobreza extrema diferenciando en que esta última se categoriza a todos los individuos que no alcanzan a cubrir el costo mínimo de alimentos en año, 3026 en un año.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 especifica que, según datos de ese año, dentro del umbral de pobreza extrema se incluye a todas las personas que durante 12 meses viven con menos 4380 quetzales -esta cifra era en 2006 de Q.3206 y en 2000 de Q.1911-. Todas aquellas personas que viven con más de esta cantidad anualmente -Q.4380- pero menos 9030.93 quetzales anuales están en la categoría de pobreza. (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011, 2011).

A continuación, se presentan algunos de los resultados principales de dicha encuesta (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011, 2011):

- Un 13 por ciento de la población vive en pobreza extrema, un 41 por ciento lo hace en pobreza y un 46 por ciento de los guatemaltecos no vive en la pobreza.

- El nivel de pobreza total dentro de la población guatemalteca pasó de un 51 por ciento en 2006 a un 53.71 por ciento en 2011. Sin embargo, la pobreza extrema pasó de un 15.20 en 2006 a un 13.33 en 2011.

El resultado de diversos hechos históricos que ha atravesado nuestro país es la pobreza, se evidencia en la ciudad y sus departamentos. Alta Verapaz es el departamento con más pobreza dentro del país, con una tasa de 37.72 por ciento. Lo sigue Chiquimula con un 28.28 por ciento y Zacapa con un 24.96 por ciento.

Guatemala es el departamento con menos pobreza en general, con una cifra de 81.36 por ciento de personas no pobres. La pobreza ha sumido nuestro país en la violencia. Una tasa de homicidios de 47.26 por cada 100 mil habitantes (datos 2013) es una muestra de esa violencia. Demográficamente crecimos, y eso derivó en un desarrollo urbanístico desorganizado, algunos sectores en las que prevalecen necesidades básicas como falta de energía eléctrica, escasez de agua potable, calles sin pavimento, sin servicios de drenaje, aglomeración de personas en sus casas, entre otros.

La educación, que es la pieza inicial del desarrollo, todavía es de acceso vedado para muchos, quienes deben afrontar la fase de subsistencia primero. Sin educación, las posibilidades de realizar actividades productivas se reducen a ser recursos humanos en plantaciones, centros industriales que hacen uso de mano de obra intensiva y donde los aportes creativos pasan a segundo plano.

El rendimiento académico<sup>6</sup> hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, terciario o universitario. Un estudiante con buen rendimiento académico es aquel que obtiene calificaciones positivas en los exámenes que debe rendir a lo largo de una cursada.

Existen distintos factores que inciden en el rendimiento académico. Desde la dificultad propia de algunas asignaturas, hasta la gran cantidad de exámenes que pueden coincidir en una fecha, pasando por la amplia extensión de ciertos programas educativos, son muchos los motivos que pueden llevar a un alumno a mostrar un pobre rendimiento académico.

El bajo rendimiento escolar se ve más reflejado en lugares donde hay condiciones de pobreza debido a que las personas o padres se enfocan en necesidades más fundamentales como alimentar a sus hijos, brindarles vestido y una vivienda, desviando la atención y mostrando desinterés por el aprendizaje y sus estudios de sus hijos. De acuerdo con Jhon W. Santrock en su libro Psicología de la Educación, “Los niños pobres a menudo enfrentan problemas en casa y en la escuela que ponen en riesgo su aprendizaje. Una revisión resistente del ambiente de la pobreza infantil, concluyó que, en comparación con sus contrapartes aventajadas económicamente, los niños pobres experimentan mayor agitación familiar, inestabilidad y hogares caóticos”.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup>El niño que no aprende, Emilio Mira y López pág. 24

<sup>7</sup> Psicología de la Educación pág. 136 y 137

Los niños se ven afectados en sus estudios por el poco apoyo que reciben, los padres que suelen ser poco sensibles y en algunos casos, padres autoritarios. Estos niños tienen actividades que realizar aparte de sus actividades escolares, perjudicando el tiempo dedicado al desarrollo de sus tareas. Algunos estudiantes deben trabajar en los horarios contrarios a su jornada estudiantil para poder colaborar con sus familias.

Algo que desfavorece a la población que estudia en instituciones públicas es que éstas no llenan las condiciones adecuadas para la formación y educación de los niños, pues tienen poco acceso a recursos educativos, mayores cantidades de estudiantes y en algunas instituciones se carece del personal adecuado.

Otras cuestiones están directamente relacionadas al factor psicológico, como la poca motivación, el desinterés o las distracciones en clase, que dificultan la comprensión de los conocimientos impartidos por el docente y termina afectando al rendimiento académico a la hora de las evaluaciones.

Por otra parte, el rendimiento académico puede estar asociado a la subjetividad del docente cuando corrige. Ciertas materias, en especial aquellas que pertenecen a las ciencias sociales, pueden generar distintas interpretaciones o explicaciones, que el profesor debe saber analizar en la corrección para determinar si el estudiante ha comprendido o no los conceptos.

En todos los casos, los especialistas recomiendan la adopción de hábitos de estudio saludables para mejorar el rendimiento escolar; por ejemplo, no estudiar



muchas horas seguidas la noche previa al examen, sino repartir el tiempo dedicado al estudio.

Bajo rendimiento académico no es sinónimo de poca capacidad. Se ha comprobado muchas veces que la mente humana es muy compleja y que nuestras reacciones y conductas no deben ser analizadas superficialmente. Es de público conocimiento que Albert Einstein tenía un pobre desempeño escolar y que se llegó a dudar de su capacidad intelectual. Pero en casos como el suyo se dan constantemente en todas las partes del mundo, al menos en cuanto a la incomprensión por parte de los docentes de una conducta académica reprobable.

En el ámbito escolar también se ve como un problema psicosocial los niños o jóvenes tímidos debido a que su comportamiento es diferente a los demás, no participan, no se relacionan con los compañeros, los maestros y familiares observarlos les preocupa y quieren ayudarlos por lo que son referidos al área de psicología.

Utilizando la definición de la Real Academia Española el tímido se define como “Temeroso, medroso, encogido y corto de ánimo”. Esta definición parece acortar el significado de la palabra, no obstante, el problema reside en que hay otros términos que a menudo se mezclan y pueden crear cierta confusión terminológica (retraimiento social; dificultad en la interacción social; introversión; falta de asertividad; etc.) Todo ello apunta a diversas expresiones de la timidez.

En su acepción psicológica más clásica, la timidez se utiliza para referirnos a “aquellos niños con un patrón de conducta caracterizado por un déficit acusado en las relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada de escape o evitación del contacto social con otras personas”.

Estos son las principales manifestaciones de la conducta tímida:

- Déficit o carencia de conductas interactivas: el niño tiene problemas para relacionarse con sus iguales o los adultos: no participa ni pregunta en clase, le cuesta iniciar conversaciones con otros niños o tomar la iniciativa en cualquier actividad. Se muestra reservado y distante. Pueden también estar presentes una pasividad excesiva, aislamiento, baja asertividad, escasa capacidad de expresión emocional, inseguridad, lentitud y sumisión al grupo. En definitiva presentan un escaso repertorio en habilidades sociales.
- Conductas de temor, miedo o ansiedad: suelen estar presentes las conductas de ansiedad (anticipatorias de la situación o en la propia situación), temores y miedos irracionales en el sentido de tener que expresar una opinión o efectuar algún acto en presencia de sus iguales o adultos. Acompañando a los temores se produce la activación psicofisiológica (ansiedad) que se manifiesta con temblores, rubor, tartamudeo, dolores estomacales, etc.
- Problemas relativos a su auto-estima: el niño tímido es un niño que sufre y eso lo puede llevar a problemas afectivos de baja auto-estima y una tendencia a subestimarse e incluso desarrollar ciertos sentimientos de inferioridad acompañados de indefensión, ocasionalmente depresión, hipersensibilidad,

culpabilidad, atribuciones inexactas e ideas irracionales. Es probable que haya episodios de “rompimiento emocional” que se manifiesten en forma de llantos en momentos puntuales o también (según el niño) de conductas disruptivas en su entorno más próximo. Finalmente pueden darse quejas psicósomáticas (dolores de estómago, mareos, dolor de cabeza, en ocasiones para evitar las situaciones temidas: como ejemplo el colegio).

La timidez no debe entenderse como un rasgo de la personalidad que está o no presente, sino que se sitúa a lo largo de un continuo en el que un extremo está el sujeto con timidez leve, incluso adecuada socialmente, a otro extremo en el que se situarían los que presentan síntomas más severos y que pueden desembocar en una fobia social.

El punto de corte entre la normalidad y la patología nos la debe dar el grado de incapacitación que ocasiona. Cuando la timidez interfiere negativamente con el funcionamiento cotidiano, produciendo incapacitación para desenvolverse con éxito en el terreno académico o social y esta situación se mantiene con el tiempo, es cuando se cruza al terreno de lo clínico.

Existen diversos modelos teóricos para explicar la timidez:

- a. La genética: hace énfasis en la predisposición hereditaria. El temperamento del niño tímido estaría condicionado por factores tanto genéticos como biológicos. Estudios efectuados en recién nacidos describen un 10 por ciento de los niños estudiados con el factor denominado: “inhibición ante lo

desconocido” que asocian con el constructo “timidez”. Se trata de niños que reaccionarían con un umbral excesivamente bajo de activación psicofisiológica, manifestando rubor, taquicardias y otros síntomas ante estimulación sensorial nueva.

Hay también estudios que demuestran que el grado de timidez está inversamente relacionado con el grado de sociabilidad de las madres. Si bien parece establecerse un cierto apoyo a las teorías de transmisión hereditaria, hay que apuntar que a medida que pasa el tiempo los resultados son menos consistentes al entrar en acción las variables ambientales.

- b. Factores ambientales: muchos son los factores externos que pueden propiciar conductas tímidas en los niños. Más que el factor en sí mismo cabe entender como lo percibe y siente el niño para entender la clave del problema. Muchos niños, ante situaciones que le superan, aprenden como modo de defensa el no involucrarse en nada.

Cualquier hecho que el niño perciba como amenazante, estresante o desagradable para él, su familia o entorno más inmediato es susceptible de provocar la inhibición de algunos niños. La identificación de estos factores de riesgo es importante para establecer las adecuadas medidas correctoras.

- c. Apego mal establecido: desde la teoría del apego se pone especial énfasis en el establecimiento de unos vínculos afectivos seguros con padres o cuidadores por parte del niño. La mayoría de autores coinciden en asegurar

una clara conexión entre apego inseguro y retraimiento social. Cuando los lazos afectivos no están bien establecidos ya sea por falta de tiempo, calidad de la relación, distanciamiento físico o abandono del bebé se crean las bases para un niño inseguro.

Es fundamental, en la educación del niño, proporcionarle una cierta seguridad afectiva (que no sea sobre-protección) para que pueda construir su personalidad sobre una plataforma más sólida. Si el niño percibe, desde edades muy tempranas, que sus padres están a su lado (no solo para consentirle sino para ayudarlo en todo) crecerá con mayor seguridad, autonomía y podrá establecer unas relaciones más seguras con el mundo externo. Contrariamente, cuando la relación padre-hijo es de inseguridad, ese sentimiento se generaliza a todas las relaciones externas y produce en el niño una sensación de incompetencia y falta de valor.

- d. Importancia de la interacción con iguales: desde la psicología evolutiva se asume la importancia, apoyada por numerosas investigaciones, de las experiencias de la interacción con los iguales. Los niños que no se relacionan con sus compañeros corren riesgo de presentar ciertas dificultades emocionales en su desarrollo. Dado que la interacción se produce en un plano interactivo, el niño retraído provoca menos respuestas sociales positivas en los demás y el resultado es un bajo nivel de contacto social. Si el repertorio social de un niño es reforzado pocas veces, muchos comportamientos importantes pueden resultar suprimidos o extinguidos.

- e. El aprendizaje: en el otro lado de los modelos explicativos basados en la genética, la teoría del aprendizaje asume que la timidez o el retraimiento social es fruto de una carencia de este aprendizaje o un aprendizaje incompleto o defectuoso.

Dentro de estas teorías se han utilizado principalmente 2 hipótesis: 1. La de déficit de habilidades. 2. La de interferencia.

La teoría de déficit de habilidades explica los problemas de los niños tímidos por el hecho de no tener habilidades sociales necesarias para iniciar o mantener relaciones sociales.

La teoría de interferencia afirma que el sujeto puede disponer de las habilidades necesarias, lo que ocurre es que no las pone en práctica debido a factores emocionales. Por ejemplo, sin embargo, puede no ponerse en marcha debido al temor o una negativa.

Factores emocionales que interfieren pueden ser el temor, la ansiedad, autoverbalizaciones negativas, creencias irracionales y baja autoestima. Es importante conocer exactamente estos factores internos para ayudar eficazmente al niño tímido.

- f. Otros factores relevantes a tener en cuenta es cuando la timidez se produce como consecuencia o síntoma de un trastorno orgánico o psicológico subyacente. Está muy bien descrita la timidez selectiva (para ciertas personas o situaciones) en algunos niños del espectro autista o de los T.G.D. (Trastornos Generalizados del Desarrollo), también los casos de retraso mental. Evidentemente estamos delante de un tipo de timidez bastante diferente a la población general pero que también cursa con dificultades para la integración social de estos niños.

En el caso del Síndrome de Asperger nos encontramos con niños con capacidades intelectuales conservadas, pero con problemática recurrente no tanto evitar el contacto social sino a encontrar herramientas adecuadas para hacerlo de forma eficaz. Estos niños no entienden los convencionalismos ni lo “socialmente correcto”, tampoco saben interpretar las claves emocionales. Ello les lleva a ser vistos como torpes o extraños lo que se traduce en un retraimiento de los mismos y a ser catalogados de “tímidos” en determinadas situaciones.

Paralelamente a los niños tímidos otra problemática por la que niños son referidos al área de psicología es por ser inquietos, según sus maestros son “hiperactivos”, el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es uno de los más estudiados del ámbito del comportamiento. Se trata de un cuadro clínico que afecta mayoritariamente a niños en edad escolar y en niveles de primaria o elemental. Se considera que alrededor del 50% de los niños

remitidos a salud mental infanto-juvenil son diagnosticados en algún u otro grado de trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Aunque la máxima incidencia se da entre los niños de 6 y 9 años.

#### Características generales del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad:

Repasando los antecedentes familiares de niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos antisociales de la personalidad, abuso de alcohol u otros, problemas matrimoniales, familiares, divorcios, y en algunos casos, negligencia en la debida atención y cuidado hacia el niño.

El examen neurológico puede detectar inmadurez o determinadas alteraciones en la percepción viso-motora o en la discriminación auditiva, si bien, sin signos importantes de la alteración de la agudeza visual o auditiva. Pueden presentar alteraciones en la coordinación motora en movimientos alternativos rápidos, en la discriminación derecha – izquierda, y con cierta frecuencia, lateralidad cruzada o ambidestreza. En ocasiones y en función de los síntomas presentados puede requerir, si aún no se ha efectuado, una evaluación neurológica.

En general los niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad presentan las siguientes manifestaciones:



1. Una actividad excesiva o inadecuada no relacionada con la tarea o actividad que se está realizando. Normalmente esta actividad es vivida como molesta o intrusiva por parte de los que están con el niño.
2. Atención sostenida diferente. Incapacidad para atender cualquier tarea durante un espacio de tiempo mínimo.
3. Dificultades en el control o inhibición de impulsos en la conducta social o tareas cognitivas.
4. Problemas en el ámbito de la relación social con sus iguales y adultos, creando impopularidad y rechazo.
5. Bajo rendimiento escolar. Difícilmente puede conseguir avanzar en el aprendizaje.
6. Autoestima baja. Las consecuencias de su poco autocontrol les hace muy predispuestos a meterse en líos y situaciones conflictivas con sus iguales. Entre los compañeros es impopular y esto acrecienta los sentimientos de baja autoestima.

### La comorbilidad en el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

Este trastorno presenta una elevada tasa de comorbilidad con diversos trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, del humor, entre otros. En el área del aprendizaje es donde se generan más problemas específicos como, el retraso en la adquisición de la lectura, la escritura o las matemáticas, que precisan de una atención sostenida. Contrariamente a lo que se pueda creer, los niños con este problema, pese a todas estas dificultades, suelen tener un cociente intelectual dentro

de la media y su incompetencia no sería tanto por una carencia de las capacidades cognitivas básicas sino por una mala regulación de las mismas.

Existen diversas hipótesis de las causas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad:

1. Factores ambientales adquiridos. Diversas lesiones cerebrales se han asociado con un alto riesgo de presentar el trastorno. Entre los posibles factores causales estaría la hipoxia (privación del oxígeno) perinatal y neonatal, otras complicaciones en el momento de nacer, infecciones intrauterinas, parasitarias, meningitis, encefalitis, deficiencia nutricional, traumatismo craneoencefálico o exposición a toxinas antes o después del parto.

Un factor de riesgo muy conocido es el llamado síndrome alcohólico fetal que cursa, entre otras, con hiperactividad, impulsividad, desatención y anomalías físicas. El síndrome se presenta en las mujeres que cometen excesos o abusos del alcohol durante el embarazo.

2. Factores genéticos. Se trata, sin duda, de uno de los factores de mayor relevancia en la explicación del trastorno. Estudios recientes han documentado la importancia de la transmisión genética del trastorno hiperactivo una de las causas sería una alteración en el metabolismo de la dopamina, noradrenalina y serotonina. Se trata de neurotransmisores del sistema nervioso central con importantes funciones reguladoras de emociones y conductas.

3. Factores de base orgánica. Se han efectuado diversos estudios buscando el origen de las alteraciones orgánicas. Investigaciones señalan la implicación de los lóbulos frontales y el locus cerulus que están implicadas en la regulación del lenguaje y en la función inhibitoria. Por su parte el cortex (manto del tejido nervioso que cubre los hemisferios cerebrales e implicado en procesos cognitivos superiores como el pensamiento), ha demostrado su importancia en la presencia del trastorno. Una atrofia cortical frontal se ha observado en muchos jóvenes y adultos con historia de trastorno de déficit de atención en la infancia.
4. Factores sociales y familiares. Factores como la pobreza, una vivienda en malas condiciones, entorno precario, parecen influir en la génesis de la perpetuación del problema generando con mayores probabilidades, un trastorno disocial en la etapa adulta.

La hiperactividad es más frecuente en niños pertenecientes a familias caracterizadas por problemas conyugales, relaciones hostiles padre-hijo y una vida familiar desordenada. En general, podemos afirmar que en algunos niños el trastorno, un cuidado maternal anómalo, falta de atención y afectividad adecuada, es un factor de riesgo importante para desencadenar o mantener el problema.

En la etapa escolar la conducta del niño y su bajo rendimiento escolar es un agravante más, suponiendo un estrés adicional a la familia, generando el temor a que el niño no sea capaz en la etapa adulta de encontrar un empleo. Al mismo tiempo con el aumento de las tasas de divorcios, separaciones, familias monoparentales, familias mixtas, jornadas de trabajo intensivas, se

dispone de menos tiempo y por tanto, de menos recursos afectivos para atender debidamente a un niño hiperactivo.

No se puede decir un factor clave único causante del trastorno pero probablemente es el cruce de diversos factores de riesgo en menor o mayor grado que generan la sintomatología. Es por eso que previo a la intervención psicológica, se hace necesaria una evaluación a fondo de todos estos factores de riesgo.

Otra problemática que no sólo se ve reflejada en el ámbito escolar sino también en el familiar es cuando los niños o jóvenes son desobedientes. Los padres y educadores deben enfrentarse a diario a niños que no obedecen. Según autores, se podría definir la conducta de desobediencia como: La negativa a iniciar o completar una orden realizada por otra persona en un plazo determinado de tiempo (5 a 20 segundos). Esta orden puede hacerse en el sentido de “hacer” o en el sentido de “no hacer”, de detener una determinada actividad. Sin embargo, esta definición no comprende otras situaciones que son también consideradas como desobedientes por los padres. Por ejemplo, si establecen como norma el hacer la cama al levantarse o a casa a determinada hora, los padres suelen entender que se produce una conducta desobediente si no se cumple dicha norma aun cuando no se la indiquen cada vez que se levante por la mañana o salga de casa.

Ciertamente, con frecuencia, se dedica más atención a las conductas inadecuadas de un hijo que a sus conductas adecuadas. En la base de todo está el hecho de que suele esperarse que el niño debe portarse bien siempre y que, por

tanto, no debe ser halagado o premiado por ello. El niño puede realizar a lo largo del día muchas conductas correctas, pero no recibe a cambio ninguna atención especial por parte de los padres.

Por el contrario, dado a que su padre no debe consentir que su hijo sea desobediente o se porte de forma incorrecta, es rápidamente advertido o castigado. El niño se da cuenta que con este tipo de comportamiento suele atraer la atención de su padre (a pesar de que es para regañarle) y quizás sea la única forma que conozca de conseguir que se le preste algo de atención.

El niño que no obedece pocas veces lo manifiesta negándose a cumplir las órdenes de manera clara y rotunda. Con frecuencia se manifiesta de forma más sutil, menos evidente, por ejemplo: haciendo como si no oyera, pero sin la intención de cumplir con la petición, buscando excusas o expresando su desobediencia mediante rabietas.

También puede motivar la desobediencia del niño

- No escuchar lo que le piden porque está distraído en otra actividad. Se debe distinguir esta circunstancia de aquellas ocasiones en que hace ver que ha oído.
- No comprender lo que le mandamos.
- Estar habituado a que los padres resulten haciendo por él lo que le pidieron.

- Saber que los padres repetirán varias veces la indicación, antes que él deba responder.

Los niños y jóvenes no pueden estar sanos si sus padres no lo están, en Guatemala 1 de 4 personas padecen algún trastorno de salud mental, ante el estigma social asociado a los trastornos mentales muchos ocultan su enfermedad o no hablan de ella por miedo al rechazo o discriminación en su entorno laboral y familiar, así mismo la falta de servicios apropiados de profesionales de salud capacitados para el acceso de atención adecuada, lo que conlleva a una falta de la identificación de diagnóstico y tratamiento temprano.

Una de las problemáticas psicosociales con mayor prevalencia en la población es la depresión, la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para diagnosticar episodio depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios del trastorno del ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos del ánimo debidos a una enfermedad médica, ni por un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico. También el trastorno depresivo mayor indica si es un episodio único o si es recidivante.

“Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población en general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. Las prevalencias puntuales del trastorno depresivo mayor

en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios, ingresos económicos, ni con el estado civil”.<sup>8</sup>

#### Criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor episodio único

- a. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- b. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está supuesto a una esquizofrenia, un trastorno delirante o trastorno psicótico.
- c. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período postparto

---

<sup>8</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Trastornos del estado de ánimo pag. 416

## Criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, recidivante

- a. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- b. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está supuesto a una esquizofrenia, un trastorno delirante o trastorno psicótico.
- c. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período postparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional



## Trastorno distímico

### Criterios para el diagnóstico del trastorno distímico

- a. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- b. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
  1. pérdida o aumento de apetito
  2. insomnio o hipersomnia
  3. falta de energía o fatiga
  4. baja autoestima
  5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
  6. sentimientos de desesperanza
- c. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- d. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- e. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- f. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- g. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- h. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Los niños, jóvenes y adultos dependientes de sustancias adictivas, entre ellas el alcoholismo es un problema psicológico que es muy frecuente en las familias guatemaltecas, este ha sido un medio que las personas utilizan erróneamente para sentirse bien, olvidar el estrés, escapara de situaciones negativas y desagradables. Sin tomar en cuenta que estas personas dañan su organismo, su funcionamiento familiar y social, generando conductas antisociales y violentas.

Del latín *addictio*, la adicción<sup>9</sup> es el hábito que domina la voluntad de una persona. Se trata de la dependencia a una sustancia, una actividad o una relación. Las adicciones controlan los pensamientos y comportamientos de las personas, que sólo desean conseguir o realizar la cosa deseada. Para satisfacer este deseo, los adictos pueden cometer actos ilícitos, distanciarse de sus seres queridos y poner en riesgo su propia integridad ya que pierden la noción de la realidad.

Es importante distinguir entre un hábito consumista y una adicción. Una persona que tiene el hábito de beber una copa de vino al día no es adicta; en cambio el individuo que siente la necesidad de beber todos los días y que no puede detenerse sufre una adicción.

La adicción por lo tanto, tiene graves consecuencias en la vida cotidiana de los adictos. Una adicción puede generar problemas de salud, daños en los vínculos humanos, inconvenientes en el trabajo, entre otros.

---

<sup>9</sup>Kauer, JA; RC Malenka (2007). "La plasticidad sináptica y la adicción" págs. 844-858.

Existen diversos síntomas que vienen a dejar patente que una persona está bajo los influjos de una adicción. En concreto, entre los más significativos se encuentran los siguientes:

- Pérdida del interés en aficiones o actividades que antes eran muy importantes.
- Cambios en el peso.
- Alteraciones bruscas del estado de ánimo.
- Irritabilidad
- Ira y nerviosismo del adicto cuando alguien le plantea que lo es.
- Debilidad y dificultad para conciliar el sueño.
- Cuadros de ansiedad, estrés o depresión.

En cualquiera de los tipos de adicción existe, lo fundamental es que la persona que desee conseguir su recuperación siga los siguientes consejos:

- Debe manifestar abiertamente a su pareja, familiares o amigos que tiene la intención de dejar aquella situación.
- Debe pedir a las personas de su entorno que lo ayuden y que estén a su lado en el momento que lo necesite.
- Es fundamental que tenga claro que deberá dejar de acudir a los lugares donde pueda estar en contacto con lo que le ha producido esa adicción.
- Es imprescindible también que sea consciente de que por tener esa adicción no es una mala persona sino simplemente un enfermo.

- Todo ello sin olvidar, por su puesto, que el adicto debe tener claro que el proceso de recuperación es muy largo, que toda su vida va a tener el problema bajo control y que debe contar con la ayuda experta y profesional para conseguir su objetivo. Asimismo, es fundamental que esté motivado y con ganas de luchar para recuperar la vida que tenía.

La drogadicción es la adicción a drogas e implica un esfuerzo infructuoso para interrumpir el consumo (que es cada vez mayor), una reducción de las actividades cotidianas debido a las ingesta de la droga y el sufrimiento de un síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo.

El alcoholismo y el tabaquismo son las adicciones más frecuentes en niños, jóvenes y adultos y cada vez inicia más a una edad temprana. El CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2005) refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo de consumir la sustancia (Craving).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.  
Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos.

- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Los anteriores criterios hacen referencia tanto a aspectos relacionados con la dependencia física como con la psicológica.

### Criterios para Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

#### **1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:**

- una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

#### **2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:**

- el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificar el tipo de sustancia y el curso de la dependencia

- Remisión total temprana
- Remisión parcial temprana
- Remisión total sostenida
- Remisión parcial sostenida

- En terapéutica con agonistas
- En entorno controlado
- Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

#### Criterios para el Abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por efectos de la sustancia.



B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Codificación del tipo de sustancia en el tercer dígito.

### Trastornos inducidos por sustancias

#### Criterios para Intoxicación por sustancias

- a. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- b. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- c. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El tratamiento para la recuperación puede incluir apoyo para la salud mental, terapias de asesoramiento para trabajar su enfermedad y adicción y atención médica, también puede integrarse a grupos donde trabajan exclusivamente con alcohólicos.

Algunos alcohólicos o adictos a sustancias muestran agresividad y pueden descuidar su imagen personal, su higiene y también pueden violentar a sus familias.

La violencia intrafamiliar es un problema lamentablemente muy frecuente en las familias guatemaltecas, en algunos hogares uno o ambos padres son violentos con sus parejas o sus hijos.

La familia es la agrupación social más importante de los seres humanos. Se trata de una forma de organización que se basa en la consanguinidad (como la filiación entre padres e hijos) y en el establecimiento de vínculos reconocidos social y legalmente (el matrimonio). Los integrantes de una familia suelen vivir en un mismo hogar y compartir la vida cotidiana.

La violencia, por otra parte, es aquello ejecutado con fuerza o que se lleva a cabo contra la voluntad de otra persona. El comportamiento violento intenta imponer u obtener algo por la fuerza y puede ocasionar daños físicos y emocionales a la víctima.

Las definiciones de ambos conceptos (familia y violencia) dan la noción de violencia intrafamiliar<sup>10</sup>, “que es el ejercicio de la violencia en el seno de la familia. Es decir, la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce daño físico o psíquico”.

La violencia intrafamiliar, también nombrada como violencia familiar o violencia doméstica, puede incluir distintas formas de maltrato, desde intimidación hasta

---

<sup>10</sup>Yubero Jiménez, Santiago; Blanco Abarca, Amalio; Larrañaga Rubio, Elisa, eds. (2007). «El maltrato a la mujer ¿Terrorismo doméstico?». *Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. Universidad de Castilla La Mancha. pág. 272.

golpes pasando por el acoso o los insultos. El violento puede ejercer su accionar contra un solo integrante de la familia (como su pareja o su hijo) o comportarse de forma violenta con todos.

Los expertos en este tipo de violencia en el seno del hogar establecen que existen diversos denominadores comunes que vienen a identificar al maltratador. En concreto, las personas de este tipo coinciden en estas características:

- Son individuos muy dependientes a nivel emocional que manifiestan dicha dependencia a través de la agresividad.
- Se muestran seguras de sí mismas e incluso aparentan ser altivas. Sin embargo, bajo esa imagen que se crean se esconden ciudadanos que suelen tener problemas de autoestima.
- Necesitan humillar y acometer la sumisión de su pareja para sentirse bien y superiores.
- Es frecuente que tengan carencias afectivas y problemáticas de características similares que arrastran de su infancia o de su etapa adolescente.
- Tienen celos patológicos.
- No son capaces de demostrar sus sentimientos.

Además de todo ello habría que señalar que la violencia intrafamiliar que tiene lugar en cualquier hogar suele estar conformada por tres fases claramente diferenciadas:

- Una primera etapa donde se va produciendo lo que es una acumulación de tensión, donde toman protagonismo desde episodios de celos pasando por faltas de respeto verbales o discusiones fuera de toda normalidad.
- En la segunda fase es la que se produce el episodio agudo de violencia, donde esta se manera a través de golpes de manera habitual.
- La última etapa de la violencia intrafamiliar es la que se conoce por el nombre de Luna de Miel, ya que el maltratador se calma, muestra cierto arrepentimiento e incluso procede a llevar a cabo continuas muestras de cariño y amor hacia su víctima.

Pese a que este tipo de violencia se encuentra penado por la ley, estos delitos no suelen ser denunciados ya que las víctimas pueden sentir vergüenza, temor o culpa al delatar a un familiar. Los expertos, sin embargo, insisten y recomiendan a las víctimas que superen el miedo y hagan sus denuncias correspondientes para romper con el vínculo violento.

Y más lamentable es la violencia sexual que niños y adultos pueden sufrir en alguna etapa de su vida. El término "violencia sexual"<sup>11</sup> hace referencia al acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual, por extensión, se consideran también como ejemplos de violencia sexual "los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona

---

<sup>11</sup>Enrique Echeburua, "Violencia sexual", pág. 71.

mediante coacción por la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y/o el lugar de trabajo." La violencia sexual se manifiesta con actos agresivos que mediante el uso de la fuerza física, psíquica o moral reducen a una persona a condiciones de inferioridad para imponer una conducta sexual en contra de su voluntad. Este es un acto que busca fundamentalmente someter el cuerpo y la voluntad de las personas.

#### Características y víctimas más frecuentes:

Los casos más frecuentes de violencia sexual son ejercidos sobre niños (la pedofilia y el abuso sexual intrafamiliar) y la violación de mujeres. El delincuente sexual lo puede ser en exclusiva (sobre todo en el caso de los pedófilos), pero también puede ir acompañado de otros perfiles delictivos, tal es el caso de robos, agresiones, maltrato físico, etc.

El agresor sexual no es necesariamente un desconocido para la víctima; en ocasiones es, precisamente, su cercanía cotidiana a la misma la que le ha facilitado un determinado grado de confianza que ha derivado en la imposición de una determinada relación.

En países con estadísticas fiables al respecto, las agresiones sexuales constituyen un porcentaje relativamente bajo de la violencia denunciada. No obstante, el carácter intrínseco de la violencia sexual sugiere la posibilidad de una violencia encubierta debido a actitudes de vergüenza o de temor a represalias por parte de la víctima.

### Motivaciones:

La mayoría de las víctimas son mujeres y la mayoría de los agresores son hombres. Esta predominancia del agresor sexual masculino se debe a diversos factores:

- un mayor impulso sexual, derivado, en parte, por el aumento de testosterona en la sangre, que no puede ser inhibido debido a diversos factores. Sin embargo, los estudios biológicos que indican, que tanto mujeres como hombres tienen testosterona, anulan este argumento. El impulso sexual es igual tanto en hombres como en mujeres y puede ser inhibido de igual forma por sujetos de uno u otro sexo.
- un mayor componente agresivo; biológicamente también se ha determinado que no existe relación entre sexo y agresividad, por lo que este componente agresivo es causado únicamente por la educación social y cultural que reciban los individuos.
- una mayor impronta de factores socio-culturales, como es el caso de las expectativas de su comportamiento como varón, que van asociadas a un impulso sexual fuerte, etc.

En el origen de la violencia sexual se encuentran, al menos, tres factores esenciales:

- En primer lugar están los factores psicológicos: la imposibilidad de conseguir la excitación sexual sin el uso de la violencia; la falta de autocontrol; una autoestima deficitaria en lo sexual; la ausencia de empatía sexual, que puede llevar a una distorsión cognitiva que justifique su agresión (*a ella le gusta, ella*

*lo ha buscado, el sexo con niños es darles cariño...);* algún trastorno de personalidad; una historia personal como víctima de abusos sexuales; etc. En el caso de las violaciones, por ejemplo, en muchas ocasiones más que el placer sexual es la necesidad de satisfacer necesidades de dominación, autoafirmación, competitividad o poder las que están en el origen de las mismas.

- En segundo lugar están los factores sociales: el prestigio que da la violencia para ciertos individuos en determinados grupos sociales; la cosificación de la mujer a través de los medios de comunicación y lenguaje sexista; etc.
- En tercer lugar están los factores situacionales: como el consumo de drogas y alcohol, y el contagio emocional de la vivencia grupal.

## **2.2. Objetivos**

### **Objetivos Generales**

- Brindar atención psicológica a la comunidad cercana al Centro de Salud en Ciudad Quetzal, San Juan Sacatepéquez, a través de diversos procedimientos, métodos e instrumentos que permitan abordar de manera adecuada los diferentes trastornos presentados por la población.

### **Objetivos Específicos**

- Brindar consultas de carácter psicológico a niños, jóvenes y adultos que asisten al área de psicología.
- Brindar capacitaciones de carácter preventivo en salud psicológica por medio de charlas, entrevistas dirigidas y exposiciones presentadas a la comunidad en general a través de un programa de televisión local.
- Investigar y estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.



## 2.3 Metodología

### Metodología Cualitativa

Según Mtro. José Guadalupe de la Fuente Aguilar, la metodología cualitativa tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad y no trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

Los orígenes de los métodos cualitativos se encuentran en la antigüedad pero a partir del siglo XIX, con el auge de las ciencias sociales, sobre todo de la sociología y la antropología, esta metodología empieza a desarrollarse de forma progresiva.

En la década del 60 las investigaciones de corte cualitativo resurgen como una metodología de primera línea, principalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña. A partir de este momento, en el ámbito académico e investigativo hay toda una constante evolución teórica y práctica de la metodología cualitativa.

Dentro de las características principales podemos mencionar:

1. La investigación cualitativa es inductiva.
2. Tiene una perspectiva holística, esto es que considera el fenómeno como un todo.
3. Se trata de estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos.

4. Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
5. No suele probar teorías e hipótesis. Es principalmente un método de generar teorías e hipótesis.
6. No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente, ni suelen ser susceptibles de medición.
7. La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva.
8. En general no permite un análisis estadístico.
9. Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.
10. Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.
11. Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias.

Las características de la metodología cualitativa:

1. Estos métodos se manifiestan en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos. La misma estrategia indica ya el empleo de procedimientos que dan un carácter único a las observaciones.
2. El uso de procedimientos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias culturales, es

decir, este método busca menos la generalización y se acerca más a la fenomenología y al interaccionismo simbólico.

3. El papel del investigador en su trato intensivo con las personas involucradas en el proceso de investigación para entenderlas.

### **Metodología Participativa**

Según Andrea Agrelo, la metodología participativa es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza- aprendizaje y construcción del conocimiento. Concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, reconstrucción y de-construcción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores.

Este enfoque metodológico parte del supuesto de que todas las personas poseen una historia previa, una experiencia actual y un cuerpo de creencias (mitos, estereotipos y prejuicios), actitudes y prácticas que llevan consigo a los procesos de construcción de conocimiento en los que participan. La metodología participativa promueve y procura la participación activa y protagónica de todos los integrantes del grupo.

En este sentido, la metodología participativa busca que los participantes re signifiquen su experiencia y la de los otros con lo que su aprendizaje se contextualiza en su realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo.

En síntesis, la metodología participativa busca siempre partir de la realidad y de la experiencia de los sujetos, generar un proceso lúdico y creativo de reflexión y análisis sobre las creencias, actitudes y prácticas que forman parte de su realidad y la de su grupo, para volver a la realidad con nuevas formas de actuar sobre ella.

Las técnicas participativas son herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización y concientización popular, promueven la reflexión y análisis y toman en cuenta la realidad cultural e histórica de los grupos, códigos, tradiciones, valores, etc.

Hay una variedad de técnicas las cuales son:

- Dinámicas vivenciales: animación, conocimiento, integración, resolución de conflictos.
- Análisis general.
- De organización y planificación.
- De evaluación y reflexión.

Estas ayudan a:

- Construir confianza, crear consenso
- Promover la comunicación
- Ante un conflicto, ayudar a la gente a entender los puntos de vista de los otros, buscando elementos comunes

Aplicando una metodología participativa para cada actividad que se genere, se puede utilizar como esquema de trabajo el siguiente: Partir de lo que sabemos y sentimos sobre la migración: partir de la práctica, la experiencia y los conocimientos que se tienen sobre el tema. (Diagnóstico).

Reflexionar y profundizar sobre el tema: tener presentes los aportes sistematizados tanto de diagnóstico como de propuestas.

Lo que podemos hacer: Formulación de propuestas generales o específicas y en todos los ámbitos y sistematización de las mismas.

A través de las charlas del canal local se realizará los aspectos preventivos y de capacitación del Ejercicio Profesional Supervisado. Temas: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar? ¿Cómo mejorar el rendimiento académico del niño? Diferentes tipos de aprendizaje ¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? Autoestima en niños, Técnicas de estudio.

## **Metodología Analítica**

Según Ramón Ruiz Limón en su libro “Historia y evolución del pensamiento científico”, el método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más el objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

Analizar significa desintegrar, descomponer un todo en sus partes para estudiar en forma intensiva cada uno de sus elementos, así como las relaciones entre sí y con el todo. La importancia del análisis reside en que para comprender la esencia de un todo hay que conocer la naturaleza de sus partes.

El todo puede ser de diferente índole: un todo material, por ejemplo, determinado organismo y sus partes constituyentes: los sistemas, aparatos, órganos y tejidos, cada una de las cuales puede separarse para llevar a cabo un análisis más profundo. Otro ejemplo de un todo material es la sociedad y sus partes: base económica (fuerzas productivas y relaciones sociales de producción) y la superestructura (política, jurídica, religiosa, moral). La sociedad es un todo material en tanto que existe fuera e independientemente de nuestra conciencia.

En el libro método analítico, de los autores Juan Diego Lopera, Carlos Arturo Ramírez, Marda Zulunga y Jennifer Ortiz, menciona que “el método analítico da

cuenta del objeto de estudio del grupo de investigación que en este trabajo se ocupa, con una rigurosa investigación documental, del método mismo que orienta su quehacer.

Este método empleado particularmente en las ciencias sociales y humanas, se define como un método científico aplicado al análisis de los discursos que pueden tener diversas formas de expresión, tales como las costumbres, el arte, los juegos lingüísticos y, de manera fundamental, la palabra hablada o escrita”.

Estos autores desarrollan el método analítico como análisis del discurso, con base en los procesos de entender, criticar, contrastar e incorporar, y las actitudes de escucha, análisis e intervención.

La reflexión sobre la orientación analítica en la psicología es relevante, porque retoma la discusión que, sobre este tema, se ha dado en el ámbito de esta disciplina para proponer, de manera formal, la posición del grupo en relación con que el método analítico sustenta una actitud, que puede acompañar al psicólogo y le permite una indagación continua, una escucha libre de prejuicios y una invitación al análisis de los discursos hasta donde las circunstancias específicas y la formación del analítico lo permitan.

## **Fases en las que se organizó el proceso de EPS**

El proceso de ejecución de EPS se realizó en distintas fases; siendo la primera, una semana de propedéutica donde se explicaron los lineamientos e información necesaria para poder iniciar el proceso, así como el contacto con las instituciones. Luego se realizó una visita a la institución donde se trabajó, para poder conocer el contexto histórico y sociocultural de las personas que se trabajará y cada una de las necesidades psicosociales que la comunidad tiene, así como a los miembros de la institución. Esto se llevó a cabo el día que inicié el EPS, el director del Centro de Salud solicitó a la encargada de Psicología que me presentara al personal y me diera información para trabajar en equipo con ella.

Seguidamente se realizó el sondeo institucional que donde se investigaron todos los problemas psicosociales que la institución maneja, también elaboré un segundo sondeo institucional con la Fundación Por Ti Mujer que trabaja conjuntamente con el Centro de Salud ofreciendo asesoría psicojurídica a víctimas de violencia física, psicológica o sexual, después se hizo el sondeo comunitario que dio a conocer el sentir de los problemas psicosociales que afectan a la población. A continuación, siguió el sondeo académico que une la información del sondeo institucional con el comunitario y la problemática que yo como epesista observé para hacer una lista de problemas psicosociales con los que trabajaría.

Toda esta información fue adquirida para la elaboración del proyecto de factibilidad, de acuerdo a las necesidades que se visualizaron, para investigar una de



las problemáticas psicosociales y ayudar a la población con atención directa a las personas y servicio de docencia. Luego de aprobado el proyecto la epesista realizó el trabajo de campo llevando a cabo las actividades que estaban estructuradas en su proyecto, brindando atención directa a pacientes, en el servicio de docencia a través de las charlas en el canal local.

Durante la elaboración del proyecto de factibilidad se realizó el estudio e investigación del aspecto histórico antropológico, el aspecto sociocultural, el aspecto socioeconómico, el aspecto ideológico político, descripción de la población y diálogos con miembros de la comunidad como COCODES para realizar el diagnóstico de las principales necesidades psicosociales y trabajar en ellas.

Como epesista me integré a la institución conociendo cada uno de los lineamientos que esta tenía, para poder trabajar, se llevó a cabo un proceso de planificación y promoción del servicio, ejecutando las actividades durante los 10 meses.

De las actividades que realizaba llevaba un registro diario, con la cantidad de personas que participaban, los avances que se observaban y las dificultades que se presentaron. Para después unir la información y hacer una evaluación mensual de los logros alcanzados. Así mismo se realizaron actividades mensuales de monitoreo y evaluación con el licenciado encargado del EPS.

## Técnicas

- Entrevistas: Se utilizaron para recabar la información inicial, datos generales del paciente y durante el desarrollo de la terapia.
- Observación: Se llevó a cabo al momento de visitar la institución y al tratar a pacientes.
- Cuestionarios: Consisten en una serie de preguntas con el objetivo de obtener información de los pacientes. Se pidió que respondieran el cuestionario a los padres de familia con fines de investigación.
- Taller participativo: Este se realizó con un grupo de personas, en donde se dialogó y se dio a conocer un tema en específico, los asistentes participaron y dieron a conocer sus opiniones y se hizo de forma dinámica.
- Charlas: Consiste en que un expositor proporciona la información y dialoga con el grupo. Estas charlas se dieron una vez al mes en el canal de televisión local Televida con los siguientes temas: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar? ¿Cómo mejorar el rendimiento académico del niño? Diferentes tipos de aprendizaje, ¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? Autoestima en niños y técnicas de estudio.
- Técnicas de relajación: Una técnica de relajación es un método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permite que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. Esta técnica se utilizó al

iniciar las sesiones en terapia individual para disminuir los niveles de ansiedad que presentaba el paciente.

## **CAPÍTULO III**

### **DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

#### **3.1 Subprograma de Servicio**

El Ejercicio Profesional Supervisado fue una experiencia enriquecedora de práctica en un ambiente laboral establecido. Desde el primer contacto con la institución se mostró la calidez de su personal. La demanda de personas que buscan apoyo psicológico no se daba abasto con una psicóloga y una epesista para el sector de Ciudad Quetzal debido a que posee numerosas colonias que lo conforman.

En la atención directa a pacientes, se utilizó espacio destinado al área psicológica del Centro de Salud, se indicó a la epesista como debía asignar el expediente a los casos nuevos, la forma de guardar los registros, así como la clasificación del diagnóstico según el CIE-10 (Clasificación Internacional de enfermedades).

En la formación estudiantil la epesista aprendió a usar el Manual de Diagnóstico DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR), en el Centro de Salud se le solicitó usar el CIE-10 para diagnosticar los casos. Así como la forma de ingresar la información a las sigsas que manejan los Centros de Salud.

Para iniciar la atención clínica los pacientes solicitaron la atención psicológica de forma voluntaria, o en otros casos eran referidos por diversas instituciones entre ellas Juzgado de la Familia y la Niñez, Juzgado de Femicidio, Procuraduría General

de la Nación, Organismo Judicial, entre otros. La población con la que trabajé fueron niños, adolescentes y adultos.

Las personas que solicitaban atención psicológica se presentaban al área de Psicología si la epesista estaba disponible se iniciaba la sesión en ese momento, si estaba ocupada y no tenía espacios, se les asignaba un día y hora para regresar para que en esa fecha se iniciara su terapia.

Se inició con una presentación y saludo al paciente, seguidamente se establecía el encuadre psicoterapéutico, también llamado contrato psicoterapéutico, al mismo tiempo estableciendo rapport, iniciando la elaboración de la historia clínica, solicitando los datos al paciente, el motivo de consulta, historia del problema, signos, síntomas, historia familiar, historia escolar, historia laboral, antecedentes médicos, historia social y la elaboración del genograma; si el caso es de un niño o adolescente se solicitaba esta información a los padres, familiares o encargados del paciente.

Se elaboraron constancias psicológicas para los pacientes que la solicitaran, estas indicaban que era una psicóloga epesista y tenían el sello de la Secretaría del Centro de Salud Ciudad Quetzal en San Juan Sacatepéquez.

Cuando los padres iban acompañados de sus niños lo cual era frecuente, se les ofrecía que los niños jugaran con los juguetes de la clínica o que podían pintar y se les daba unos dibujos. Después de obtener los datos más importantes de la historia clínica se hizo énfasis en el motivo de consulta, desde cuándo se inició el problema, los signos y síntomas del paciente, para poder así tener una hipótesis clínica, un diagnóstico y un plan terapéutico. Caso nuevo se llamaba a la primera

sesión que se tenía con un paciente y reconsultas cuando el paciente llegaba más de una vez a recibir terapia. Se puede decir que hubo un proceso psicoterapéutico después de haber trabajado 8 sesiones con una persona.

Al elaborar las historias clínicas con cada paciente, el trabajo consistió en analizar el problema, estudiar cómo el paciente ha llegado a esta situación que le provocó malestar y de qué manera la situación se mantenía. Cada caso fue muy distinto, por lo cual era muy importante que el paciente entendiera lo que le estaba pasando, a partir de ahí podía ayudarlo a resolver el problema, estableciendo objetivos, ayudando a fortalecer la resiliencia en el paciente y enseñándole conductas más adaptativas si era necesario.

La base de la terapia individual con adultos fue la terapia de apoyo y con niños la terapia de juego. Con niños vale la pena mencionar que se trabaja mucho con los padres debido a que los hijos son importantes, pero no son lo más importante, lo más importante es que los padres, familiares o encargados estén bien para poder criar bien, al revés no funciona.

El primer objetivo era brindar consultas de carácter psicológico a niños, jóvenes y adultos que asistieran al área de psicología y estas fueron realizadas a lo largo de todo el EPS, los casos fueron tan diversos uno del otro. En ocasiones unos casos que llevaba la psicóloga del Centro de Salud los atendí y di continuidad debido a que ella no estaba disponible.

Los niños y adolescentes que eran llevados a terapia psicológica por presentar un bajo rendimiento escolar, resistencia a elaborar tareas o repitencia de grados, se

les atendía de la siguiente forma: en la primera sesión, se elaboraba la historia clínica con los padres, familiares o encargados del paciente, en la segunda sesión se establecía rapport con los niños, se indagaba si sabían el motivo por el cual sus padres, familiares o encargados lo habían llevado a psicología, seguidamente se hacía una evaluación de su estado de ánimo a través del Test de la Figura Humana, se evaluaba su percepción visomotora a través del Test Gestaltico Visomotor de Laretta Bender y su nivel de capacidad intelectual con el Test de Matrices Progresivas Raven para niños escala especial (niños de 4 años a 11 años). También se elaboraba un análisis de la situación familiar para hacer una serie de recomendaciones según los resultados de los test y la historia clínica.

En la fase de recomendaciones se brindaban una serie de actividades psicopedagógicas para mejorar el proceso de lectura escritura entre ellos están: el conocimiento del esquema corporal, ejercicios de gimnasia cerebral, lectura de cuentos y fábulas para desarrollar la memoria, laberintos y la elaboración de rompecabezas que ayudan a los niños a organizarse mentalmente, a mejorar la observación y a formar redes neuronales ya que tienen que resolver un problema, actividades de motricidad fina para mejorar la letra.

Canciones, rimas, adivinanzas para mejorar la pronunciación y estimular la memoria auditiva, al ser realizadas estas actividades en familia se mejora los vínculos afectivos. Los refranes y adivinanzas estimulan el pensamiento.

Se proporcionaron técnicas para mejorar la fluidez lectora y ejercicios de lectura entonada para eliminar la lectura silábica y repercutió en una mejora significativa de la fluidez y comprensión lectora.

Las matemáticas son de vital importancia para el desarrollo cognitivo de los niños ya que este conocimiento les va a servir para toda su vida, ayuda a ser lógicos, a razonar ordenadamente y a tener una mente preparada para el pensamiento, la crítica y la abstracción.

En matemática se buscó que los padres pudieran utilizar todo lo que se tenía en el medio para adoptar los conocimientos y conceptos básicos para afianzar los conceptos matemáticos. Juegos como el dominó era apropiado para que los niños reconozcan los números por medio de los puntos proporcionados en cada ficha. Ordenar por tamaños o colores. Contar los elementos que hacen parte del diario vivir, en geometría se pueden utilizar diferentes elementos que se asemejen a las figuras geométricas para que así las puedan reconocer. El objetivo de una intervención temprana era que los niños tuvieran un buen aprendizaje de matemáticas desde el inicio.

Al trabajar con niños de 3o. Primaria en adelante se dio a conocer técnicas de estudio y ejercicios de comprensión lectora. Así mismo se recomendó el uso del Tangram siendo este recurso sencillo y con incalculable valor para estimular el pensamiento.

Al ser los niños o adolescentes referidos a psicología se realizaron informes psicológicos que eran entregados a los padres, familiares o encargados para las



diferentes instituciones educativas que los solicitaban. En el informe psicológico se hizo ver la necesidad de una adecuación curricular para el paciente y otras recomendaciones según el caso.

Algo inimaginable para mí fue trabajar con niños de preprimaria, estos niños de kínder o preparatoria eran referidos al área de psicología por mal comportamiento y falta de seguimiento de reglas.

Los casos de niños o adolescentes con bajo rendimiento escolar eran muy frecuentes, a través de las diversas sesiones trabajadas los padres notaban cambios positivos en las notas académicas de sus hijos, por lo que ellos se sentían felices y los niños se sentían más motivados en sus estudios.

Uno de los signos que presentaban los niños era la enuresis, con esta problemática se buscaba que la originaba, se recomendaba cenar de 5 a 6pm., evitando tomar líquidos después de esa hora, enviar al sanitario al paciente antes de dormir, abrigarlo más para evitar el frío durante la noche (más cuando la casa era con techo de lámina) y hacer una visita al médico para descartar una infección urinaria. A través de estos sencillos pasos el problema de enuresis disminuía o se eliminaba por completo.

Al trabajar con niños referidos por su timidez, se evaluaba en qué grado su timidez afectaba su entorno social y escolar, se proporcionó herramientas para trabajar con el niño y superar sus temores y fobias sociales. Durante las sesiones posteriores eran evidentes los cambios en los niños haciendo recordatorio que los

cambios son progresivos y en momentos pueden presentarse retrocesos o estancamientos que forman parte del proceso.

Los niños que eran referidos a psicoterapia como hiperactivos, desobedientes o agresivos, después de evaluar el caso se establecían normas de conducta más adaptativas, se buscaba que el niño se diera cuenta de su comportamiento inadecuado a través de hacerlo reflexionar sobre los incidentes que ha experimentado, se le motivaba al cambio a través de refuerzos positivos. Con los papás se analizaban los posibles motivos por los cuales sus niños se comportaban así. A continuación, los padres, familiares o encargados en sesiones posteriores me referían el cambio de comportamiento en sus hijos, al observarlos se dieron cuenta que su actitud había cambiado con el trabajo en conjunto realizado.

Se presentaron casos en los que los padres, encargados o familiares del niño referían que el lenguaje de este no era bueno o fluido, por lo que después de haber realizado la historia clínica les brindaba ejercicios y recomendaciones que debían practicar una vez al día todos los días con sus pequeños. Entre ellos podemos mencionar: practicar el habla lo más frecuentemente posible sin hacer uso de gestos o señas, cantarle y cantar con el niño, leerle cuentos, ejercicios graduales para la movilidad de la lengua, entre otros.

Otra situación que se descubrió que atravesaban algunos niños fue que eran víctimas de acoso escolar, se establecieron normas juntamente con los padres y maestros para detener el abuso a sus hijos. En los niños se notaba su alegría de después de haber detenido el bullying en las sesiones posteriores.

Se atendieron casos de niños con estrés postraumático como resultado de experiencias traumáticas, como el fallecimiento violento de un miembro de la familia, ver a personas fallecidas, haber sido secuestrados, entre otros. La terapia con ellos fue para reducir sus síntomas, aconsejar hacer actividades físicas para despejar la mente, fomentar el contacto con familiares para recibir el apoyo y transferir pensamientos positivos como que logrará superar esta situación difícil.

El trabajo realizado con niños y adolescentes era enfatizado a través de un plan educacional dado a los padres con los siguientes temas: el uso de disciplina asertiva, la importancia dar amor y apoyo a sus hijos, establecimiento de reglas y consecuencias, enseñar a los niños sobre sexualidad, consejos para evitar ser víctimas de abuso sexual, la colaboración de todos los miembros de la familia en las tareas domésticas, alimentación saludable, establecimiento de rutinas diarias, entre otros.

Los problemas alimenticios que presentaban los niños eran en unos casos niños que no tenían ganas de comer para no aumentar su peso y lo opuesto niños que comían en exceso. Analizando la problemática se buscó cómo se inició, las situaciones que propiciaron que se desarrollara el problema, en plan educacional se trabajó con el paciente dando a conocer la importancia de una alimentación sana, explicando las consecuencias de su mal hábito alimenticio, establecíamos cambios y se solicitaba el compromiso del paciente para que lo pudiera ayudar y así ayudarse a el mismo.

El Juzgado de Familia hizo referencias psicológicas cuando la custodia de los niños era entregada a uno de familiares por diversas razones, en unos casos un padre solicitaba la custodia completa del niño, en otros los padres de los niños habían fallecido por lo que la custodia era dada a los abuelos o tíos. En general las familias que tenían un expediente en el Juzgado eran referidas al área de psicología.

Las solicitudes de atención psicológica a adolescentes fueron referidas por alertas Alba Keneth, en la que los pacientes habían huido de sus casas o habían sido secuestradas, generalmente el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia los enviaban para darle continuidad al caso en lo que se llevaba las audiencias respectivas. Mi trabajo en estos casos era establecer los hechos según la perspectiva de los adolescentes y los padres, trabajar en consenso con ellos para evitar que la problemática se repita.

Los problemas que frecuentemente aquejaban a las familias era la falta de empleo, familias desintegradas, falta de comunicación en la familia, violencia intrafamiliar, entre otros. Todas estas problemáticas se investigaban para ver si esto era un factor incidente en el rendimiento escolar y comportamiento del niño.

Se presentaron varios casos que fueron referidos al Hospital de Salud Mental Federico Mora con un diagnóstico de esquizofrenia. Estas referencias se hicieron a través de uno de los doctores del Centro de Salud a los que se les había presentado la historia clínica del paciente.

Terapia de pareja también fue utilizada, siendo uno de los objetivos que la pareja resolviera sus problemas para poder continuar en una relación amorosa que

podieran disfrutar siendo sana. Se iniciaba pidiendo a cada paciente que exprese cuáles fueron los problemas que han tenido, expresando sus sentimientos y emociones, seguidamente se proponían soluciones, se definían los cambios y se pedía compromiso en el trabajo para aumentar las posibilidades de éxito en la terapia.

Con la población adulta y adolescentes también se hizo uso de una prueba, se evaluaba el estado de ánimo y cuanta presión o nivel de estrés manejaba la persona a través del Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Las personas solicitaban apoyo psicológico debido a su estado de ánimo bajo o sentirse desanimados, sin energía o fuerzas, también por su “mal carácter” que ellos mismos referían, la depresión es uno de los trastornos psicológicos que estuvieron muy frecuentes en los casos, las personas presentaban signos y síntomas diversos que evidenciaban su problemática. Se dio inicio con establecer el tipo de trastorno depresivo si es Depresivo Mayor episodio único o recidivante, o si se trataba de un Trastorno Distímico, A continuación se indagaron las causas y pautas que permitieron el desarrollo del trastorno, se explicó al paciente que no es su culpa estar en esa situación, se buscó que se acepté el problema y su importancia, se recomendó practicar una actividad física 30 minutos diarios, se solicitó al paciente ser asertivo para mejorar su autoestima, se estableció el plan de tratamiento y se dieron recomendaciones para la mejora o disminución de los síntomas. A lo largo de la terapia los pacientes mostraban cambios significativos, algunos casos no continuaron en con el proceso sin embargo pudo ser por sentirse mejor y sentir que no era necesario continuar.

Los casos de jóvenes y adultos adictos a sustancias adictivas, no fueron frecuentes, es lamentable que las personas no buscaran ayuda cuando están todavía a tiempo de auxiliar a la persona adicta. En estos casos la intervención psicológica puede ayudar cuando la persona tenía un entorno familiar que le apoyara, se propusiera acciones de cambio y se comprometía en la tarea de ayudar al paciente.

El alcoholismo y tabaquismo son las adicciones más comunes en niños, jóvenes y adultos, al ser estas drogas aceptadas socialmente las personas no se dan cuenta y no admiten que es un problema grave por lo que no solicitan apoyo para abandonar su consumo.

Los casos clínicos que se atendieron en el área de Psicología por violencia de algún tipo como lo es violencia física, psicológica o sexual; es lamentable los casos de mujeres agredidas por sus parejas, o niños agredidos por sus padres, niños agredidos por sus familiares o personas ajenas al núcleo familiar. Estos casos se trabajaron en conjunto con la Fundación por Ti Mujer.

Cuando una persona solicitaba ayuda psicológica debido a la violencia física, psicológica o sexual que estaba viviendo o que experimentó en un período de su vida, mi labor fue exponer a la persona la asesoría psicojurídica que brindaba la Fundación por Ti Mujer que consistía en el acompañamiento a poner la denuncia en las instituciones debidas sí así lo deseaba el paciente.

El tratamiento para las personas víctimas de un tipo de violencia se buscó que el paciente pueda recuperar su confianza básica en sí mismo y aprendiera a relacionarse de manera adaptativa con las personas. Otro objetivo era que el

paciente pueda favorecer la comunicación de las experiencias vividas y así hacer una “catarsis emocional”. También el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para reducir niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular, llevar un diario, escribir en una hoja sus pensamientos e ideas si se desea conservarla o rayarla o romperla, golpear un saco de boxeo, peluche o almohada, ir a un lugar espaciado o desolado para gritar y desahogarse, entre otros.

En los casos de abuso sexual en menores se trabajó con ellos: explicándole al paciente que él no fue el culpable del abuso, solicitándole que se deben tomar medidas para que el abuso no se repita, alentándolo diciéndole que saldría adelante y motivándole a que hable del suceso de abuso. Retomé el tema de sexualidad, expliqué las condiciones para tener relaciones sexogenitales sanas recordando que deben ser consensuadas y entre adultos, finalizando cada sesión con el pensamiento “Tu cuerpo es bueno, te pertenece y la sexualidad también lo es.”

Con niños y adolescentes víctimas de violencia sexual se proporcionaron las técnicas para desahogarse anteriormente mencionadas y entre otras como escribirle una carta a su agresor para expresar sus sentimientos. Lo ideal en estos casos de violencia es que la víctima llegue a un punto a través de la terapia en la que pueda perdonar a su agresor aunque se visualiza como algo difícil al inicio no es imposible de esta manera el paciente podrá liberarse del odio que tenga en su mente y corazón.

La importancia de buscar ayuda profesional temprana en estos casos es de gran valor, para evitar que la persona se vuelva adicta al alcohol o drogas, cometa suicidio, repita lo que atravesó convirtiéndose en un victimario y para la disminución de síntomas.

Al laborar en un Centro de Salud se trabajó como intermediaria para que las personas encuentren al personal adecuado; se presentaron casos como uno de una adolescente de 14 años víctima de violencia sexual en la cual conjuntamente con la Fundación por Ti Mujer se hizo una intervención de ayuda, se puso la denuncia ante el Ministerio Público, ellos con orden del Juzgado de Familia de San Juan Sacatepéquez enviaron a la joven en una Casa Hogar en San José Pinula para investigar su caso y protegerla de su agresor.

Lamentablemente no todos los casos de violencia física, psicológica o sexual se lograron que denunciaran a sus victimarios, como un caso de una adolescente de 14 años que sufría violencia física y psicológica de sus padres en el que no se pudo ayudarla ya que ella no continuó asistiendo a terapia psicológica, un motivo por el cual se pensó que sucedió esto era que la joven estudiaba y trabajaba. También se presentaron varios casos en los que mujeres eran violentadas físicamente y psicológicamente por sus parejas y no pusieron denuncia, no se supo cuál fue la decisión debido a que no continuaron su atención psicológica.



El Organismo Judicial hizo referencia de ex presidiarios que les dieron libertad condicional antes de cumplir el tiempo establecido de su condena, uno de los requisitos es que asistieran a terapia psicológica con el tiempo que debía durar su intervención. Los objetivos con estos pacientes era que pudieran expresar sus experiencias vividas en la prisión, motivarlos a unirse a la sociedad como personas reformadas y evaluar que problemáticas familiares se podían trabajar.

### **3.2 Subprograma de Docencia**

Este subprograma tiene como finalidad ser una herramienta para prevenir problemas psicosociales que al no ser resueltos se van agrandando originando trastornos psicológicos en las personas.

Este servicio de docencia se trabajó una parte con un canal comunitario local llamado Televida Ciudad Quetzal, su objetivo es promover la participación, la visibilidad y la corresponsabilidad de los agentes comunitarios, que buscan cambio en la expresión libre de su cultura y valores, en el respeto, la tolerancia y la incidencia en la defensa de la vida y del territorio.

Las instalaciones y el equipo de transmisión tecnológico con las que cuenta el canal Televida son a base de donaciones. Las personas que representan la junta directiva como el equipo de producción es un voluntariado comprometido con los objetivos del canal. Este canal pertenece al servicio de Cablevisión 2000 y Brakvisión.

El contacto con el Canal Televida fue a través de la psicóloga titular del Centro de Salud, en anteriores oportunidades el equipo de trabajo en el Centro de Salud había impartido charlas con fines de docencia a la comunidad en el programa Buenos días con Televida.

Televida se caracteriza por sus principios comunitarios para la promoción de la vida creyendo que con esfuerzo se puede lograr otra Ciudad Quetzal, diferente, humanizada e influyente. Siendo este canal auto sostenible, participativo, alternativo e influyente. Apoyando a la diversidad ofreciendo servicios sociales y clasificados de forma gratuita. Su lema es: “Lo que tenemos en común es nuestra diversidad.”

El objetivo de docencia consistió en brindar capacitaciones de carácter preventivo en salud psicológica por medio de charlas, entrevistas dirigidas y exposiciones presentadas a la comunidad en general a través de un programa de televisión local.

La población podía ver la transmisión de programas, sin embargo era temas eran especiales para padres, el trabajo de docencia fue siempre dirigido hacia padres y familiares dentro de la comunidad, aunque los temas también podían ser de utilidad para docentes.

Los niños serán los futuros padres de familia al crecer, los niños repetirán los patrones de crianza con los que crecieron con su familia, quienes al estar en una etapa de desarrollo son vulnerables y dependen de sus padres, familiares y encargados. Los niños tienen mayor resiliencia para superar problemas, sin embargo, las experiencias traumáticas que experimenten en esta etapa los acompañará por el resto de su vida.

La visión primordial de los temas impartidos era que los padres o familiares tienen la oportunidad de recapacitar sobre sus patrones de crianza con sus hijos y enmendar sus errores. Una de las cosas más afortunadas que pueden suceder en la

vida es tener una infancia feliz, los niños amados se convertirán en adultos que saben amar, la niñez es un periodo en la vida que se puede atravesar solo una vez.

La primera escuela para el niño es la familia por lo tanto inicié con un tema muy importante sobre la importancia de practicar valores morales, haciendo un hincapié en que los niños son reflejo de sus padres. Para dar este tema solicité un día un espacio en el programa Buenos días con Televida, seguidamente elaboré una presentación en Power Point para apoyar el tema con imágenes. El presentador del programa me hacía preguntas o daba comentarios de lo que había explicado.

En esta misma forma se dieron los temas: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar? ¿Cómo mejorar el rendimiento académico del niño? Diferentes tipos de aprendizaje ¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? y autoestima en niños. No se pudo saber el número exacto de personas que vieron los programas pero se espera que haya sido de utilidad para los padres, maestros y la comunidad en general.

Otra manera de trabajar el eje de docencia fue a través de talleres participativos dirigidos a las personas, familiares o encargados con niños que estaban recibiendo atención psicológica. En las instalaciones del Centro de Salud no se pudieron hacer estas actividades debido a que no se contaba con un espacio disponible, por lo que se solicitó un espacio en la Iglesia Católica Jesús Nipalakina través de una carta de solicitud dirigida al Párroco, quien amablemente me dio la

oportunidad de dar mis talleres en un salón, asignándome los días, horas en las que podía trabajar y proporcionándome sillas.

En los talleres participativos se inició preparando el salón, lo que se necesitaba era trasladar las sillas, seguidamente esperar un tiempo prudencial a que se presentaran los participantes, a continuación se daba la bienvenida, una actividad motivacional rompe hielo, se iniciaba solicitando que respondieran un cuestionario, se discutían los problemas que más afectan a los niños desde su perspectiva y las soluciones que podrían ayudar a resolver las problemáticas, de ahí se impartía el tema de esa sesión, se solicitaban comentarios, seguía la despedida y se finalizaba con un refrigerio. Al terminar el taller ponía las sillas en el lugar donde las había tomado.

### **3.3 Subprograma de Investigación**

Este eje es muy importante ya que refleja un producto del trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado. El objetivo era investigar y estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.

Las actividades realizadas en este programa se hicieron durante la atención directa a pacientes. Primero se iniciaba considerando el caso en particular de los niños o adolescentes que solicitaban ayuda psicológica, iniciando con conociendo la preparación académica de los padres, familiares o encargados de los niños. En muchas ocasiones se evidenció que los padres, familiares o encargados de los niños no habían finalizado sus estudios a nivel primario, otros no habían finalizado sus estudios a nivel básico, con menos frecuencia se encontró padres, familiares encargados con nivel diversificado y siendo un porcentaje mínimo padres que hayan tenido estudios a nivel universitario. La poca preparación académica no le provee las herramientas necesarias para ayudar a sus hijos en el ámbito escolar.

Seguidamente se estudió en qué laboran y sus horarios para conocer cuánto tiempo dedican a sus hijos, se analizó la composición de la familia, si esta era conformada por ambos padres, madre soltera, padre con la custodia de sus hijos (debido al fallecimiento o abandono de la madre), en algunos casos ambos padres no estaban presentes y los niños estaban a cargo de abuelos o tíos, así como el

número de miembros que habitan en la casa. Todo esto facilitaba o podía perjudicar el progreso de los niños en la escuela.

Se indagó en la información desde la preconcepción del niño con la progenitora, iniciando al conocer si fue un niño planificado, cuál fue la reacción de los padres al saber de este embarazo, cómo se dio el proceso de embarazo, cómo fue el nacimiento y sus complicaciones, enfermedades que ha padecido el niño y su desarrollo hasta el momento, esta es la parte de la anamnesis infantil, que brinda los factores neurológicos que dan pauta al nivel de aprendizaje que tiene el paciente. Siendo en la anamnesis infantil la parte que permitió determinar que la gran mayoría de embarazos no fueron planificados, durante el proceso de embarazo las futuras madres tuvieron accidentes que pusieron en riesgo la vida del bebé, como violencia física y psicológica que sufrieron en su estado de gestación, lamentablemente se presentaron un par de casos en las que las progenitoras confesaron haber tratado de abortar al feto, fue muy importante conocer si el niño padeció de desnutrición o problemas de peso o talla.

Se reunió la información de otras esferas como la esfera social, educacional y las rutinas diarias del niño o joven.

Con la ayuda de test psicológicos se evaluó el estado de ánimo del niño a través del Test de la Figura Humana, se evidenció la autoestima, los sentimientos de grandeza o de pequeñez que el niño evidenciaba en su dibujo. A través de los trazos, las borraduras, el sector de la página utilizado, el tamaño del dibujo, la integración de las partes, las áreas sombreadas, transparencias, características omitidas del dibujo

o presencia de dientes, todo esto se analizaba para dar una interpretación del Test a los padres para poder hacer una orientación encaminada a mejorar el estado de ánimo del niño.

Con los resultados del Test Gestaltico Visomotor de Lauretta Bender, se determinaba si el niño presentaba problemas psicomotores, problemas visuales de coordinación mano ojo y si presentaba indicadores de lesión cerebral. Con este test se anotaba el tiempo que duró la prueba, el tiempo esperado para copiar las nueve tarjetas son 4 minutos. Hubo algunos niños que copiaban las tarjetas con éxito en el tiempo esperado, otros casos lograban copiar las tarjetas, pero se tardaban más de 4 minutos y finalmente pacientes que usaban mucho tiempo para hacerlas y no copiaban bien las figuras. Esto era muy importante analizarlo pues daba la idea de cómo trabajaba el niño en clase, así mismo esta información era transmitida a los padres.

El Test de Matrices Progresivas Raven para la medida de capacidad intelectual Escala Especial (para niños de 4 a 11 años) se determinó el diagnóstico de capacidad intelectual de los niños, entre ellos estaban: la capacidad superior, superior al término medio, igual al término medio, inferior al término medio y deficiente.

En los casos de niños de 12 años y adolescentes se les aplicaba el Test de Matrices Progresivas Raven para adultos, este test fue de mucha utilidad en los casos de adolescentes de 14 o 15 años en grados como cuarto o quinto primaria, en los que se dio a conocer un nivel de cociente intelectual limítrofe o retraso mental leve.



Tanto el Test de Matrices Progresivas Raven escala especial y el Test de Matrices Progresivas Raven para adultos proveen información vital pues el tiempo que necesitó el paciente para realizarlo indica su agilidad mental, si es rápida su ejecución o si necesita mucho tiempo extra para realizarlo. Siendo así que los niños que realizaban el Test de Matrices Progresivas Raven escala especial invertían de 5 a 10 minutos para realizarlo. Y los adultos que realizaban el Test de Matrices Progresivas Raven invertían de 20 a 30 minutos.

Al unir toda la información de la anamnesis infantil y los resultados de los test psicológicos, se podía diagnosticar el problema que estaba afectando, y se daba a conocer si no sólo era un problema, o también podía aparecer un problema principal y otros comorbidos. Se vio una mejora en cada uno de los pacientes, al ayudarlos a subir su autoestima y estado de ánimo, el rendimiento académico del paciente mejoraba. Así mismo se dieron resultados positivos al determinar cuál era el problema, después de haber conocido su capacidad intelectual, si había problemas psicomotores.

Al proveer técnicas, herramientas y estrategias especiales para el caso el niño logró que esté se esforzara más al ver que si es capaz de hacerlo, los padres se sintieron con menos ansiedad, provocando en el paciente que este se sintiera también más relajado.

La inteligencia puede ser:

130 o superior: Superdotado

120-129: Brillante

110-119: Inteligente

90-109: Normal

70-89: Limítrofe (borderline o fronterizo)

55-70: Discapacidad intelectual leve

35-55: Discapacidad intelectual moderada

35 o inferior: Discapacidad intelectual severa/ profunda

Los resultados de las evaluaciones psicométricas de los niños podían ser:

1. Niños con nivel de inteligencia normal y borderline, su origen puede ser multifactorial, desde genético, intoxicaciones, enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, entre otros.
2. Lesión cerebral, su causa es multifactorial, debiéndose principalmente a uso y abuso de sustancias químicas de los padres, enfermedades de la madre durante el embarazo, falta de nutrientes y/u oxígeno, golpes, desde la concepción, embarazo, primeros meses de vida. El nivel de gravedad dependerá del número de indicadores significativos que se encuentren, afecta los procesos básicos del pensamiento del infante,

principalmente la falta de planificación, dificultad espacial y baja autoestima.

3. Combinación de desarrollo cognoscitivo lento y lesión cerebral.
4. Niños, niñas adolescentes con discapacidad intelectual, su origen puede ser multifactorial, desde genético, intoxicaciones enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, entre otros.
5. Deprivación de la madre y familia. (Deprivar es la pérdida de algo valioso o necesario.

Entre otras necesidades que presentaban los niños eran: problemas del lenguaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dificultad visual y problemas familiares.

También se ha encontrado principalmente a niños con una dificultad mixta, con un nivel de inteligencia normal o fronterizo, combinado con indicadores de lesión cerebral, por lo tanto su proceso de aprendizaje es más lento que el resto del grupo, presentando problemas de leves a graves, principalmente en el proceso de la escritura. En la mayoría de casos se presentó baja autoestima ya que la familia y el docente no creen en ellos. Los niños perciben que son diferentes a los demás y sufren por no poder corresponder al cariño de sus padres, les afecta la burla de sus compañeros de clase y la presión del docente que ya no puede realizar las actividades que le son asignadas, principalmente las planas o copias del pizarrón o sus libros.

## **CAPITULO IV**

### **ÁNALISIS Y DISCUSIÓN DE LA EXPERIENCIA**

#### **4.1 Subprograma de Servicio**

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el Centro de Salud Pública en Ciudad Quetzal, San Juan Sacatepéquez, para iniciar la Licenciada en Psicología me compartió la forma en la que ella trabajaba los casos para poder así trabajar de la misma manera. Durante todo el proceso de EPS la comunicación con la licenciada titular y yo fue muy importante, estuvimos compartiendo los casos que cada una teníamos y sus evoluciones.

El espacio de la clínica de psicología en la institución era formado por dos paredes de playwood de sus 4 paredes y se compartía con trabajo social ya que ellos no tenían un espacio propio. Al llegar la epesista la clínica se usaba mucho más por lo que trabajo social se quedó sin su espacio y solicitó otra clínica.

La constitución física del área de psicología era un inconveniente para la atención psicológica a pacientes debido a que ingresaba los sonidos exteriores a la clínica, bebés llorando, enfermeras llamando por su nombre a pacientes y el sonido de la televisión, así como ingresaban los sonidos también se escuchaba lo que se decía dentro de la clínica psicológica por lo que para mí era mejor que la televisión estuviera encendida para que no permitiera que se escuchara lo que se hablaba en la terapia.

Dadas las condiciones de la clínica era incómodo para los pacientes ya que en unas ocasiones no se sentían libres de hablar y preferían hablar bajo; dificultándome mi trabajo, en ocasiones les tenía que pedir por favor que repitieran lo que acababan de decir debido a que no los había escuchado. No todos hablaban bajo, otras personas pudieron expresarse con un tono de voz normal sin pena. La epesista tenía que nivelar su tono de voz, cuando se escuchaba mucho los sonidos exteriores subía su tono de voz provocando un esfuerzo extra, y cuando no había sonidos exteriores si podía usar su tono de voz natural. Con los pacientes que más afectó esto era con niños o adultos mayores que tenían un tono de voz bajo, para ellos muchas veces no era fácil hablar de sus problemas y podían pensar que no se les había puesto atención ya que les pedía que repitieran lo que habían dicho.

Se analizó el estado físico de la clínica psicológica debido a que es muy importante pues una de las condiciones para llevar un proceso psicoterapéutico es hacer que el paciente se sienta cómodo, tranquilo y seguro que lo que se dice durante las sesiones nadie más lo sabrá. Otro factor importante es mencionar el espacio de la clínica, aproximadamente era de 3 metros de ancho y 4 metros de largo, siendo muy pequeña, esto obstaculizaba el trabajo con niños que les gustaba jugar con los juguetes y moverse dentro de la clínica, las madres que iban acompañadas de dos o tres hijos, familias en las que ambos padres asistían, o que incluso iban con tíos o abuelos, por lo que en estos casos se tuvo que pedir que algunas personas se salieran de la clínica. Un caso muy especial fue cuando un padre de una paciente en silla de ruedas quería entrar, fue muy difícil que se lograría meter la silla de ruedas a la clínica afortunadamente con esfuerzo se logró.

En los días que la psicóloga titular no llegaba la epesista ocupaba la clínica psicológica, pero otros días las dos estaban ahí, por lo que la epesista tenía que prestar otra clínica disponible, durante los primeros meses del EPS faltaba que enviaran a un médico, por lo que había una clínica que podía usar la epesista pero al completar a los doctores ya no tenía el uso de la misma.

Seguidamente Trabajo Social logró obtener un espacio que era utilizado anteriormente por la señora conserje, se hicieron modificaciones para adaptarlo a ser una clínica. Un tiempo después la trabajadora social titular solicitó su traslado a otro Centro de Salud y mientras el Área de Salud enviaba a una nueva trabajadora social yo solicité poder trabajar ahí y me lo concedieron.

Unos meses después al ser enviada la trabajadora social, me quedé sin espacio de nuevo por lo que me dieron el laboratorio que está adentro de la clínica dos, el problema era que se escuchaba la consulta que daba el doctor con sus pacientes y viceversa se escuchaba lo que se trabajaba en psicología, di uso de la clínica 3 cuando era desocupada a las dos de la tarde, la Dirección y el área de saneamiento ambiental. Este inconveniente no se presentaba todos los días debido a que unos días la psicóloga titular era enviada a otras actividades.

Cuando la clínica psicológica estaba disponible esa era la que se utilizaba y debido a que algunos días se usaban otras clínicas del Centro de Salud la epesista les explicaba a los pacientes que era necesario que preguntaran donde iban a ser atendidos. Siendo así la epesista no entraba a la clínica hasta que el paciente se presentará para que se encontraran fácilmente. Otra desventaja de tener que atender

en una clínica que no era la de psicología era que no se tenían al alcance los expedientes. Debido a que el área de psicología también estaba ocupada con la psicóloga titular trabajando con sus pacientes.

A lo largo del trabajo de la epesista con la comunidad se mostró la valoración de la psicóloga como profesional, al ver la intervención de ayuda con los problemas emocionales que muchas veces la población no expresa por miedo a ser juzgados o aconsejados erróneamente. La demanda de personas que solicitaban atención psicológica era fuerte, para la epesista fue agotador por una parte, pero por la otra parte era muy bueno que las personas confiaran en la psicología. La promoción del servicio psicológico era hecho por la misma comunidad, persona a persona, de boca en boca contaban que habían asistido a terapia psicológica en el Centro de Salud y que el servicio era gratuito.

Es lamentable que la mayor parte del EPS no hubiera útiles de oficina como: hojas para la elaboración de historias clínicas, folders, ganchos, así como no se contaba con una impresora para imprimir los informes y constancias psicológicas. Por lo que la epesista compró este material para poder trabajar.

Las personas que solicitaban atención psicológica de manera voluntaria estaban con menos mecanismos de resistencia, eran más responsables con sus citas y colaboradores, todo lo contrario, era con las personas que eran referidas a psicología, y siendo éstas que más necesitaban la terapia psicológica en que muchas ocasiones no fue fácil trabajar con ellos. Sin embargo, se aprendió a manejar esta

situación a través de la escucha activa, tratando de entender que era lo que había sucedido para poder ayudar de la manera más eficaz a los pacientes.

Los avances de los casos psicológicos dependían en el grado de compromiso con el cambio que poseían los pacientes, a niños, adolescentes y adultos se les solicitaba su colaboración para tener éxito a lo largo del proceso psicológico.

Con niños no se pudo dar la terapia de juego en su totalidad, debido a que las personas abandonaban prematuramente la terapia y esto sucedía en gran parte por que el Centro de Salud estaba lejos de sus hogares, algunas familias tenían que caminar grandes distancias, otras personas pagaban bus, taxi o mototaxis para poder llegar. Se presentó un caso en el que la familia vivía en Aldea Lo de Mejía y por ser de escasos recursos caminaban 4 kilómetros y de la misma forma se regresaban a sus hogares, también otra familia de numerosos miembros para llegar al Centro de Salud caminaba 10 kilómetros desde la Aldea Chillani y se regresaban de esta misma manera a sus casas. La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de la autoexpresión de un niño. A través del juego el niño expresa sus sentimientos y emociones.

Dentro del cuarto de terapia de juego el niño es la persona más importante, donde él controla la situación y a sí mismo donde nadie le dice que debe hacer, nadie lo critica, nadie lo regaña, ni sugiere o lo obliga y nadie se entromete en su vida privada, siente, de momento, que ahí puede extender sus alas y verse frente a frente; ya que es aceptado por completo. La base del trabajo con niños fueron los 8 principios de la Terapia de Juego de Virginia Axline.



Las instituciones educativas referían a niños para recibir ayuda psicológica por diversas causas, entre las más comunes se encuentran: bajo rendimiento escolar, mal comportamiento, niños hiperactivos, timidez, entre otros. Sin embargo, algunas instituciones educativas no permitían que los alumnos faltaran a clases o llegaran tarde por lo que estos casos no pudieron recibir la terapia completa. Durante el EPS se entregaron un promedio de 20 informes psicológicos con las recomendaciones para cada caso en las que se solicitaba la ayuda del docente. Seguidamente al seguir las recomendaciones los niños progresaban, con el uso de disciplina asertiva, aumentando su autoestima con demostraciones de cariño físico y reforzadores positivos y disminuyendo así el nivel de ansiedad de sus padres y por lo tanto también el de los niños.

Las instituciones educativas públicas en su mayoría estaban sobrepobladas, dificultando la labor de los docentes, quienes a su vez se sentían agotados de la fuerte carga de trabajo, la labor docente no es bien remunerada por lo que muchos docentes trabajan en doble jornada, todo esto perjudica en su labor debido a que no se sienten motivados en su trabajo. En cuanto los estudiantes presentaban poca motivación, desinterés y se distraían en clase, como resultado se dificultaba la comprensión de los conocimientos impartidos por su docente.

Los cambios de cita que se dieron se hicieron a través de llamadas telefónicas, se solicitó dos números telefónicos sin embargo algunos cambios de cita no se pudieron realizar debido a que no se lograba establecer la comunicación con los pacientes.

La población infantil tuvo mayor demanda en atención directa, las recomendaciones que se daban hacia los padres se pudieron haber hecho por escrito para que ellos las tuvieran. Únicamente cuando se elaboraba el informe psicológico se hacían de forma escrita. Uno de los temas que se trabajaron frecuentemente fue el uso de la disciplina asertiva, buscando un punto medio como decía Aristóteles, al no ser un padre permisivo, ni autoritario, sino buscar el punto medio entre estos extremos, también estableciendo reglas y consecuencias en el hogar.

Los padres, encargados y familiares de los niños eran los principales pacientes que debían recibir terapia psicológica al ser ellos los que educan a sus hijos, sin embargo, era muy difícil que asistieran a las sesiones debido a que trabajaban. Otro dato importante que se dio a conocer es que la mayoría de población infantil estaba a cargo de otro familiar como abuelos o vecinos, debido a que ambos padres trabajan o uno de ellos estaba ausente o había fallecido.

A través de la elaboración de la historia clínica se evidenció las condiciones en las que vive la población en Ciudad Quetzal, un gran número de familias que no tienen casa propia (alquilan), personas no poseen un trabajo formal con prestaciones de ley, ambos padres trabajando dejando así el cuidado de sus niños a familiares o vecinos, poca preparación académica de los padres, encargados o familiares, en casos extremos familias viviendo sin servicios de luz o agua.

Los hogares en los que sólo vive la madre con sus hijos debido al abandono o fallecimiento del padre han ido en aumento. Es lamentable ver casos en los que los

padres no reconocen legalmente a sus hijos como resultado las mamás no tienen la opción de pedir pensión alimenticia por medio de un Juzgado Familiar. Además, muchas familias con padrastros o madrastras, lo cual crea inseguridad en los niños ya que en la mayoría de los casos no son tratados con amor y respeto; por lo contrario los niños son más vulnerables a sufrir algunas formas de violencia.

La alimentación es muy importante en los niños debido a que están en una etapa de desarrollo, los niños que consumen alimentos procesados en vez de frutas, vegetales y otros alimentos enteros suelen ser estar más propensos a tener problemas de peso durante su vida. Es vital que la población infantil se alimente sanamente. La alimentación de niños debe contener hierro, calcio y vitamina D para reforzar su sangre y huesos, así como zinc y magnesio para el sistema inmunológico. Todos estos nutrientes se pueden obtener mediante una alimentación rica en frutas, vegetales, cereales y carne.

Por medio de la elaboración de la historia clínica evidenció que la mayoría de familias no poseían un buen nivel económico, por lo que se alimentaban con lo que podían aunque no fueran cosas nutritivas o dejando lapsos muy largos de tiempo sin comer. También los malos hábitos alimenticios que tenían los padres los transmitían a los niños como por ejemplo un consumo excesivo de grasas y azúcares.

Al conocer las rutinas de los niños se obtenía información muy importante, como el nivel de independencia del niño, cómo se invierte el tiempo antes o después de asistir a clases, el horario de dormir y levantarse, entre otros. Para el desarrollo pleno de los infantes es necesario darle responsabilidades según su edad, se espera

cierto grado de independencia, el horario de dormir es muy importante conocerlo para analizar si duerme el tiempo necesario.

La comunidad de Ciudad Quetzal es muy trabajadora, tanto así que no dedican mucho tiempo a actividades recreativas y familiares debido a que los salarios son bajos deben trabajar extensos horarios para poder mantener a sus familias. Aunque es en contra de los derechos del niño, hay niños que trabajan, ya sea en los negocios propios de la familia o en trabajos fuera del ámbito familiar, desde muy pequeñas edades el niño debe colaborar económicamente en su hogar.

La comunidad de Ciudad Quetzal tenía creencias religiosas muy grandes, asistiendo a servicios religiosos con frecuencia. El pensamiento en general era con la ayuda de Dios y la terapia psicológica los problemas serán resueltos. Se presentó un porcentaje pequeño de personas que no tenían religión.

Las personas estaban muy receptivas al plan educativo que proporcionaba la epesista habían tantos temas importantes que compartir con los padres que según las necesidades que se veían, se hacía una investigación del tema y se buscó la forma más sencilla de ser explicados. De esta forma el eje de docencia también fue trabajado a través del área clínica. Los temas que se trabajaron con más frecuencia fueron: el uso de disciplina asertiva, la importancia dar amor y apoyo a sus hijos, establecimiento de reglas y consecuencias, orientar a los niños en el tema de sexualidad, recomendaciones a los niños para evitar ser víctimas de abuso sexual, la colaboración de todos los miembros de la familia en las tareas domésticas, alimentación saludable, establecimiento de rutinas diarias, entre otros. A través de

estas charlas durante la terapia los padres cambiaban su forma de tratar a sus niños, la comunicación se mejoró y se formaron las bases para un hogar estable y feliz.

El equipo de trabajo del Centro de Salud fue invitado a una capacitación que ofrecía un grupo de estudiantes universitarios de Estados Unidos en el que presentaron un proyecto especial para madres, el tema fue estimulación temprana, esta actividad fue realizada en un colegio donde la epesista tuvo la oportunidad de asistir. Los ejercicios aprendidos fueron transmitidos a las familias que tenían bebés de 0 a 2 años para que ellos pudieran dar estimulación temprana a sus hijos.

Los pacientes referidos por timidez, se encontró que era una fobia social a la escuela, debido a que en el ámbito familiar no se presentaba el problema. El punto de corte entre la normalidad y la patología la daba el grado de incapacitación que ocasionaba. Cuando la timidez interfería negativamente con el funcionamiento cotidiano, produciendo incapacitación para desenvolverse con éxito en el terreno académico o social, desde la teoría del apego se pone especial énfasis en el establecimiento de unos vínculos afectivos seguros con padres o cuidadores por parte del niño. La mayoría de autores coinciden en asegurar una clara conexión entre apego inseguro y retraimiento social. Los niños se vuelven tímidos posiblemente cuando los lazos afectivos no fueron bien establecidos ya sea por falta de tiempo, calidad de la relación, distanciamiento físico o abandono del bebé ahí se formaron las bases para un niño inseguro.

Es fundamental, en la educación del niño, proporcionarle suficiente seguridad afectiva (que no sea sobre-protección) para que pueda construir su personalidad

sobre una plataforma más sólida. Si el niño percibe, desde edades muy tempranas, que sus padres están a su lado (no solo para consentirle sino para ayudarlo en todo) crecerá con mayor seguridad, autonomía y podrá establecer unas relaciones más seguras con el mundo externo. Contrariamente, cuando la relación padre-hijo es de inseguridad, ese sentimiento se generaliza a todas las relaciones externas y produce en el niño una sensación de incompetencia y falta de valor.

Las personas que eran diagnosticadas con un tipo de depresión al encontrar las causas que la originaron, entre las principales causas encontradas son: una infancia en condiciones de pobreza, trabajo forzado en su niñez (no pudiendo continuar así sus estudios), personas víctimas de violencia física, psicológica o sexual, problemas económicos en su edad adulta, padecimientos de enfermedades, fallecimiento de un familiar cercano, problemas sentimentales, etc.

Los síntomas que presentaban las personas con un trastorno depresivo podían ser: aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse y tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Se presentó un caso de una joven de 16 años con una depresión post parto, ella no quería alimentar a su bebé y fue llevada a psicología por su suegra, al relatar su historia se dio a conocer que fue víctima de violencia sexual durante varios años, en la única sesión que se pudo trabajar se le dieron herramientas para expresar sus emociones. Más adelante la suegra de la paciente informó a la psicóloga titular del Centro de Salud que su nuera estaba mejor y que sus síntomas habían disminuido. A su vez la psicóloga titular le contó y felicitó

a la epesista haciendo énfasis en que muchas veces no se logran ver los progresos de los pacientes pero eso no significa que no los hubiera.

Los niños referidos como hiperactivos, desobedientes o agresivos, su conducta era el síntoma de una familia en crisis, padres ausentes, permisivos, violentos, negligentes, entre otros. No es que el niño fuera hiperactivo era más la falta de seguimiento de reglas, un niño desobediente, no es que el niño fuera agresivo es que actuaba de la misma forma que era tratado en su hogar.

La violencia e inseguridad que viven los habitantes de Guatemala facilita que los niños experimenten estrés postraumático, infantes que fueron secuestrados, que han presenciado la muerte violenta de un familiar, que se les trasmite los temores de los padres. Los niños que presentaron problemas de estrés postraumático que asistieron a psicología tuvieron una disminución de sus síntomas al poder narrar la experiencia, sentir el apoyo de su familia y usar las técnicas de relajación muscular.

Uno de los motivos por los que no se presentaron muchos casos de personas solicitando terapia de pareja era por los horarios de trabajo, en los que la mayoría que habita la comunidad viaja a la capital desde horas tempranas de la mañana y regresa en la noche, no permitiendo así que ambos pudieran asistir a terapia. El horario de atención psicológica que brindó el Centro de Salud era desde las 8a.m. a las 3.30p.m.

Las personas con problemas de dependencia a sustancias para su rehabilitación necesitan de un trabajo multidisciplinario, grupos de apoyo, terapia psicofarmacéutica y terapia psicológica. Fue imprescindible que el paciente

estuviera consciente que al tener una adicción no lo volvía mala persona sino simplemente un enfermo. Todo ello sin olvidar, que el adicto atravesará un proceso de recuperación muy largo, que es fundamental que este motivado para alcanzar su objetivo.

Los pacientes adictos a sustancias que no contaban con un grupo familiar de apoyo tenían muy pocas probabilidades de recuperarse, ya que la familia es un pilar básico en este proceso. Los casos que se trabajaron en el área de psicología eran de adolescentes que iniciaban el consumo principalmente de alcohol, tabaco y marihuana, con las recomendaciones dadas los jóvenes y familias se logró el abandono del uso de sustancias adictivas. A los pacientes se les concientizó sobre no el consumo de sustancias adictivas ya quepodía ir aumentando y si no se detenía perderían el control de su vida.

Lamentablemente por el machismo que aún existe en la población guatemalteca, muchas son las mujeres que sufren un tipo de violencia, por esta razón los hombres no dejan a sus parejas trabajar y no les permiten tener una planificación familiar. A la población femenina que tiene muchos hijos les afecta deteriorando su salud. Este problemática resulta afectando también a los niños que al ser una familia con muchos hermanos abandonan sus estudios para trabajar, no se alimentan bien, viven en condiciones precarias y reciben menos cuidados y atención de sus padres

En la problemática de violencia se analiza al victimario y a la víctima. El victimario puede ser una persona que busca poder, una persona que repitió el ciclo



de violencia que vivió, que consume bebidas embriagantes o sustancias adictivas, induce sentimientos de indefensión y culpabilidad a la víctima. En la parte de la víctima se busca entender cuando no rompe el silencio, se cree que el mejor cómplice del maltratador es el silencio.

La indefensión aprendida es un estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos a los que una persona se ve expuesta se vuelven incontrolables o así los percibe. La persona con indefensión aprendida cree que no puede hacer nada para salir de una situación injusta o desagradable. Esta es la explicación porqué los pacientes se rinden, dejan de luchar o pierden la esperanza.

La indefensión aprendida se da cuando la persona ha estado tanto tiempo sometida al dolor y al sufrimiento sin oportunidades de escapar que ya no se defiende, ha aprendido que no puede hacer nada. La indefensión o impotencia es una predisposición que viene determinada por las experiencias de la infancia. Del mismo modo que las bases de la resiliencia se desarrollan durante los primeros años de vida, los de indefensión también.

Las personas con indefensión aprendida pierden la motivación, tienen sentimientos de incompetencia, frustración y depresión. Las personas que padecen de indefensión aprendida tienen un nivel bajo de resiliencia, con causas internas (pensando todo es mi culpa, soy un inútil, haga lo que haga no sirve) que generalizan los sucesos de su vida.

Las víctimas de violencia física, sexual o psicológica presentan estos sentimientos de indefensión aprendida, tienen una autoestima baja, su autocrítica es

destruktiva y tóxica, desconfían del mundo y de sí mismos. Poseen un bajo nivel de apoyo familiar o ningún familiar que les ayude.

Según la infancia que haya vivido el paciente así será su nivel de resiliencia que posea, si sus padres le ofrecieron apoyo, animándolo a hacer las cosas por sí mismo acompañándolo de sus errores, o si le hicieron creer que nada de lo que hacía servía. Así es como con la indefensión aprendida las víctimas de violencia no detienen el ciclo, han vivido situaciones tan difíciles y por tiempo prolongado que piensan que la vida es así, que no se puede hacer nada y que inclusive merecen lo que les sucede.

A través del plan educativo se trabajó con las víctimas de un tipo de violencia, que ellas no eran las culpables de vivir de esa manera, se les recordaba la importancia de vivir en un ambiente sano para los niños y se les trató de empoderar para detener el ciclo de la violencia. Durante el proceso de ayuda psicológica muchas personas tuvieron el valor de denunciar a su victimario, también varias madres denunciaron a sus esposos para recibir la pensión alimenticia para sus niños.

## 4.2 Subprograma de Docencia

El subprograma de docencia benefició de gran manera a la comunidad, como su nombre lo indica, la docencia es enseñar, las personas están muy receptivas a recibir ayuda y más cuando se trata de un profesional de la salud mental que lo ofrece.

Antes de que la epesista realizara su primera charla en el canal Televida observó cómo se desarrollaba el programa, la psicóloga titular del Centro de Salud juntamente con un doctor fueron a impartir un tema y la epesista presenció cómo fue. Esto facilitó la planificación y elaboración de las charlas educativas a la comunidad de Ciudad Quetzal.

El personal administrativo del Canal de Televisión estaba a la disposición de la epesista en cuanto a las veces que necesitara la transmisión de sus charlas educativas, así mismo aceptaban los temas que eligiera. Según la necesidad que se observó a través del área clínica se impartieron los temas: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar? ¿Cómo mejorar el rendimiento académico del niño? Diferentes tipos de aprendizaje ¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? y autoestima en niños. No se pudo saber el número exacto de personas que vieron los programas, la población de Ciudad Quetzal es muy grande por lo que se calcula un buen número de personas beneficiadas.

En el área clínica también se trabajó el eje de docencia durante las sesiones de terapia psicológica se dio la oportunidad de compartir con los padres los temas: el uso de disciplina asertiva, la importancia dar amor y apoyo a sus hijos, establecimiento de reglas y consecuencias, orientar a los niños sobre sexualidad, consejos para evitar ser víctimas de abuso sexual, la importancia de la colaboración de todos los miembros de la familia en las tareas domésticas, alimentación saludable, establecimiento de rutinas diarias, entre otros.

Los talleres participativos se pudieron realizar gracias al apoyo recibido de parte de la Iglesia Católica Jesús Nipalakin, la ubicación de la iglesia estaba cercana al Centro de Salud, las personas invitadas conocían la iglesia debido a su cercanía con la estación de buses de la colonia Linda Vista.

Para hacer uso del salón dentro de las instalaciones de la Iglesia católica se debía esperar a que estuviera disponible, aunque la epesista quería iniciar puntualmente los talleres en ocasiones se atrasaba ya que un grupo de personas tenían una clase de zumba y hasta que ellos terminaban se podían ingresar las sillas e iniciar la actividad.

A las personas que participaron en el taller les gustó mucho la actividad, al finalizar se les dio la oportunidad de expresar cómo les había parecido el taller, siendo así que habían encontrado muy interesante la información y que era importante continuar haciendo los talleres para enseñarle a los demás padres de familia. A través de los talleres las personas recapitaron sobre la forma de crianza que han tenido con los niños.

Lo más esencial al impartir el tema disciplina asertiva era recordar a los padres que a través de la disciplina se logrará el éxito, la disciplina es el segundo regalo más importante que los padres pueden hacer a sus hijos, el amor es primero. Recordando que se debe buscar un punto medio, no ser demasiado permisivos, ni ser muy rígidos. Al realizar este taller los padres establecieron las normas y reglas conductuales para sus hijos debido a que la mayoría no lo tenían.

En el tema la importancia de dar amor y apoyo a los niños era fomentar padres afectuosos con abrazos, besos y palabras de cariño, se les dio el material impreso con las 7 formas de educar con amor y el decálogo de los padres. Las personas muy sinceramente expresaron que esa no era la forma en que los habían criado a ellos.

Al sentirse el niño amado y valorado iba mejorando su nivel académico debido a que se sentía motivado, a su vez se compartió el tema cómo ayudar a los niños a mejorar su rendimiento académico, se brindó ejercicios para mejorar en las áreas de matemática, escritura, lectura y técnicas de estudio para niños de 3ro. Primaria en adelante. Seguidamente en el otro taller se continuó el tema con los diferentes tipos de aprendizaje para concientizar la importancia de recordar que todos los niños son diferentes y tienen diversas formas de aprender. Como decía Abraham Maslow supongo que es tentador tratar todo como si fuera un clavo, si la única herramienta que tengo es un martillo.

El taller autoestima en niños era también autoestima en padres, la epesista inició dando un ejemplo si tengo una pizza, puedo dar pizza a las personas a mi

alrededor, pero si no tengo pizza ¿Qué puedo dar? Nada. Los niños serán padres un día, si en su niñez fueron tratados con cariño y amor así ellos educarán a sus hijos, los pilares de este tema fueron que la autoestima de un niño depende en gran parte de los mensajes que le envían sus padres, los mensajes estoy orgullo de ti, te quiero, tu puedes, confié en ti, me encanta pasar tiempo contigo, harán que el niño se valore a sí mismo y por lo contrario si carece de todo estos mensajes positivos y se añade algún tipo de violencia su nivel de inseguridad aumentará y tendrá una baja autoestima.

A través de estos talleres se obtuvo información que se iba a utilizar en el eje de investigación para iniciar el taller se les solicitó a los participantes que llenaran un cuestionario para estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.

### **4.3 Subprograma de Investigación**

En el área de atención directa a pacientes por medio de la elaboración de historias clínicas se obtuvo mucha valiosa información para estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.

Entre las causas encontradas del bajo rendimiento escolar que incidían era la poca preparación académica que tenían los padres, familiares o encargados, la mayoría respondió que no pudieron estudiar debido a que su familia era de escasos recursos y tenían que trabajar desde niños. Así mismo que se casaron o unieron a edades tempranas por lo que abandonaban sus estudios para cuidar a sus hijos o trabajar.

Otra causa del bajo rendimiento escolar en niños fue las jornadas largas que tienen que laborar los padres, es una minoría las amas de casa, en algunos casos sólo el padre trabaja, pero también las madres trabajan vendiendo cosas como ropa o comida. Esto da como resultado poco tiempo dedicado a revisar tareas y explicar temas a los niños.

Durante la preconcepción uno de los factores a mencionar era madres a edad temprana, embarazos no planificados, crisis familiares durante el embarazo, alimentación inadecuada detonando en madres con problemas de desnutrición (principalmente por ser de escasos recursos). En la labor de parto complicaciones para ser trasladadas desde el sector de Ciudad Quetzal en su mayoría al Centro de

Salud 1ro. de Julio, Hospital Roosevelt, Instituto de Seguridad Social en Pamplona. Si se toma en consideración la distancia es larga, pudiendo así poner en peligro al bebé de sufrir cianosis (al nacer su piel esta morada o azul) o aspirar meconio. Así mismo la madre puede padecer de hipertensión arterial o alguna otra complicación. El tiempo de traslado a un Centro Hospitalario puede poner en riesgo la vida de la madre y la de su bebé.

Si un bebé sufre de cianosis o aspira meconio puede causar lesiones en su cerebro perjudicándole en el área escolar, le resultará más difícil aprender o será más lento para trabajar ya que si hay lesiones cerebrales la información en las neuronas no puede ser transmitida. Esta es la razón de haber utilizado el Test Gestaltico Visomotor de Lauretta Bender para ver cuántos indicadores de lesión cerebral presentaban los niños, si se encontraban si eran comunes, significativos o altamente significativos. A su vez este test proporciona información del tiempo que necesitan los niños para realizar tareas escolares.

Los problemas para subir de talla y peso, enfermedades que ha padecido el niño como la desnutrición fueron las problemáticas que más se investigaron ya que afectan el desarrollo normal del cerebro del niño desencadenando más adelante en problemas de aprendizaje.

Con la ayuda del Test de la Figura Humana se podía evaluar el estado de ánimo de los niños, con la escala que proporciona el Test de la Figura Humana de Goodenough se podía determinar el cociente de nivel intelectual del niño y la edad mental. Al comparar la edad cronológica con la edad mental se encontraron casos en



niños que tenían uno o dos años menos de edad mental con la edad cronológica. Siendo así una posible causa del bajo rendimiento escolar que presentaba el estudiante.

Con la ayuda del Test de la Figura Humana los resultados más frecuentes fueron que los niños eran soñadores e idealistas al dibujar en el sector izquierdo de la página y al hacer la figura pequeña indicaba timidez, inseguridad, posible depresión, autoestima baja.

El Test de Matices Progresivas Raven para la medida de capacidad intelectual Escala Especial (para niños de 4 a 11 años) ayudó para determinar la capacidad intelectual de los niños, entre ellos estaban: la capacidad superior, superior al término medio, igual al término medio, inferior al término medio y deficiente.

En los casos de niños de 12 años y adolescentes se les aplicaba el Test de Matrices Progresivas Raven para adultos, El Test de Matrices progresivas para adultos proporciona un nivel de cociente intelectual y con la ayuda de este test se encontró para muchos casos un nivel de inteligencia límitrofe que a pesar de no ser un nivel bajo causaba muchos inconvenientes en el rendimiento escolar de los pacientes.

Al unir los resultados de las tres pruebas con la información obtenida de la historia clínica se hizo el diagnóstico, las recomendaciones y se dio inicio al proceso de psicopedagogía con los niños. El resultado del trabajo fue de mucho beneficio para los niños que al proporcionarles herramientas a los padres y docentes les ayudó

a mejorar su rendimiento escolar. Así mismo cuando los padres les dieron más cariño y apoyo el resultado fue niños felices y comprendidos.

Con resultados de pruebas psicológicas era necesaria una adecuación curricular, para esto era importante que se evaluaran las cosas que ya podía hacer el niño y tratar de ir enseñando de lo más simple a lo más complejo. Fueron casos de adolescentes de 14 y 16 años que seguían en grados como 5to. y 6to. primaria los que se sospechaba de un retraso mental, y en efecto al ver los resultados de las pruebas eso indicaba el por qué no aprobaban los grados escolares, a estos casos especiales se les presentaron las opciones de llegar a completar la primaria y aprender un oficio (o al menos una parte) así como los lugares donde podían estudiarlo. Los oficios podían ser panadería, mecánica, albañilería, enderezado y pintura, sastrería, estilistas y era importante saber si un familiar le podía ayudar a aprender alguno de estos oficios.

Al estudiar las causas del bajo rendimiento escolar se evidenciaba que los niños necesitaban una evaluación oftalmológica, lamentablemente muchos padres de niños que necesitaban usar anteojos no contaban con los recursos económicos para comprarlos en el momento de la evaluación sino hasta tener los recursos monetarios.

En los casos de niños con problemas del habla se les proporcionó una serie de ejercicios para mejorar el habla, indicándoles que si no se veían mejoras dentro de 5 meses la mejor opción era buscar la ayuda de una terapeuta del habla.

Entre los problemas familiares que más afectaban el rendimiento escolar del niño se encontraron: abandono o separación de uno de los padres, violencia

intrafamiliar, problemas sentimentales entre la pareja, dificultades económicas y falta de comunicación entre los miembros de la familia. Como resultado de la terapia los padres, familiares o encargados de los niños estuvieron conscientes que el entorno familiar afecta el desempeño escolar del niño por lo que se comprometieron a solucionar los problemas para el beneficio de sus hijos.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones Generales

1. Durante el proceso de Ejercicio Profesional Supervisado realizado en el Centro de Salud Público en Ciudad Quetzal, San Juan Sacatepéquez, el resultado del trabajo obtenido fue significativo. De acuerdo a las observaciones realizadas en el trabajo con la mayoría de personas se mostró cambios de pensamientos y actitudes. Y se lograron cambios positivos no solo en el paciente sino en familias y progresivamente en sus comunidades.
2. Al incrementarse la solicitud de apoyo psicológico se refleja la aceptación, importancia y utilidad para la resolución de problemáticas, cambiando ciertos tabús en cuanto a esta ciencia.
3. La demanda de atención psicológica en un centro de salud pública es muy grande, por lo cual no se logra cubrir con eficacia con una psicóloga titular.
4. El trabajo psicológico con niños y adolescentes es imprescindible pues ellos serán el futuro del país, al ser personas en desarrollo, es necesario cimentar las raíces de su crecimiento en forma adecuada para un día convertirse en adultos con una buena salud mental. Así mismo es vital el apoyo psicológico a los padres, ya que los niños dependen en un gran porcentaje de ellos.

5. La pobreza es la base de todos los problemas psicosociales, no permitiendo que las personas que tengan acceso a una vivienda digna con servicios básicos indispensables, una educación de calidad, un trabajo bien remunerado y un ambiente sano, libre de violencia e inseguridad.

## **CONCLUSIONES ESPECÍFICAS**

### **5.1.2 Subprograma de Servicio**

1. A través de la atención clínica brindada a los pacientes se pudo observar cambios significativos durante la terapia. Concluyendo así satisfactoriamente los casos de atención directa.
2. Con el uso de pruebas psicológicas se puede evaluar diferentes aspectos del ser humano para comprender la problemática que presenta especialmente el niño.
3. Para la comunidad de Ciudad Quetzal fue muy valioso contar con mayor apoyo en el área de psicología del Centro de Salud Pública.
4. La asesoría psicojurídica que ofrece la Fundación por Ti Mujer en conjunto con el área de psicología es de gran utilidad para ayudar a promover la cultura de denuncia y dar acompañamiento para realizarla ya que las personas no saben a dónde deben de dirigirse. Es muy valioso que se logre trabajar coordinadamente con otras instituciones.

### **5.1.3 Subprograma de Docencia**

1. Las acciones de formación y prevención son de gran utilidad ya que ayudan a evitar la aparición de problemáticas psicosociales.
2. La televisión siendo un medio de comunicación en masa tiene un gran alcance para producir cambios positivos en la población a través de programas con orientación psicológica.
3. Los talleres participativos fueron muy significativos para adquirir conocimientos, expresar opiniones y darse cuenta que otras personas se enfrentan a problemáticas psicosociales similares a las de los participantes.

#### **5.1.4 Subprograma de Investigación**

1. Existen diversas causas por las que los pacientes presentan un bajo rendimiento escolar entre las principales se encuentran: la poca preparación académica que tenían sus padres, la poca disponibilidad de tiempo dedicado a los niños debido a extensas jornadas de trabajo, desnutrición en madres y niños, dificultades en el embarazo, complicaciones durante el parto desencadenando problemas orgánicos en los niños. Los niños podían presentar problemas emocionales, dificultades visomotoras y una capacidad intelectual inferior al término medio.
2. La psicopedagogía es una disciplina de la psicología que provee herramientas de trabajo a padres de familia y docentes, que mejorará el proceso enseñanza aprendizaje en los niños.
3. La adecuación curricular es necesaria para que los niños y jóvenes puedan continuar sus estudios sin repetir grados.

## 5.2 RECOMENDACIONES GENERALES

1. La atención psicológica es sumamente importante en comunidades de escasos recursos que busquen un servicio gratuito pues la misma podrá conllevar a cambios significativos no solo en la persona sino en su núcleo familiar y en la comunidad.
2. Continuar el servicio de atención psicológica para ayudar más población necesitada y así un día se le dará la misma importancia a la psicología como a la medicina general.
3. Al área de Salud noroccidente, al Ministerio de Salud Pública de Guatemala, es indispensable incrementar la cantidad de personal que atiende el departamento psicológico en cada Centro de Salud Pública para atender adecuadamente las necesidades de la población.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Departamento de Ejercicio Profesional supervisado a seguir enviando especialistas a Centros de Salud Pública ya que es una experiencia única de aprendizaje en la que se ven de una manera muy vivencial los problemas psicosociales que presentan las personas.

4. Realizar talleres participativos para padres para con el fin de concientizar acerca de la responsabilidad que tienen en sus manos al educar y formar a sus hijos, así mismo que los padres reciban terapia psicológica para poder resolver sus problemas personales, un padre que vive una vida plena y feliz logrará que su hijo viva una vida plena y feliz.



5. Al gobierno del país implementar programas sociales para que las personas tengan la oportunidad de tener un adecuado nivel de vida, que les permita satisfacer sus necesidades y las de su familia y puedan alcanzar un estado de bienestar familiar y comunitario.

## **Recomendaciones específicas**

### **5.2.1 Subprograma de Servicio**

1. Los Centros de Salud Pública deben continuar con el servicio de atención psicológica para mejorar la calidad de vida de las personas, la comunidad y así llegar a construir un país diferente.
2. Los psicólogos deben seguir haciendo uso de pruebas psicológicas para contar con más herramientas para ayudar a los pacientes.
3. El Centro de Salud Pública debería solicitar más especialistas para proveer una cobertura mayor de atención psicológica ya que no se cuenta con mayor presupuesto para la contratación de psicólogos.
4. Es indispensable que todos los psicólogos posean conocimiento jurídico para orientar a los pacientes que necesiten una orientación legal en casos de violencia.

### **5.2.2 Subprograma de Docencia**

1. Como profesional debo recordar hacer acciones preventivas y de formación debido a que serán una herramienta de básica para prevenir el desarrollo problemas psicosociales.
2. Dar continuidad a programas educativos televisados y medios digitales con orientación psicológica para que éstos influyan positivamente a la comunidad.
3. En el que hacer psicológico es indispensable brindar capacitaciones a través de talleres participativos que pueden darse fuera de la institución.

### **5.2.3 Subprograma de Investigación**

1. A los docentes y padres de familia buscar atención psicológica para los niños y así poderlos ayudar en el ámbito escolar.
2. A los docentes e instituciones educativas, armarse de herramientas psicopedagógicas para hacer un trabajo en conjunto por el bienestar de la población estudiantil
3. Los docentes y padres de familia deben ser conscientes que todos los niños y jóvenes tienen diferentes habilidades y capacidades, por lo cual se necesitan una oportunidad de integración, equidad, inclusión, para evitar que los mismos abandonen el sistema escolar.

## GLOSARIO

- ❖ **Encuadre psicoterapéutico:** es un elemento fundamental en psicoterapia, es el momento en el que el psicólogo establece los límites y normas necesarias para el paciente y el buen funcionamiento de la terapia. Los temas a tratar son: Horarios, tiempo de la sesión, forma de pago y qué sucede al faltar a una sesión.
- ❖ **Rapport:** es el fenómeno en el que dos o más personas se sienten que están en una “sintonía” psicológica y emocional (simpatía), porque se sienten similares o se relacionan bien entre sí. La teoría del rapport incluye tres componentes conductuales: atención mutua, positividad mutua y coordinación. El rapport se establece comúnmente en la introducción terapéutica.
- ❖ **Resiliencia:** es la capacidad de construir un relato aceptable, que de algún significado positivo o esperanzador a lo que le sucede a la persona.
- ❖ **Psicopedagogía:** parte de la psicología que estudia los fenómenos psicológicos capaces de mejorar los métodos didácticos y pedagógicos. Los aportes de la psicopedagogía se usan en la pedagogía y educación especial, terapias educativas, diseño curricular, diseño de programas educativos, también es de ayuda para niños en su proceso de enseñanza aprendizaje.
- ❖ **Genograma:** es un gráfico que registra la información de los miembros de familia y sus relaciones por lo menos de 3 generaciones. También llamado árbol genealógico, los genogramas muestran la estructura de una familia y las relaciones entre sus miembros.

- ❖ Tangram: es un juego chino muy antiguo, es un rompecabezas que consta de 7 piezas o que salen de cortar un cuadrado en cinco triángulos de diferentes formas, un cuadrado y un paralelogramo.
- ❖ Catarsis emocional: catarsis es una palabra griega que se refiere a purificación y es usada en psicología para explicar el proceso de liberación de emociones negativas.
- ❖ Adecuación curricular: También llamada adaptación curricular es un tipo de estrategia educativa generalmente dirigida a estudiantes con necesidades educativas especiales, que consiste en la adecuación en el currículum de un determinado nivel educativo con el objetivo de modificar aquellos elementos del currículum que no sean funcionales para la totalidad de estudiantes.
- ❖ Indefensión aprendida: es un estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos a los que una persona se ve expuesta se vuelven incontrolables o así los percibe. La persona con indefensión aprendida cree que no puede hacer nada para salir de una situación injusta o desagradable.
- ❖ Cianosis: Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente en la sangre debido generalmente a anomalías cardíacas y a problemas respiratorios.
- ❖ Aspiración de meconio: El síndrome de aspiración meconial puede ocurrir antes del parto o durante este, cuando el recién nacido aspira una mezcla de meconio y líquido amniótico. Meconio son las primeras deposiciones que hace el bebé. Se trata de unas heces pegajosas, densas y de color verde oscuro que suelen expulsarse dentro del vientre materno al principio del embarazo y de nuevo durante los primeros días de vida extrauterina.

## Bibliografía

- Axiline Virginia Terapia de Juego págs. 18-45.
- Baró Ignacio Martín Acción e Ideología Psicología Social desde Centro América págs. 1-50
- BaróIgnació Martín Psicología Social desde Centro América, 1953
- Echeburua Enrique, "Violencia sexual", pág. 71.
- Kauer, JA; RC Malenka (2007). "La plasticidad sináptica y la adicción" págs. 844-858.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Trastornos del estado de ánimo pag. 416
- Mira y López Emilio, El niño que no aprende, p. 24
- Pinsker Henry Introducción a la Psicoterapia de Apoyo pp. 27-53, 165-205.
- Yubero Jiménez, Santiago; Blanco Abarca, Amalio; Larrañaga Rubio, Elisa, eds. (2007). «El maltrato a la mujer ¿Terrorismo doméstico?». Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad. Universidad de Castilla La Mancha, pág. 272.

## ANEXO 1

**Objetivo específico:** Brindar consultas de carácter psicológico a niños, jóvenes y adultos que asisten al área de psicología.

### Planificación

Actividad	Objetivo operacional	Forma de Abordamiento	Temporalidad	Forma de Evaluación
Establecer el primer contacto con la población que solicita atención psicológica	Establecer una relación empática y un clima terapéutico de calidad	A través de la atención clínica individual por medio de referencias o voluntad propia.	A lo largo de las primeras 4 semanas.	Observación Diálogo
Atención psicológica a pacientes.	Abordar los diversos problemas emocionales que aquejen a la población	Entrevista inicial  Establecimiento de Rapport	De miércoles a viernes  De 8:00 a.m. a 3:30 p.m.	A través de una entrevista con el paciente donde se indagan los beneficios

	asistente.	Realización de historias clínicas. Terapia de apoyo. Terapia de juego. Test psicológicos	Durante todo el EPS	que ha tenido con la terapia. Observación de los cambios esperados en los pacientes.
--	------------	---	---------------------	---

**Objetivo específico:** Investigar y estudiar las causas del bajo rendimiento y deserción escolar en niños y adolescentes que acuden al Centro de Salud para reflexionar con los afectados y proporcionar un proceso de apoyo psicopedagógico.

### Planificación

Actividad	Objetivo operacional	Forma de Abordamiento	Temporalidad	Forma de Evaluación
1.Sondeo Institucional	Conocer los problemas psicosociales que atiende el Centro de Salud.	Entrevista a la Psicóloga titular del Centro de Salud.	Semana 2	Obtener información redactada en documentos.
2.Sondeo Comunitario	Conocer el sentir sobre los problemas psicosociales que afectan a la población.	Visita a la Institución por ti Mujer. Entrevista a pacientes que llegan al Centro de Salud. Entrevista a COCODES.	Semana 3	Obtener las expectativas del abordaje de los casos por parte de la epeista.
3.Sondeo Académico	Reflexionar sobre el aporte académico	Contrastar entre la lista de problemas y entre la	Semana 3	Obtener información redactada en



		información obtenida para decidir los temas de más importancia y trabajar con ellos.		documentos.
Identificar a niños con bajo rendimiento escolar	Preparación del plan de trabajo según el caso presentado	Entrevistas en procesos individuales.	Durante todo el EPS	Diálogo Observación
Buscar bibliografía, redactar el marco teórico, aplicar el instrumento, tabular resultados, interpretar los y	Determinar las problemáticas más comunes en la comunidad para elaborar un plan preventivo.	Búsqueda a través de diferentes medios de comunicación sobre el tema a abordar. Indagación de carácter oral con personas inmersas en la problemática	A lo largo de todo el EPS.	Comparación de los resultados obtenidos con otras investigaciones resultadas. Medir resultados al momento de realizar la

analizarlos para llegar a conclusiones y recomendaciones y presentarlo en forma física.				investigación.
---	--	--	--	----------------

**Objetivo específico:** Brindar capacitaciones de carácter preventivo en salud psicológica por medio de charlas, entrevistas dirigidas y exposiciones presentadas a la comunidad en general a través de un programa de televisión local.

### Planificación

Actividad	Objetivo operacional	Forma de Abordamiento	Temporalidad	Forma de Evaluación
Impartir temas en un canal comunitario	Dar a conocer temas importantes a las personas para prevenir problemas en su futuro.	Charlas con los temas: La importancia de practicar valores morales ¿Cuáles son las causas y consecuencias del bajo rendimiento escolar? ¿Cómo mejorar el rendimiento académico del niño? Diferentes tipos de aprendizaje	Un tema cada mes	Dialogo Observación.

		¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? Autoestima en niños		
Taller participativo	Dar a conocer temas importantes a las personas para prevenir problemas en su futuro. Escuchar los puntos de vista de los padres, familiares o encargados de los niños sobre los problemas de bajo rendimiento escolar	Charlas con temas: ¿Cómo los padres pueden hacer uso de la disciplina asertiva para educar a sus hijos? Autoestima en niños.	4 lunes del mes de octubre	Dialogo Observación.

## ANEXO 2

DÉCALOGO DE LOS PADRES	
1	Exprésales todos los días tu amor con palabras, gestos y abrazos.
2	Escúchales siempre con atención y cree en lo que te dicen.
3	Acéptalos tal y como son recuerda son niños.
4	Reconoce sus cualidades y elógielo.
5	Ayúdales a resolver conflictos mediante el diálogo.
6	Dedícales tiempo a la diversión, juega con ellos.
7	Enséñales con el buen ejemplo.
8	Valora sus logros en el aprendizaje.
9	Conoce, enseña y respeta los derechos de los niños.
10	Dialoga permanentemente con ellos: Un niño sano dirá: soy feliz porque amo, me siento amado y valorado.

## ANEXO 3

7 FORMAS DE EDUCAR CON AMOR						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hablaré suave y despacio a mis hijos e hijas	Educaré con ternura, tendré paciencia con mis hijos e hijas	No diré palabras que hieran, no haré sentir mal a mis hijos e hijas	Hoy velaré por la salud, higiene y bienestar de mis hijos e hijas	Comprendo que mis hijos e hijas tienen mucho que decir	Hoy voy a reconocer la felicidad que mis hijos e hijas dan a mi vida	Recordaré decir TE QUIERO a mis hijos e hijas YO TAMBIÉN FUI NIÑO por eso los trato con AMOR
NO GRITARÉ	NO GOLPEARÉ	NO MALTRATARÉ	NO LOS ABANDONARÉ	HOY ESCUCHARÉ	HOY SERÉ FELIZ	



- c) Malas amistades
  - d) Problemas económicos
  - e) Otros \_\_\_\_\_
- 

5. ¿Cree que las amistades de un niño o joven influyen en su rendimiento académico?

- a) Si            b) No
- ¿Cómo? \_\_\_\_\_
- 

6. ¿Cuál de estas opciones cree que es la que más afecta el rendimiento escolar de un niño o joven?

- a) Problemas familiares (violencia intrafamiliar, separación de cónyuges)
  - b) Baja autoestima
  - c) Falta de practica de valores morales en la familia
  - d) Otros \_\_\_\_\_
- 

7. ¿Entrega su hijo tareas o deberes en la fecha indicada por su maestro?

- a) Siempre    b) Casi siempre    c) Regularmente    d) Nunca

8. ¿Tiene su hijo el hábito de estudio diario?

- a) Si            b) No

9. ¿Conoce técnicas de estudio para ayudar a repasar a su hijo?

- a) Si            b) No
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 

10. ¿Qué consejos conoce o ha recibido de maestros para mejorar el rendimiento escolar de un niño o joven?

---

---

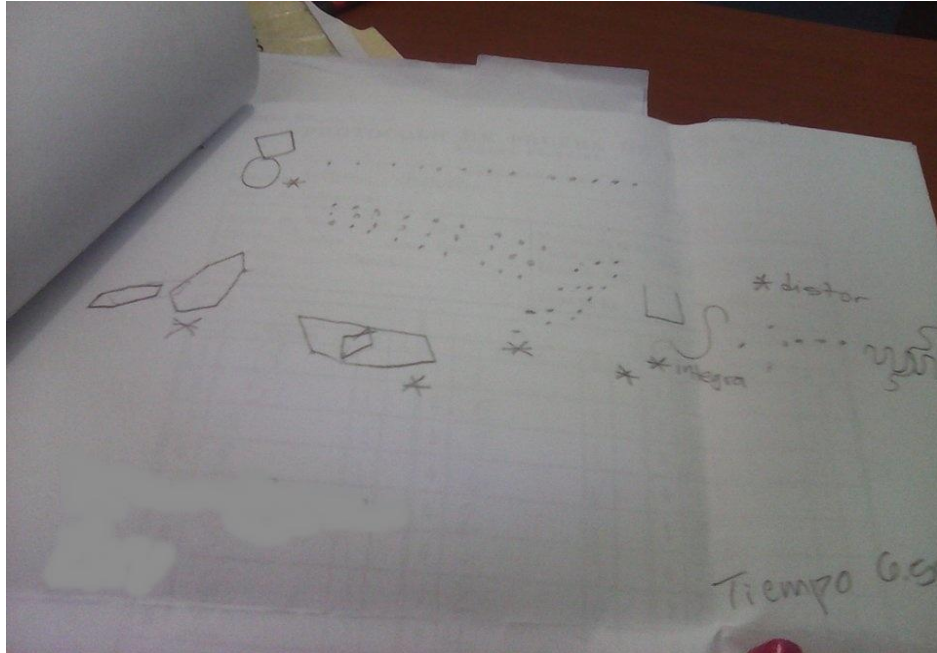
---

---

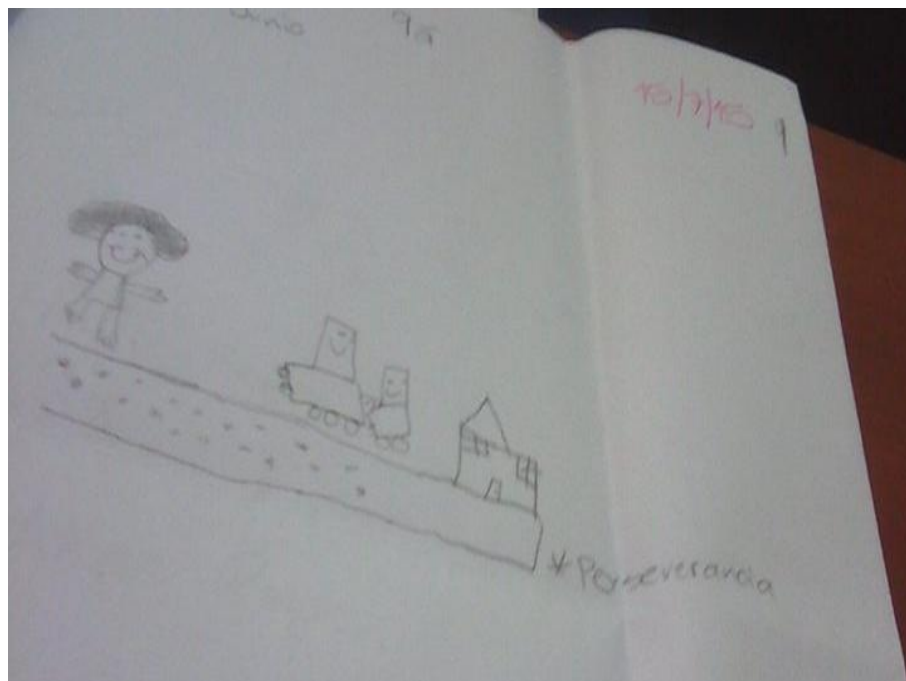
---

## ANEXOS 5 FOTOGRAFÍAS

Test visomotor de Loretta Bender



Test de la Figura Humana





## Canal de Televisión local Televida



## Talleres participativos



## Despedida en el Centro de Salud



