

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**“ACOMPañAMIENTO PSICOLóGICO DE NIñOS CON VIH COMPRENDIDOS
ENTRE LAS EDADES DE 9 A 11 AñOS QUE VIVEN EN EL HOSPICIO SAN
JOSé, SANTA LUCIA MILPAS ALTAS, SACATEPéQUEZ”**

CLAUDIA MATILDE ZAIDEN MEJIA

Guatemala, 06 Octubre de 2008

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“ACOMPANAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS CON VIH COMPENDIDOS
ENTRE LAS EDADES DE 9 A 11 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOSPICIO SAN
JOSÉ, SANTA LUCIA MILPAS ALTAS, SACATEPÉQUEZ”**

Informe final de investigación
Presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Por

CLAUDIA MATILDE ZAIDEN MEJIA

Previo a optar al Título de

PSICÓLOGA

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, 06 Octubre de 2008

NÓMINA DE PADRINOS

SUSAN CARINA YELA CORZO

Colegiado Activo No. 5975

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LUZ MARIA CABRERA DE GÓMEZ

Colegiado Activo No. 11,114

MEDICO Y CIRUJANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ACTO QUE DEDICO A

A DIOS:

Fuente inagotable de amor, fidelidad y perdón, **TODO TE LO DEBO A TI.**

A MI ESPOSO:

Francisco, gracias por todos los sacrificios y esfuerzos que hiciste para que pudiera alcanzar esta meta, por tu apoyo incondicional en todo momento, por animarme a no desistir en la elaboración de mi tesis.

A MIS HIJAS:

Jaris y Abi, dulces angelitos, son todo en mi vida, no me imagino la vida sin ustedes. Les dedico este triunfo con mucho amor.

A MIS PADRES:

Juan Antonio con cariño sincero y respeto, especialmente a mi madre Maria del Carmen (Q.E.P.D.) por haberme dado todo lo que ella pudo darme en la vida y enseñarme con su ejemplo el amor a Dios y al prójimo.

A MIS HERMANOS:

Sofía, Sara, Magda y Tono que este triunfo les sirva de ejemplo para lograr sus metas en la vida. Los amo mucho.

A TODA MI FAMILIA:

Mis abuelitos, tíos y tías, primos y primas. Mis suegros, Esther y Francisco. Mis cuñadas; Claudia, Evelyn y Samuelito por la ayuda que me brindaron.

A LA LICENCIADA SUSAN YELA:

Por su amistad incondicional, por los aportes que me brindó para realizar mi tesis. Que Dios la bendiga y le multiplique todo lo que ha compartido conmigo.

A LAS HERMANAS Y HERMANOS DE IGLESIA NAZARET SUR:

Gracias por su amor y gratitud para nuestro ministerio, que Dios les bendiga abundantemente.

A MI CENTRO DE ESTUDIOS:

Universidad de San Carlos de Guatemala, por haberme permitido formarme en sus aulas y convertirme en una profesional al servicio de la sociedad guatemalteca.

AL PROFESIONAL:

Lic. José Alfredo Enriquez Cabrera por la asesoría, orientación y paciencia para la revisión del presente trabajo.

AL HOSPICIO SAN JOSÉ

Especialmente a la Licda. Olga Zapata por permitirme realizar este trabajo de tesis dentro de esta institución.

A TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS

Que han sido afectados con el virus del VIH/SIDA. Mi reconocimiento, a la celebración que ustedes hacen de la vida.

INDICE

	Página
▪ PROLOGO	
▪ CAPITULO I	09
▪ INTRODUCCIÓN.....	
▪ MARCO TEÓRICO	11
▪ ANTECEDENTES DEL SIDA	
▪ ORIGEN DEL VIH/SIDA	
▪ QUE ES EL VIH/SIDA	
▪ FORMAS DE TRANSMISIÓN	12
▪ DIAGNÓSTICO Y SÍNTOMAS.....	14
▪ TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA.....	15
▪ SIDA EN EL CONTEXTO GUATEMALTECO	16
▪ LA SOCIEDAD GUATEMALTECA	
▪ PAPEL DE LAS AUTORIDADES GUATEMALTECAS ANTE LA EPIDEMIA DE SIDA	17
▪ FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD	18
▪ SITUACIÓN Y DERECHOS DE LA NIÑEZ GUATEMALTECA	
▪ VIOLACIÓN A LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ.....	20
▪ NIÑO VIVIENDO CON VIH/SIDA.....	
▪ INCIDENCIA DEL VIH/SIDA EN NIÑOS.....	
▪ REALIDAD DEL NIÑO VIVIENDO CON VIH/SIDA	
▪ MUJERES Y NIÑOS VICTIMAS PASIVAS DEL VIH/SIDA.....	21
▪ DEPRESIÓN INFANTIL.....	22
▪ CONCEPTO	22
▪ FACTORES DESENCADENANTES.....	23
▪ TRATAMIENTO	24
▪ PREMISAS	25
▪ CAPITULO II	26
▪ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
▪ DISEÑO DE PRUEBA	
▪ INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
▪ TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	28
▪ CAPITULO III	29
▪ PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
▪ RESULTADOS ENTREVISTA ESTRUCTURADA.....	
▪ RESULTADOS DE GUÍA DE OBSERVACIÓN	36
▪ RESULTADOS INTERPRETACIÓN TEST FIGURA HUMANA	37
▪ ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL.....	40
▪ CAPITULO IV	42
▪ CONCLUSIONES	42
▪ RECOMENDACIONES.....	43
▪ BIBLIOGRAFIA	44
▪ RESUMEN	47
▪ ANEXOS	48
▪ ENTREVISTA ESTRUCTURADA	
▪ GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO	
▪ MATERIAL DE APOYO	

PROLOGO

Las razones que motivaron a investigar sobre este tema y argumentaron la realización del mismo han sido el impacto enorme del VIH/SIDA en el mundo, principalmente en la sociedad guatemalteca. Muchas de las consecuencias todavía están por verse, en particular el impacto a largo plazo en los niños, a menudo se ignoran sus necesidades y se brinda prioridad a los adultos. “La Organización mundial de la Salud (OMS) aspira a apoyar el tratamiento para tres millones de personas adicionales quienes han sido contagiadas con VIH/SIDA, sin embargo, la mayoría de estas personas son adultos, en general los niños han sido ignorados”.⁸ Esto ocurre en primer lugar porque el financiamiento es limitado y la gente tiende a tratar a los adultos antes que a los niños/as, en segundo lugar porque la mayoría de las personas creen que todos los niños contagiados morirán a temprana edad.

Fue importante realizar la investigación desde el punto de vista científico, aún se desconoce mucho acerca de la magnitud de los efectos del VIH/SIDA, de los problemas psicológicos y las repercusiones en el estado de ánimo de estos pequeños. Se debe tomar en cuenta que el niño pertenece a una familia específica y a una comunidad, familia, religión y cultura en particular, su educación, salud y autoestima están estrechamente vinculadas a estas. “La pérdida de uno de los padres significa a menudo que estos sistemas de apoyo también se pierden, algunos niños son separados de sus hermanos/as y llevados a otros hogares. Otros se quedan con abuelos que son demasiado viejos para enseñarles habilidades de vida, el impacto emocional es enorme”⁹. Se desconoce que con buena atención y nutrición, los niños pueden vivir vidas mucho más largas y más saludables. “Algunos niños sobreviven ahora hasta los veinte años y están teniendo niños propios, particularmente en países más adinerados donde hay

⁸ Consejo Editorial Tear Fund **“REVISTA PASO A PASO”**, Los Niños y el VIH/SIDA, No. 61, febrero 2005, Development Cooperation Ireland (HAPS), Gran Bretaña, Inglaterra, pág. 10.

⁹ IBID, Consejo Editorial, pág. 4.

disponibilidad de atención y tratamiento antirretroviral”.¹⁰ Esta puede llegar a ser una realidad en nuestro país.

Visto el problema desde el punto de vista social tomó importancia porque estos niños enfrentan a menudo estigmas, discriminación, pérdida de apoyo familiar, vergüenza, discriminación, impacto físico y económico. A nivel nacional fue alarmante observar los índices de casos de personas infectadas y específicamente los niños, víctimas inocentes y silenciosas de la enfermedad, asimismo las pocas instituciones que existen en este país para cuidar de niños huérfanos infectados con este mal, a este cuadro se suma la escasa iniciativa del gobierno para detener la enfermedad, educar a la sociedad de manera eficaz y consciente sobre como protegerse para prevenir el contagio. “Los mayores retos que el SIDA implica en la sociedad guatemalteca, radican no solo en la prevención de la transmisión sanguínea y perinatal sino en los retos sociales que de esta se deriven”.¹¹

Desde el punto de vista metodológico fue necesario investigar el tema, muchos proyectos aún no presentan suficientes repuestas y atención a las necesidades emocionales y sociales de los niños. “Esta población realmente necesita de un adulto que les provea un sustituto para sus padres. Necesitan a alguien con quien hablar acerca de sus esperanzas y sueños”.¹² Los desafíos entonces son mayores cuando los niños pierden apoyo en todas estas redes sociales.

La ONUSIDA, ha informado que “78,000 guatemaltecos son portadores del VIH, 13,500 necesitarían tratamiento médico urgente. Según estima esta fuente el 40.62% de casos de portadores de VIH no están notificados. Hay 2,196 portadores de VIH sin síntomas y fueron notificados desde 2003. Las personas que han fallecido por VIH desde 2003, según fueron registradas 955. Aunque hay un alto sub-registro en este dato. Se sabe que el 70% de los casos notificados de SIDA,

¹⁰ IBID, Consejo Editorial, pág. 6.

¹¹ Unidad de Investigación, Evaluación y Proyectos **“INFORME DE RESULTADOS”**, APAES/Solidaridad, Guatemala, 2000, pág. 60.

¹² Op. Cit, Consejo Editorial Tear Fund, pag. 15.

desde 1984 fue en hombres”.¹³ Se sabe que la mujer y los niños son víctimas pasivas de la enfermedad.

La importancia de este estudio derivó dificultades psicosociales como son el desconocimiento de la planificación familiar, el alcoholismo, la deserción escolar, las maras, el abuso sexual, la explotación infantil, la violencia intrafamiliar, el desempleo, la drogadicción, el analfabetismo, la prostitución y las migraciones, entre otros problemas, amenazando la base de la sociedad y contribuyendo a que la enfermedad de VIH/SIDA se incremente dentro de la región.

Fue importante abordar el tema porque no se sabe con exactitud la cantidad de hombres, mujeres y niños viviendo con el virus de VIH/SIDA, únicamente se tiene conocimiento de que por cada persona infectada podrían estar infectadas 5 personas más. “El cálculo del número de casos de SIDA en el año 2000 (10,800)”.¹⁴ Esta cifra no refleja la realidad de la enfermedad en el país, debido a la resistencia de notificar los casos y al hecho de que en una buena proporción no se diagnostique por las limitaciones en los métodos o instrumentos que se utilizan para confirmar la enfermedad.

Por lo anterior esta situación agudiza mucho más el problema, porque los individuos que son portadores del virus, desconocen su situación constituyéndose en “grupos de riesgo” por lo que es importante tocar el tema para conscientizar a las personas que saben que han tenido actividades sexuales de riesgo acerca de la importancia de practicarse la prueba diagnóstica y evitar que continúe diseminándose el virus y a consecuencia personas inocentes sufran el tener que vivir con esta enfermedad.

De acuerdo con estudios anteriores la enfermedad del VIH/SIDA provoca efectos devastadores en la vida de las personas, en el caso de los niños el VIH/SIDA los marca por el resto de sus días, no solo les arrebató la oportunidad

¹³ Palencia, Gemma **“PEQUEÑAS VÍCTIMAS DEL SIDA CON VIH, DESDE LA CUNA”** Prensa Libre, Guatemala 27 de noviembre de 2005, pág. 20 y 21.

¹⁴ MSPAS/Programa Nacional de Prevención y control de Sida, **“IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA”**, Guatemala, Diciembre de 1995, pág. 25.

de tener padres, sino que los excluye de la sociedad, los condena a vivir una vida de discriminación y sin igualdad de oportunidades, daña su identidad como personas, perjudica su vida social y académica, afecta su salud física y mental no contribuyendo a que el niño se desarrolle y realice en los diversos ámbitos de la vida. Fueron todos estos motivos mayúsculos para abordar el problema con un aporte psicológico.

Se logró cooperar con la institución del Hospicio San José, brindando una pequeña contribución que sirvió como muestra de apoyo y solidaridad por la labor que realiza en beneficio de este sector sensible de la sociedad.

Claudia Matilde Zaiden Mejía

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A pesar de que se dice que los niños son el futuro de la humanidad millones de ellos sufren las consecuencias de problemas sociales antiguos. En los inicios de este siglo el SIDA. Actualmente la alta incidencia ha dejado a miles de niños en la orfandad y viviendo con el virus en todo el mundo. Lamentablemente Guatemala no ha sido la excepción y se han contagiado un sinnúmero de personas, se saben de casos de heterosexuales, homosexuales, trabajadoras del sexo, amas de casa, personas de la tercera edad y por supuesto los niños que son el objeto de estudio de esta investigación.

El SIDA es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana conocido por sus siglas en español -VIH- como lo llamaremos de aquí en adelante. Este virus ataca el sistema inmunológico, que es la protección que tiene el cuerpo contra las infecciones; entonces cuando entra en el cuerpo, lo deja sin protección y defensas logrando entrar toda clase de enfermedades al cuerpo y destruirlo. En el caso de los niños puede existir una variación en los síntomas a diferencia de la sintomatología que presentan los adultos. Si la madre no se practicó ninguna prueba de VIH/SIDA previa al embarazo, para los médicos será difícil asociar las enfermedades que presentan los bebés en sus primeros años, con la sintomatología que presenta esta enfermedad.

El problema a investigar surgió al prestar atención de la alarmante propagación a nivel mundial y nacional del Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana SIDA, afectando de manera directa a uno de los estratos más vulnerables de la sociedad que son los niños. Cuando el SIDA se descubrió, hace más de cuatro décadas, jamás se pensó que afectaría a los recién nacidos y a niños. En la actualidad es una enfermedad cuyo número de casos se duplica cada año. Cuando el VIH/SIDA es diagnosticado a la madre que pronto dará a luz un bebé, la situación se torna difícil, porque el bebé desde el vientre viene marcado por un rechazo social, vergüenza, ira, culpa y todo tipo de sentimientos generados en el Yo de sus progenitores. Derivado de este tipo de diagnóstico la

persona es presa fácil de ideas de todo tipo; ideas suicidas, de venganza, de contagiar a otros. En el caso de la madre embarazada e infectada aparecerán ideas de aborto; en consecuencia este ser, cuando nace trae adicionado un problema psicológico que le afectará por el resto de sus días.

Como consecuencia de lo anterior es fácil especular lo que le espera en el futuro a la generación de niños viviendo con el VIH/SIDA, por lo difícil de sobrellevar la enfermedad y la necesidad de acompañamiento psicológico que necesitarán para manejar adecuadamente sus experiencias y emociones. Aquí la psicología debe de entrar en acción y aplicarse con el fin de ayudar a las víctimas inocentes y pasivas del VIH/SIDA que son los niños.

Las interrogantes que planteó la presente investigación fueron: ¿Qué efectos psicológicos presenta un niño con esta enfermedad?, ¿Es necesario brindar algún tipo de apoyo psicológico a esta población?, ¿Cómo es un niño infectado con el VIH?

La investigación se llevó a cabo durante el presente año con niños huérfanos que viven en el Hospicio San José, esta es una institución que brinda albergue a niños portadores del VIH. Se seleccionó de una población total de 63 bebés y niños una muestra de diez niños y niñas comprendidos entre las edades de 9 a 11 años, donde se buscó evidenciar como afecta la enfermedad en el estado de ánimo de los niños.

Las técnicas que se utilizaron incluyeron instrumentos y técnicas específicas, se procesó una guía de observación individual orientada a conocer los comportamientos que inciden en conductas depresivas y el desenvolvimiento dentro de la institución. Se aplicó el Test de la Figura Humana de Karen A, Machover, a los niños de la muestra seleccionada, se realizaron entrevistas estructuradas con las psicólogas, las Asistentes de Cuidado Infantil, "ACIS" y las maestras del colegio al que los niños asisten, siendo este personal el que más posee contacto con los niños de la muestra que se seleccionó.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL SIDA

Origen del VIH/SIDA

El SIDA es una de las enfermedades que más discusión, prejuicios, miedos y toda clase de interrogantes ha causado desde su descubrimiento. Acerca del origen de esta enfermedad han existido muchas especulaciones, hasta el día de hoy no existe un criterio unánime al respecto, “algunos científicos calculan que el virus del SIDA puede tener una antigüedad de 50 años”.¹⁵ Esto nos indica que es una enfermedad de muchos años.

El descubrimiento del SIDA se realizó a partir de la investigación de dos hechos aparentemente aislados en lugares alejados el uno del otro. “En Estados Unidos de América, en el año de 1981, con cinco casos de neumonía en varones jóvenes de la ciudad de los Ángeles y el segundo con ocho casos de Sarcoma de Kaposki (un tipo de cáncer de piel) en la ciudad de Nueva York. Al principio se asoció con enfermedades de transmisión sexual en personas homosexuales, se pensó que era a consecuencia de la exposición a algunos virus y se le relacionó con el uso de drogas. A fines del 1981, el SIDA se presentó en personas drogadictas homo y heterosexuales y en 1982 aparecieron los primeros casos de SIDA en personas con hemofilia”¹⁶.

En la actualidad se ha especulado acerca del origen de esta enfermedad, “como la manipulación genética en laboratorios especiales para la llamada guerra bacteriológica. Se ha mencionado que este virus ha sido producto del contacto sexual humano con animales específicamente con monos africanos”¹⁷.

Qué es el VIH/SIDA

Es el conjunto de enfermedades que vienen como resultado de la infección por el virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH). Se denomina Síndrome de

¹⁵ Durham, Jerry, **“PACIENTES CON SIDA, CUIDADOS EN ENFERMERIA”**, Edit. Manual Moderno, México, 1990, pág. 34.

¹⁶ Ixmay, Noe Eliseo, **“S.O.S. EL SIDA ME ATACA”**, Impresos Gala, Guatemala, Julio 1997, pag. 50.

¹⁷ Ibidem **“S.O.S. EL SIDA ME ATACA”**, pág. 53.

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Cada una de las siglas que componen la palabra SIDA significan:

<i>SINDROME</i>	grupo de señales y síntomas
<i>INMUNO</i>	sistema de defensas del cuerpo
<i>DEFICIENCIA</i>	que no funciona bien
<i>ADQUIRIDA</i>	algo ajeno al cuerpo humano

Cada unas de las siglas del VIH significan:

<i>V</i>	virus
<i>I</i>	inmunodeficiencia
<i>H</i>	humana

La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA es que una persona puede estar infectada por el VIH y vivir muchos años sin problemas manifiestos de salud, mientras que el SIDA es la etapa más grave de la infección, que generalmente se presenta varío tiempo después de la infección por VIH.

El VIH pertenece a un grupo de virus denominados “virus lentos” porque los síntomas de la enfermedad que causa aparecen de una forma muy gradual y después de un largo periodo de incubación. “El virus VIH-1 es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en África, Asia, América Latina, el Caribe, Europa y los Estados Unidos de América. En África existe otro virus que se le ha llamado VIH-2 que también causa el SIDA”.¹⁸ Aunque es menos frecuente la cantidad de personas infectadas con este virus, existen algunos casos en la costa oeste del África.

Formas de Transmisión

Las principales formas de transmisión de la infección por VIH en Guatemala, han sido por transmisión sexual, “esto ha puesto de manifiesto un fenómeno

¹⁸ Gatell, Artigas, JM y Otros, “**GUÍA PRACTICA DEL SIDA**” 2ª. Edición Barcelona España, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 1992, pág. 25.

similar al observado en otros países en desarrollo en donde la principal característica de la epidemia ha sido su transmisión sexual (hetero, homo /bisexual)".¹⁹ En este aspecto, es importante tomar en cuenta, la infección de la madre al hijo, un tipo de transmisión muy frecuente en nuestro país.

Las formas de contagio para esta enfermedad son: por tener relaciones sexuales sin condón con personas infectadas con el VIH, de una madre infectada a su bebé, antes, durante o después del parto, a través de la leche materna infectada con el VIH, por medio de transfusiones con sangre infectada, por compartir jeringas y material quirúrgico o punzo cortante infectado.

Si el VIH viaja en el torrente sanguíneo, en el semen, las secreciones vaginales y la leche materna, quiere decir que la forma como se transmite será más que todo a través de un contacto íntimo, como lo es tener relaciones sexuales y darle de mamar al bebé, muy escasamente en un contacto artificial. Hasta la fecha no hay evidencia de que este virus pueda transmitirse a través de los alimentos, el agua, los insectos o por el aire que respiramos, se transmite única y exclusivamente al tener contactos sexuales con personas infectadas y la transfusión de sangre al cuerpo con el virus.

El virus del SIDA no se transmite por caricias, por compartir comida o cubiertos, por tener contacto con lágrimas, sudor o saliva, por picaduras de mosquitos, por nadar en una piscina, bañarse en lugares públicos, compartir toallas o jabón o por usar el mismo inodoro de personas contagiadas.

De los casos de SIDA registrados en el mundo, estos demuestran que: "el semen es una vía que ha desempeñado un papel determinante en la transmisión o infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La forma como un ser humano (hombre o mujer) se pone en contacto con el semen de un hombre es

¹⁹Op. Cit. Palencia, Gemma, pág. 21

solo a través de una actividad de relación sexual y esta actividad es la que predomina en la mayoría de casos registrados”.²⁰

Diagnóstico y síntomas de la enfermedad

El diagnóstico de la enfermedad se hace a través de dos pruebas comúnmente se combinan ambas pruebas conocidas comercialmente como “ELISA” y “Western Blot”. Esta última se hace para obtener mayor veracidad en los resultados.

“La prueba ELISA detecta los anticuerpos que van dirigidos contra la capa de proteína del VIH, esta prueba es muy sensible porque detecta cantidades muy pequeñas de anticuerpos sin embargo, es posible que sea engañada por algún anticuerpo que no tenga relación con el VIH cuando esto sucede entonces se hace necesario realizar la prueba por medio del Western Blot para estar seguro si es el VIH o no.”²¹ Esta última prueba es más difícil de realizar y mucho más costosa porque es mas exacta y elimina los errores que tuvo la prueba ELISA.

Los síntomas de la infección por el virus del SIDA, pueden dividirse en cuatro etapas distintas “El portador sano o asintomático, el síndrome de la linfadenopatía (SLA), el complejo relacionado con el SIDA (CRS), el SIDA o SIDA manifiesto o completo”.²² Toda persona portadora del VIH pasará por estas etapas.

Al portador sano o asintomático se le llama “seropositivo”, es la persona que esta infectada con el VIH, que no presenta ningún síntoma de la enfermedad, aproximadamente del 70 al 80% de las personas infectadas con VIH presentan este estado.

En el Síndrome de la linfadenopatía (SLA) se puede identificar por alguno de los siguientes síntomas: Fiebre inexplicable, apatía, dificultad, para tragar, glándulas inflamadas, fatiga/letargo, sudores y escalofríos nocturnos, pérdida gradual de peso, diarrea, dolor de garganta e impotencia.

²⁰ Durham, Jerry, “**PACIENTES CON SIDA, CUIDADOS EN ENFERMERIA**”, Edit. Manual Moderno, México, 1999, pág. 42.

²¹ Ixmay, Noe Eliseo, “**S.O.S. EL SIDA ME ATACA**”, Impresos Gala, Guatemala, Julio 1997, pag. 15.

²² Ibidem, Ixmay, Noe Eliseo, Pág. 12.

El complejo relacionado con SIDA (CRS), se le llama así a la etapa o estado más avanzado de la enfermedad. Entre los síntomas podemos encontrar los mencionados en el síndrome anterior y todo tipo de infecciones “Sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer de piel), linfomas, infecciones por citomegalovirus, virus herpes simple, candida albicans y neumonías, entre otros.”²³ A través de pruebas de laboratorio se puede detectar como ha afectado el virus al organismo y la sangre.

Finalmente la última etapa por la que toda persona inevitablemente deberá pasar es la del SIDA o SIDA manifiesto completo, aquí será necesario que la persona sea ingresada en un hospital o permanecer en su casa bajo cuidados especiales.

Tratamiento del VIH/SIDA

Aunque a la fecha no existe todavía una vacuna o medicina que cure esta enfermedad, sería difícil encontrar una vacuna por la complejidad del virus. El tratamiento que se le brinda a los enfermos de SIDA se hace con antivirales. Se trata con: “dos tipos de medicamentos, sustancias antivíricas, que interfieren con la replicación continua del VIH y medicamentos contra los cánceres y las infecciones oportunistas”.²⁴ Varios compuestos han demostrado su eficacia, sino en curar la enfermedad, por lo menos en interferir en la multiplicación del VIH en el organismo y retardar la aparición de los síntomas del SIDA.

Actualmente se usan uno o varios medicamentos más o menos eficaces ayudando a mejorar el estado físico de los pacientes y poseen limitaciones. Si bien retarda el aumento de la enfermedad, no proporciona una cura definitiva y en algunos pacientes provoca efectos tóxicos que los hace peligrosos, mientras que en otros se desarrolla resistencia contra esos medicamentos haciéndolos ineficaces.

²³ Durham, Jerry, “**PACIENTES CON SIDA, CUIDADOS EN ENFERMERIA**”, Edit. Manual Moderno, México, 1999, pág. 73.

²⁴ Gatell, Artigas, J M y Otros, “**GUIA PRACTICA DEL SIDA**” 2ª. Edición Barcelona España, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. 1992, pág. 39

“Varios medicamentos han mostrado su eficacia, sino en curar la enfermedad por lo menos en interferir en la multiplicación del VIH en el organismo y en retardar la aparición de la sintomatología”.²⁵

En el caso del tratamiento médico en los niños es un problema porque no existen presentaciones pediátricas, a las grandes farmacéuticas no les interesa producir dichas presentaciones “las transnacionales no invierten en fármacos especiales para niños, porque en los países desarrolladas apenas se dan casos de niños”.²⁶

SIDA EN EL CONTEXTO GUATEMALTECO

La sociedad guatemalteca

En la actualidad Guatemala es un país con crecimiento acelerado de la población se estima que estamos sobrepasando a los casi 13 millones de habitantes entre ladinos y mestizos en todo el territorio nacional. Guatemala es un país en vías de desarrollo, con diversidad étnica cultural y bilingüe, con gran riqueza y patrimonios culturales, con un pasado de conflicto armado interno de muchos años, que por todas estas características y más es un país que cuenta con un contexto muy particular.

Derivado de su condición de país subdesarrollado Guatemala enfrenta grandes retos en muchos aspectos: económicos, sociales, políticos y otros. En la actualidad nuestro país enfrenta una de las crisis en el sector salud que afecta a los estratos más vulnerables de la sociedad, los niños y las mujeres. Desde que se descubriera por primera vez el primer caso de SIDA en nuestro país este síndrome ha afectado a miles de hombres, principalmente mujeres y sus hijos.

Es un país en vías de desarrollo, debido a la mala administración de los recursos del estado y la corrupción que existe en las instituciones gubernamentales, nuestro país ha retrocedido y se le ve estancado, todo esto ha

²⁵ Op. Cit., Ixmay, Noe Eliseo, Pág. 14.

²⁶ Op. Cit., Palencia, Gemma, pág. 21

propiciado que las oportunidades para obtener mejores condiciones de vida sean limitadas y solamente un escaso sector de la población obtenga acceso a tales oportunidades.

Papel de las autoridades guatemaltecas ante la epidemia de SIDA

Tristemente el papel de las autoridades ante esta epidemia no ha sido prioritario. Es necesario desarrollar una intensa campaña educativa destinada principalmente a disminuir el riesgo de la infección por vía sexual, que es por la cual se han infectado la mayoría de personas. Se desconoce porque no existe una campaña a nivel nacional bien coordinada y accesible dirigida a toda la población a lo largo y ancho de nuestro país por parte del gobierno y en este caso del Ministerio de Salud, es imprescindible que oriente informe y eduque sobre el mortal virus del SIDA.

Es importante establecer una realidad epidemiológica de la enfermedad, ésta es una base fundamental para la implementación de estrategias de prevención, las cuales deben practicarse de manera consciente. “Deben existir programas preventivos de las instituciones que trabajan en pro de esta enfermedad ya que el gobierno ha sido incapaz ante la enfermedad y no saben como manejarla, no hay políticas ni estrategias para combatirla”.²⁷

Actualmente funciona el Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA dependencia que pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Congreso de la República aprobó en 1995 el decreto ley número 54-954: “En donde distribuyen algunas funciones específicas que deberán desarrollar distintos ministerios e instituciones del Gobierno de acuerdo a su naturaleza”.²⁸

²⁷ Unidad de Investigación, Evaluación y Proyectos **“INFORME DE RESULTADOS”**, APAES/Solidaridad, Guatemala, 2000, pag. 34.

²⁸ MSPAS/DGSS/Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA **“MANUAL DE CONSEJERÍA EN VIH/SIDA ETS/ PARA PERSONAL DE SALUD”**, Guatemala 1996, pág. 5.

Factores asociados a la enfermedad en el país

Derivado de la falta de oportunidades, el empobrecimiento, el crecimiento urbano, el analfabetismo, el desempleo, la violencia, las migraciones, y otros. La falta de iniciativa del gobierno para abordar estos problemas, la epidemia del SIDA se ha ido propagando de una persona a otra, en la sociedad guatemalteca.

En contextos latinoamericanos como el guatemalteco las relaciones acentuadamente machistas impiden a las mujeres conocer un poco más acerca de su sexualidad. “la ignorancia de las mujeres entorno a la sexualidad y a las formas de protegerse contra las ETS (enfermedades de transmisión sexual) así como la alta incidencia de la infección por VIH en la mujer son realidades que deben ser afrontadas a la luz de la condición social de la mujer, como resultado de las desigualdades de poder entre los sexos”.²⁹ Situación que afecta principalmente a la mujer, de manera muy directa a los niños que finalmente son el producto de las relaciones sexo genitales entre el hombre y la mujer.

Los factores que se pueden asociar a la problemática del SIDA en la región de Guatemala son numerosos, por la ubicación geográfica del país este permite que muchas personas estén de paso por el mismo. Lo cual potencia la transmisión del virus de un país a otro. Estos hechos favorecen para que la enfermedad permanezca y se multipliquen los casos en la región.

SITUACIÓN Y DERECHOS DE LA NIÑEZ GUATEMALTECA

Derechos de la Niñez

El Artículo 3 de la Convención sobre Derechos del Niño indica que: “Asegurar al niño(a) la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar es responsabilidad de los Estados, las familias y las organizaciones”.³⁰ Se sabe que la niñez es el sector más vulnerable de la población los derechos humanos de los niños se violan constantemente y se estima que: 8 de cada 10 niños están desnutridos, cerca de 5,000 mil niños y jóvenes de entre 10 y 17 años

²⁹ Unidad de Investigación, Evaluación y Proyectos, **“INFORME DE RESULTADOS”**, APAES/Solidaridad, Guatemala, 2000, pág. 43.

³⁰ Artículo 3, (Convención Sobre los Derechos del Niño)

trabajan”.³¹ Ante estas estadísticas es urgente crear conciencia de la necesidad de proteger a la niñez y promover acciones que busquen su bienestar.

Para tener una idea de cómo se encuentra la situación de los niños en nuestro país, basta con observar algunas cifras. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (Encovi 2000), estos muestran que: “6.3 millones de guatemaltecos son pobres, de ese total 1.8 millones están en extrema pobreza y 4.6 millones se ubican en pobreza extrema”.³²

En relación a la niñez guatemalteca, Encovi 2000 muestra que los grupos de edad más vulnerables a la pobreza son: “los menores de 18 años, especialmente los menores de cinco años, siete de cada diez niños y niñas guatemaltecas menores de cinco son pobres, cuatro de cada diez niños y niñas menores de cinco años sufren de desnutrición crónica, mostrando retraso del crecimiento en relación con la edad. Entre los niños de extrema pobreza esta proporción aumenta a seis de cada diez”.³³ Estas cifras muestran que la niñez es uno de los sectores más olvidado y desprotegido que existe en el país y sin condiciones adecuadas para vivir de manera digna.

El acceso de la niñez a la educación existen dos tipos de exclusión importantes de conocer; “el ingreso tardío a la escuela y la deserción, la primera posiblemente debido a una percepción cultural de que es preferible entrar con mayor edad a la recomendada (La sobriedad alcanza el 64% para el primer grado de primaria y el 97% para cuando se alcanza el sexto grado) la tasa de deserción es más alta en el primer grado y el área rural duplica a la urbana de un 10% la tasa de deserción en niñas es mayor”.³⁴ Ante estas estadísticas se infiere con preocupación que brindar una educación a temprana edad y evitar la deserción escolar en los niños de este país no es un factor que preocupe grandemente a los padres de familia.

³¹ Informe de Desarrollo Humano de Guatemala, “**LA FUERZA INCLUYENTE DEL DESARROLLO HUMANO**”, Sistema de Naciones Unidas de Guatemala, 2000, pág. 21.

³² Los resultados de Encovi 2000 fueron presentados a finales del año 2001 por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

³³ *Ibidem*, Encovi 2000

³⁴ Op. Cit. “**LA FUERZA INCLUYENTE DEL DESARROLLO HUMANO**”, pág. 28.

Violación a los derechos de la niñez

Un aspecto importante que propicia la violación de derechos infantiles, es la ola de violencia que azota a Guatemala. “la principal causa de muerte infantil es por arma de fuego, seguida de enfermedades comunes, prevenibles y maltrato infantil”³⁵. Se sabe con certeza de muchos casos de niños que son o han sido víctimas de negligencia y de todo tipo de abuso (verbal, físico, sexual, psicológico, etc.) “Más del 75% de los casos de abuso sexual infantil suelen ser ejecutados por personas conocidas”. Todos estos actos en contra de los menores atentan contra su dignidad como personas y provocan que no se respeten sus derechos como seres humanos.

NIÑO VIVIENDO CON VIH-SIDA

Incidencia del VIH/SIDA en Niños

Cuando se descubrió por primera vez el SIDA, jamás se pensó en las serias repercusiones que tendría para las personas de todo el mundo, esta enfermedad en particular no perdona edad, sexo raza o religión. “El Sida es una epidemia que esta cobrando un alto precio en países donde hay gran cantidad de enfermos con el virus de alta incidencia de la enfermedad, éste ha dejado a miles de niños enfermos y huérfanos en el mundo, debido a que sus padres han muerto por el contagio de dicha enfermedad. En la actualidad 2.5 millones de menores de 15 años están infectados por el virus del SIDA y 11 millones han quedado huérfanos por causa de ese mal”.³⁶ En Guatemala la situación de los niños viviendo con el VIH/SIDA no es menos alentadora.

Realidad del niño viviendo con VIH/SIDA

La realidad de los niños viviendo con VIH/SIDA toma una dimensión más compleja que para una persona adulta, en el caso del niño, este ha sido contagiado de manera injusta. Se sabe que en su mayoría este sector de la población recibió el virus por parte de alguno de sus padres. En consecuencia será difícil para los progenitores estar en buenas condiciones para cuidar de ellos,

³⁵ Op. Cit. Unidad de Investigación, Evaluación y Proyectos, pág. 48.

³⁶ MSPAS/Programa Nacional de Prevención y Control del Sida, **“IMPACTO SOCIOECONOMICO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA”**, Guatemala, 1995, pág. 15.

enfrentándose solos a la dura realidad que significa el hecho de estar contagiado con la enfermedad y exponerse a la discriminación y el rechazo.

Se define como huérfano por VIH/SIDA “a un niño menor de 15 años cuya madre murió de SIDA desde el inicio de la Epidemia (1984) en Guatemala”.³⁷ El número real de niños infectados por VIH es difícil de estimar, particularmente por lo poco específico de la sintomatología, ésta suele conducir a un diagnóstico incorrecto de los efectos y no de la causa biológica. La infección por VIH puede afectar de una forma devastadora la vida de los niños, no sólo físicamente sino también psicológicamente, el niño tempranamente será expuesto a sufrir pérdidas tanto físicas como emocionales.

Mujeres y niños víctimas pasivas del VIH/SIDA

Se sabe que la mujer y los niños son víctimas pasivas de la enfermedad, se estima que durante la década de los años 80 más de 200,999 niños nacieron infectados por el VIH a nivel mundial. La ONUSIDA, también ha informado que “78,000 guatemaltecos son portadores del VIH, 13,500 necesitarían tratamiento médico urgente. Según estima esta fuente el 40.62% de casos de portadores de VIH no están notificados. Hay 2,196 portadores de VIH sin síntomas y fueron notificados desde 2003. Las personas que han fallecido por VIH desde 2003, según fueron registradas 955. Aunque hay un alto sub-registro en este dato. Se sabe que el 70% de los casos notificados de SIDA, desde 1984 fue en hombres”.³⁸

Por otra parte las imágenes de niños y niñas infectados son una muestra clara del problema de la epidemia del SIDA, “es uno de los más significativos indicadores del alcance de esta crisis de salud mundial. Este grupo de poblaciones especialmente vulnerable a la infección por el VIH por causa de transmisión vertical o perinatal, el uso de sangre contaminada y sobre todo el

³⁷ Ibidem, “**IMPACTO SOCIOECONOMICO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA**”, pág. 22.

³⁸ Palencia, Gemma “**PEQUEÑAS VICTIMAS DEL SIDA CON VIH, DESDE LA CUNA**” Prensa Libre, Guatemala 27 de noviembre de 2005, pág. 20 y 21.

abuso, la coacción, la violencia, la marginación y la explotación sexual de que son objeto”.³⁹

Según las estimaciones realizadas por la ONUSIDA, “12 millones de niños y niñas menores de 18 años, se infectaron por el VIH durante 1998, en el mundo. De esa cuenta más del 90% lo hizo por transmisión de la madre al niño por transmisión vertical”. En Guatemala, el Programa Nacional de Prevención y Control del ITS/VIH/SIDA, reportó: “89 casos de SIDA pediátrico menores de 15 años, para finales de diciembre de 1998 en Guatemala. De ese total de casos más del 83% de niños y niñas se infectó por transmisión vertical”.⁴⁰

Tristemente el virus del VIH en los niños tiende a desarrollarse más rápidamente hacia el SIDA y la muerte, que en los adultos, “El SIDA pediátrico lleva a la muerte con particular rapidez a los niños y niñas que viven en los países en desarrollo que en los países industrializados, respecto el documento de información del ONUSIDA (1999-9) indica que en Zambia un estudio señaló que aproximadamente la mitad de los niños y niñas infectados por el VIH habían fallecido antes de los dos años de edad. Otro estudio realizado en Uganda, demostró que “el 80% de los niños infectados sobreviven y murieron antes de los tres años de edad. Mientras que en Europa el 80% de los niños y niñas infectados sobreviven por lo menos hasta su tercer año de vida y el 20% llegan a cumplir los 10 años”⁴¹. Esto según indica dicho documento.

DEPRESIÓN INFANTIL

Concepto

Durante mucho tiempo se pensó que la depresión infantil no existía, con el paso del tiempo y los estudios que muchos investigadores han realizado se llegó a la conclusión de que en la realidad existen muchos niños deprimidos.

³⁹ Op. Cit. “**LA FUERZA INCLUYENTE DEL DESARROLLO HUMANO**”, pág. 35.

⁴⁰ Op. Cit. “**INFORME DE RESULTADOS**”, pág. 66

⁴¹ MSPAS/Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA “**IMPACTO SOCIECONÓMICO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA**”, Guatemala, 1995, pág. 23.

Entre las causas de la depresión infantil se ha intentado explicar desde varios puntos de vista teóricos que pretenden explicar el origen de la misma. “Conductual: a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño (Cognitivo), la existencia de juicios negativos (Beck) experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas (Psicodinámico) en relación a la pérdida de la autoestima (del yo según Freud) y la pérdida del objeto bueno (Spitz). (Biológico) por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona del crecimiento). Por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral) y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).”⁴² En la actualidad se cree que es una combinación tanto de factores sociales como biológicos, asimismo una vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que sirven de base para que aparezca este cuadro.

Los posibles factores que pueden desencadenar la depresión en un niño son: “acontecimiento o evento estresante: la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en estas edades en las que el niño es mucho más sensible a tales acontecimientos”.⁴³

Factores desencadenantes

Se sabe que un alto riesgo de sufrir depresión se encuentra en los niños que han experimentado una pérdida importante de seres queridos, de cosas o situaciones esenciales para ellos. Niños que presentan desordenes de atención, de aprendizaje, de la conducta y que han sido sometidos a otras problemáticas o situaciones de maltrato graves. Existe un factor de riesgo muy importante que es el ser miembro de familias con disposición a la depresión, el factor con más influencia pueden ser las pérdidas significativas y las pérdidas de la seguridad social o el deterioro de esta última.

⁴² <http://www.psicología-online.com/infantil/depresion.shtml>

⁴³ Arfouilloux, Jean-Claude “**Niños Tristes, La Depresión Infantil**”, Fondo de Cultura Económica, México, 1995. pág.17

El niño experimenta el proceso de duelo, “el dolor y el duelo mencionamos estas dos palabras que tienen la misma etimología, el duelo son los efectos mediante los cuales reaccionamos ante una separación”⁴⁴ El proceso de duelo en el niño implica varias etapas entre estas se encuentran la negación, cólera, depresión, aceptación y finalmente la comprensión. Es importante que el niño viva estas etapas para lograr su recuperación.

Las actitudes más comunes que manifiestan los niños en un proceso de duelo son: rebeldía, resentimiento, cólera y tristeza, otros tienden a la represión, porque les es difícil aceptar la separación del ser u objeto perdido, el niño experimenta ciertos síntomas en el proceso de duelo que se manifiestan como: negación, agresividad, pérdida de confianza, sentimientos de culpa, problemas del habla conductas antisociales, aislamiento y encontrar en la fantasía un refugio cuando lo están resolviendo.

Tratamiento

En la mayoría de los casos el tratamiento de la depresión infantil debe enfocarse hacia el marco familiar, siendo más efectivo cuanto más temprano se realice el diagnóstico. El tipo de tratamiento que se elija dependerá de la severidad y duración del cuadro depresivo, asimismo de la edad del niño y la colaboración de sus allegados.

El objetivo de cualquier tipo de terapia debe ser el aumentar la comprensión del niño y disminuir su rechazo, si ha habido una pérdida de objeto importante. “Con esta orientación la mejor forma de evitar la depresión infantil, es detectar oportunamente y aplicar el tratamiento adecuado al niño y a los que se encuentran a su alrededor”⁴⁵. En casos más difíciles la terapia debe apoyarse en el tratamiento individual al niño/a, “la terapia de juego permite que el terapeuta brinde diplomáticas oportunidades de éxito a los pequeños lo cual mejora la autoestima de éstos, refuerza su personalidad o incrementa su confianza en el

⁴⁴ Ibidem, Arfouilloux, Jean-Claude, pág. 29

⁴⁵ Mendels Joseph, “**DEPRESION**”, Editorial Herder, México, 1985, pág. 32.

adulto permitiéndoles una mejor expresión de sus sentimientos y un nuevo modelo de identificación”.⁴⁶

PREMISAS

- ❖ El objetivo de cualquier tipo de terapia debe ser el aumentar la comprensión del niño con problema de VIH/SIDA y disminuir su rechazo, si ha ocurrido una pérdida de objeto importante.

- ❖ La orientación es la mejor forma de evitar la depresión infantil, detectándola oportunamente y aplicar el tratamiento adecuado al niño y a los que se encuentran a su alrededor.

- ❖ La depresión en un niño/a con VIH/SIDA puede ser un acontecimiento o evento estresante, la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en estas edades en las que el niño es mucho más sensible a tales acontecimientos.

- ❖ Se sabe que un alto riesgo de sufrir depresión se encuentra en los niños que han experimentado una pérdida importante, de seres queridos y de cosas o situaciones esenciales para ellos.

⁴⁶ Ibid., Mendels Joseph, pág. 56.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS (PROCEDIMIENTOS)

DISEÑO DE PRUEBA

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se trabajó con una población total de 63 bebés y niños, se seleccionó una muestra intencional de diez niños y niñas con VIH, comprendidos entre las edades de 9 a 11 años, con escolaridad de preparatoria a sexto primaria, provenientes de diferentes municipios y departamentos del país, que viven en el Hospicio San José ubicado en el Km. 28.5 Santa Lucía Milpas Altas, Sacatepéquez, Departamento de Guatemala, niños huérfanos, como consecuencia de la pérdida de sus progenitores, encontrándose en condiciones de salud estables para trabajar con ellos.

Para este estudio se tomó en cuenta a todos los niños y niñas que se encuentran dentro del rango de edad previamente establecido, donde se buscó evidenciar cómo afecta la enfermedad en el estado de ánimo de estos niños. Se observaron signos y síntomas depresivos, se realizaron entrevistas con el personal de la institución y las maestras del colegio a donde los niños de la muestra seleccionada asisten, finalmente se aplicó el test de la figura humana de Karen A. Machover, este instrumento de evaluación se basa en la “hipótesis proyectiva” tomando como base que la figura humana es una representación del individuo que dibuja y el papel es el medio ambiente que lo rodea. A través de la aplicación del mismo se obtuvo información relevante acerca de la personalidad y el estado de ánimo de cada uno de estos niños.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas para la recolección de datos fueron las siguientes:

GUÍA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

Se aplicó una guía de observación individual que contiene 21 ítems, la cual fue elaborada con base a ciertos criterios diagnósticos que fueron extraídos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Dicha guía se encuentra orientada a conocer cuales fueron los comportamientos que presentaron los niños/as dentro de la institución y cuales pudieron ser las causas para incidir en conductas depresivas. Se utilizó para tener un acercamiento con los niños/as y conocer el desenvolvimiento de cada uno de los niños/as de la muestra seleccionada dentro del Hospicio San José. La observación se realizó a través de las actividades que se llevaron a cabo para interactuar con los niños de la muestra seleccionada. A través de la utilización de esta guía se logró captar objetivamente las actividades cotidianas que realiza la muestra con la que se trabajo.

ENTREVISTAS

Se dirigieron específicamente a las “ACIS” Asistentes de Cuidado Infantil (niñeras que son las encargadas de cuidar a los niños/as), las maestras del colegio a donde los niños asisten y las psicólogas de la institución, el objetivo fue conocer las percepciones emocionales y personales del personal que se encuentra en contacto más directo con los niños de la muestra seleccionada, reconociendo determinadas situaciones de la vida de los niños que inciden en el aspecto depresivo, esta técnica consistió en plantear una serie de preguntas para conocer las posibles causas y efectos de la depresión en los niños. Estas entrevistas se aplicaron dentro de la institución en forma individual.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

Se aplicó únicamente a los niños/as de la muestra representativa de la investigación. Se obtuvo información mucho más objetiva y exacta a cerca del

estado de ánimo de los niños/as. Este es un test proyectivo menor y mide aspectos muy importantes de la personalidad del individuo, la forma de aplicación fue individual cara a cara en el aula de estimulación temprana, se requirió para su aplicación de 1 lápiz HB- No. 2 y una hoja de papel bond, tamaño carta, las instrucciones que se le brindaron al niño/a fueron: “dibuja a una persona” , posteriormente se realizó una encuesta relacionada con el test, el tiempo de aplicación fue de 30 a 40 minutos por cada niño aproximadamente y se realizó en varias sesiones los días sábados por las mañanas.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para obtener validez y confiabilidad en esta investigación se utilizaron las técnicas de análisis, descripción e interpretación estadísticas más apropiadas. Se utilizó el método de muestreo no aleatorio intencional para obtener la muestra representativa de la población con la que se trabajó. Para realizar el análisis del problema objeto de estudio, este se basó en la estadística descriptiva. Método que permitió describir y relacionar las características y cualidades del grupo a través de la interpretación de variables midiéndolas tanto cuantitativamente y describiéndolas cualitativamente. Asimismo se utilizó para la interpretación de los datos de los resultados obtenidos cuadros y graficas a nivel de porcentaje.

CAPITULO III PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Entrevista Estructurada

Pregunta 1



Ante la pregunta ¿el niño se ve triste con cierta frecuencia? Se logro evidenciar que el 60% de las personas entrevistadas indicaron que no ven tristeza en esta población, Mientras que un 40% si creen que los niños se ven tristes con cierta frecuencia.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

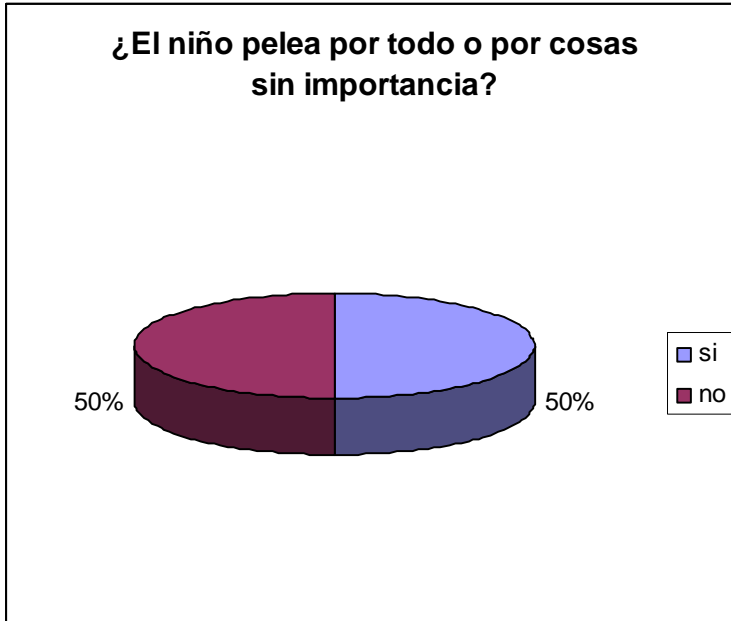
Pregunta 2



Ante la pregunta ¿el niño llora por cualquier cosa o con mucha facilidad? Se logró evidenciar que el 75% de las personas entrevistadas indicaron que el niño no llora por cualquier cosa o con mucha facilidad, mientras que un 25% de los encuestados si cree que el niño llora por cualquier cosa o con mucha facilidad.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 3



Ante la pregunta ¿el niño pelea por todo o por cosas sin importancia? Se logró evidenciar que el 50% de personas entrevistadas indicaron que los niños si pelean por todo o por cosas sin importancia mientras que el otro 50 % restante de los encuestados manifestó que el niño no pelea por cualquier cosa.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 4



Ante la pregunta ¿el niño se muestra rebelde y berrinchudo? Se logró evidenciar que el 65% de personas entrevistadas indicaron que el niño si se muestra rebelde y berrinchudo, mientras que un 35% de los entrevistados manifestó que no hay rebeldía ni berrinches en esta población

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 5



Ante la pregunta ¿el niño no comparte con los demás?. Se logró evidenciar que el 85% de personas entrevistadas indicaron que el niño si comparte con los demás, mientras que un 15% de los entrevistados manifestó que el niño no comparte con los demás al responder esta pregunta.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

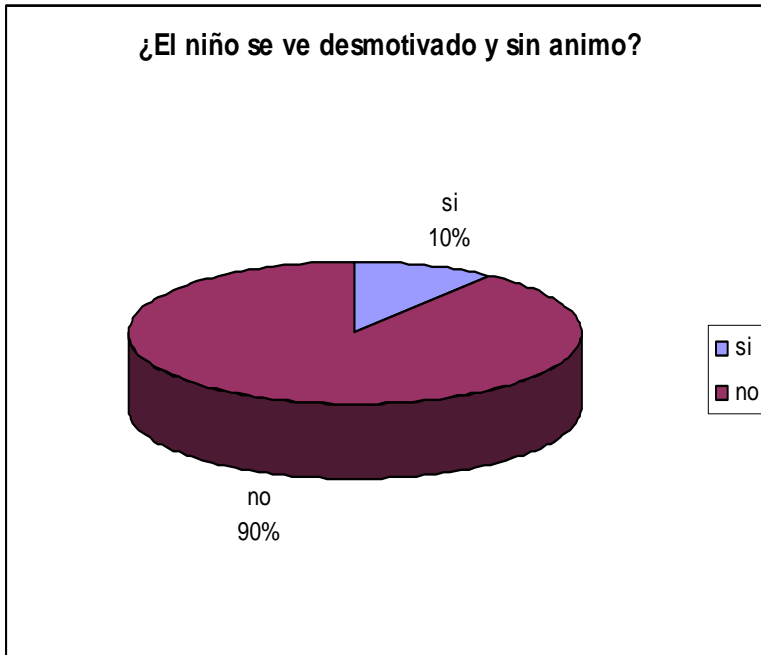
Pregunta 6



Ante la pregunta ¿el niño se aísla del resto de sus compañeros?. Se logro evidenciar que el 75% de personas entrevistadas opinaron que no se aísla del resto de sus compañeros mientras que un 25 % de los encuestados manifestaron que si existe aislamiento por parte de esta población.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

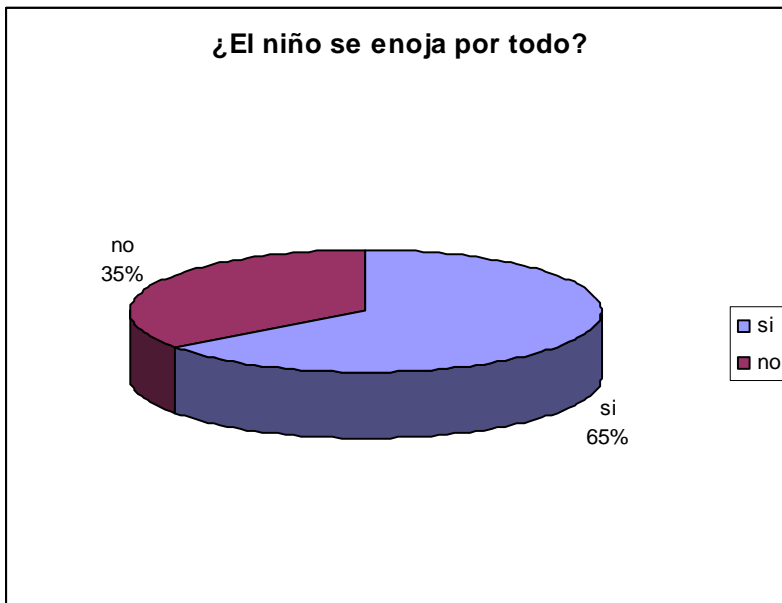
Pregunta 7



Ante la pregunta ¿el niño se ve desmotivado y sin ánimo?. Se logró evidenciar que el 90% de personas entrevistadas opina que no hay desmotivación, o desánimo, mientras que un 10 % de los encuestados manifestaron que si existe desmotivación y desánimo en estos niños.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 8



Ante la pregunta ¿El niño se enoja por todo? Se logró evidenciar que el 65% de personas entrevistadas opina que el niño si se enoja por todo, mientras que un 35 % de los encuestados manifestaron que no, al responder a esta pregunta.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez. (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 9



Ante la pregunta ¿El niño es agresivo con los demás? Se logró evidenciar que el 50% de personas entrevistadas opina que si es agresivo con los demás mientras que el 50% restante de los encuestados manifestaron que no es agresivo, al responder esta pregunta.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez (Maestras, niñeras y psicólogas)

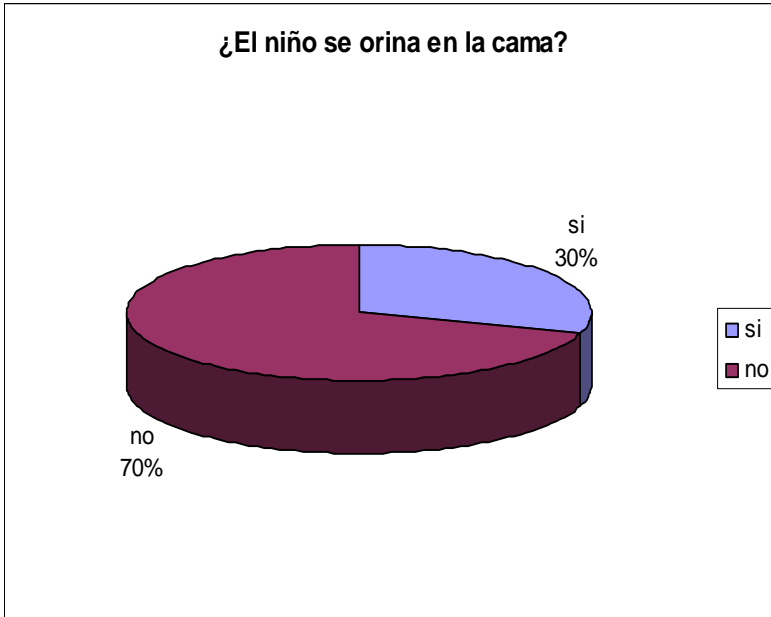
Pregunta 10



Ante la pregunta ¿Le cuesta dormir al niño? Se logró evidenciar que el 90% del personal entrevistado opinaron que no les cuesta dormir a los niños, mientras que un 10% de los encuestados manifestaron que si les cuesta dormir.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 11



Ante la pregunta ¿El niño se orina en la cama? Se logró evidenciar que el 70% del personal entrevistado contestó que no se orinan en la cama mientras que un 30% de los encuestados manifestaron que si se orinan en la cama.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas).

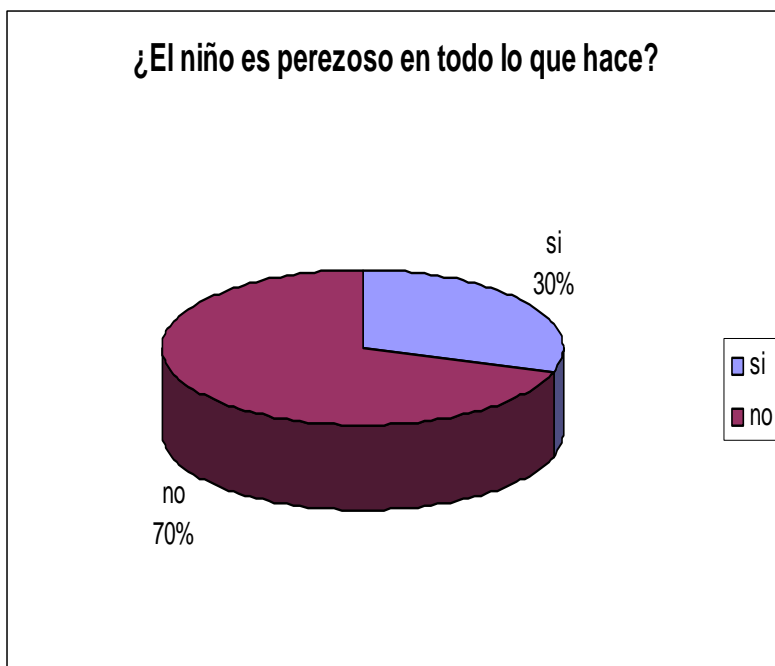
Pregunta 12



Ante la pregunta ¿El niño cumple con las tareas asignadas? Se logró evidenciar que el 80% de personas entrevistadas contestó que si cumplen con las tareas que se les asignan mientras que un 20% de los encuestados manifestó que no cumplen con lo que se les asigna.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 13



Ante la pregunta ¿el niño es perezoso en todo lo que hace? Se logró evidenciar que el 70% de las personas entrevistadas indicaron que no hay pereza en las actividades que el niño desarrolla. Mientras que un 30% si creen que los niños son perezosos en todo lo que hacen.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas)

Pregunta 14

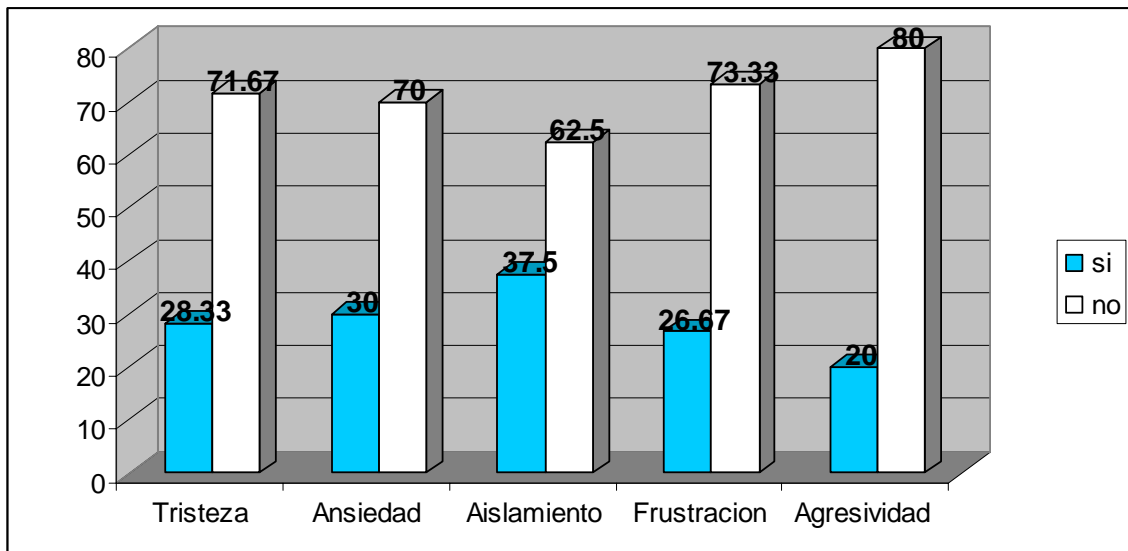


Ante la pregunta ¿el niño respeta la autoridad? Se logró evidenciar que el 90% de las personas entrevistadas indicaron que el niño de esta institución si respeta la autoridad. Mientras que un 10% no creen que los niños sean respetuosos de la autoridad.

Fuente: Entrevistas realizadas durante el mes de abril de 2008 al personal del Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatapequez, (Maestras, niñeras y psicólogas)

RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

GRÁFICO 1



Fuente: Observaciones realizadas a los 10 niños de la muestra seleccionada, que viven en el Hospicio San José, Santa Lucía Milpas Altas. Sacatepéquez

La gráfica muestra los resultados que se obtuvieron en la observación realizada a los niños de la muestra seleccionada, la cual se realizó en el horario de clases, durante las mañanas, la hora del almuerzo y actividades al aire libre.

El 28.23% muestra cierto grado de tristeza. En el área de ansiedad se observó que el 30% presenta ansiedad, en el aspecto de aislamiento el 37.5% tienden al aislamiento. Un 26.67% presenta frustración y el 20% presenta agresividad.

RESULTADOS INTERPRETACIÓN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA

(Aplicado a los 10 niños de la muestra seleccionada, que viven en el Hospicio
San José, Santa Lucía Milpas Altas, Sacatepequez)

CUADRO 1

CANTIDAD De dibujos	ASPECTO Formal, Estructural o Expresivo	INDICADOR	INTERPRETACIÓN
4	Tema del dibujo	Figuras más jóvenes	Fijación emocional, tendencias regresivas
6	Tema del dibujo	Figuras más viejas	Hay identificación con imagen de los padres.
2	Movimiento del dibujo	Rigidez	Muestran agresividad
8	Movimiento del dibujo	Con movimiento	Hay deseo de contacto con el exterior, deseo de relación.
4	Simetría	Ausencia de simetría	Sentimientos de inseguridad, escaso control del Yo.
2		Exceso de simetría	Protección contra el ambiente amenazador, estados fuertes de depresión
4		normal	Normal
9	Línea media	Énfasis en ciertas partes del cuerpo	Sentimientos de inferioridad.
1	Línea media	normal	Normal
1	Tamaño	Dibujo grande	Presión ambiental con sentimientos de agresión.
2	Tamaño	Dibujos pequeños	Sentimientos de inferioridad frente al ambiente.
7	Normales	Dibujos normales	No se sienten presionados por el ambiente, se relacionan adecuadamente con el mismo.
9	Posición	Lado izquierdo	Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión
1	Posición	Lado derecho	Tendencia al negativismo, rebelión.
5	Posición	Mitad superior	La persona siente que esta realizando esfuerzos en su vida y a veces que su vida es inalcanzable. También puede ser que la persona busca satisfacciones en la fantasía y no en la realidad.
3	Posición	Mitad inferior	Tendencia a deprimirse
2	Posición	Centro	Individuos auto-dirigidos y adaptados.

1	Tipo de línea	Presión baja	Represión
9	Tipo de línea	Presión fuerte	Agresivos y tensos
2	Tipo de línea	Línea gruesa en contorno del cuerpo	Barrera entre el individuo y el ambiente.
7	Tipo de línea	Trazos cortos	Impulsivos
1	Tipo de línea	Trazos circulares	Dependientes y emotivos
2	Tipo de línea	Trazos largos	Control de su conducta e inhibidos
7		Borraduras	Ansiedad e inseguridad
3		Sombreamiento	Ansiedad, agresividad
6	Análisis de contenido	Cabezas grande	Altas aspiraciones intelectuales, utilización de mecanismos de racionalización.
4	Análisis de Contenido	Cabeza pequeña	Sentimientos de inadecuación
5	Análisis de contenido	Fuerza en el contorno de la cabeza	Deseos de compensar su deficiente auto estima por una auto imagen de individuos agresivos y socialmente dominantes.
2	Análisis de contenido	Ojo bisco	Confusión en su pensamiento
3	Análisis de contenido	Ojo sospechoso	Transmite ideas de alusión
1	Análisis de contenido	Ojo penetrante	Arma social agresiva
4	Análisis de Contenido	Ojo grande, oscuro y acentuado	Hostilidad
3	Análisis de contenido	Orejas	Destacada apacible, reacción de criticismo o expresión social
7	Análisis de Contenido	Omisión de oreja	Normal
4	Análisis de contenido	Nariz chata	chata, infantilidad
4	Análisis de contenido	Nariz ganchuda	Rechazo o desprecio
2	Análisis de contenido	Omisión de nariz	Conflictos sexuales
8	Análisis de Contenido	Boca Concava	Oralmente receptivos, infantilismo dependencia oral, dependencia pasiva.
1	Análisis de Contenido	Boca como una línea	Agresiva a nivel verbal
1	Análisis de Contenido	Boca con dientes	Agresión oral y física
5	Análisis de Contenido	Cuello corto	Conducta guiada más por lo instintivo que por lo intelectual
2	Análisis de Contenido	Cuello alto y delgado	Excesivamente moral, que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos
3	Análisis de	Omisión de cuello	Agresividad

	Contenido		
1	Análisis de Contenido	Brazos extendidos en forma horizontal	Contacto superficial
3	Análisis de Contenido	Brazos cortos	Vivencia de falta de poder, dificultad de relación
2	Análisis de Contenido	Brazos colgados	Cierto contacto con el ambiente pero pasivo.
4	Análisis de Contenido	Brazos extendidos	Deseos de contacto, de relación
9	Análisis de contenido	Dedos en forma de pétalo cortos y redondos	Regresión,
1	Análisis de Contenido	Dedos en forma de lanza	Agresión abierta
1	Análisis de Contenido	Pierna dando un paso	Acto de afirmación
1	Análisis de Contenido	Asentado sobre el suelo	Necesidad de apoyo en la realidad
6	Análisis de Contenido	Resistencia a realizar el trazo del pie	Desilusionado, deprimido
1	Análisis de Contenido	Dibujo con botones	Dependiente y preocupación somática
1	Análisis de Contenido	Bolsillo en el pecho	Privación oral y afectiva

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL

De acuerdo con las entrevistas a las asistentes de cuidado infantil (ACIS), maestras del colegio al que los niños asisten, las psicólogas de la institución, las observaciones realizadas a cada uno de los niños de la muestra seleccionada, la aplicación del test de la Figura Humana y las actividades realizadas con los niños del Hospicio San José, los resultados obtenidos en esta investigación fueron:

A través del contacto con la población de la muestra seleccionada, se comprobó que aproximadamente el 70% de los niños enterados de su situación, han asimilado de manera positiva, la notificación de su diagnóstico expresando de manera espontánea “su gratitud por estar vivos”. Lo cual es sumamente útil e importante para enfrentar el futuro y sus desafíos. Esta actitud fue muy motivante para la investigadora.

Algunos resultados significativos que aportó esta investigación fueron que un 50% de los niños de la muestra con la que se trabajó presenta un déficit en habilidades cognitivas y psicomotoras, de concentración, de atención, de memoria que son importantes para el aprendizaje, que los coloca en desventaja en relación a sus compañeros de aula.

Otro factor importante que se manifestó al momento de realizar la investigación fue que un porcentaje alto, aproximadamente el 85%, al momento de la aplicación del test de la Figura Humana se percibió cierta melancolía o necesidad de afecto quizás por la carencia de los padres, el deseo de tener, pertenecer o saber de su familia y la utilización de la fantasía como mecanismo de defensa y de escape a la realidad.

Se evidenció que un alto porcentaje, el 85% de los niños de la muestra seleccionada presentan un bajo o pobre concepto de si mismos. Su auto estima es deficiente, especialmente cuando están en contacto con otros niños, ajenos a su

entorno, situación que los hace vulnerables especialmente en sus sentimientos y remarca un conflicto de identidad.

A través de la realización de este trabajo de investigación, se logró constatar que el 73% de los niños con los que se trabajó, presentan algún tipo de temor o preocupación consciente o inconsciente, relacionada a la aceptación o rechazo de la sociedad debido a la discriminación.

Otro aspecto importante que aportó esta investigación: de los 10 niños con los que se realizó este trabajo 3 (equivalente al 3%) de ellos presentan un cuadro depresivo, este porcentaje de la muestra seleccionada se observa o percibe deprimido, lo cual se refleja en su estado de ánimo y en la interacción con otros.

Asimismo se planteó la necesidad de brindar a los niños apoyo psicopedagógico con personal especializado en problemas de aprendizaje y/o educación especial, terapia del habla, y otros, para lograr potenciar todas las habilidades motrices, cognitivas y sociales que esta población requiere y brinde éxito y competencia en el aula.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se evidenció que los niños portadores del Virus de Inmuno Deficiencia Humana -VIH-, han sido aislados, rechazados y discriminados por la sociedad debido a su situación.

- Al realizar la investigación se comprobó que a pesar de que el VIH/SIDA ha sido un tema muy trabajado, es interesante observar que existe poca información de estudios relacionados específicamente con niños y como realizar el abordaje psicoterapéutico. La propuesta asistencial generalmente se centra en lo farmacéutico.

- Con esta investigación se concluye que los niños VIH positivos necesitan empoderamiento en el área social, personal, intelectual y sexual, para lograr un óptimo desempeño ante la sociedad.

- Fue importante concluir con esta investigación la necesidad de los niños del Hospicio San José del entrenamiento en relajación para disminuir niveles de ansiedad y así obtener un adecuado control emocional y/o yoíco.

RECOMENDACIONES

A las Autoridades Gubernamentales:

- Es urgente tomar acciones pertinentes que propicien una campaña eficaz de información y prevención de la enfermedad del VIH/SIDA, dirigida a todos los sectores de la población sin exclusión alguna.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala:

- Promover investigaciones que respondan integralmente a la problemática que presentan los niños que han sido afectados con el VIH/SIDA en Guatemala.

A la Escuela de Psicología:

- Propiciar la implementación de programas que brinden apoyo psicológico hacia las personas que viven con el VIH/SIDA a través de los departamentos de Práctica Supervisada, Ejercicio Profesional Supervisado y Centro de Investigaciones en Psicología.

Al Hospicio San José:

- Continuar con la labor tan loable que realizan en beneficio de todos los personas adultas y los niños que han quedado huérfanos y con el padecimiento de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

Arfouilloux, Jean-Claude

“NIÑOS TRISTES, LA DEPRESIÓN INFANTIL”,

Mèxico, 1995

Fondo de Cultura Económica,

174 pp.

Consejo Editorial Tear Fund

“REVISTA PASO A PASO, LOS NIÑOS Y EL VIH/SIDA”

No. 61, Gran Bretaña, Inglaterra, Feb, 2005

Development Cooperation Ireland (HAPS)

61 pp.

Durham , Jerry,

“PACIENTES CON SIDA, CUIDADOS EN ENFERMERIA”

México, 1990

Editorial Manual Moderno

243 pp.

Gatell, Artigas, J M y Otros,

“GUIA PRÁCTICA DEL SIDA”

2ª. Edición Barcelona España, 1992

Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.

55 pp.

Informe de Desarrollo Humano de Guatemala,

“LA FUERZA INCLUYENTE DEL DESARROLLO HUMANO”,

Sistema de Naciones Unidas de Guatemala, 2000,

89 pp.

Ixmay, Noe Eliseo,

“S.O.S. EL SIDA ME ATACA”,

Guatemala, Julio 1997

Impresos Gala

112 pp.

MSPAS/Programa Nacional de Prevención y control de Sida

“IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN GUATEMALA”,

Guatemala, Diciembre de 1995

44 pp.

MSPAS/DGSS/Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA
“MANUAL DE CONSEJERÍA EN VIH/SIDA ETS/ PARA PERSONAL DE SALUD”,
Guatemala, 1996
31 pp.

Mendels Joseph
“DEPRESIÓN”
México, 1982, Editorial Herder
217 pp.

Orlow. Lisandro
MOVIMIENTO ECUMÉNICO POR LOS DERECHOS HUMANOS,
Buenos Aires, Argentina, 2da. Edición,
Julio, 1995.
58 pp.

Palencia Gil, Gemma
“PEQUEÑAS VICTIMAS DEL SIDA CON VIH, DESDE LA CUNA”
Guatemala, Prensa Libre, 27 de noviembre de 2005,
Edición Dominical, Reportajes
111 pp.

Papalia E, Diane, Wendkos Old, Sally,
“PSICOLOGÍA”
México, 1988
Edit. McGraw-Hill
767 pp.

Papalia E, Diane, Wendkos Olds Sally, Feldman, Duskin Ruth
“DESARROLLO HUMANO”,
Bogotá 8a. Edición, 2001
Editorial McGraw-Hill,
138 pp.

Salvat, Editores, S. A.
“ENCICLOPEDIA SALVAT”,
Bogotá, 2004, Volumen 1
Mediasat Group
1600 pp.

Woolfolk E, Anita
“PSICOLOGÍA EDUCATIVA”,
México Séptima Edición, 1999
Prentice Hall
662 pp

<http://www.psicología-online.com/infantil/depresion.shtml>

ANEXOS

GUIA DE OBSERVACION INDIVIDUAL

Nombre del Niño/a: _____ Edad _____

Fecha de Observación: _____ Grado: _____

INDICADORES	PREGUNTAS	EVALUACION	
Agresividad	1. Le pega a los demás niños/as 2. Le gusta empujar y pelear 3. Se comporta grosero y mal educado con todos 4. Es un niño/a rebelde y desobediente	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI	NO NO NO NO
Tristeza	1. Se muestra irritado y berrinchudo 2. No se motiva con nada 3. Se observa cansado y aburrido 4. Es apático y solitario 5. No cumple con las tareas asignadas 6. No sigue instrucciones	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI 6. SI	NO NO NO NO NO NO
Ansiedad	1. Se ve agitado/a 2. Se muestra impaciente 3. Le cuesta concentrarse en alguna actividad 4. Excesiva actividad motriz	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI	NO NO NO NO

Aislamiento	1. Se aísla del resto de compañeros/as 2. Le cuesta integrarse a alguna actividad de grupo. 3. Prefiere jugar solo/a 4.No participa en clase	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI	NO NO NO NO
Frustración	1. Le gusta llamar la atención 2. Es impulsivo/a en su comportamiento 3. Se da por vencido con facilidad	1. SI 2. SI 3. SI	NO NO NO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
LIC. JOSE ALFREDO ENRIQUEZ CABRERA

ENTREVISTA

Nombre del entrevistado: _____

Puesto que ocupa: _____ Fecha: _____

1. El niño/a se ve triste con cierta frecuencia?
SI NO
2. El niño/a llora por cualquier cosa o con mucha facilidad?
SI NO
3. El niño/a pelea por todo o por cosas sin importancia?
SI NO
4. El niño se muestra rebelde y berrinchudo?
SI NO
5. El niño/a no le gusta compartir con los demás?
SI NO
6. El niño/a se aísla del resto de sus compañeros/as?
SI NO
7. El niño/a se ve desmotivado y sin ánimo?
SI NO
8. El niño/a se enoja por todo?
SI NO
9. El niño/a es agresivo con los demás?
SI NO

10. El niño/a le cuesta dormir?

SI NO

11. El niño se orina en la cama?

SI NO

12. El niño/a no cumple con las tareas asignadas?

SI NO

13. El niño/a es perezoso en todo lo que hace?

SI NO

14. El niño/a no respeta la autoridad?

SI NO

!!!!!!!!!!!!!!MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!!!!!!!!!

RESUMEN

Acompañamiento psicológico a niños con VIH, de 9 a 11 años, huérfanos del Hospicio San José, Guatemala.

La investigación contribuyó al aporte de conocimientos sobre los efectos de esta enfermedad, problemas psicológicos y repercusiones en el estado de ánimo de esta población. Para realizarla se utilizaron; guía de observación estructurada, entrevistas con personal de la institución y maestras del colegio. Finalmente se aplicó test de Figura Humana de Machover.

Entre los resultados obtenidos se comprobó: 70% de la muestra ha asimilado de manera positiva notificación de su diagnóstico, 30% presenta depresión. El 50% de la muestra presenta déficit en habilidades cognitivas, psicomotoras, concentración, atención y memoria. Un 85% manifestó el deseo de saber de padres y familiares. Se constató temor y tristeza por rechazo y discriminación por parte de la sociedad.

Se observaron conflictos de identidad y problemas de autoestima. Llegando a concluir en la necesidad del acompañamiento psicológico hacía esta población.