

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIOFAMILIAR DE LA FAMILIA
DEL NIÑO DESNUTRIDO***

REALIZADO EN EL AREA DE ENCAMAMIENTO DE NUTRICION DEL
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ENFERMEDADES DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, I.G.S.S.

Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.)

Presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR:
DIANA FLORIDALMA PAZ CASTAÑEDA

Previo a optar el título de

PSICOLOGA

En el grado académico de Licenciatura

GUATEMALA, ABRIL DE 1999

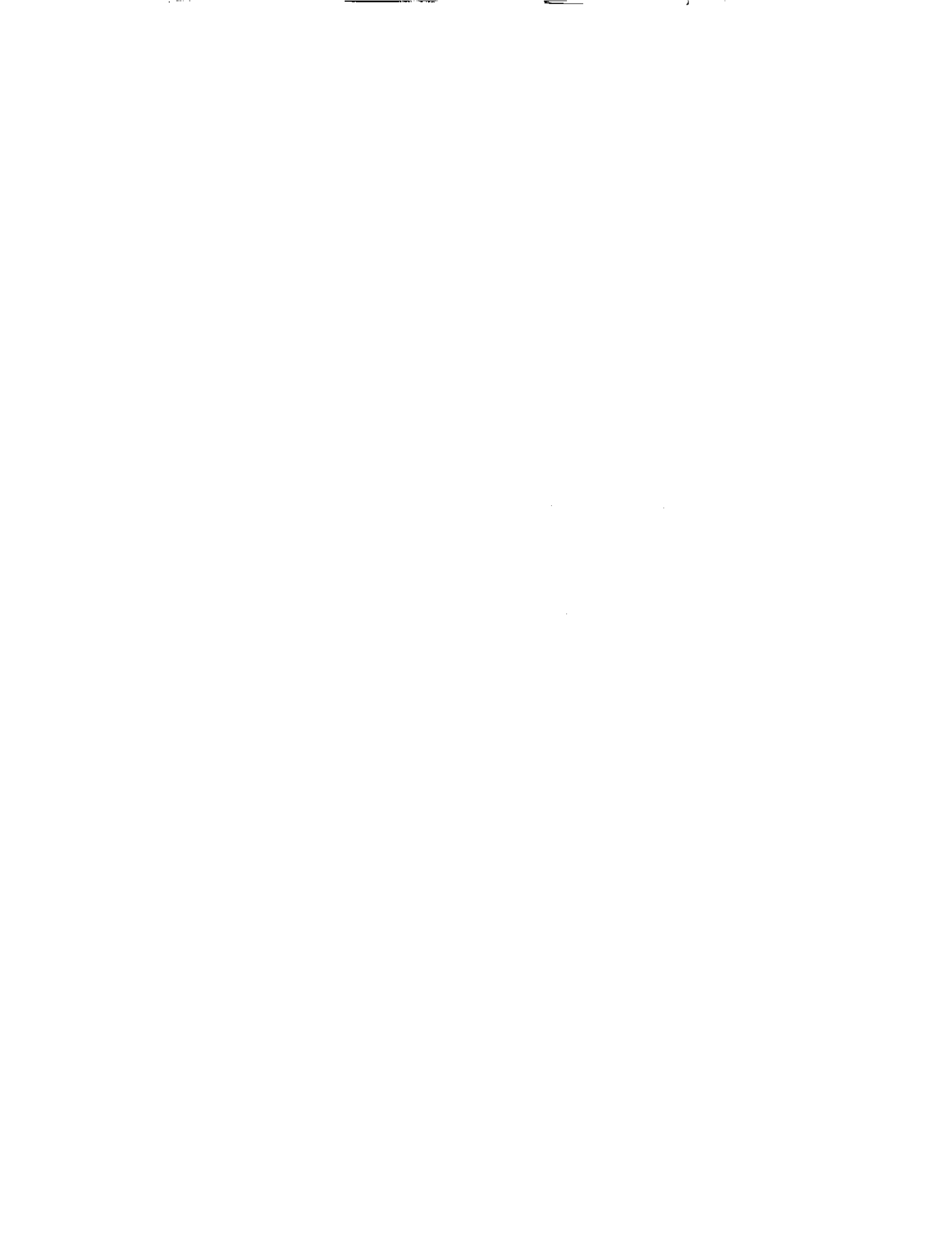


TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS





**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**
Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
ls. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
ctos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Académico
Depto. EPS.
archivo

REG. 2432-97

CODIPs. 227-99

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
EPS.

Abril 29 de 1999

Señorita Estudiante
Diana Floridalma Paz Castañeda
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO CUARTO (14o.) del Acta DIEZ NOVENTA Y NUEVE (10-99) de Consejo Directivo, de fecha 02 de marzo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIOFAMILIAR DE LA FAMILIA DEL NINO DESNUTRIDO", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

DIANA FLORIDALMA PAZ CASTANEDA

CARNET No. 92-17389

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes y revisado por la Licenciada Ileana Godoy Calzia.

Después de conocido al expediente, Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS



Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4760790-4, 4760785, ext. 490-1
Director: 4769902, 4767219, fax 4769914
e Mail: USACPSIC@edog.gi
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

J. Paz
220397

RÉG. 2432/97

E.P.S. 025/99



19:30

febrero 11, de 1999

Señores Miembros Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M5
Ciudad Universitaria

Respetables Señores:

Tengo el agrado de informarles que he concluido con la asesoría y supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante **DIANA FLORIDALMA PAZ CASTAÑEDA** Carné 9217389 titulado: "ESTUDIO PSICOLÓGICO Y SOCIOFAMILIAR DE LA FAMILIA DEL NIÑO DESNUTRIDO".

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito dictamen de APROBACION del mismo.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Erick A. Cudiel
Licenciado Erick A. Cudiel Corzantes
ASESOR Y SUPERVISOR
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

c.c. archivo
interesada

medeva





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edif. M-5 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4769798-4, 4769985, ext. 4769-1
Telex: 4769983, 4767219, Fax 4769914
e Mail: USACPSIC@edm.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

E.P.S. 026/99

REG. 2432/97

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

RECIBIDO
11 FEB. 1999

HORA

19:30

febrero 11, de 1999

Señores Miembros Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M5
Ciudad Universitaria

Respetables Señores:

Informo a ustedes que tuve a mi cargo la asesoría y supervisión de la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante DIANA FLORIDALMA PAZ CASTAÑEDA Carné 9217389 titulado: "ESTUDIO PSICOLÓGICO Y SOCIOFAMILIAR DE LA FAMILIA DEL NIÑO DESNUTRIDO".

Asimismo, se informa que la Licenciada Ileana Godoy Calzia, tuvo bajo su cargo la revisión del Informe Final del trabajo referido, por lo que se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes
COORDINADOR DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

c.c. archivo
interesada

medeva





Ciudad de San Carlos
de Guatemala



ESQUELA DE
CIAS PSICOLOGICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
CIBO-4, 4780985, ext. 490-1
F08902, 4787219, fax 4786914
E: USACPSIC@idul.gi
UALA, CENTRO AMERICA

E.P.S. 41-98

Reg.

Guatemala,
26 de Noviembre de 1998.

Licenciado Erick Gudiel C.
Coordinador del Departamento
Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S.
Edificio

Licenciado Gudiel:

Hago de su conocimiento que ejecuté la revisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Estudiante: **DIANA FLORIDALMA PAZ CASTAÑEDA**, Carnet Número: 92-17389, titulado: "ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO-FAMILIAR DE LA FAMILIA DEL NIÑO DESNUTRIDO".

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito la **APROBACION** al mismo.

Sin otro particular, atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

LICENCIADA ILEANA GODOY CALZIA
R E V I S O R A
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



/ab.







Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.

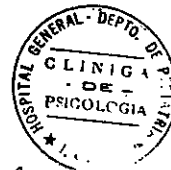
Dirección Cablegráfica IGSSO
Dirección Postal: Apartado 349
Teléfono 28001-9

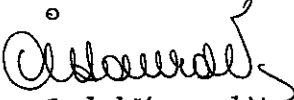
A QUIEN INTERESE

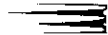
Por este medio hago constar que la Sra. DIANA FLORIDALMA PAZ CASTAÑEDA, alumna de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos, con carnet No. 92-17389, realizó Su Ejercicio Profesional Supervisado correspondiente a la Licenciatura, en esta Clínica de Psicología del Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades.

Estas actividades fueron realizadas durante 1997, acumulando un total de 950 horas en la atención de niños de 0 a 12 años y sus familias. Incluyó actividades de docencia, investigación y servicio en relación con la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños en Consulta Externa y en Encamamientos.

Guatemala, a los veinte días del mes de marzo de mil novecientos noventa y ocho.




Lic. Carmen Isabel Howard V.
Jefe de la Clínica de Psicología





UNIVERSIDAD
LA DE
COLOGICAS
Institución, Zona 12
180066, ext. 490-1
107210, fax 4789914
SIC@edu.gt
TIRO AMERICA

cc.: Control Acad.
Depto. EPS.
Asesor
Archivo

REG. 2432-97

CODIPs. 345-98

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Abril 28 de 1998

Señorita Estudiante
Diana Floridalma Paz Castañeda
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.) del Acta TRECE NOVENTA Y OCHO (13-98) de Consejo Directivo, de fecha 15 de abril del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO FAMILIAR DEL NINO DESNUTRIDO", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

DIANA FLORIDALMA PAZ CASTANEDA

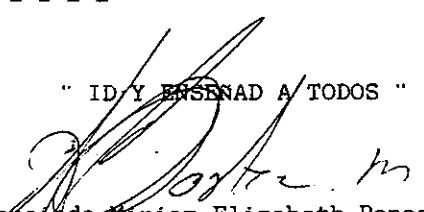
CARNET No. 92-17389

Dicho proyecto se desarrollará en la ciudad capital, ubicándose a la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve APROBAR SU REALIZACION." - - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy



ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por haberme dado la vida y permitir este momento.

A mis padres: Oscar Humberto y Blanca Lidia por su amor, ayuda y apoyo.

A mis hermanos y hermanas: Oscar, Edvin, Leonel, Lily y Marlene con cariño.

A mis cuñados: Jorge, Mario y Melida con cariño.

A mis sobrinos y sobrinas: Que inician sus estudios, como ejemplo para culminar las metas que se tracen en la vida.

A mis amigos y amigas: Que estuvieron conmigo en todo momento.





AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a la Junta Directiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín y en especial al Doctor Rodolfo Herrera Llerandi y Dr. Rodolfo Marroquín por haberme brindado la ayuda necesaria para la culminación de mi carrera y a las instituciones que me abrieron las puertas para formarme como profesional.

A la Licenciada Isabel Howard por su asesoría.



A. SINTESIS DESCRIPTIVA:

El presente Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), **UN ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO-FAMILIAR DEL NIÑO DESNUTRIDO**, se llevó a cabo de febrero de 1997 a febrero de 1998. En los meses de febrero al 7 de mayo se participó en el Servicio de Consulta Externa de la Clínica de Psicología y a partir del 8 de mayo a febrero de 1998 se realizó el trabajo en el área de encamamiento de Nutrición, del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social "IGSS", que está ubicado en la 9a. Calle 7-55 Zona 9.

Esta Institución realiza acciones de prevención, tratamiento médico, quirúrgico y de rehabilitación a los niños comprendidos en las edades de 0 a 5 años, si son hijos de afiliados y de 0 a 12 años, si son hijos de trabajadores de la Institución.

En el *Componente Servicio* se realizaron actividades de atención psicológica al niño y su familia. De febrero a mayo se llevó a cabo en el área de Consulta Externa, tareas de prevención en salud mental, detección de riesgos en el desarrollo por medio de evaluaciones periódicas ya establecidas por la clínica y rehabilitación de la salud mental o emocional del niño a través de actividades de estimulación y ludoterapia.

En los meses de mayo a noviembre se llevó a cabo el *Componente de Investigación* y se continuó con el *Componente Servicio*, a través de la atención de los niños que ingresan al hospital por diagnóstico de desnutrición. Se entrevistó a los padres o encargados del niño, se evaluó al niño al ingresar al hospital con las pruebas Escala Adaptativa de Arnold Gesell y así obtener su nivel de desarrollo actualizada en las áreas motora gruesa, sensoriomotriz, del lenguaje y socio-emocional. También se revisó el expediente médico, ya que éste proporciona información sobre el grado de desnutrición del niño. Durante la estancia en el hospital se le proporcionó estimulación temprana por medio de juegos adecuados. Antes de egresar del hospital, el niño fue evaluado de nuevo con el propósito de establecer su nivel de desarrollo después del tratamiento integral de la desnutrición con que fue ingresado.

En el *Componente Docencia* se trabajaron talleres de formación de dos horas con personal de enfermería, los cuales se enfocaron a la superación personal y se realizaron de acuerdo a las fechas establecidas por la institución, que fue el mes de noviembre de 1997.

Además, como colaboradora, se participó tanto en docencia como en servicio en los Programas de Madres Adolescentes, Hematología y Síndrome de Down, que fueron impartidos durante el año.

También se estableció un programa de Educación a Madres del Servicio de Nutrición los días martes a partir del mes de julio, el programa se impartió multidisciplinariamente con el objetivo de proporcionarles una orientación adecuada a las mamás, para mejorar el trato de sus

niños, se dió solución a los problemas de alimentación que se presentaron, se planificó y se dió orientación de como estimular a los niños y a la prevención de accidentes.

Se proporcionó asesoría a las estudiantes prácticas de 3ro., 4to. y 5to. Año en problemas de casos existentes en el encamamiento; se estableció un periodo de aclaraciones de dudas y lecturas supervisadas.

Toda actividad que se realizó en las áreas de Servicio, Docencia e Investigación fueron supervisadas por la Licenciada Carmen Isabel Howard, quien es la Supervisora de la Clínica de Psicología en el Departamento de Pediatría, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

B. INTRODUCCION:

El presente es el Informe Final: **UN ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO-FAMILIAR DEL NIÑO DESNUTRIDO**, realizado en la Clínica de Psicología del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de la zona 9.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una institución semiautónoma, surge con el propósito de mejorar la calidad de vida y brindar seguridad a la clase social trabajadora, puesto que en ocasiones los trabajadores tienen que interrumpir sus labores por enfermedad, maternidad o accidente y el IGSS se encarga en pagar subsidio por incapacidad temporal; a los trabajadores que están suspendidos les paga 2/3 de su salario diario y les proporciona también atención médico-quirúrgica y especial y así poderlos incorporar de nuevo a la vida laboral.

También atiende a las esposas de los afiliados brindándoles servicio de maternidad, por enfermedad o accidentes que puedan afectar a su embarazo, les da protección médica a los hijos de los afiliados desde que nacen hasta cinco años y hasta los quince años de edad si nacen con anomalías congénitas. A los hijos de los trabajadores del IGSS los atiende hasta los doce años de edad.

La Unidad de Pediatría de la zona 9 atiende a la población infantil de las zonas 1, 2, 4, 8, 9, 10, 13 y 14; Villa Canales, Villa Lobos, Villa Nueva, y Jocotillo y también atiende a los niños referidos por todas las Unidades de Periféricas que ameriten atención especializada en sus 27 centros de especialidades pediátricas.

La Clínica de Psicología del Departamento de Pediatría se inició en el mes de marzo de 1980, con el énfasis optimizar los recursos que existentes a través de programas que integren actividades de prevención de la Salud Mental de la población Infantil en sus tres niveles: Primario (promoción y protección), Secundario (diagnóstico y atención precoz) y Terciario (rehabilitación). Con los programas de Salud Mental materno-infantil se busca favorecer el desarrollo psicológico del niño en los aspectos afectivo, emocional, social e intelectual, capacitando a la madre como agente estimulador de sus propios hijos.

En vista de la problemática existente en la sociedad guatemalteca y de la incidencia de problemas de desnutrición observados, se hizo necesario el estudio de las características socio-familiares en que se desarrolla el niño desnutrido, para poder contribuir a una mejor salud del niño tanto física como emocional.

Para la realización de este estudio, hacemos uso de las Ciencias Médicas que establece el diagnóstico y el grado de desnutrición del niño. También de la Psicología Social para tener un marco de referencia de las familias y de la Psicología del Desarrollo, para poder establecer el efecto que provoca en la vida psíquica del niño.

Existen múltiples estudios realizados sobre desnutrición, los cuales fueron consultados para obtener una información más amplia de este problema. Se atendió al niño hospitalizado por desnutrición y se establecieron actividades para su rehabilitación. Además se proporcionó información a los padres sobre temas de alimentación, estimulación temprana, trato al niño y otras pertinentes para el mejor desarrollo físico como emocional del niño.

Como un marco de referencia debemos saber que Guatemala tiene una extensión territorial de 108.889 Km², está dividida en 22 departamentos y 328 municipios, en 1992 se estima que la población era de 9.744.627 habitantes, con un crecimiento de 2.9% al año, 90 habitantes por km². El 60% de la población vive en el área rural, en 20.017 localidades de las cuales el 87% tiene menos de 500 habitantes.

Las regiones Norte, Noroccidente y parte del Suroccidente tienen un menor grado de desarrollo relativo comparado con el resto del país y en ellas se encuentra casi la mitad (45,8%) de la población, especialmente la indígena rural. La zona con mayor concentración es la ciudad capital, con el 17,7% de la población.

La brusca caída del salario real es el resultado de las variaciones que se han producido en el nivel general de precios, como consecuencia de un proceso inflacionario que solo en 1990 llegó a un 60%, debido a una devaluación aproximadamente del 100%, al alza del precio de los combustibles y a la eliminación de subsidios. Un poco más de 6 millones de habitantes se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema en donde se puede ver que los ingresos mensuales son inferiores al costo de la canasta básica de alimentos. En 1989 las familias pobres representaba un 89,0% y de estas 67,0% vivían en pobreza extrema, más de tres cuartas partes de la población vivía en condiciones de precariedad ¹

Por esta condición socio-económica que atraviesa el país, podemos ver que es innegable lo que se refiere a la problemática de salud en los niños guatemaltecos, que está vinculada con las condiciones higiénicas, mala nutrición, bajo nivel educativo y acceso limitado a los servicios de salud.

Unas de las problemáticas es que hay una prevalencia de programas curativos y no preventivos, la distancia que hay del lugar donde residen las personas y el lugar en donde están ubicados, la distribución geográfica de los servicios de salud no cubren las necesidades de la población.

Al rededor del mundo están muriendo anualmente 6 millones de niños menores de cinco años por desnutrición (Estado Mundial de la Infancia, 1998).

Las familias pobres de Guatemala en respuesta a los ingresos reales consumen productos más baratos; en los hogares se consumen menos leche, huevos y frutas frescas, han

¹ Las condiciones de salud en las Américas, edición de 1994, Volumen II, pags.223,224

cambiado su alimentación a pastas, papas y maíz, como consecuencia a esto, la desnutrición infantil está afectando al 85% de los niños menores de cinco años de edad. (Entre el Olvido y La Esperanza, La Niñez de Guatemala, Pags. 51, 52).

El niño es un ser indefenso, necesita mucho tiempo para poder valerse por el mismo, para ello necesita de su familia quienes le brindan el cuidado necesario y educación, para poderse integrar a la sociedad en la que vivimos al tener la edad adecuada para ello.

El Estudio Psicológico y Socio-Familiar del Niño Desnutrido es importante, puesto que a pesar de que los humanos han avanzado en tecnología y en la ciencia, se ve que en los países subdesarrollados como es Guatemala, se muestra una diferencia marcada en clases sociales, la alta, media, baja y si esto no se regula, no se mejorará en el área de la salud, puesto que la mayoría de la población es analfabeta o sus estudios generales se centraron en la primaria, lo cual hace que no puedan tener mejoras salariales, que puedan contribuir con la familia en una alimentación balanceada en vitaminas, minerales y proteínas. Posiblemente, sus escasos conocimientos sobre como alimentar mejor a la familia esten afectando la situación alimentaria.

También se sabe que es necesario que los padres sepan como educar al niño, posiblemente algunos pertenezcan a una generación que creció y se educó con golpes y gritos, patrones que vienen de generación en generación en familias de esta condición, lo que ahora sabemos que ha afectado al niño en su emocionalidad y pueda ser que también contribuya a la desnutrición. Por eso fue importante hablarles a los padres sobre estimulación y crianza del niño.

El amor genera personas sanas, activas, inteligentes, con buena autoestima. El odio, gritos y golpes generan personas con baja autoestima y sin deseos de desarrollo; posiblemente la cultura de la violencia es lo que tiene a nuestro país en el atraso en que estamos. Hagamos que los niños crezcan en un mejor ambiente con amor, cariño, comprensión de parte de sus padres o personas que los están cuidando.

Se trabajaron Talleres de Superación Personal dirigido a enfermeras, para mejorar el trato entre ellas, como brindar un mejor cuidado al niño hospitalizado, quien necesita mucho de ellas.

Se dió también ampliación a los conocimientos y resolución de dudas a las compañeras practicantes que se encontraban asignadas en los diferentes encamamientos del Departamento de Pediatría.



CAPITULO I

ANTECEDENTES





1. ANTECEDENTES:

1.1 HISTORIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS):

Como consecuencia del desarrollo de la sociedad surge la seguridad social, con el propósito de mejorar la calidad de vida de todos los trabajadores de todo el mundo. El término Seguridad Social lo usó por primera vez el Libertador Simón Bolívar, en el mes de febrero de 1819: Cuando expreso "El sistema de gobierno más perfecto es aquel que ofrece mayor suma de felicidad posible, mayor suma de Seguridad Social".²

Con la Revolución Industrial se realizan una serie de cambios que culminan en Alemania, bajo la dirección de Otto von Bismarck, quien era canciller de ese país, se instaura la política social con el fin de eliminar la incertidumbre y la inseguridad de los trabajadores.

El gobierno alemán fijó un programa en materia política social el 17 d noviembre de 1881: "A partir de esa fecha los trabajadores van a gozar de prestaciones antes no conocidas; van a tener asistencia médica, posibilidad de ingresar a un hospital y recibir una pensión en dinero, cuando por causas de enfermedad o accidente no puedan realizar sus labores. De esta forma, el trabajador va a poder restablecer su salud y contar con una pensión económica que le permitirá cubrir sus necesidades básicas". Esta idea llegó a otros países y en las primeras décadas del Siglo XX a América del Sur.³

En Guatemala, antes de crear el Régimen Guatemalteco de Seguridad Social, ya existía una legislación que protegía a los trabajadores. Era la Ley Protectora Decreto 669, que se promulga bajo la Administración del Licenciado Manuel Estrada Cabrera en el año de 1906. Los principios de esta ley no fueron aplicados, por carecer de una organización administrativa que llevara a la práctica esta protección.

Al derrocar al gobierno dictatorial de Jorge Ubico, se eligió un gobierno democrático bajo la presidencia del doctor Juan José Arévalo. En esta época, el gobierno de Guatemala gestionó la venida al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos son el licenciado Oscar Barahona Streber, de nacionalidad costarricense y el actuario Walter Dittel, de nacionalidad chilena.

Oscar Barahona Streber y Walter Dittel realizan un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. Los resultados obtenidos de este estudio se publicaron en el libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala".⁴

² Avendaño A., Ismael, EL IGSS PARA ESTUDIANTES, Producción Depto. De Relaciones Públicas-IGSS, pag. 1

³ Ibid pag. 1

⁴ Ibid pag. 2

Se promulga en el año de 1944, en la Constitución de la República, el Artículo No. 63 que reza lo siguiente: "Se establece el Seguro Social Obligatorio. La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe ser puesto en vigor".⁵

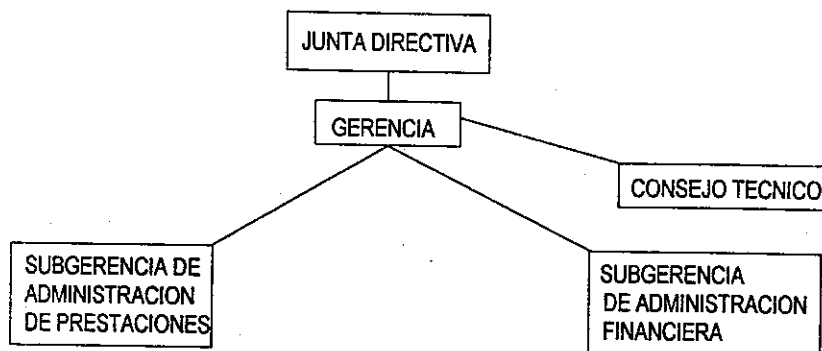
Fundación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

El 30 de octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala sanciona el Decreto número 295, que expresa: "Se crea así una institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima."⁶

La Ley Orgánica del IGSS es Ley de la República. La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985 en el Artículo 100 dice: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la Seguridad Social para beneficio de los habitantes de la Nación."⁷

Los miembros de la primera Junta Directiva del IGSS fueron: Licenciado José Rolz Bennet, Doctor Manuel Noriega Morales, Licenciado Salvador A. Saravia, Doctor Ernesto Cofiño, Señor Alfonso Sobalvarro, Señor Arturo Escobar, Doctor Augusto González P., Señor E. Franco Córdón, Ingeniero Raúl Aguilar Batres, Doctor Pablo Fuchs y Doctor Carlos Vassoux.

1.2 ESTRUCTURA DE LA INSTITUCION:



⁵ Ibid pag. 2

⁶ Ibid pag. 2

⁷ Ibid pag. 2

En la Ley Orgánica Capítulo II, Artículo 2o. Dice que los organismos superiores del Instituto son la Junta Directiva, la Gerencia y el Consejo Técnico.

El órgano directo de la implementación de actividades es la Junta Directiva, que emite acuerdos, reglamentos y disposiciones para procurar buena marcha de las mismas.

La máxima autoridad administrativa es el Gerente; su función es cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la Junta Directiva y las leyes y reglamentos que rigen al IGSS. Se auxilia con sus dos Subgerencias a las que delega funciones específicas.

El organismo de consulta y asesoría es el Consejo Técnico, no tiene funciones administrativas; emite dictámenes y recomendaciones sobre todos los asuntos técnicos que la Gerencia le remite.

Hay una Dirección General de Servicios Médicos, que depende de la Subgerencia de Prestaciones, que coordina el funcionamiento de 83 unidades médicas que existen en toda la república.

1.3 PRESTACIONES QUE DA EL IGSS A LOS TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS:

El patrono no está obligado a pagarle los días no trabajados a los trabajadores; en ocasiones el trabajador tiene que interrumpir sus labores, esto puede ser por enfermedad, maternidad o accidente. Por esta razón el IGSS paga subsidios por incapacidad temporal. A los trabajadores que están suspendidos les paga las 2/3 partes de su salario diario y al mismo tiempo les proporciona atención médico quirúrgica general y especial para incorporarlos de nuevo a la vida productiva. Las trabajadoras afiliadas, en caso de maternidad, reciben atención médica especializada y prestaciones en dinero equivalente al 100% de su salario prenatal (30 días antes del parto) y durante el periodo post-natal (45 días después del parto). Las esposas o compañeras de trabajadores afiliados, también tienen derecho a recibir atención médica por maternidad y por enfermedades o accidentes que afecten su embarazo. El IGSS da protección médica a los hijos de los afiliados, hasta los cinco años de edad en los departamentos cubiertos y hasta los 15 años de edad cuando nacen con anomalías congénitas.

El Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia -IVS-, otorga pensiones a los trabajadores asegurados, para ellos y sus beneficiarios (dependientes económicos) en caso de invalidez, vejez y muerte. En caso de muerte del asegurado, se pensiona a la viuda y a los hijos menores de edad, o mayores si son incapacitados; en algunos casos se pensiona también a los padres del afiliado. La pensión de vejez se da a los trabajadores que cumplan 60 años de edad y han hecho las contribuciones respectivas (edad de retiro). El IGSS también otorga ayuda para gastos de entierro.

1.3.1 PROGRAMAS VIGENTES:

- a) Programa sobre protección relativa a ACCIDENTES EN GENERAL, vigente desde 1948-1949.
- b) Programa sobre protección relativa a MATERNIDAD, desde 1953.
- c) Programa sobre protección relativa a ENFERMEDAD, desde 1968.
- d) Programa sobre protección relativa a INVALIDEZ, VEJEZ Y SOBREVIVENCIA -IVS-, desde 1977.

1.3.2 DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR LOS AFILIADOS PARA SER ATENDIDOS EN EL IGSS:

Los trabajadores afiliados al IGSS en casos de emergencia deben presentar los siguientes documentos para recibir prestaciones:

- a) *Certificado de Trabajo:* Documento extendido por el patrono, en donde van escritos los datos generales del afiliado y su consignación de información sobre los salarios que han devengado recientemente. Esto sirve para calcular el monto de prestaciones en dinero a que tiene derecho.
- b) *Constancia de afiliación:* Es una tarjeta emplasticada con el Número de Afiliación del trabajador. Este número es personal y se usa toda la vida. Aunque el afiliado cambie de trabajo, en varias empresas, su número de afiliado siempre será el mismo. Sirve para comprobar el derecho a recibir prestaciones en el programa IVS, pero es de uso general para todos los programas.
- c) *Cédula de Vecindad:* Documento de identificación que se usa en toda la república. Este documento es oficial.

1.3.3 EXTENSION TERRITORIAL DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL:

Los programas de protección relativa a ACCIDENTES EN GENERAL Y EL DE INVALIDEZ, VEJEZ Y SOBREVIVENCIA, están vigentes en toda la República. Los programas de protección relativa a ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, están vigentes en los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Sololá, Totonicapán, El Quiché, Baja Verapaz, Zacapa, Chiquimula, Jalapa y Escuintla.

1.3.4 LABOR PREVENTIVA:

El IGSS es pionero en la prevención de accidentes en el trabajo, en el tránsito, en el hogar, en playas y balnearios, etc. Por medio de cursos de Seguridad e Higiene, Conferencias, Folletos, Vallas, Carteles y Campañas Publicitarias en Prensa, Radio y Televisión, ha cubierto por casi 50 años la información sobre prevención de riesgos.

1.3.5 CONTRIBUCIONES ACTUALES DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN AREAS CUBIERTAS Y PROGRAMAS EN VIGOR:

Los patrones y los trabajadores deberán aportar una cuota proporcional al salario devengado. En los Departamentos de Guatemala, Baja Verapaz, Chiquimula, Totonicapán, Zacapa, Jalapa, Quiché, Sacatepéquez, Sololá, Escuintla el aporte es el siguiente:

<u>PROGRAMA</u>	<u>APORTE DE PATRONOS</u>	<u>APORTE TRABAJADOR</u>
Accidentes en General	3%	1%
Enfermedad y Maternidad	4%	2%
Invalidez, Vejez y Supervivencia	3%	1.5%
Total contribuciones a pagar	10%	4.5%

En los Departamentos de Alta Verapaz, Chimaltenango, El Progreso, Huehuetenango, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Santa Rosa y Suchitepéquez, el aporte es el siguiente:

<u>PROGRAMA</u>	<u>APORTE DE PATRONOS</u>	<u>APORTE TRABAJADOR</u>
Accidentes en General	3%	1%
Invalidez, Vejez y Supervivencia	3%	1.5%
Total contribuciones a pagar	6%	2.5%

1.4. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION:

- Departamento de Pediatría
- Hospital General de Enfermedad Común
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Dirección de la Institución:

9a. Calle 7-55 Zona 9, Guatemala, Ciudad.

1.4.1 PERSONAL:

Nombre de las Autoridades Inmediatas:

- Jefe del Departamento de Pediatría: Dr. Marco Antonio Acevedo
- Jefe de la Clínica de Psicología: Licda. Isabel Howard
- Psicóloga: Licda. Emilia Hernández Pineda

En el Departamento de Pediatría del Hospital General se cuenta con el siguiente personal:

- Un Jefe de Departamento
- Nueve Jefes de Servicio
- Veintidos Médicos Especialistas
- Un Jefe de Residentes del Programa de Postgrado de Pediatría
- Catorce Médicos Residentes (R-III)
- Catorce Médicos Residentes (R-II)
- Diez Médicos Residentes (R-I)
- Tres Trabajadores Sociales
- Cincuenta Enfermeras Profesionales
- Ciento Ochenta y nueve Enfermeras Auxiliares
- Veintiún miembros del Personal Administrativo
- Noventa y siete miembros del Personal de Servicios Varios

1.4.2 SERVICIOS:

El Departamento de Pediatría funciona como:

- a) Unidad Periférica: Atiende a la población infantil de las zonas 1, 3, 4, 8, 9, 10, 13 y 14; Villa Canales, Villa Lobos, Villa Nueva y Jocotillo. Los niños pertenecen a familias de clase socio-económica media, media baja y baja.
- b) Centro de Especialidades Pediátricas: Atiende niños referidos de todas las Unidades Periféricas de la República que ameriten atención especializada en:
 1. Neurología
 2. Neumología
 3. Genética

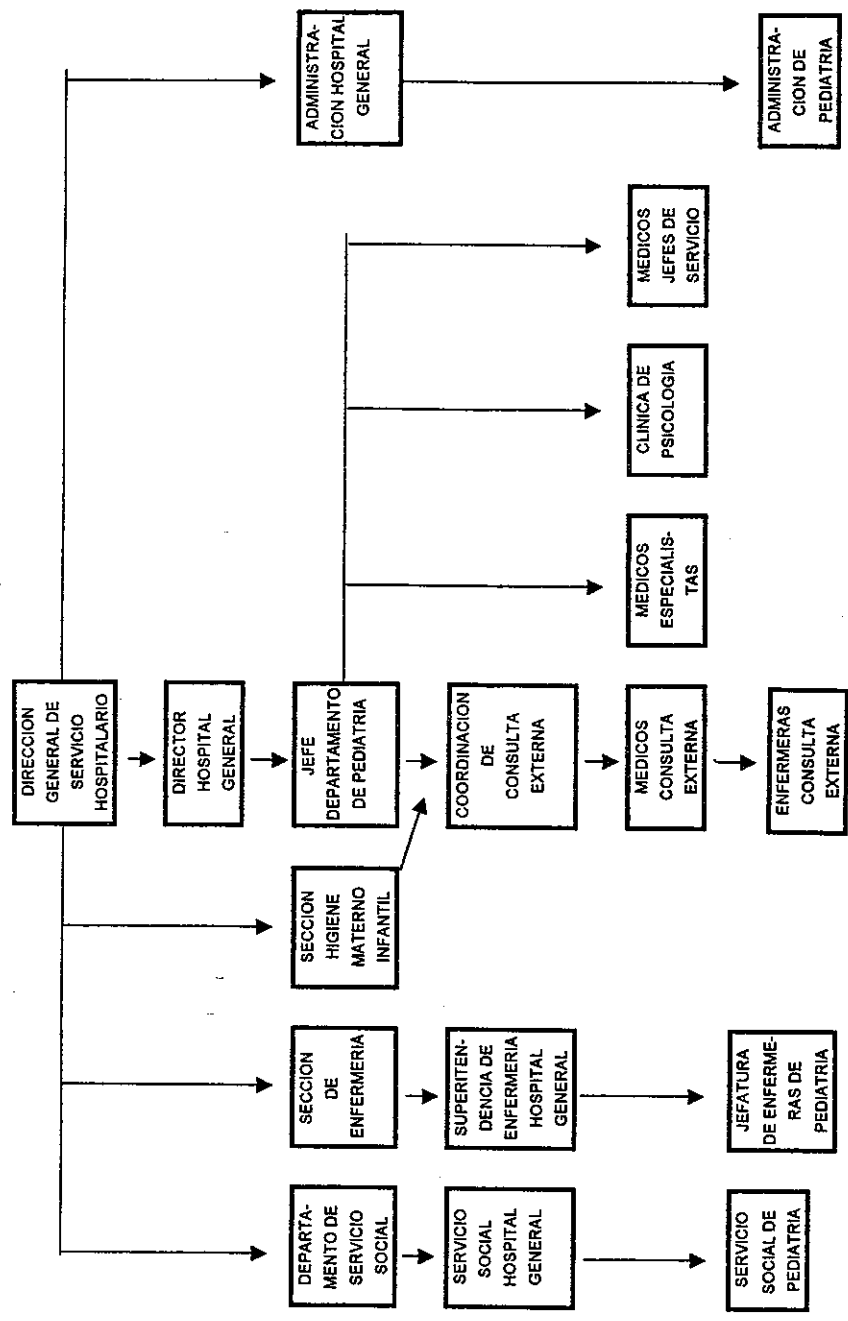
4. Neonatología
5. Cirugía General
6. Neurocirugía
7. Cirugía Plástica
8. Ortopedia
9. Dermatología
10. Cardiología
11. Endocrinología
12. Otorrinolaringología
13. Nutrición
14. Gastroenterología
15. Odontología
16. Fisiatría
17. Cuidados Intensivos
18. Psicología
19. Fisioterapia
20. Terapia del Habla
21. Servicio Social
22. Hematología
23. Oftalmología
24. Urología
25. Nefrología
26. Radiología
27. Laboratorio

OBSERVACIONES: Las últimas cinco especialidades mencionadas anteriormente se encuentran en el Hospital de Adultos.

C) **Hospital General de Enfermedades:** Atiende a la población infantil, procedentes de zonas antes mencionadas, en Consulta Externa (Niño Sano y Niño Enfermo), así como emergencias y observaciones, ubicadas en el primer nivel del edificio. El área de encamamiento está distribuida de la siguiente forma:

1. **Segundo Nivel:** Unidad de cuidados intensivos e intermedios y encamamiento dos.
2. **Tercer Nivel:** Nutrición, Gastroenterología, Neonatos y Cirugía.
3. **Cuarto Nivel:** Infectología, Hematología y encamamiento cuatro.

**ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
IGSS**



1.4.3 POBLACION ATENDIDA DURANTE 1996:

El Departamento de Pediatría durante los meses de 1 de enero al 31 de octubre de 1996 atendió *21,176 primeras consultas y 95,316 reconsultas.*

1.4.4 HORARIOS DE SERVICIO DE LA INSTITUCION:

El Departamento de Pediatría presta sus servicios de Consulta Externa en tres jornadas; de lunes a viernes:

- a) De 08:00 a 12:00 horas
- b) De 12:00 a 16:00 horas
- c) De 16:00 a 20:00 horas

El Servicio de Emergencia y Encamamiento atiende las 24 horas del día.

La Clínica de Psicología atiende en un horario de 08:00 a 12:00 horas, de lunes a jueves. Los viernes se dedican a docencia, solución de problemas administrativos, planificación y supervisión de actividades.

1.5 CLINICA DE PSICOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL

1.5.1 HISTORIA:

En el año de 1980, la Licenciada Isabel Howard Valenzuela presentó un plan de trabajo, iniciándose las actividades de la Clínica de Psicología en el mes de marzo de ese mismo año, con énfasis en las actividades de educación para la salud integral materno-infantil. Posteriormente, en 1984 se presentó un nuevo plan de trabajo en el que se dio mayor espacio al servicio clínico, dado el aumento en las demandas de atención.

El trabajo de la Clínica de Psicología pretende optimizar los recursos existentes a través de programas que integren actividades de prevención de la Salud Mental de la población infantil en sus tres niveles: Primario (promoción y protección), Secundario (diagnóstico y atención precoz) y Terciario (rehabilitación).

Los programas de Salud Mental materno-infantil buscan favorecer el desarrollo psicológico del niño en los aspectos afectivo-emocional, social e intelectual, capacitando a la madre como agente estimulador de sus propios hijos en el hogar.

Pretende detectar precozmente las alteraciones en el curso del desarrollo psicomotor de las poblaciones infantiles consideradas físicamente sanas, permitiendo la reorientación temprana y adecuada, que resuelva efectivamente el problema y lo haga transitorio.

Los programas de Estimulación Temprana dirigidos a niños de alto riesgo biológico (problemas pre y perinatales) y alto riesgo establecido (trastornos genéticos y neurológicos) que consiste en una vigilancia ulterior sistemática del desarrollo de los niños, ofrece un mejor control de posibles problemas, así como oportunas consultas y referencias para lograr el máximo rendimiento psicológico del niño afectado.

En los niños de alto riesgo ambiental (problemas socio-culturales) y/o alto riesgo emocional, que representan dos terceras partes de la problemática infantil, según investigaciones epidemiológicas, la intervención sobre las comunes prácticas de crianza permiten evitar o al menos compensar el déficit causado por las condiciones negativas y de carencia en que viven los niños de países subdesarrollados.

La subestimulación ambiental general causa alteraciones en el desarrollo sensoriomotor (0 a 2 años), la conducta exploratoria del niño está disminuida, lo que afecta la capacidad de aprendizaje y solución de problemas del niño (inteligencia). Este déficit de causa ambiental se puede contrarrestar mediante programas especiales de estimulación temprana.

Propósito de la Clínica Psicológica:

"Contribuir a prevenir tempranamente el riesgo que tiene la población infantil de alterar su crecimiento y desarrollo, a través de actividades de fomento y protección de la salud física y psíquica."

1.5.2 PERSONAL:

El personal de la Clínica de Psicología está integrado por una Psicóloga Jefe (a su vez es Supervisora de Práctica de la Escuela de CC. PP. de la USAC), una Psicóloga encargada de la Consulta Externa, un Médico Residente III de Psiquiatría, "epesistas" y practicantes de 5to., 4to. de Licenciatura en Psicología de la USAC. En 1997 están inscritas 3 EPS, 3 practicantes de 3ro., 2 de 4to., 7 de 5to. y 10 alumnas realizando investigación de tesis. Las actividades que se realizan están organizadas en tres áreas.

La cobertura de las diferentes áreas de servicio se realiza de acuerdo a la cantidad de estudiantes practicantes disponibles, para así poder brindar los siguientes servicios:

1. Evaluación diagnóstica
2. Tratamiento del niño

3. Orientación a la familia
4. Trabajo en equipo multidisciplinario
5. Docencia
6. Investigación

1.5.3 HORARIOS DE ATENCION:

Los horarios de atención se organizan de la siguiente forma:

- *Docencia:* Viernes de 08:00 a 12:00 horas. Otras actividades según calendarización especial y asistencia a eventos científicos.
- *Investigación:* Recolección sistemática de datos e investigación de tesis.
- *Servicio:* Atención de niños y sus familiares de lunes a jueves de 08:00 a 12:00 horas en consulta externa y área de encamamiento.

1.5.4 SERVICIO:

Los servicios se prestan a una población comprendida entre los 0 a 15 años de edad, de acuerdo las necesidades requeridas por los mismos, son los siguientes:

1. Retraso psicomotor y del lenguaje
2. Problemas emocionales y/o de conducta
3. Problemas de aprendizaje
4. Familias disfuncionales
5. Maltrato y abuso sexual
6. Enfermedades físicas, genéticas, congénitas o adquiridas

Los programas que se realizan son los siguientes:

1. Programa de atención a niños lactantes, pre-escolares y escolares en consulta externa
2. Programa de atención y apoyo individual a padres en consulta externa
3. Programa de estimulación en el área de encamamiento
4. Orientación a padres en el área de encamamiento
5. Programas de orientación grupal a padres
6. Programa de docencia a personal médico y paramédico

Los servicios se presentan en cuatro áreas:

1. *Riesgo Establecido:* Niños de 0 a 15 años que presenten riesgo de alteraciones de desarrollo psicológico por anomalías congénitas y genéticas.
 - a) Síndrome de Down
 - b) Anomalías del Tubo Neural
 - c) Otras anomalías

2. *Riesgo Biológico:* Niños de 0 a 5 años (y de 0 a 12 si son hijos de personal de la institución) que presentan riesgo de alteraciones en su desarrollo psicológico por deficiencia en su salud física por:
 - a) Problemas Pre-perinatales
 - b) Problemas Neurológicos
 - c) Problemas Hematológicos
 - d) Problemas Neumológicos
 - e) Problemas Endocrinológicos
 - f) Problemas Dermatológicos
 - g) Problemas Ortopédicos
 - h) Problemas Cardiológicos
 - i) Problemas Varios

3. *Riesgo Emocional:* Niños de 0 a 5 años (y de 0 a 12 años si son hijos del personal de la Institución) que presentan riesgos de alteración en su desarrollo psicológico por conflictos en la dinámica familiar por:
 - a) Hogares desintegrados
 - b) Hogares disfuncionales

4. *Riesgo Ambiental:* Niños de 0 a 5 años (y de 0 a 12 años si son hijos del personal de la Institución) que presentan riesgos de alteración en su desarrollo psicológico por trastornos en el ambiente en que viven:
 - a) Madres afiliadas que trabajan fuera del hogar
 - b) Familias en extrema pobreza
 - c) Problemas de desnutrición severa
 - d) Madres adolescentes

5. **Maltrato Infantil:** Niños de 0 a 5 años (y de 0 a 12 años si son hijos del personal de la Institución) que presentan riesgos de alteración en su desarrollo psicológico por haber sido víctimas de maltrato en alguna de sus formas:
- a) Maltrato físico
 - b) Maltrato emocional
 - c) Abandono o negligencia
 - d) Abuso sexual

1.5.5 CONSULTA EXTERNA:

Durante la primera consulta se entrevista al encargado y se evalúa el desarrollo psicomotor del niño. Se establece el nivel de desarrollo del niño y de acuerdo a éste, se proporciona al encargado orientación (guías escritas sobre estimulación del desarrollo psicomotor, así como de problemas específicos de conducta, alimentación, sueño, hiperactividad y otros).

Si el niño amerita asistir a alguna especialidad, se le proporcionará el traslado pertinente.

Se dialoga con los padres sobre las alternativas de solución para los problemas emocionales, familiares y socioeconómicos.

Se citan a ambos padres para llevar a cabo actividades psicoterapéuticas, si el caso lo amerita. Se realizan informes psicológicos de los casos que lo ameriten.

Se participa en la Comisión de Prevención del Maltrato Infantil.

Se realizan tres procesos principales en la atención de los niños y sus familias que son:

1. **EVALUACION:** Se entrevista a la madre y al niño, se revisa el expediente médico y se aplican, de acuerdo a la edad y condición del niño, las siguientes pruebas:
 - a) Test de Diagnóstico del Desarrollo de Arnold Gesell
 - b) Escala Escolar de Weschler-WISC
 - c) Test de dibujo de la figura humana-Goodenough
 - d) Test del dibujo de la figura humana-Koppitz
 - e) Test de la Familia de Font-Koppitz
 - f) Test Gestáltico Visomotor de Bender-Koppitz
 - g) Test de Apercepción Temática Infantil (CAT)
 - h) Lateralidad, ritmo, lecto-escritura y otros que se consideren necesarios aplicar
 - i) Escala de Madurez Social de Vineland

al ed
rder

2. **DIAGNOSTICO:** Se establecen cuatro focos para orientarse adecuadamente:

- a) **Area Sujeto**
 - Biológico
 - Psicológico -Intelectual
 - Emocional
- b) **Area Familiar**
- c) **Area Escolar**
 - Rendimiento
 - Adaptación
 - Metodología
- d) **Area Social**

oira.
de se
pudo

3. **TRATAMIENTO:** El tiempo y duración dependerá del problema que manifieste el niño, así como de la asistencia del mismo a sus citas y la participación de su familia. El tratamiento consiste en ludoterapia (terapia de juego) con el niño: Brindarle la oportunidad de expresarse psíquicamente a través del juego. Se da también orientación a los padres como reforzamiento al tratamiento en casa. Con los niños que tienen problemas escolares se realiza orientación psicopedagógica y en ocasiones se visita la escuela. Si es necesario, se refieren a las especialidades que el niño necesite.

arria

com

1.5.6 PROGRAMAS DE ORIENTACION Y APOYO GRUPAL A PADRES:

A cargo de estudiantes de 5to. Año, con colaboración de practicantes de 4to. 3ero. EPS.

1. **Programas a Madres Adolescentes:** Este programa se lleva a cabo tomando en cuenta las necesidades de las madres adolescentes. Se inició en 1995 y como requisito para participar en el programa, las madres deben ser menores de 20 años de edad, llevar el control periódico de crecimiento y desarrollo de su bebé y que sean afiliadas o beneficiarias del Seguro Social. Sus objetivos son:

- a) Brindar información que contribuya a la mejor educación y estimulación para sus hijos.
- b) Compartir sus experiencias positivas y negativas.
- c) Resolver dificultades o dudas que tengan sobre la crianza de sus hijos.
- d) Formar y fortalecer la autoestima en las madres.
- e) Orientar en las actitudes positivas de la crianza de sus hijos.
- f) Estimular las habilidades de las madres a través de manualidades.

13

2. *Programa de Hematología:* Este programa se inició en 1992, se suspendió por un tiempo y se volvió a iniciar en 1995. Es conducido por estudiantes de 5to. grado, colaboradoras de 4to., 3er. grado y EPS. Los objetivos de este programa son:
- a) Brindar apoyo emocional al paciente y a su familia.
 - b) Dar a conocer a los padres de familia generalidades sobre el cáncer y enfermedades oncológicas en los niños, así como las respuestas que tiene el organismo al tratamiento, su evolución, complicaciones y repercusiones en el estado emocional del niño y su familia.
 - c) Brindar apoyo a la familia por medio de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, personal de servicio y psicólogos) para facilitar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, contribuyendo al logro de la estabilidad emocional en situación de crisis. La familia juega un papel central en todo proceso de enfermedad, por lo que se debe mantener un contacto del niño con su familia.
 - d) Durante el proceso de duelo brindar apoyo emocional a la familia.
3. *Programa para padres con niños con Síndrome de Down:* Este programa se inició en 1985 y desde entonces se sigue realizando. Es dirigido por una terapeuta y dos co-terapeutas, estudiantes de psicología de 5to. Grado; además se cuenta con la colaboración de estudiantes de psicología de 4to. y 3er. Grado y EPS. Los objetivos de este programa son:
- a) Orientar a los padres con niños Síndrome de Down sobre el desarrollo del niño, estimulación en casa, disciplina, adaptación familiar, escolar y social.
 - b) Brindar la oportunidad de que los padres expresen y compartan sus experiencias positivas y negativas sobre la educación y salud de sus hijos.

1.5.7 PROGRAMA DE ATENCION EN AREA DE ENCAMAMIENTO:

El Area de Encamamiento del 3er. Nivel está distribuída de la siguiente manera:

Servicio de Nutrición

Servicio de Gastroenterología

Servicio de Recién nacidos: Este servicio no es atendido por no contar con suficientes practicantes.

El Servicio de encamamiento de nutrición comprende tres salas:

La Sala de Observación: 6 cunas

La Sala No. 1: 6 cunas

La Sala No. 2: 6 cunas

La Sala de Gastro: 6 cunas

El Servicio de Nutrición es atendido rotativamente en la mañana, en la tarde y en la noche, por el siguiente personal:

- Un Médico Residente R-1
- Un Médico Residente R-2
- Tres Estudiantes Prácticas del Tercer Año de Medicina
- Seis enfermeras Graduadas (rota una en la mañana, una en la tarde, una en la noche)
- Diecinueve enfermeras Auxiliares (rotan tres en la mañana, tres en la tarde, tres en la noche).

Departamento del Servicio de Psicología las estudiantes prácticas rotan de la siguiente manera:

- Del mes de febrero a abril de 1997: Tres estudiantes, una de tercero, dos de quinto Año.
- Del mes de mayo a Junio de 1997: Cuatro estudiantes, una de tercero, dos de quinto y una Epesista.
- Del mes de julio a agosto de 1997: Cuatro estudiantes, una de tercero, dos de quinto y una Epesista.
- Del mes de septiembre a octubre de 1997: Tres estudiantes, una de tercero, una de cuarto y una Epesista.
- Del mes de noviembre a diciembre de 1997: Tres estudiantes, una de tercer año quien rotará únicamente por el mes de diciembre, una de quinto y una Epesista.
- Del mes de enero al 15 de febrero de 1997: Una estudiante de quinto año y una Epesista.

El horario de atención en el Área de Encamamiento de Nutrición por las Estudiantes Prácticas y Epesista es de 09:00 a 11:00 A.M.

En este Servicio las practicantes al igual que la Epesista realizan la labor siguiente: se evalúan a los niños que ingresan y cuando egresan del Encamamiento de Nutrición. La estudiante Epesista realiza las entrevistas a padres o encargados de los niños que están hospitalizados por Desnutrición Protéico Calórica y Kwashiorkor Grado I, II y III, en donde se establecerán los datos que servirán para el Servicio de Investigación.

Las estudiantes practicantes y Epesista realizaron trabajo de estimulación a los niños hospitalizados en el Área de Encamamiento de Nutrición y niños referidos por el Servicio de Gastroenterología.

2.1.6. PLANTEAMIENTO DEL (DE LOS) PROBLEMA (S).

En el Departamento de Pediatría del IGSS, se atiende a niños y niñas de 0 a 5 años si son hijos de afiliados y de 0 a 12 años si son hijos del personal que labora en la institución. En el Servicio de Consulta Externa de Psicología se trabaja con niños que son referidos por médicos o personal paramédico, contribuyendo a prevenir tempranamente el riesgo que tiene la población Infantil de alterar su crecimiento y desarrollo, a través de actividades de fomento y protección de la salud física y emocional.

La afluencia de pacientes que asisten a la Clínica de Consulta Externa y Servicios hospitalarios del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Zona 9 es grande y existe carencia del recurso humano capacitado para la atención de los problemas emocionales o psicológicos que se presentan, los cuales se necesitan solucionar por medio del seguimiento adecuado conjuntamente con el tratamiento terapéutico en donde se involucren los padres de familia o encargados de los niños o niñas atendidos dentro y fuera del área hospitalaria.

En el área hospitalaria se trabaja con el Servicio de Nutrición en donde los niños y niñas son hospitalizados por padecer desnutrición proteico calórica grado II, III Marasmo, Kwashiorkor y Mixto; se sabe que los niños que padecen esta enfermedad tienden a mantener bajas sus defensas inmunológicas, por lo que pueden adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa, entre ellas tenemos las respiratorias como la bronconeumonía, intestinales como parasitismo y las diarreas las cuales pueden causarles la muerte.

Se sabe que la desnutrición infantil es la causante de mayor mortalidad, especialmente en niños y niñas de 0 a 4 años de edad.

Según estudios realizados, se ha llegado a comprobar que una de las causas de desnutrición obedece a la carencia afectiva.⁸ Esta puede ser ocasionada por la ausencia de la madre, debido a que la madre tiene que contribuir económicamente al hogar, puede ser también por rechazo al niño desde su concepción, o posiblemente las personas que lo cuidan no llenan las necesidades que éste tiene. También puede darse la desnutrición por la mala relación entre madre e hijo.

Esta clase de desnutrición es la llamada Depresión Anaclítica, que es un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y trastornos del desarrollo ponderal y o parcial, toda actividad disminuye y prosigue el insomnio.

⁸Spitz, Renc. EL PRIMER AÑO DE VIDA, PAG. 108.

También se sabe que la desnutrición puede ser dada por falta de conocimiento sobre los alimentos nutritivos que están al alcance económico de las personas como lo es la Incaparina y la Binestarina con los que se pueden hacer comidas de fácil preparación y con contenido de nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento físico.

La desnutrición causa un retardo en el desarrollo del niño o en muchas circunstancias deficiencia en el desarrollo intelectual, las cuales puede ser marcadas en las etapas de 0 a 6 años de vida.

En el Subprograma de Servicio se trabajó entrevistando a los padres del niño, luego se evaluó para determinar su edad de desarrollo para luego proseguir con estimulación temprana tanto cuando se trabaja en el Servicio de Consulta Externa como en el área de encamamiento de nutrición. La atención gira al rededor del niño, que es un ser indefenso, necesitado de cariño, con una ansiedad de aprender, con necesidad de apoyo y ayuda para formarse, crecer y desarrollar sus capacidades al máximo.

Se conoce que los padres de familia carecen de conocimientos necesarios sobre el cuidado de la salud, ignorando la oportunidad que proporciona la estimulación temprana la cual es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. La actividad puede involucrar objetos y siempre exige la relación entre el niño y el adulto, en una forma de comunicación que puede ser una serie de ejercicios, gestos, murmullos, actitudes, palabras, y todo tipo de expresión.⁹ Brindar conocimiento sobre como educarlos y alimentarlos en el primer año de vida del niño, fué una contribución del Subprograma de Docencia, se trabajó conjuntamente con los programas ya establecidos por el Servicio de Psicología como lo son: Madres Adolescentes, Síndrome de Down y Hematología. Para los padres que tienen niños hospitalizados por Desnutrición se realizó un trabajo multidisciplinario en el cual participaron los Médicos, Epesistas de psicología y la Educadora del Departamento de Psicología.

Se trabajó en el Programa de Educación para las estudiantes de 3ero., 4to., 5to., y Epesistas los días viernes de 8:00 a 12:00 A.M. y las estudiantes practicantes y epesistas realizaron programas recreativos con el niño, con los padres y sus hijos una vez por mes.

Se adquirieron conocimientos sobre la población infantil que asiste al encamamiento de Nutrición y en el Subprograma de Investigación se realizó un estudio Psicológico y Socio-Económico de la Familia y del Niño Desnutrido, tomándose como base las entrevistas realizadas a los padres y las evaluaciones hechas a los niños con el Test Adaptativo de Arnold Gesell. Arnold Gesell dice que para comprender las características del desarrollo se debe pensar en función de modos de conducta y tendencia de crecimiento.¹⁰

⁹ Naranjo, Carmen, MI NIÑO DE 0 A 6 AÑOS, UNICEF, Programa de Estimulación Precos para Centro América, Pag. 14

¹⁰ Gesell, Arnold, DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO, Pag. 51.

Los alcances se obtuvieron de acuerdo a la Psicología del Desarrollo, la cual es aunada a la Psiquiatría Infantil. También se utilizó como un enfoque estructural de la Psicología Social; como marco de referencia tuvimos a la ciencia Médica Pediátrica. Como medio de recolección de datos se utilizó la entrevista dirigida. Esta entrevista es un interrogatorio sistemático que se hace al padre del niño o niña hospitalizado con el fin de obtener información sobre los antecedentes de la historia clínica y familiar del niño. También se utilizó el Test Adaptativo de Arnold Gesell como medio evaluativo del desarrollo sensorio motor del niño o niña.

CAPITULO II

REFERENTE A LO

TEORICO

METODOLOGICO



2. ABORDAMIENTO TEORICO-METODOLOGICO

2.1 SOCIEDAD:

El hombre desde la era primitiva tiene convivencia en grupos, en los cuales se repartieron las tareas como: caza, recolección de frutos, construcción de instrumentos para su uso etc., en donde empieza a haber intercambio de bienes y servicios.

Los seres humanos que viven en sociedad, están sujetos a normas y leyes, las cuales rigen para mantener la convivencia de sus miembros, proporcionándole los medios para llenar las necesidades vitales.

"En la estructura social el carácter social va aparejado con el carácter humano y el ser humano como organismo biológico que es, ejecuta un buen número de acciones de naturaleza adaptativa que en nada son específicas.

El ser y hacer humano no pueden ser adecuadamente explicados sin acudir a las relaciones del sujeto (individuo o grupo) con otras personas y grupos, es decir sus raíces sociales. Esta relación o referencia es la que constituye el carácter social, y el supuesto es que la acción humana tiene siempre y necesariamente ese carácter".¹¹

Como seres humanos nacemos con instintos innatos y estos a su vez son completados con varios elementos aprendidos, realizándose la cadena del comportamiento.

"La construcción de lo social que se realiza a través de las relaciones interpersonales tiene como presupuesto la existencia de un marco de referencia que es la cultura, que incluye unos símbolos o significaciones compartidas que pueden entenderse como el tipo de respuesta que las personas dan a un objeto, estímulo o situación".¹²

Según Martín-Baro (1990), existen tres niveles de referencia social, que son necesarios para comprender más adecuadamente al ser y al que hacer de las personas y grupos, que son los siguientes:

- 1.1 Las relaciones primarias: son los vínculos humanos que se producen en los grupos primarios y tienen un carácter personalizante y en ellos existen un intercambio de bienes.
- 1.2 Las relaciones funcionales: Es el orden social en que las personas se diferencian laboralmente y que cada quien atiende las exigencias de la vida como lo es la alimentación, vestuario, educación, entretenimiento y el cultivo espiritual.

¹¹ Martín-Baro, Ignacio, ACCION E IDEOLOGIA, UCA EDITORES, 1990, PAG. 53.

¹² Ibid. Pag. 63

1.3 Las relaciones estructurales: Son los vínculos humanos que se producen por la división de la población en clases sociales, de acuerdo al modo de producción y a la propiedad privada de los medios productivos en una sociedad.

En Guatemala existen tres clases sociales: La clase social alta, cuyos integrantes tienen una adquisición monetaria con la cual pueden satisfacer toda clase de necesidades básicas o no básicas. En la clase social media están las personas que tienen adecuados bienes y servicios; incluyen a los profesionales, quienes compiten con la clase social alta y muchas veces se confunden con ella. Está también la clase baja, quienes tienen una adquisición monetaria insuficiente para satisfacer sus necesidades de vivencia, alimentación y vestuario, recreación, educación.

La clase social baja está amparada por la ley con los salarios mínimos. "Todo trabajador tiene derecho a devengar un salario mínimo que cubra sus necesidades normales de orden material, moral y cultural, que le permita satisfacer sus deberes como jefe de familia" (Código de Trabajo, pag. 40).

Sin embargo en la realidad, el salario mínimo nunca es suficiente, ya que la mayoría de las familias son numerosas y el costo de la vida es cada vez más elevado.

Según el informe Las condiciones de Salud en las Américas, edición de 1994, Volumen II, dice: "La brusca caída de salario real es el resultado de las variaciones que se han producido en el nivel general de precios, como consecuencia de un proceso inflacionario que solo en 1990 llegó al 60% debido a una devaluación de aproximadamente 100%, al alza del precio de los combustibles y a la eliminación de subsidios.

La pobreza aumento de 63,4% en 1980 a 83,4% en 1987. En seis años el número de familias pobres creció de 846.702 a 1.268.500, lo cual implica que un poco más de 6 millones de habitantes se encuentran en situación de pobreza. La pobreza extrema aumento de 31,6% en 1980 a 64,5% en 1987. El proceso de deterioro no se ha detenido, pues en 1989 las familias pobres representaban un 89,0% y de estas un 67,0% vivían en pobreza extrema, lo que significa que más de las tres cuartas partes de la población vivía en condiciones de precariedad.

Para 1983 el costo de la canasta básica para cinco personas era de Q.4.82 y los salarios mínimos agrícolas Q.3.20 y el urbano Q.3.48. En 1990 el costo de la canasta básica aumentó a Q.13.48; los salarios mínimos eran de Q.4.50 para el área rural y urbana Q.7.04.

La República de Guatemala ocupa una extensión territorial de 108.889 Km² y está dividida en 22 departamentos y 328 municipios. En base al censo de población de 1981, se estima que en 1992 la población era de 9.744.627 habitantes, con un crecimiento anual de 2.9% y una densidad por km². El 60% de la población vive en el área rural, en 20.017 localidades de las cuales 87% tienen menos de 500 habitantes.

La población se encuentra distribuida desigualmente en el territorio nacional. Las regiones Norte, Noroccidental y parte de la Suroccidental tiene un menor grado de desarrollo relativo comparado con el resto del país, y en ellas se encuentra casi la mitad (45,8%) de la población, especialmente la indígena rural. La zona con mayor concentración es la ciudad capital, con 17,7% de la población.

Las mujeres representan el 49,% del total de la población, y de ellas un poco menos de la mitad son mujeres en edad fértil. La población se caracteriza por ser muy joven: el 45% son menores de 15 años y sólo el 3,3% son mayores de 65 años.

La Población indígena representa el 41,9% y está formada por más de 21 grupos lingüísticos que en su mayoría se concentran en las regiones Noroccidental, Norte y parte de la Suroccidental. El porcentaje de población indígena por grupo lingüístico es el siguiente: 29% quiché, 25% kakchiquel, 14% kekchi, 4% man, 24% pocomchi, pocoman y tzutuhil, y el restante 4% hablan otras lenguas. Cerca de 32% de esa población habla únicamente alguna lengua maya, lo cual limita su acceso a los servicios sociales y ha sido un factor utilizado para su discriminación social."

En estas poblaciones se puede observar a la familia como el enlace social.

2.1. LA FAMILIA

Es caracterizada como el grupo primario en donde se establecen vínculos y se intercambian bienes.

"La familia es una estructura social básica, con un interjuego diferenciado de roles, integrada por personas que conviven en forma prolongada, en interacción con la cultura y la sociedad. Dentro de ella se desarrolla el niño, requerido por la necesidad de limitar la situación narcisista y transformarse en adulto capaz. Y cuyo objetivo primordial es la defensa de la vida".¹³

Para entender mejor la interacción del hombre, lo tenemos que ver en el marco de su interacción con la familia. Existen diferentes tipos de familias, algunos de los cuales son:

- ◆ La familia normal o ideal: Es donde ambos padres son maduros; existe el respeto mutuo y cada quien acepta su rol correspondiente para fundar un hogar integrado y armonioso.
- ◆ La familia invertida: En esta familia la madre aborrece su rol femenino y el padre acepta a medias el papel masculino, estas actitudes son inconscientes. Existe una especie de matriarcado, en donde la madre es la autoridad absoluta y toda decisión concerniente a los niños la adopta ella.
- ◆ La familia agotada: Aquí ambos padres trabajan, no hay tiempo para los niños y no existe emocionalidad en estos hogares, ya que no se comparten momentos de unión.

¹³ Soifer, Raquel, PSICODINAMISMOS DE LA FAMILIA CON NIÑOS, Editorial Kapelusz, Pag. 11.

- ◆ La familia hiperemotiva: En mayor medida de lo común estas familias dan rienda suelta a sus emociones, interfiriendo en la relación armoniosa entre padres e hijos.
- ◆ La familia ignorante: Es aquella en que uno o ambos padres carecen de conocimiento sobre el mundo que los rodea, posiblemente por analfabetismo o por deficiencia mental u otras razones. Estas personas están cargadas de prejuicios, tienen puntos limitados de vista, exponiendo a los hijos a un contexto limitado e inhibiendo su participación en el mundo y el contexto que los rodea.
- ◆ La familia serena e intelectual: Aquellas familias que tienen un grado elevado de estudios y cada quien se dedica a sus actividades, inculcando a los niños la intelectualidad, con el riesgo de resultar extraordinariamente inhibidos en la expresión de sus emociones.¹⁴

La familia está comprendida de padre madre e hijos y/o hijas, y de acuerdo al rol que desempeñe el hogar en el cual vivan así se desarrollará la emocionalidad de los niños o niñas.

2.1.1. EL NIÑO Y/O LA NIÑA:

El niño o la niña es el resultado de una interacción de tipo sexual entre una mujer y un hombre. Se debe considerar al niño como un ser desde el momento de la concepción. Dependiendo de las condiciones físicas de la mujer y su grado nutricional y la aceptación de ese embarazo, puede nacer un niño o niña sano o sana.

El niño y la niña son seres indefensos al nacer; para que puedan desenvolverse solos, se necesita mucho tiempo y para ello necesitan del cuidado, amor, alimentación y estímulos de los padres.

La Constitución de la República en el Título II, Derechos Humanos, Capítulo I, Derechos Individuales, Artículo 3o. Derecho a la Vida. "El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona". Aquí vemos que el niño está amparado por el Estado.¹⁵

También el niño y la niña son amparados por la Convención sobre los Derechos del Niño y la niña.

Parte I, Artículo 1: "Se entiende por niño, o niña a todo ser humano menor de dieciocho años de edad".

"Artículo 3: 2. "Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus

¹⁴ Finch, Stuart M., FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL, Editorial Buenos Aires, pag. 41 a 49.

¹⁵ CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, Reformada por Consulta Popular. Acuerdo Legislativo 18-93, Impreso Librería Jurídica, Guatemala, pag. 2

padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y con ese fin, se tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas”.

Vemos que también tienen derecho a la supervivencia y su desarrollo, como también la de tener su identidad y se le protege contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Artículo 24: 1. “Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

Estos derechos se conocen desde su concepción; los niños y niñas tienen derecho a la protección, cuidado y asistencia para lograr un adecuado desarrollo físico, mental y social.

Jean Piaget propone seguir paso a paso al sujeto del sujeto; para comprender esto verifica las leyes que determinan su crecimiento planteando los periodos en proceso en los que el individuo se desarrolla.

Piaget considera que la vida mental constituye un sistema de comportamientos elaborados por la actividad del sujeto y la coordinación de sus acciones. Esta se inicia al momento de nacer el niño y es comparable al crecimiento orgánico y termina en la edad adulta del individuo.

El desarrollo intelectual se da por una constante reestructuración de conocimientos a través de la asimilación y la acomodación.

En la asimilación se incorporan nuevas percepciones del mundo exterior a la actividad misma del individuo y en la acomodación se registran las estructuras previas en función de las transformaciones sufridas que permite enriquecer el marco de referencia del sujeto.

Los factores que determinan el desarrollo intelectual son: La maduración física, interacción social y la experiencia material entendiéndose que:

- ◆ **Maduración física:** Es la maduración de las habilidades motoras y perceptivas que se completan en la edad de 15 a 16 años.
- ◆ **Interacción social:** Escuchar estimula al niño a pensar, utilizando diversas opiniones y que le enseña a aproximarse a la objetividad y se da por la experiencia de relacionarse con personas.
- ◆ **Experiencia material:** El individuo percibe y manipula diferentes objetos de su ambiente que le permite desarrollar un apropiado conocimiento de ellos.

Piaget clasifica el desarrollo de la inteligencia de la siguiente manera:

Sensoriomotor (del nacimiento a dos años) Los niños aprenden a conocer su mundo a través de su sentido y conductas motoras. Se trata una conquista a través de percepciones y movimientos de todo lo que rodea al niño. En el momento de nacer la vida psíquica se reduce al ejercicio de reflejos innatos, que responde a las tendencias instintivas de alimentación, luego estas se afinan con el ejercicio y forman nuevas conductas receptoras. Lo importante de este período es la permanencia del objeto siga existiendo aunque ya no lo podamos ver. Esto se da gradualmente.

Período preoperativo o período de la inteligencia intuitiva o práctica (de 2 a 7 años) Gracias a su nueva habilidad realiza un salto cualitativo. Aquí el niño se basa en sus cualidades perceptivas, lo que puede ver, oír, palpar etc. Sin embargo hay limitaciones importantes de pensamiento. En esta edad son egocéntricos, tienen dificultades para considerar el punto de vista de los demás.

Período de operaciones concretas (de 7 a 11 años). Los niños empiezan a utilizar nuevos conceptos y dejan de ser egocéntricos, categorizan las cosas, pueden trabajar con números, pueden tomar en cuenta aspectos de situaciones y entender su reversibilidad, pueden entender a las personas, realizar juicio de moralidad.

Período de operaciones formales (de 12 en adelante) Los niños muestran capacidad de pensar abstractamente, en donde pueden tratar problemas en donde no están presentes físicamente, realizar hipótesis y tratar de complementarlas sistemáticamente.¹⁶

2.1.2. MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Todo niño de corta edad tiene derecho a la mejor protección posible contra las enfermedades y dado a que no puede tomar decisiones por sí mismo, dicha tarea corresponde a sus padres y a los profesionales de la salud. Estos cuidados se extienden más allá de sus necesidades diarias de alimentación, sueño, limpieza, amor, seguridad y hasta una preocupación por su salud y bienestar.

En la pérdida de la salud se puede llegar a una hospitalización, en donde trabajan Médicos de diferentes especialidades, pediatras, enfermeras graduadas y auxiliares, psicólogos y conserjes, personas a las que el niño no conoce y éste interactúa con ellos. La hospitalización puede alterar el modo de vida de un niño, sin importar cuán breve sea.

El niño necesitará un cuidado amoroso, lleno de afecto y tiene que ser devuelto en forma pronta a su casa para que no sufra trastornos psicológicos graves.

¹⁶ De Ajuria Guerra, J., MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL, 4ta. Editorial Masson, Barcelona 1983, pags 24-29

La enfermedad es frustrante, dolorosa y molesta, limita la actividad normal de niño y a ello hay que agregar un ambiente poco familiar y frío, en donde si no se le carga y arrulle, puede ser factible que el niño no responda al tratamiento.

La hospitalización tiene la finalidad de mejorar su estado físico y ésto no puede lograrse si el niño está alterado emocionalmente.

En la Convención de los Derechos del Niño, artículo 24, 2 dice que se aplicarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil con una asistencia médica y sanitaria, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud, como también de combatir las enfermedades y la malnutrición, por medio de programas sanitarios que se harán saber tanto a los niños como a sus padres.¹⁷

Para mantener la salud debe existir una buena alimentación la cual empieza con el primer año de vida:

LA ALIMENTACION:

La alimentación es un medio en el que se suministran sustancias que sirven para nutrir al cuerpo, para poder crecer, desarrollarse y a la vez estar en las condiciones óptimas.

Durante el Primer año de vida, la alimentación del niño no es variada durante los primeros seis meses, puesto que el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna

2.1.3. EL NIÑO DESNUTRIDO:

Según Resumen del Estado Mundial de la Infancia 1998, pag. 1 de 2. El oprobio de la desnutrición: "La desnutrición está relacionada con más de 6 millones de muertes de niños menores de 5 años que ocurren anualmente en el mundo".¹⁸

Esto puede suceder porque las madres padecen desnutrición durante su vida y en el momento de la gestación, esta enfermedad se da por la mala dieta alimenticia que tienen las madres y por ende ellas padecen desnutrición y a la vez tienen fetos desnutridos que al nacer, si nacen vivos, tienen bajo peso y pocas defensas y son afectados por las enfermedades respiratorias o infecciosas, se enferman con facilidad y pueden desnutrirse y ser hospitalizados, si es que corren la suerte de poder obtener los servicios de salud.

"En Guatemala, 36 de cada 100 niños menores de 5 años padecen de desnutrición aguda (UNICEF 1994:2). Esta cifra se eleva a un 72% en las áreas rurales y marginales de Guatemala (Procurador de los Derechos Humanos 1992:55).¹⁹

¹⁷ Unicef, CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, pag 12

¹⁸ Unicef, ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, Resumen, pag 1 de 2

En la actualidad, el hambre y la desnutrición no sólo golpean a niños pre-escolares, sino también a adolescentes, adultos y ancianos, quienes ya no pueden alimentarse ni con el mínimo de calorías y proteínas. Esta es la respuesta a la caída de los ingresos reales las familias pobres guatemaltecas que alteraron su patrón de consumo, canalizando sus gastos en dirección a la compra de productos más baratos. Actualmente las familias consumen menos leche, huevos y frutas frescas, han cambiado a pastas, papas y maíz (Castellanos 1992). En consecuencia, la desnutrición infantil afecta al 85% de los niños menores de cinco años de edad.²⁰

El término desnutrición se emplea para hacer referencia a un trastorno consistente en la escasez o ausencia de uno o más nutrientes indispensables para la salud.²¹

En la mayoría de los casos la desnutrición se da por falta de la ingestión de nutrientes. La dieta deficiente puede ser por falta de conocimientos acerca de las necesidades nutricionales, y desconocimiento sobre nutrientes de bajo costo posibles de obtener. Esto se ve agravado por las consecuencias emocionales, psicológicas o económicas que se dan por el abandono del progenitor.

La desnutrición protéico - calórica: Ocurre como consecuencia de inadecuada e insuficiente ingestión de proteínas, esta no puede ser observada, sino hasta que está avanzada.

La deficiencia de vitaminas que acompaña a la desnutrición protéico - calórica, como las del complejo B, vitaminas A, C y D, son causantes de algunas enfermedades que padecen los niños. El Raquitismo, se da por falta de vitamina D, el Escorbuto por deficiencia de vitamina C, por falta de Tiamina se da el Beri-beri, deficiencias de Riboflavina producen lesiones cutáneas. Y por la falta de Niacina se da la Pelagra.

La deficiencia de minerales también ocasiona enfermedades, anemia que resulta de la deficiencia de hierro y ácido fólico, en la insuficiencia de calcio puede darse lesiones neurológicas que incluyen el retardo mental.

Otras de las causas de desnutrición pueden ser por alergias alimenticias, que limitan la nutrición adecuada en los niños, es indispensable que si ocurren, los padres consulten a los dietistas o nutricionistas.

¹⁹ Entre el Olvido y la Esperanza, La niñez de Guatemala, pag 51, PRODEN, 1996

²⁰ Ibid pags 51-52

²¹ Broadribb, Violet, ENFERMERIA PEDIATRICA, Harla, México, 1983.

ETIOLOGIA DE LA DESNUTRICION:

- a) Factores Sociales y económicos
- b) Factores Culturales
- c) Factores Biológicos
- d) Factores Ambientales

CLASIFICACION: (Según guía del manejo del niño con desnutrición protéico - calórica proporcionada por el IGSS)

- a) PRIMARIA: inadecuada ingesta de alimentos.
 - b) SECUNDARIA: Resultante de otras enfermedades.
 - Leve
 - Moderada
 - Severa
- a. Marasmo
 - b. Kwashiorkor
 - c. Marasmo-kwashiorkor.

DIAGNOSTICO:

- A. Historia
- B. Cuadro Clínico
- C. Bioquímico
- D. Antropometría

B) y C) = Criterio de Mcklaren.

A. HISTORIA:

Baja ingesta calórica y/o proteica.

B. CUADRO CLINICO:

- Pérdida de peso.
- Disminución o no del tejido adiposo subcutáneo
- Emaciación muscular de grado variable.
- Retraso del crecimiento (talla baja).
- Disminución de la actividad física, pérdida de la atención, debilidad y falta de ánimo.
- Apatía o irritabilidad, grado variable.
- Anorexia (kwashiorkor) o hambre voraz (Marasmo).

- Pelo ralo, delgado, seco, sin brillo, quebradizo, desprendimiento fácil e indoloro, color café rojizo, blanco amarillento (signo de bandera).
- Piel seca, delgada, arrugada, poco elástica o eritematosa brillante, con grandes áreas desnudas, descamada o exudativa, áreas hiperqueratósicas o hiperpigmentadas.
- Edema grado variable, suave, deprecible, indoloro, de predominio en miembros inferiores y superiores.
- Abdomen prominente, con o sin hepatomegalia.
- Estreñimiento o diarrea.

BIOQUIMICO:

- Hemoglobina

- Hematocrito

- Proteínas totales, Albúmina Sérica

CRITERIOS DE McKLAREN:

	LABORATORIO	
ALBUMINA	PROTEINAS TOTALES	PUNTAJE
Menor es de 1	Menores de 3.25	7 puntos
1 a 1.49	3.25 a 3.99	6 puntos
1.5 a 1.99	4 a 4.79	5 puntos
2.0 a 2.49	4.75 a 5.49	4 puntos
2.5 a 2.99	5.5 a 6.24	3 puntos
3.0 a 3.49	6.25 a 6.99	2 puntos
3.5 a 3.99	7.0 a 7.74	1 punto
Más de 4	Más de 7.75	0 puntos

CLINICO	PUNTAJE
• Edema	3 puntos
• Dermatitis	2 puntos
• Edema y Dermatitis	6 puntos
• Cambios en pelo	1 punto
• Hepatomegalia	1 punto

Interpretación: La suma del punteo de estos criterios nos diferencia los tipos de desnutrición, según los siguientes puntajes:

- | | |
|------------------------|---------------|
| a. Marasmo | 0 - 3 puntos |
| b. Marasmo-Kwashiorkor | 0 - 8 puntos |
| c. Kwashiorkor | 9 - 15 puntos |

D. ANTROPOMETRIA

Medidas Básicas:

- Edad
- Peso
- Talla

La población de referencia a utilizar es la recomendada por el Centro Nacional de Estadística de Salud de los Estados Unidos (NCHs), avalada posteriormente por la OMS.

INDICES ANTROPOMETRICOS:

Peso/Talla: Estado de Nutrición Actual.

Talla/Edad: Historia Nutricional de un Niño.

Peso/Edad: Estado Nutricional Actual y/o peso del Niño.

ANALISIS Y PRESENTACION:

Adecuación de:

PESO PARA TALLA = Peso del niño estudiado (en kg) x 100 valor de la mediana de peso de niños de la misma talla y sexo de la referencia seleccionada.

TALLA PARA EDAD = Talla del niño estudiado (en cm) x 100 valor de la mediana de talla de niños de la misma edad y sexo de la referencia seleccionada.

PESO PARA EDAD = Peso del niño estudiado (en kg) x 100 valor de la mediana de peso de niños de la misma edad y sexo de la referencia seleccionada.

GRADO	PESO/TALLA (Actual)	TALLA/EDAD (Pasado)	PESO/EDAD (Global)
NORMAL	90% - 110%	> - 95%	> - 90%
DPC G I LEVE	80% - 89%	90% - 94%	75% - 90%
DPC G II MODERADO	70% - 79%	85% - 89%	60% - 75%
DPC G III SEVERO	< - 70%	< - 85%	< - 60%

La definición de marasmo en el tratado de Pediatría (Vaughan, Nelson y Mc Kay, Editorial Salvat, Mexicana de ediciones, Sexta edición 1978, Tomo I, pags 169-172), dice:

Kwashiorkor: Enfermedad causada por malnutrición, fundamentalmente en niños, causada por deficiencia grave de proteínas que suele producirse cuando el niño es retirado del pecho. Debido a disponer de féculas ricas en calorías, el niño no pierde peso tan drásticamente y no parece tan enfermo como un niño marasmático, al que le faltan proteínas y calorías. Con el tiempo se presentan los siguientes síntomas: retraso del crecimiento, pérdida del apetito, irritabilidad nerviosa, anemia, edema, degeneración grasa del hígado, necrosis, dermatosis y fibrosis, acompañadas de infecciones y deficiencias polivitamínicas. Debido a que las grasas de la dieta son mal toleradas, se utiliza leche desnatada en la alimentación inicial, seguida por alimentos adicionales hasta conseguir una dieta completa bien equilibrada. Denominada también malnutrición maligna; pelagra infantil.

Kwashiorkor Marasmático: Mal nutrición que afecta sobre todo a los niños y que se debe a una deficiencia tanto de calorías como de proteínas. Esta enfermedad se caracteriza por una atrofia de

los tejidos muy importante con deshidratación, pérdida de grasas subcutánea, letargia y retraso del crecimiento.²²

Marasmo: Estado de malnutrición y emaciación extremos que se produce sobre todo en niños pequeños y que se caracteriza por atrofia progresiva de los tejidos subcutáneos y músculos. Se debe a una falta de ingestión de calorías y proteínas. Suele observarse en niños que presentan problemas importantes de crecimiento y desarrollo en la inanición. Con menor frecuencia el marasmo se debe a una incapacidad de asimilar o utilizar las proteínas como consecuencia de un defecto metabólico. En la asistencia de un niño marasmático es fundamental restablecer el equilibrio hidroelectrolítico e ir añadiendo de forma lenta y gradual los distintos alimentos, según su tolerancia. Junto con ello hay que estimular adecuadamente el desarrollo mental. Lo ideal es que una persona se encargue de la asistencia de estos niños, ya que se encuentran en una situación de grave privación emocional.²³

2.1.4. CAUSAS PSICOLÓGICAS EN LA DESNUTRICIÓN DEL NIÑO:

Estas pueden deberse a la depresión anaclítica, la cual se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y trastornos del desarrollo ponderal y general, después de tres meses la motricidad disminuye, la actividad autoerótica desaparece progresivamente y se instala el insomnio.²⁴

Se habla de depresión anaclítica cuando el niño ha tenido una buena relación con su madre y por motivo de circunstancia mayor ésta se separa del niño y la persona que quedó al cuidado no satisfizo las necesidades del mismo.

Según estudios que se han realizado estos niños durante el primer mes, son niños llorones, exigentes y se abraza a otra persona. En el segundo mes, el llanto se transforma en chillidos, se manifiesta pérdida de peso y una detención en su desarrollo. En el tercer mes permanecen detenidos en la cama, tiene insomnio, rechazan las relaciones con otras personas y sigue la pérdida de peso y hay cara contraída. Después del tercer mes la rigidez de la cara se vuelve permanente, ya no hay llanto y hay extraños gemidos y se transforma un retraso aletargado.

La carencia total de afecto produce consecuencias graves como lo es el marasmo o la muerte.

Muchas veces la carencia de afecto en el niño pueden estar dada por insatisfacción conyugal, la separación de uno de los progenitores, la tendencia de la madre a vivir a través del niño, sentimientos de rechazo u hostilidad durante el embarazo por ser un hijo no deseado.

²² Diccionario de Medicina, OCEANO MOSBI, Oceano Grupo Editorial, 4ta. Edición, Impreso en España, pag. 760.

²³ Ibid, pag. 815.

²⁴ De Ajuria Guerra, J. MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL, Masson, México, 1983, pag 466.

Una desnutrición severa y temprana retarda el desarrollo mental, según un estudio realizado por Winick y Rosso (1969), los niños que murieron de marasmo por deficiencia proteica, tenían menos cantidad de células cerebrales que otros bebés normales y de la misma edad.²⁵

La mala alimentación afecta la atención, el aprendizaje, lo que repercute en el desarrollo intelectual. Un estudio hecho por Lester en Guatemala, mostró que niños bien nutridos podían orientarse por el sonido, cosa que otros niños que estaban desnutridos no podían.

2.1.5. LA DESNUTRICION Y LA CARENCIA AFECTIVA:

También puede haber una desnutrición por la carencia afectiva, la cual puede ser causada por el factor psicológico o emocional, en este caso la separación prolongada de la madre, y la carencia de afecto por un periodo de tiempo prolongado, puede ser la causante de la enfermedad y puede observarse dentro de los síntomas la pérdida de apetito y por consiguiente bajo peso, lo cual es progresivo y si la madre no regresa y no se encuentra un sustituto aceptado por el niño, esto puede llevarlo al marasmo o la muerte misma, si el niño no es auxiliado por un centro asistencial.

Estos factores nos muestran que la reeducación a padres es importante, ya que con ello se puede contribuir a la problemática de desnutrición que presenta nuestro país.

²⁵Papalia, Diane E., DESARROLLO HUMANO, McGraw Hill, pags. 157-158.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Generales:

1. Intervenir a través de la disciplina psicológica en el niño o niña que asiste a la Consulta Externa y Hospitalizada en el Encamamiento de Nutrición, enfatizando en las características socio-económicas de la familia o encargado del niño o niña con diagnóstico de desnutrición y orientar y capacitar para que se les brinden un mejor cuidado, trato y estimulación.

2.2.2. Específicos:

SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

1. Contribuir en los Programas de Salud Mental de la población que asiste a la Consulta Externa del Servicio de Psicología y hospitalizada en el encamamiento de Nutrición.
2. Brindar tratamiento psicológico a los niños hospitalizados en el encamamiento de Nutrición, para contribuir a la Salud Mental y a una mejor adaptación al ambiente hospitalario.
3. Determinar mediante la evaluación psicológica la edad de desarrollo del niño que asiste a Consulta Externa del Servicio de Psicología y del niño o niña hospitalizado en el encamamiento de Nutrición.
4. Realizar actividades de estimulación temprana, de acuerdo a la edad de desarrollo del niño/a e involucrar a los padres a que la continúen realizando con sus hijos tanto en el ambiente hospitalario como en el familiar.
5. Realizar actividades terapéuticas como ludoterapia y recreativa a niños que asisten al servicio de Consulta Externa y niño o niña hospitalizado en el Encamamiento de Nutrición.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

6. Colaborar en actividades de los Programas de Educación para Padres (Madres Adolescentes, Síndrome de Down y Hematología) que están establecidos por el Servicio de Psicología de Consulta Externa, para capacitar a los padres en el cuidado, trato y estimulación a los niños o niñas.
7. Participar en actividades de actualización de docencia dirigido a estudiantes practicantes de 3ero., 4to., y 5to., año de Psicología.
8. Orientar adecuadamente a la madre o encargado del niño hospitalizado en el encamamiento y Servicio de Consulta Externa de Nutrición, con el fin de mejorar el trato y cuidado del Niño y dar a conocer las formas de alimentación recomendadas, mejorando de esta manera la salud física y emocional de los mismos.
9. Capacitar al personal de enfermería con Talleres de Superación Personal, para contribuir a una mejor relación con compañeros de trabajo, con padres de familia y que brinden un mejor servicio a los niños que asisten al Departamento de Pediatría del IGSS de la zona 9.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

10. Establecer el perfil Socio-Familiar y conocer antecedentes del niño hospitalizado en el Encamamiento de Nutrición.

2.3. METODOLOGIA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO:

El Ejercicio Profesional Supervisado UN ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO-FAMILIAR DEL NIÑO DESNUTRIDO, se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 9; fue supervisado por la Jefe del Servicio de Psicología Licda. Isabel Howard Valenzuela y Asesorado por el Supervisor de E.P.S., Erick Gudiel, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se desarrollaron subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación, de los cuales se se obtuvieron resultados satisfactorios en los objetivos planteados.

2.3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

En la programación de todas las actividades se tomó en consideración las necesidades del Departamento de Pediatría del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Se trabajó en Consulta Externa, asistiendo a las actividades del 3 de febrero al 16 de mayo de 1997. El Servicio iniciaba sus actividades a las 8:00 A.M. y se concluían a las 11:00 A.M., de lunes a jueves. Del 18 de mayo de 1997 al 28 de febrero de 1998 se realizó el Servicio en el Encamamiento de Nutrición con un horario de 8:00 a 11:00 A. M.

En el área de Consulta Externa al igual que en el encamamiento de Nutrición se realizaron actividades específicas

- Primero se conoció el expediente médico del niño.
- Se proporcionó una cita a los padres del niño o niña para la realización de la entrevista
- Se evaluó al niño o niña con el Test Escala Adaptativa de Arnold Gesell
- De acuerdo a los resultados obtenidos se proporcionaba una Guía de Estimulación Temprana a los padres o encargados del niño o niña.
- A los niños hospitalizados tanto las estudiantes practicantes de Psicología como las espesistas realizaron actividades de estimulación temprana y terapia lúdica.
- Se realizó el Informe Psicológico del niño o niña, los cuales eran archivados en el expediente médico y psicológico que se llevó de los niño y niñas.
- Se proporcionó apoyo a los padres de familia

Las tareas en el Encamamiento de Nutrición se realizaron de la siguiente forma: entrevistas a los padres o encargados del niño que ingresaron al hospital por desnutrición. Se evaluó a los niños con la prueba de Arnold Gesell al ingreso y al egreso, se tomó en cuenta el expediente médico para establecer el grado de desnutrición que manifestaba el niño o la niña, se dió estimulación temprana por medio de juegos y ejercicios a los niños hospitalizados; se trabajó con el programa de Educación para Padres o Encargados del Niño Desnutrido contribuyendo así a la actualización de temas de aprendizaje como educar, atender, estimular, prevenir las enfermedades y alimentación para los hijos .

2.3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

De lunes a jueves de 11:00 a 12:00 horas se realizaron actividades de docencia dirigidas a estudiantes practicantes del área de Psicología y los días viernes, de 8:00 a 12:00, se desarrollaron programas de implementación, realizándose discusiones de las actividades efectuadas durante la semana.

Se contribuyó con los Programas de Educación para Padres ya Establecidos por el Centro de Psicología los cuales se atendieron de la siguiente forma:

- Madres Adolescentes: Fecha del 17 de febrero al 16 de mayo de 1997.
- Síndrome de Down: Fecha del 19 de mayo al 22 de octubre de 1997
- Hematología: Fecha de noviembre de 1997 al de febrero de 1998.
- Programa de Educación para Padres o Encargado del Niño Desnutrido: del 8 de julio al 9 de febrero.

2.3.3 SUPROGRAMA DE INVESTIGACION:

La presente fue una investigación descriptiva de las situaciones recientes o actuales, que se obtuvieron de la observación, entrevista, la revisión de expedientes médicos y la evaluación que se les hizo a los niños o niñas hospitalizados y comprobar los resultados obtenidos con los objetivos establecidos, para determinar el grado de relación de interpretación de los datos obtenidos en los subprogramas de Servicio, Docencia, e Investigación, que se trabajaron de febrero de 1997 a febrero de 1998.

El Subprograma de Investigación ESTUDIO PSICOLOGICO Y SOCIO-FAMILIAR DE NIÑO DESNUTRIDO, se realizó en el Servicio de Nutrición.

Para la realización de la ejecución de los resultados en el Sub-Programa de Investigación se tomaron en cuenta:

- La observación espontánea y sistematizada.
- La entrevista a la madre o adulto quien está a cargo del niño.
- La revisión de expediente médico para la detección de información.
- Evaluación psicomotriz, afectiva, adaptativa y del lenguaje. (Test de Diagnóstico del Desarrollo Arnold Gesell), al momento de su ingreso al hospital y después de su egreso del mismo.
- Registro datos.
- La actividades de Estimulación Temprana, revisión y el registro de los logros alcanzados por el niño o niña hospitalizados en el Encamamiento de Nutrición.

El objetivo de investigación sobre el establecimiento del Perfil Socio-Familiar y el Conocimiento de Antecedentes del Niño hospitalizado en el Encamamiento de Nutrición, se realizó con las variables:

PADRES

- ◆ Procedencia
- ◆ Estado Civil de la Pareja
- ◆ Condición Socio-Familiar
- ◆ Edad de los padres
- ◆ Escolaridad de los padres
- ◆ Ocupación Socio-Económica
- ◆ Religión que profesan
- ◆ Clase social
- ◆ Condición Social
- ◆ Condición de la vivienda

NIÑO – NIÑA

- ◆ Atención a niños y niñas hospitalizados en el encamamiento de Nutrición
- ◆ Número de hijos y lugar que ocupa dentro de la familia el niño o niña hospitalizado en el encamamiento de Nutrición.
- ◆ Condición del Embarazo
- ◆ Control del Embarazo
- ◆ Lugar del Parto
- ◆ Edad Gestacional del Niño
- ◆ Talla, peso y condición del niño al nacer
- ◆ Edad de los niños atendidos en el área de encamamiento de Nutrición
- ◆ Diagnóstico Primera y Segunda Evaluación del Niño o Niña con el Test Escala Adaptativa de Arnold Gesell.

La realización de todas las actividades se pudieron llevar a cabo, puesto que el lugar cuenta con los recursos materiales necesarios, al igual que el recurso humano

2.3.4. INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que a continuación se detallan nos llevaron a la recolección satisfactoria de los datos:

- La Observación Espontánea y Sistematizada consistió en observar la conducta que manifestaron los padres o encargados del niño que fueron entrevistados.
- La Entrevista, de acuerdo al formato establecido por el Servicio de Psicología, en la que se requería la información de los padres o encargados para la obtención de la estadística .
- Se revisó el Expediente Médico del Niño, para la obtención de la Información de la característica de la enfermedad del Niño o Niña hospitalizados.
- Se utilizó el Test de Diagnóstico del desarrollo Arnold Gesell, adaptado por la Licda. Isabel Howard Valenzuela, Psicóloga de la Clínica de Psicología del Departamento de Pediatría del IGSS. Esta prueba es aplicada en el que hacer diario de la Clínica, a niños con riesgo establecido, puede ser de riesgo biológico o riesgo ambiental.

Esta prueba no mide la inteligencia, sino la capacidad de resolver los diferentes items de la prueba. La realización de la misma depende del nivel de maduración del Sistema Nervioso Central, en el cual influyen los factores socio-económicos, culturales y educativos de los niños a investigar. Se evalúan los comportamientos tipificados en cada edad, como lo es el modo de conducta: esto se refiere a la respuesta definida del sistema neuromuscular ante una situación específica que expresa un cierto nivel de desarrollo. Estas respuestas son el resultado de un proceso de desarrollo integral que se realiza en sucesión ordenada.

Establece normas tipificadas de conducta que pueden ser significativamente uniformes:

- a. Permanente: que subsiste o aumenta
- b. Temporario: que se reemplaza por diferente o más avanzado.

Aspectos de conducta que evalúa el Test:

- ◆ MOTRIZ: Está relacionada con el equilibrio del cuerpo para adoptar posturas o desplazarse convenientemente.
- ◆ ADAPTATIVA: Máxima correlación con la conducta inteligente que utiliza la experiencia previa para solucionar nuevos problemas.
- ◆ LENGUAJE: Toda forma de comunicación visible y audible. Imitación y comprensión de lo que expresan los demás.

- ◆ PERSONAL-SOCIAL: Reacciones ante la cultura social. Colaboración y reacción a la enseñanza.

Una orientación de conducta para ver como se desenvuelve el niño es:

0 - 3 meses	12 músculos oculares.
3 - 6 meses	Músculos del cuello; brazos y manos.
9 - 12 meses	Tronco del cuello; pulgar e índice.
12 - 18 meses	Piernas y pies; presión en pinza.
Segundo año	Camina y corre; control de vejiga y recto.

Edades Clave: Las edades claves se refiere a los momentos estratégicos que presentan etapas básicas de maduración, que sirven de referencia con fines diagnósticos en el Test Adaptativo de Arnold Gesell son: 1, 2, 4, 7, 10, 12, 16, 18, 24, 30, 36 meses, que son los periodos integrativos en donde se observan los focos principales de modificación de conducta.

Evaluación: Según Arnold Gesell la evaluación debe tener una secuencia lógica en base a la evidencia de la realización progresiva de las funciones predeterminadas, que se basa en el desarrollo y crecimiento.

1. El examen se inicia por los items que corresponden a la edad cronológica (E.C.).
2. Se asciende hasta el fracaso total en una edad completa. En que el 75% o más de los items es negativo (-).
3. Y se desciende hasta la edad en que hay un acierto total. Que es el 75% o más de los items es positivo (+).

Este procedimiento establece el más alto nivel de habilidades y el máximo rendimiento del niño.

Calificación: En la calificación del Test se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

- ◆ No hay respuestas buenas o malas. Todas son apropiadas para un nivel de edad y se les asigna un signo, según sea el caso.
- ◆ Cualquier reacción de conducta corresponde a cierta edad o a cierto nivel de funcionamiento psicomotor.
- ◆ Debe prevalecer el criterio clínico: El examinador debe poseer un profundo conocimiento del comportamiento normal del niño de cualquier edad y de las modalidades del examen.
- ◆ Se debe de evitar el diagnóstico instantáneo.

Edad de desarrollo: Es la que nos establece el funcionamiento del niño en cada área como lo es la motora, adaptativa, de lenguaje y personal social. En la comparación de normas tipificadas se transforma el valor de la conducta del niño de acuerdo a la edad cronológica tipificada por el mismo.

En niños mayores de cinco años no se usa el cociente intelectual, sino que se usa el cociente de desarrollo, y para obtenerlo se hace con la fórmula correspondiente:

C.D.=Cociente de desarrollo

$$C.D = \frac{\text{Edad de desarrollo} * 100}{\text{Edad Cronológica}}$$

Para establecer un diagnóstico del niño se presenta la tabla siguiente:

85 -115	Desarrollo Psicomotor NORMAL
70 - 85	Retardo Psicomotor LEVE
55 - 70	Retardo Psicomotor MODERADO
40 - 55	Retardo Psicomotor SEVERO
Inferior a 40	Retardo Psicomotor PROFUNDO

En conclusión, el diagnóstico que se realiza no intenta la medición directa de la inteligencia como tal, sino apunta a estimaciones clínicas del potencial intelectual, fundado en un análisis en el nivel de madurez.

La información que se adquiere al evaluar al niño, nos sirve de referencia para aplicar las guías de estimulación temprana que existen en la Clínica de Psicología, a la vez se les explica a los padres para que realicen cada paso con sus hijos.

- En la realización de actividades de estimulación temprana que son todas las actividades que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico, estas actividades involucran objetos y la relación entre el niño y el adulto que en forma de comunicación se realizan ejercicios, gestos, murmullos, actitudes y todo tipo de expresión.

CAPITULO III

PRESENTACION DE RESULTADOS



CAPITULO III

PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 RESULTADOS SUB-PROGRAMA DE SERVICIO:

Este trabajo inició en el mes de febrero de 1997, de la siguiente manera: de febrero a la primera semana de mayo 1997 se trabajó en Consulta Externa, Asesorada por la Licenciada Emilia Hernández. De Mayo de 1997 a Febrero de 1998 se trabajó en el área de encamamiento de Nutrición, en el Tercer Nivel, en el Departamento de Pediatría.

SERVICIO	MES	ENTREVISTA	EVALUACIONES	ESTIMULACIONES REALIZADAS Y RECONSULTAS
Con. Externa	Febrero 1997	5	8	4
Con. Externa	Marzo	15	29	29
Con. Externa	Abril	11	22	11
Con. Externa	Mayo	1	2	1
Enc. Nutrición	Mayo	12	8	16
Enc. Nutrición	Junio	13	8	16
Enc. Nutrición	Julio	7	17	14
Enc. Nutrición	Agosto	6	18	65
Enc. Nutrición	Septiembre	10	13	35
Enc. Nutrición	Octubre	5	4	39
Enc. Nutrición	Noviembre	8	14	18
Enc. Nutrición	Diciembre	1	7	14
Enc. Nutrición	Enero 1998	4	6	18
Enc. Nutrición	Febrero	2	3	10
TOTAL		100	159	290

Se llevaron dos casos de niños mayores de cuatro años que en edad temprana padecieron de desnutrición, de los cuales se expuso uno, estos casos fueron complementarios, puesto que se llevaba terapia de juego, y se le aplicaban las pruebas de Figura Humana - Goodenough, Figura Humana-Koppitz, Familia de Font-Koppitz, Gestaltico Visomotor de Bender-Koppitz, Apercepción Temática Infantil (CAT), Lateraridad, Lecto-escritura, Escala Escolar de Weschler-WISC. Se pudo observar que ambos casos presentaban un nivel intelectual normal

bajo, posiblemente el factor que contribuyó a esto fue el estado desnutricional que presentaron con anterioridad aunado a la poca estimulación recibida por sus padres.

3.2 RESULTADOS SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA:

De lunes a jueves de 11:00 a 12:00 horas se llevó un programa especial de docencia, en donde la Licenciada Isabel Howard implementaba a las estudiantes de 3ero., 4to., 5to., y Epesistas sobre la las pruebas que se aplican en la Clínica de Psicología.

Los días viernes de 8:00 a 12:00 horas se desarrolló un programa de docencia multidisciplinario, como también la participación de las practicantes de psicología de 3ero., 4to., 5to., y Epesistas con la exposición de temas que fueron proporcionados por la Licenciada Howard, con el propósito de adquirir un conocimiento integral que contribuyera a las actividades que se realizan tanto en la Clínica de Psicología, como en las áreas de encamamiento del Hospital General, Depto. De Pediatría en donde se prestan los servicios de psicología.

Se participó como colaboradora en los Programas Educación Para Padres, que imparte el Centro de Psicología en el Departamento de Pediatría en el IGSS; las actividades se realizaron una vez al mes en los Programas de Madres Adolescentes, Síndrome de Downs y de Hematología.

- **MADRES ADOLESCENTES:**

En este programa realizaron actividades de: Bienvenida, dinámicas, información de la Plática que recibirían en el siguiente mes y la despedida. La asistencia al programa era una vez al mes y de Febrero a Junio de 1997 y la asistencia al programa se llevó a cabo de la siguiente manera:

FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
3	11	18	22	12

El porcentaje mensual entre los meses de febrero a junio de la asistencia de al programa es del 11%.

- **SINDROME DE DOWN:**

En este programa se realizaron actividades de: Bienvenida, dinámicas, participación en una Charla a los padres, se les dió información de la plática que recibirían el próximo mes y la despedida.

Las actividades se llevaron a cabo una vez al mes, de Julio a Noviembre de 1997 y la asistencia al programa estuvo de la siguiente manera:

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
14.	11	7	11	19

El porcentaje mensual en la asistencia al programa es de 12%.

- **HEMATOLOGIA:**

Se participó en la exposición de una Charla "Ayudemos a Crecer a Nuestros Niños" en el Programa de Hematología en el mes de noviembre; se obtuvo asistencia de 6 papas.

En el Programa de Hematología se había asignado trabajar en el mes de enero de 1998, pero por razones expuestas en una sesión de estudiantes y por la Licenciada Carmen Isabel Howard, no se continuó dando este programa a partir del mes de enero de 1998.

- **PROGRAMA EDUCACION PARA MADRES O ENCARGADO DEL NIÑO DESNUTRIDO, HOSPITALIZADO EN EL ENCAMAMIENTO DE NUTRICION DEL TERCER NIVEL Y LA CLINICA DE NUTRICION, DE PEDIATRIA DEL IGSS DE LA ZONA 9.**

Este programa se realizó multidisciplinariamente, participando Médicos, Epesistas de Psicología y la Educadora, los días martes de 10:00 a 11:00, durante los meses de julio de 1997 a febrero de 1998; se proporcionaron 7 clases, dentro de ellas se desarrollaron cuatro charlas y tres talleres de preparación de alimentos. El curso duró 7 semanas, después de que se concluyeron las 7 semanas se volvió a iniciar. Se inscribieron al curso 123 madres.

El promedio mensual de asistencia al Programa Educación para Madres o Encargado del Niño Desnutrido fue de la siguiente manera:

JULIO 1997	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
51 = 13%	49 = 16%	159 = 32%	94 = 24%	55 = 14%

DICIEMBRE	ENERO 1998	FEBRERO 1998
34 = 17%	24 = 8%	Por finalización al E.P.S. Se participó una vez en el Programa, asistieron 39 mamás.

La culminación del curso del Programa de Educación Para Madres o Encardado del Niño Desnutrido fue de la siguiente forma:

CLASES RECIBIDAS	ASISTENCIA	PORCENTAJE
7	61	50
5	25	20
4	15	12
3	12	10
2	10	8
TOTAL	123	100

Total clases impartidas 26

- SE IMPARTIERON TRES TALLERES DE SUPERACION PERSONAL A LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN LA INSTITUCION. CADA UNA DE LAS EPESISTAS TENIA QUE IMPARTIR UNO, EN LOS OTROS DOS SE TRABAJO COMO COOTERAPEUTA, ESTA ACTIVIDAD SE REALIZO EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 1997.

TALLER	ASISTENCIA	DIRIGENTE
Manejo de Emociones	12	Diana Paz Castañeda
Resolución de Problemas	8	Alicia Pérez
Relajación	8	Anabella Rodríguez

- IMPLEMENTACION A COMPAÑERAS:

Con el grupo de Practicantes de tercero, cuarto y quinto año participó en:

1. En dos lecturas de implementación realizadas en mes de junio de 1997
2. Una charla y
3. Presentación de caso en el mes de octubre de 1997.

Cuando llegaron las nuevas practicantes se contribuyó en la orientación de las actividades que realiza la Clínica de Psicología en los diferentes encamamientos y la papelería que se usa.

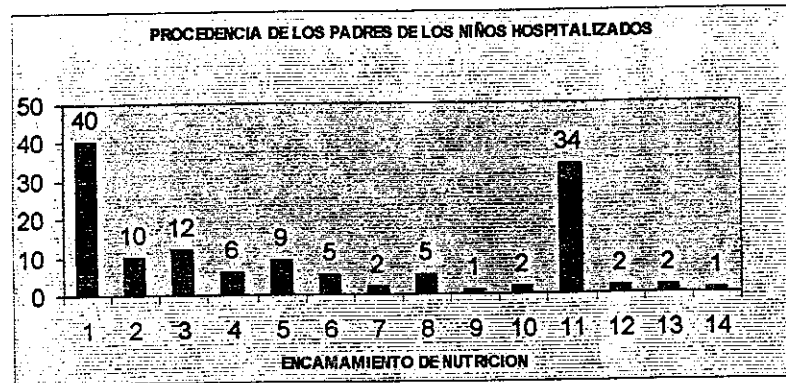
3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:**RESULTADOS DEL SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION REALIZADO EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS), DEPTO. DE PEDIATRIA, ENCAMAMIENTO DE NUTRICION, DE LA ZONA 9.**

ANALISIS DE LA FAMILIA DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL ENCAMAMIENTO DE NUTRICION, REALIZADO DE MAYO DE 1997 A FEBRERO DE 1998.

Los datos obtenidos por medio del Registro Médico de 51 niños atendidos. No se pudo entrevistar a todos los padres por no haberse presentado a la cita, unicamente 80 padres fueron entrevistados.

PROCEDENCIA DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS O ENCARGADOS

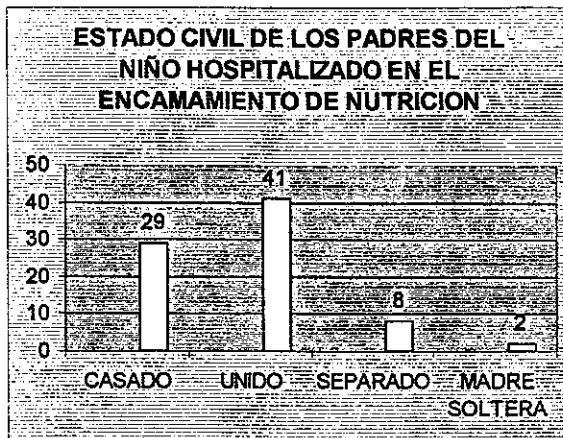
No.	PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Zona de la ciudad	40	30.53%
2	Villanueva y Barcenás	10	07.63%
3	Mixco	12	09.16%
4	San José Pinula	06	04.58%
5	Villa Canales y Boca del Monte	09	06.87%
6	San Miguel Petapa, Villa Hermosa	05	03.82%
7	Amatitlán	02	01.53%
8	Sacatepéquez, Municipios y Antigua	05	03.82%
9	Santa Elena Barillas	01	00.76%
10	Santa Catarina Pinula	02	01.53%
11	Escuintla	34	25.95%
12	Santa Rosa	02	01.53%
13	Mazatenango, Suchitepéquez	02	01.53%
14	San Marcos	01	00.76%
	TOTAL	131	100.00%



El primer lugar de la procedencia de los padres lo tiene la ciudad de Guatemala y el Segundo lugar lo tiene Escuintla.

Se realizó un estudio del estado Civil de la pareja, el cual presenta los siguientes resultados:

ESTADO CIVIL DE LA PAREJA	CANTIDAD	PORCENTAJE
CASADO	29	36.25
UNIDO	41	51.25
SEPARADO	8	10.00
MADRE SOLTERA	2	02.50
TOTAL	80	100.00



La gráfica muestra que en la relación pareja la de más población es la de unión de hecho.

Los datos se obtuvieron de las 80 entrevistas realizadas a los padres o encargados del niño o niña hospitalizados. Y dentro de estas familias tenemos cinco casos de maltrato físico, dos de negligencia o abandono y dos niños adoptados.

Se realizó un estudio socio-familiar obteniéndose los siguientes resultados:

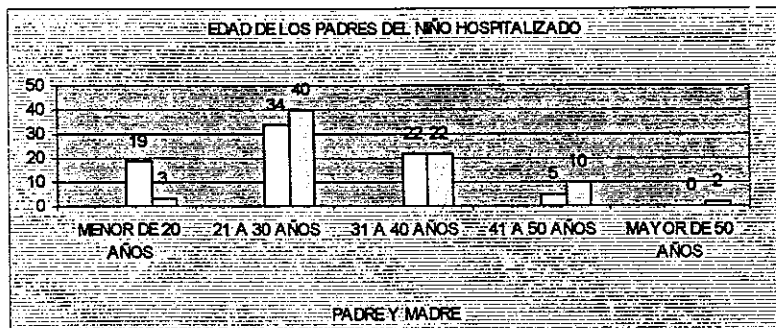
CONDICION SOCIO-FAMILIAR	CANTIDAD
Hogar integrado	55
Viven juntos pero sus relaciones son conflictivas	14
Hogar desintegrado	8
Madre soltera	2
Familias separadas por razones de trabajo	1
Total	80



La gráfica muestra que la mayoría es de hogares integrados, luego le sigue pero con poca población el hogar desintegrado, madre soltera.

Se realizó un estudio de las edades de los padres, el cual muestra los siguientes resultados:

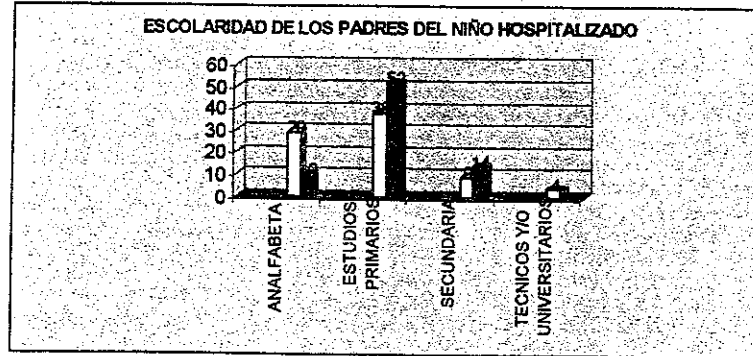
EDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL ENCAMAMIENTO DE NUTRIC				
EDAD	MAMA	% MAMA	PAPA	% PAPA
Menor de 20 años	19	23.75	3	3.90
21 a 30 años	34	42.50	40	51.95
31 a 40 años	22	27.50	22	28.57
41 a 50 años	5	6.25	10	12.99
Mayor de 50 años	0	0	2	2.59
TOTAL	80	100%	77	100%



La gráfica nos muestra que hay más padres comprendidos en las edades de 21 a 30 años de edad.

Para el estudio se tomaron en cuenta las 80 señoras entrevistadas, las cuales tres de ellas no dieron información de tres padres de los niños.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	MAMA	% MAMA	PAPA	% PAPA
Analfabeta	29	36.25	10	12.99
Estudios Primarios	38	47.50	52	67.53
Secundaria	09	11.25	14	18.18
Técnicos y/o Universitarioss	04	5.00	01	1.30
TOTAL	80	100%	77	100%



La gráfica nos muestra que la mayoría de los padres realizaron estudios de educación primaria, luego les siguen los padres que no realizaron estudios, son muy pocos los que han hecho estudios de secundaria, técnicos y/o universitarios.

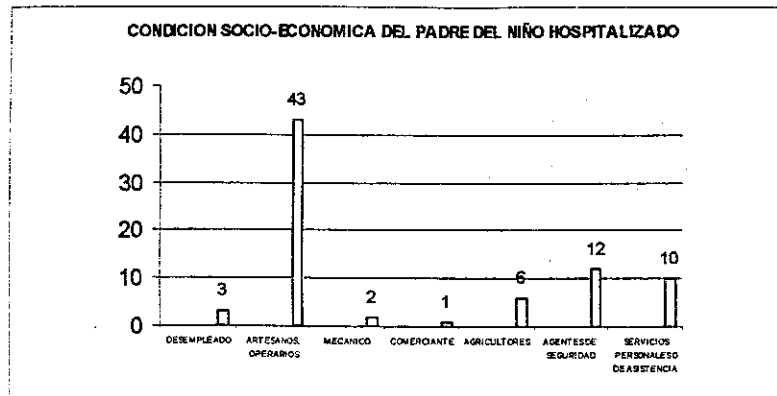
Para un mejor análisis se hizo un estudio de la ocupación socio-económica de los padres, obteniéndose los resultados:

OCUPACION SOCIO-ECONOMICA DE LA MADRE DEL NIÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ama de casa	65	81.25
Oficios domésticos para otras personas	5	6.25
Artesanos, operarios	8	10.00
Comerciante, vendedor, dependiente de un almacén	2	2.5
TOTAL	80	100%



La gráfica muestra que la mayoría de las madres realizan trabajos no remunerados por ser amas de casa, solo cuidan del hogar.

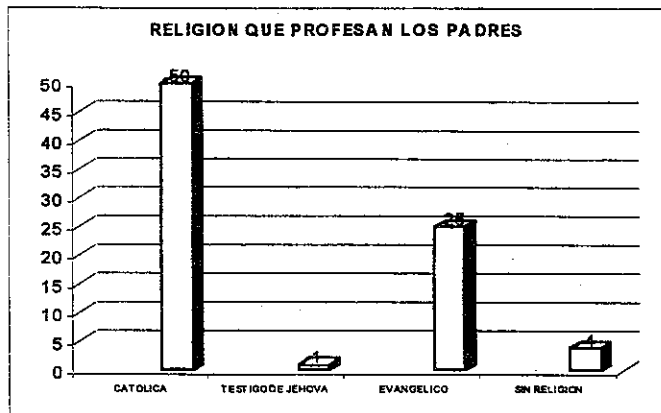
CONDICION SOCIO-ECONOMICA DEL PADRE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Desempleado	3	3.90
Artesanos, operarios	43	55.80
Mecánico	2	2.60
Comerciante	1	1.30
Agricultor	6	7.80
Agente de Seguridad	12	15.60
Servicios personales o de asistencia	10	13.00
TOTAL	77	100%



La gráfica muestra que la mayoría trabaja como artesanos u operarios, luego los agentes de seguridad y siguen los que hacen trabajos de servicios personales o de mensajería.

Se hizo un estudio de la religión que profesan los padres, el cual muestra el siguiente resultado:

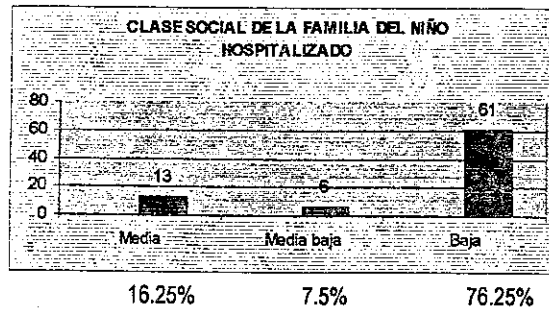
RELIGION DE LOS PADRES	CANTIDAD	PORCENTAJE
CATOLICA	50	62.50
TESTIGOS DE JEHOVA	1	1.25
EVANGELICA	25	31.25
SIN RELIGION	4	5.00
TOTAL	80	100%



La gráfica muestra que la mayoría son católicos, luego sigue la población evangélica, son pocos los que no tienen religión, o pertenecen a otra religión diferente.

Se realizó un estudio de la condición social de los padres, las bases para la determinación fueron los resultados obtenidos en escolaridad de los padres y condición socio-económica y la condición de la vivienda. lo que muestra que:

CLASE SOCIAL DE LOS PADRES	CANTIDAD
MEDIA	13
MEDIA BAJA	6
BAJA	61
TOTAL	80



La gráfica muestra que la mayoría de los padres pertenece a la clase social baja, luego sigue la media y por último la media baja.

**RESULTADO DE LA CONDICION DE LA VIVIENDA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN PEDIATRIA DEL IGSS.**

CASA	CANTIDAD	%	PISO	CANTIDAD	%	AGUA	CANTIDAD	%
Propia	36	45	SI	68	85	SI	70	87.50
Alquiler	28	35	NO	12	15	NO	10	12.50
Presetada	16	20						
TOTAL	80	100		80	100		80	100

LUZ	CANTIDAD	%	LETRINA	CANTIDAD	%
SI	70	87.50	SI	73	91.25
NO	10	12.50	NO	7	8.75
TOTAL	80	100		80	100



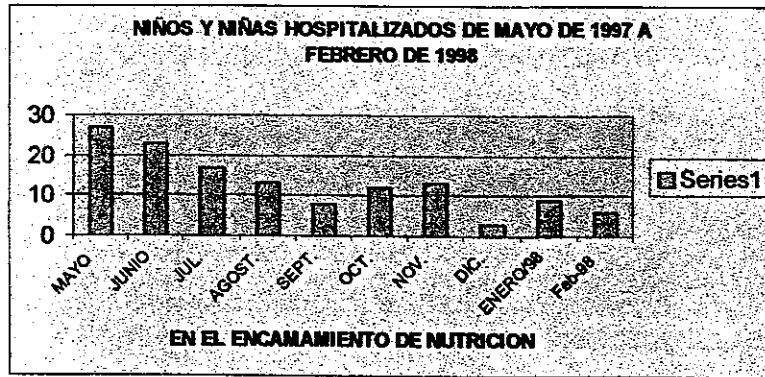
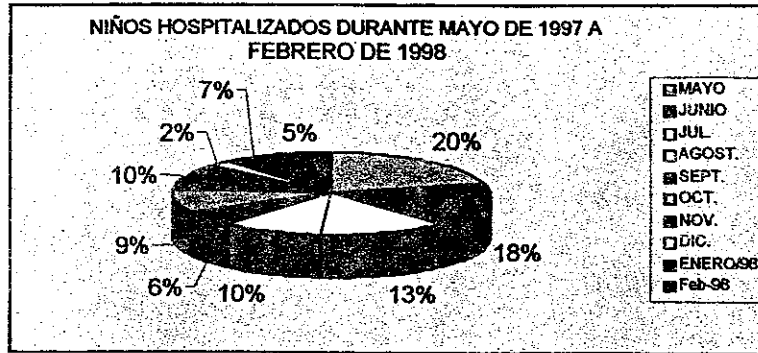
Según la gráfica 36 entrevistados tienen casa propia, que representa al 45%, alquilan cuarto 28 entrevistados que representan al 28% y tienen casa prestada 16 que representan al 20%.

Las características de la vivienda es que el 85% tiene piso, el 15% no. Tienen agua y luz el 87%, el 12 % no. Letrinas el 91% tiene letría y el 9% no tiene.

ANALISIS DEL NIÑO Y NIÑA HOSPITALIZADOS DE MAYO DE 1997 A FEBRERO DE 1998.

NIÑOS HOSPITALIZADOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO DE 1997 A FEBRERO DE 1998.

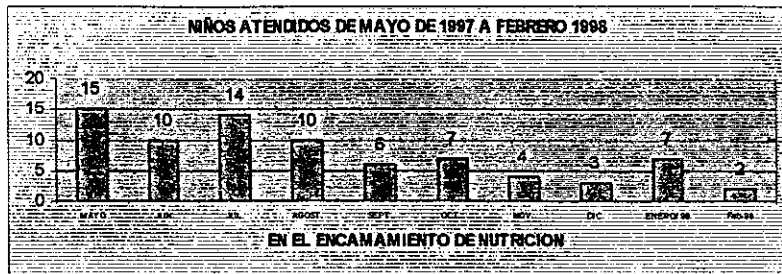
MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
27	23	17	13	8	12	13	3	9	6
TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS							131		



En el mes de mayo habian más niños /as hospitalizados según la gráfica de barras y diagrama de sectores..

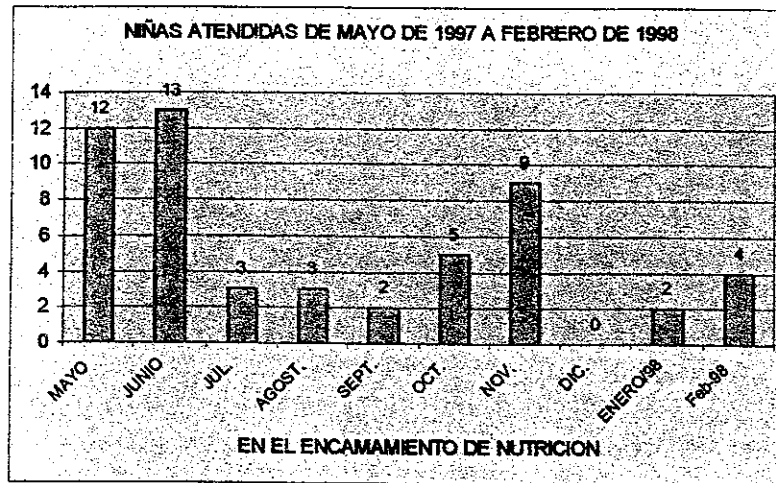
Del mes de mayo de 1997 a febrero de 1998 se atendieron de sexo masculino la siguiente cantidad.

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO 98	FEBRERO 99
15	10	14	10	6	7	4	3	7	2
TOTAL	78								

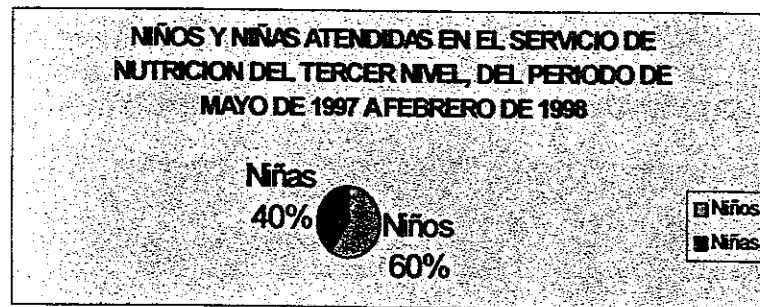


La mayor cantidad de niños hospitalizados se observa en mayo, no hay mucha diferencia en el mes de julio.

NIÑAS ATENDIDAS									
MAYO	JUNO	JUL.	AGOST.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENERO98	Feb-98
12	13	3	3	2	5	9	0	2	4
TOTAL	 53							

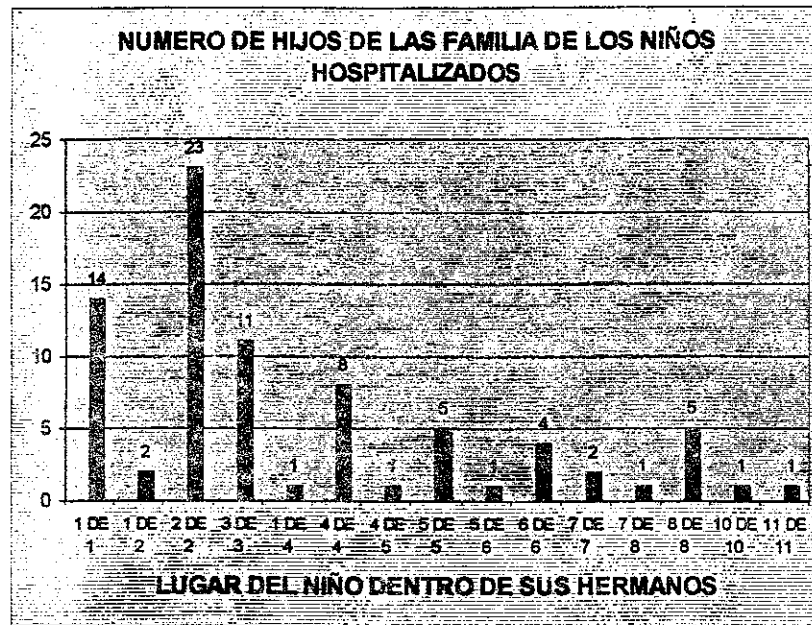


En la gráfica se muestra que el ingreso del sexo femenino se incrementó en el mes de junio.



De los niños atendidos el 60% correspondían al sexo masculino y el 40% al sexo femenino.

NUMERO DE HIJO EN LA FAMILIA DEL NIÑO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE NUTRICION		
LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE LA FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
1 DE 1	14	17.50
1 DE 2	2	2.50
2 DE 2	23	28.75
3 DE 3	11	13.75
1 DE 4	1	1.25
4 DE 4	8	10.00
4 DE 5	1	1.25
5 DE 5	5	6.25
5 DE 6	1	1.25
6 DE 6	4	5.00
7 DE 7	2	2.50
7 DE 8	1	1.25
8 DE 8	5	6.25
10 DE 10	1	1.25
1 DE 11	1	1.25
TOTAL	80	100%



La gráfica muestra que la mayoría de niños atendidos correspondían en la familia al que tenían dos hijos y el atendido era el segundo.

CONDICION DEL EMBARAZO	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Planeado	23	28.75		
No planeado	57	71.25		
Aceptado	M/76	95	P/72	90
No aceptado	M/4	5	P/5	10

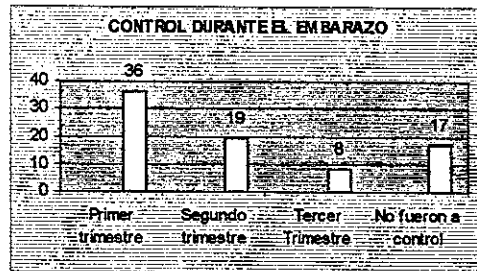
M= mamá

P= papá



La gráfica muestra que la mayoría de los padres no planearon ese embarazo.

FUE A CONTROL EN EL EMBARAZO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMER TRIMESTRE	36	45.00
SEGUNDO TRIMESTRE	19	23.75
TERCER TRIMESTRE	8	10.00
NO FUE A CONTROL	17	21.25
TOTAL	80	100%



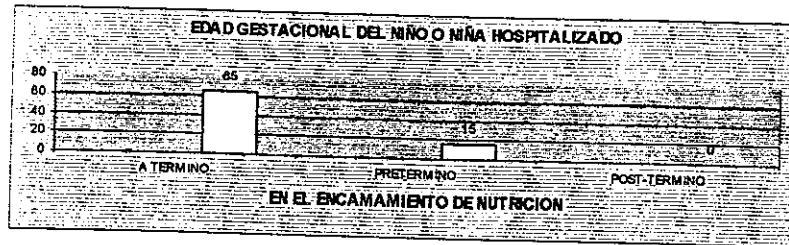
La grafica muestra que la mayoría de las madres fueron a control de embarazo y fueron en el primero, segundo y tercer trimestre.

LUGAR DEL PARTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
IGSS	43	53.75
HOSPITAL O CLINICA	16	20.00
CASA	21	26.25
TOTAL	80	100%



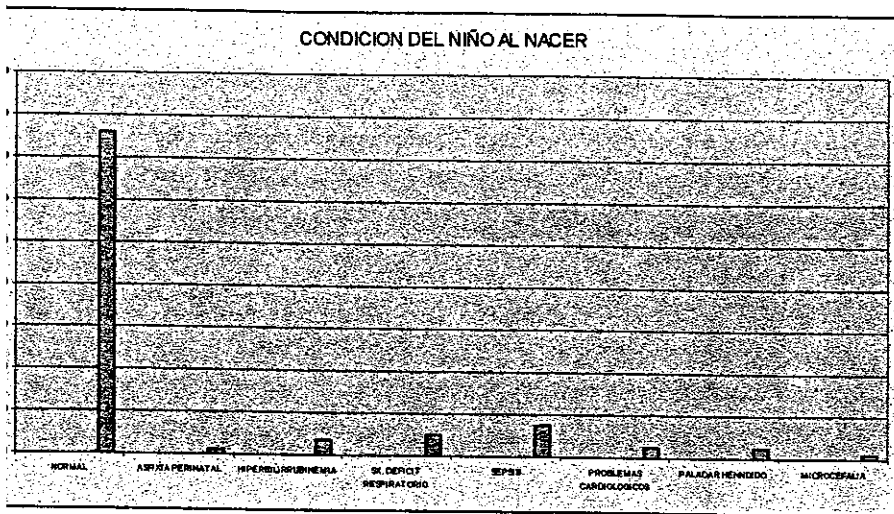
La mayoría de los niños nacieron en el IGSS.

EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
A TERMINO	65	81.25
PRETERMINO	15	18.75
POST-TERMINO	0	0
TOTAL	80	100%



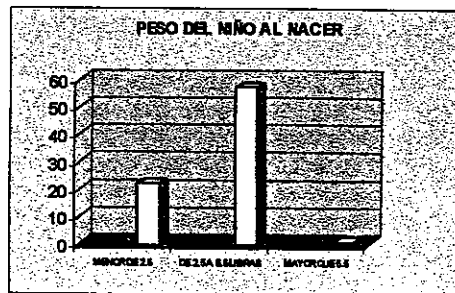
La mayoría de niños llegaron nacer de un embarazo a termino.

TALLA DEL NIÑO AL NACER		CONDICION DEL NIÑO AL NACER	
	CANT.	%	
No se sabe talla	66	82.5	NORMAL
33 cms	1	1.25	ASFIXIA PERINATAL
41	1	1.25	HIPERBILIRRUBINEMIA
42	2	2.5	SX. DEFICIT RESPIRATORIO
43	1	1.25	SEPSIS
47	3	3.75	PROBLEMAS CARDIOLOGICOS
48	1	1.25	PALADAR HENNDIDO
49	1	1.25	MICROCEFALIA
50	1	1.25	
51	2	2.5	
52	1	1.25	
Total niños	80	100	



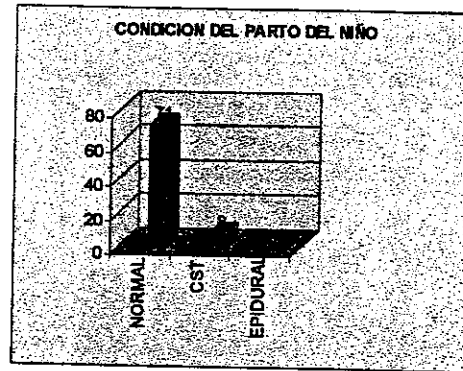
La mayoría de niños nació en condición normal.

PESO AL NACER		
	CANT.	%
MENOR DE 2.5	22	27.5
DE 2.5 A 5.5 LIBRAS	57	71.25
MAYOR QUE 5.5	1	1.25
TOTAL	80	100



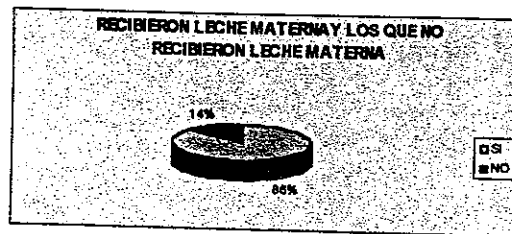
La mayoría de niños nació de un peso de 2.5 a 5.5 libras.

PARTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO		
	CANT.	%
NORMAL	71	88.75
CST	8	10
EPIDURAL	1	1.25
TOTAL	80	100



RECIBIERON LECHE
MATERNA

SI	NO
69	11



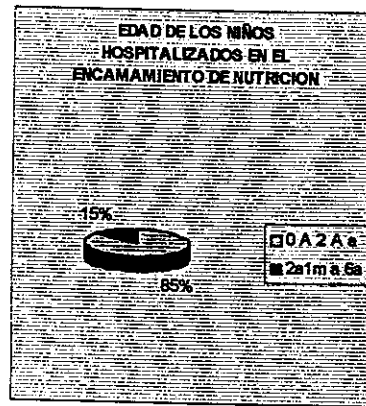
El 86% de niños recibieron leche materna.

DIAGNOSTICO MEDICO DE LAS ENFERMEDADES DEL NIÑO A SU INGRESO AL DEPTO. DE PEDIATRIA, ENCAMAMIENTO DE NUTRICION.	
ENFERMEDAD	CANTIDAD
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA III	66
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA II	13
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA I	14
BRONCONEUMONIA	36
SINDROME DIARREICO AGUDO (SDA)	11
DISTENCION ABDOMINAL	3
ANEMIA SEVERA	3
SEMIAHOGAMIENTO	1
BRONCODISPLASIA	1
MICROCEFALIA	1
TRISOMIA 18	1
REFLUJO	3
TROMBOTOPENIA	1
INFECCION RESPIRATORIA SEVERA (IRS)	1
SINDROME DE DOWN	1
ICTERICIA	2
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	2
CCA-CIV	1
DIARREA SANGUINOLIENTA	1
TORCH	1
SALMONELOSIS	3
HRB	1
INSUFICIENCIA RENAL	1
COARTACION DE LA AORTA	1
SINDROME CONVULSIVO	4
TRAUMATISMO EN LA CABEZA	1
NEFROPATIA DERECHA	1
GASTRITIS SEVERA	1
CANDIDIASIS ORAL	1
COLITIASIS	1
ATRESIA BILIAR	1
CARDIOPATIA CONGENITA	1
MALTRATO FISICO	1
ABANDONO Y/O NEGLIGENCIA	3

ESTOS DIAGNOSTICOS FUERON TOMADOS DE MAYO DE 1997
A FEBRERO DE 1998.

La mayoría de niños ingresó con el diagnóstico Desnutrición Protéico-calórica Grado III y otros diagnósticos.

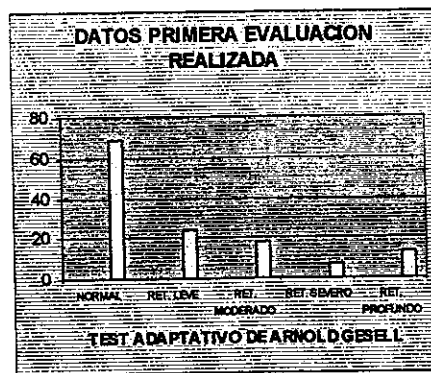
EDAD DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS		
MES	EDAD 0 A 2 AÑOS	EDAD 2 AÑOS 1 MES A 6 AÑOS
MAYO	21	6
JUNIO	22	1
JULIO	13	4
AGOSTO	9	4
SEPTIEMBRE	7	1
OCTUBRE	12	0
NOVIEMBRE	11	2
DICIEMBRE	3	0
ENERO/98	8	1
FEBRERO/98	6	0
TOTAL	112	19



Se puede observar que la mayoría de niños corresponde de 0 a 2 años de edad,

NIÑOS Y NIÑAS EVALUADOS AL INGRESAR AL ENCAMAMIENTO DE NUTRICION POR PRIMERA VEZ. LA EVALUACION SE REALIZO DE MAYO DE 1997 A FEBRERO DE 1998.

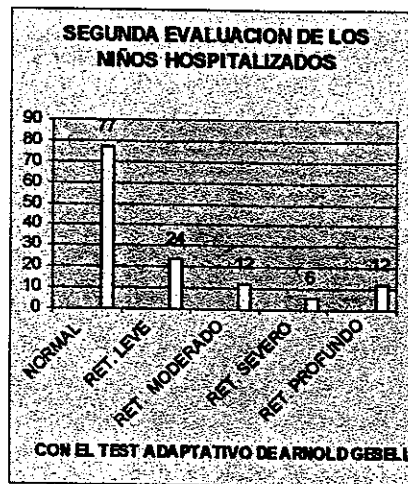
RESULTADO EVALUACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
DESARROLLO NORMAL	69	53.
RETARDO LEVE	24	18
RETARDO MODERADO	18	14
RETARDO SEVERO	7	5
RETARDO PROFUNDO	13	10
TOTAL	131	100%



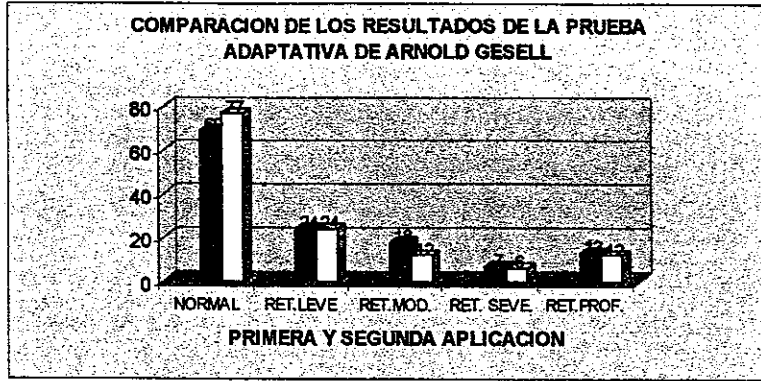
La mayoría de los niños evaluados estaban en los resultados de normal

RESULTADOS DE LA SEGUNDA EVALUACION DEL TEST ADAPTATIVO DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS, A QUIENES LOS MEDICOS DABAN LA AUTORIZACION DE SU EGRESO DEL HOSPITAL.

RESULTADO DE LA EVALUACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
DESARROLLO NORMAL	77	58.78
RETARDO LEVE	24	18.32
RETARDO MODERADO	12	9.16
RETARDO SEVERO	6	4.58
RETARDO PROFUNDO	12	9.16
TOTAL	131	100%



En la segunda evaluación, la gráfica nos muestra que tenemos más niños con resultado de desarrollo normal.



Se hizo una comparación entre las dos evaluaciones, para observar la mejoría en cuanto al desarrollo sensorio motriz de los niños y se observa que pocos niños progresaron.



CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS



CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

En el Departamento de Pediatría del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 9, se atendieron a los niños y niñas en los Servicios de Consulta Externa y Encamamiento de Nutrición. La atención correspondió a entrevista, evaluaciones, estimulaciones, realizándose también seguimiento a los niños que egresaban del hospital.

Se brindó apoyo emocional tanto a los padres de familia como al niño, usando en el período de recuperación las terapias individuales y en ocasiones la ludoterapia grupal. Se contribuyó en capacitar a las madres como agente estimulador de sus propios hijos, tanto en forma individual como en los programas de Educación para Padres.

Se pudo observar que a la Clínica de Psicología asisten mamás y papás de diferentes condiciones socio-económicas y culturales, lo que conlleva a un mejor conocimiento de las familias Guatemaltecas.

Se atendieron con dos casos, un niño y una niña de 5 y de 7 años respectivamente que padecieron de desnutrición protéico calórica cuando tenía tres y un año de edad, fueron referidos a la Clínica de Psicología por médicos, quienes manifestaron que el niño era hiperactivo y la niña era apática y se aislaba de sus compañeros; por medio de la terapia lúdica se contribuyó a modificar la conducta de estos niños y también se les brindó apoyo emocional. Ambas familias provienen de hogares integrados, de condición humilde, con un ingreso no acorde a sus necesidades. Estos niños fueron poco estimulados en las primeras etapas de crecimiento, posiblemente por el antecedente de desnutrición los resultados de la evaluación de estos niños fue de un cociente intelectual normal bajo.

En el Servicio de Encamamiento de Nutrición se aprovechó al máximo el recurso humano (que eran las madres del niño hospitalizado), se les realizaron entrevistas las cuales proporcionaron información, que sirvió para el Sub-Programa de Investigación y el Sub-Programa de Docencia a donde se enviaba a los padres para que adquieren un mejor conocimiento sobre el cuidado y la alimentación del niño.

Las características socio-económicas de la familia del niño y niña hospitalizado es de clase social baja, tomándose en cuenta la escolaridad de los padres y la condición laboral. Esto quiere decir que los padres posiblemente tienen poco conocimiento en patrones de crianza y sobre la alimentación de los niños, lo cual pudo haber contribuido a que se enfermaran de desnutrición.

Los niños que ingresaron al Servicio de Encamamiento de Nutrición, la mayoría era reportada en el expediente médico como grado III, mostraban apatía a los juegos también a los ejercicios que servirían para estimularlos, se irritaban con facilidad, en pocas ocasiones no querían comer. Los niños ingresaban pálidos, delgados y algunos con edema. Cuando se iniciaba la fase de recuperación sus actitudes y actividades iban cambiando gradualmente. Empezaban a sonreír y a interesarse en los juguetes y los juegos.

Cuando los niños hospitalizados fueron dados de alta, mostraban una recuperación adecuada, estaban rosados, activos y para lograrlo se necesitó de uno a dos meses de hospitalización. Se les trasladó a la Clínica de Consulta Externa para que tuvieran un seguimiento especial.

Por que no se presentaban a su cita y no llegaban a visitar a los niños en las horas de servicio, varios niños fueron evaluados, pero no se entrevistó a los padres.

4.2. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Se contó con conocimientos de las pruebas psicológicas, las cuales se aplicaban a los niños que asisten a Consulta Externa y a las áreas de encamamiento, obteniéndose resultados que fueron parte del informe psicológico del niño, para conociendo de los médicos tratantes y de sus padres, también sirvieron para la estimulación que se les brindó en el área hospitalaria y en el hogar de los niños.

Los temas que se recibieron durante el año sirvieron para la adquisición de una gama de conocimientos que fueron útiles en el área de servicio, donde se brindó apoyo emocional a padres y niños que asistían a Consulta Externa y al área hospitalaria.

Se brindó colaboración en los Programas para Padres que se realizaron durante el año, como lo son Madres Adolescentes, Síndrome de Down, Hematología y El Programa Para Madres o Encargados del Niño Desnutrido que estaban hospitalizados y que asistían al Servicio de Consulta Externa del Servicio de Nutrición. Se obtuvieron una asistencia total de 640 padres. En los programas realizados los padres tuvieron la oportunidad de adquirir conocimientos que les sirvieron para poner en práctica tanto en el área hospitalaria como en el hogar.

En las actividades los padres se mostraron amigables, resolvieron dudas y participaron en forma individual y grupal, se puede decir que se tuvo éxito en cada uno de los programas.

La experiencia que se tuvo en el Programa para Madres o Encargado del Niño Desnutrido fue la participación multidisciplinaria de Médicos Residentes, la Educadora del Centro y las Epesistas; en este programa se tuvo la asistencia de 123 mamás; se logró brindar conocimientos necesarios para que los padres realicen una mejor crianza y brinden una alimentación adecuada a sus hijos para poder evitar en el futuro las enfermedades, en especial la desnutrición que

perjudica el desarrollo físico y emocional de los niños. Por la lejanía de sus hogares muchas mamás no pudieron continuar asistiendo a las 7 actividades que comprendía el programa, unas hicieron arreglos para llegar cada mes. El éxito es que la mitad de las madres terminaron el curso y el resto recibieron entre dos y cinco cursos.

Es importante la participación en los programas educativos para padres, puesto que no importando su edad, se les pueden brindar conocimientos que les serán útiles en la crianza adecuada de sus hijos y en la vida misma.

Se impartieron talleres de superación personal al Personal de Enfermería del Departamento de Pediatría, asistiendo a estas actividades pocas enfermeras. Puede argumentarse que por razones de trabajo a las enfermeras se les dificulta asistir a las actividades, aunque sean programadas con anticipación. Las enfermeras evaluaron los programas como satisfactorios y que en ellos aprendieron tips que les serviría para el diario vivir.

4.3 SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION:

Se atendieron 131 niños y niñas, 78 eran de sexo masculino y 53 de sexo femenino y la mayoría estaba comprendida entre 0 a 2 años de edad. Esto llamó la atención, puesto que culturalmente somos una sociedad machistas, se tiende a que el hombre debe de ser protegido por su familia, porque él será quien se encargue de ella cuando sea mayor.

80 madres o encargadas de los niños y niñas fueron entrevistados y a 51 padres se les puso cita, pero no se presentaron a la entrevista. 100 eran padres; 27 madres y 4 niños fueron atendidos pero no presentaron número de afiliación.

Se tomaron en cuenta los expedientes médicos para obtener el dato de procedencia de los padres o encargados de los niños y tenemos que la mayoría de los niños hospitalizados en el Encamamiento de Nutrición correspondían al Departamento de Guatemala y sus municipios, luego le siguió el Departamento de Escuintla.

En la condición Sociofamiliar la mayoría de los padres tienen un hogar integrado, siguen los padres que viven juntos pero sus relaciones son conflictivas, hogares desintegrados y madres solteras. Este ítem evalúa una de las razones en las que el niño o niña pudiesen tener problemas emocionales y ser esa una de las causas de la enfermedad; aunque posiblemente por temor, las madres no respondieron sinceramente este rubro.

Se piensa que los padres adolescentes por carecer del conocimiento y estar en una edad en que se le considera personas inestables emocionalmente, también pueda ser éste uno de los factores por lo que niños se enfermen. Pero de acuerdo a los datos obtenidos, la mayoría de los padres entrevistados se encuentran entre las edades de 21 a 51 años, por lo que se puede decir que la edad no es un factor influyente.

Los factores que pueden influir grandemente para que los niños se enfermen de Desnutrición puede ser en que la mayoría de los padres realizaron únicamente estudios primarios o son analfabetas, no adquirieron conocimientos que puedan ayudarles a tener un empleo en donde se le remunere satisfactoriamente para cubrir sus necesidades; la mayoría de estos padres tienen empleos de artesanos u operarios en fábricas, obteniendo posiblemente un sueldo mínimo, podrían ganar Q.1,000.00 o menos, teniendo que descontar el alquiler, vestuario, quedando con poco dinero para los alimentos básicos.

Otro de los factores para que tengan pocos ingresos económicos es que la mayoría de las madres se dedican al hogar, son pocas las que trabajan y contribuyen económicamente.

La mayoría de las familias están formadas por uno a tres hijos, le siguen las de cuatro a siete hijos y por último las familias que tienen de ocho a once hijos; el ingreso económico al hogar no satisface las necesidades familiares.

En cuanto a las creencias, la mayoría de familiares son de religión católica, luego siguen los evangelicos, son pocos los padres que no pertenecen a algún grupo religioso.

Entre los niños hospitalizados, la mayoría de las madres no planearon el embarazo de sus hijos e hijas, aunque sí fueron a control de embarazo; los niños y niñas nacieron de parto normal y fueron atendidos en el IGGS y/o en hospitales o clínicas; la mayoría de estos niños y niñas fueron aceptados por las madre y el padre y nacieron en condición normal.

En nuestro medio, debido a factores sociales, económicos y culturales, nuestros niños presentan bajo peso al nacer; los niños que ingresaron al encamamiento de Nutrición nacieron entre un peso de 2.5 a 5.5 libras por lo que se les puede considera de bajo peso, lo que puede contribuir a que se enfermen con más facilidad de desnutrición.

Al ingreso se evaluó a los niños con la prueba Adaptativa de Arnold Gesell; la mayoría mostró un desarrollo psicomotor normal bajo; los niños quienes llegaron con retardo psicomotor fueron pocos los que lograron normalizar su destrezas psicomotoras según resultados de la segunda evaluación.

Durante su estancia en el hospital y de acuerdo a los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, a los niños y niñas se les brindó estimulación, juegos y se realizaron trabajos de ludoterapia, contribuyendo a la recuperación física como emocional.

Se pudo comprobar que los problemas de desnutrición que afrontan los niños hospitalizados es debido a la pobreza que están atravesando las familias guatemaltecas. A la República de Guatemala se le considera en sub-desarrollo, como una consecuencia de la falta de educación, mala salud de los habitantes, una comunicación deficiente, poco productivos,

conllevando un desfavorable balance económico y no se usan adecuadamente los recursos naturales que se tienen.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



5.1 CONCLUSIONES:

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES:

1. La desnutrición se da en la población guatemalteca por el alza de la canasta básica y también por falta de conocimientos de alimentos nutritivos, a los que las familias de escasos recursos pueden recurrir.
2. Por desconocimiento de técnicas de estimulación y trato al niño; los padres de familia no estimulan a sus hijos, por lo que en ocasiones se encuentran bajos en ciertas áreas cuando se les aplica el Test Adaptativo de Arnold Gesell.
3. Las condiciones precarias y mala higiene en la que viven los guatemaltecos es una de las razones por las que los niños se enferman.
4. La población que fue hospitalizada al Encamamiento de Nutrición, el primer lugar lo tiene la ciudad y municipios de Guatemala, el segundo lugar el Departamento de Escuintla.
5. De los 78 niños y 53 niñas atendidos la mayoría estaban comprendidos en las edades de 0 a 2 años.
6. Los Programas de Educación para Padres, Madres Adolescentes y Síndrome de Down, sirven para apoyar y dejar conocimiento que les servirá para la educación de sus hijos a los padres de familia.
7. El Programa de Educación para Padres o Encargados de los Niños Hospitalizados en el Encamamiento de Nutrición y Clínica de Nutrición está integrada multidisciplinariamente, lo que proporciona un conocimiento integral de la crianza, alimentación y prevención de enfermedades a los padres que asisten a este programa y puedan aplicarlos en el hogar.
8. Durante los meses de invierno en el Departamento de Pediatría del IGSS proliferan insectos como las cucarachas, las cuales pueden contribuir a la contaminación de enfermedades infectocontagiosas y/o nosocomiales.
9. El Trabajo que realizó la estudiante durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Departamento de Pediatría del IGSS fue satisfactorio especialmente porque además de que se pudo adquirir conocimientos a la vez se dió apoyo la rehabilitación del paciente y a los padres o encargados del niño hospitalizado.
10. Las bases y los conocimientos que la Escuela de Ciencias Psicológicas enseña a los estudiantes es de utilidad en la aplicación de la tarea diaria de un Psicólogo en la institución, aunque en ocasiones se piense que no se adquirieron los suficientes.

5.1.2 CONCLUSIONES SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

1. El Subprograma de Servicio se realizó en dos series, la primera en la Clínica de Consulta Externa y la segunda en el área de Encamamiento de Nutrición. Se atendieron padres de familia de diferentes clases sociales y culturales, costumbres, creencias y hábitos.
2. En el área de Encamamiento de Nutrición se atendieron padres o encargados del niño, la mayoría pertenecía a la clase social baja o pobre y con estudios de primaria, a quienes se les brindó apoyo emocional y la información sobre la forma de crianza y cuidados que se le debe de brindar al niño.
3. Se colaboró con actividades recreativas y sociales como celebración del día de la madre, del día del padre, celebración de cumpleaños entre practicantes de psicología y epesistas, celebración del día del niño, celebración convivio navideño, en el cual se manifestó la comunicación, participación y unión entre los grupos participantes.
4. Se participó con una cuota mensual de Q.10.00, la cual era cobrada por la epesista, que servía para la realización de actividades mensuales, también se dieron donaciones para actividades recreativas y sociales a asistentes al Servicio de Psicología para que se pudieran cubrir las necesitadas y realizar las actividades.
5. En el Encamamiento de Nutrición se realizaron entrevistas a padres, evaluaciones a los niños hospitalizados con el Test Adaptativo de Arnold Gesell, y de acuerdo a los resultados obtenidos se brindó estimulación temprana a los niños, también se realizaban juegos de acuerdo a la edad, contribuyendo en el apoyo emocional y a la rehabilitación de la enfermedad.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

1. Se realizaron actividades docentes de exposición al grupo, las cuales fueron satisfactorias puesto que de ellas se adquirieron conocimientos que fueron usados en las actividades que se realizan en los Servicios de Encamamiento del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
2. Se realizaron lecturas sobre terminología médica, pero por falta de tiempo no se pudo cubrir al máximo este programa a las practicantes de 3ero., 4to., 5to.

3. En el área del pasillo del Encamamiento de Nutrición en donde se encuentran las bancas, se aprovechó para hablarles a los padres sobre temas como lo son trato al niño, alimentación y dudas sobre temas psicológicos.
4. Se colaboró en los programas de educación para padres: Madres Adolescentes, Síndrome de Down y Hematología, colaborando con dinámicas integrativas y exposición de dos temas.
5. El Programa de Educación para Padres o Encargado del Niño Hospitalizado en el Encamamiento de Nutrición y la Clínica de Nutrición fue satisfactorio. La actividad se realizó durante una hora mientras esperaban consulta o la hora de visita en el encamamiento; también se trabajó con los que asistían a Consulta Externa, se les resolvieron dudas y conocieron temas sobre prevención de enfermedades, estimulación temprana y alimentación, como también se desarrollaron talleres sobre preparación de alimentos con Bienestarina e Incaparina, con el propósito de que las madres mejoraran la crianza y adquirieran los conocimientos necesarios para la prevención de enfermedades y en especial la desnutrición.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

1. En el Departamento de Pediatría IGSS de la zona 9, de 131 niños atendidos en el Encamamiento de Nutrición tenemos que 66 niños fueron diagnosticados por los médicos con Desnutrición Protéico Calórica con Grado III, 13 con Grado II, y 14 con grado I.
2. De acuerdo a la entrevista y revisión de los expedientes médicos en el Encamamiento de Nutrición el Departamento de Pediatría del IGSS, la mayoría procede del Departamento Guatemala, luego le sigue el Departamento de Escuintla.
3. En la entrevista hecha a 80 madres, tenemos que la mayoría de los padres son unidos, luego siguen los casados y los separados por último a las madres solteras; por ello se puede decir que no hay un amparo para los hijos de parte de la familia.
4. La mayoría de padres y madres viven juntos, pero sus relaciones son conflictivas conforme a lo que manifestaron las madres de los niños entrevistadas.
5. La mayoría de familias pertenecen a la clase social baja o pobre, según el estudio hecho de educación académica, laboral y la condición de la vivienda.
6. La edad de los padres no es el factor que incida en la enfermedad de desnutrición de los niños; la mayoría están en edad reproductiva son mayores de 21 años son atendidos por el IGSS, posiblemente muchos adolescentes están trabajando no, por lo que solo se tiene una muestra de las únicas personas que se atendieron.

7. La escolaridad de la mayoría de los padres es de estudios primarios, el cual incide en el problema de la desnutrición. Mas de un tercio son analfabetas, partiendo del análisis el 83.75% de los padres no tienen una educación adecuada que les permita tener un mejor empleo y así aportar un ingreso económico que pueda balancear la canasta básica y únicamente el padre es el que aporta a la economía del hogar.
8. La mayor parte de los embarazos no fueron planeados por sus padres, pero si aceptados; la mayoría nació en instituciones como IGSS, Hospitales o Clínicas Privadas, por lo que se puede decir que fueron asistidos por personal médico.
9. Los niños hospitalizados en el Encamamiento de Nutrición nacieron de bajo peso, la mayoría está entre 2.5 a 5.5 libras de peso.
10. Se puede decir que los problemas de desnutrición que están enfrentado los niños de la Capital y del Departamento de Escuintla que asisten a Consulta al IGSS provienen de la condición socioeconómica de los padres.

5. RECOMENDACIONES:

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Se recomienda a la Escuela de Psicología no cerrar oportunidad de realizar el E.P.S. en los Centros de la Práctica que tienen en la Capital, como lo es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), porque como epesista, se puede brindar un trabajo profesional y a la vez supervisado.
2. Al Departamento de Pediatría del IGSS, se recomienda realizar campañas de ornato, e higiene dentro del edificio.
3. Al Encamamiento de Nutrición de le sugiere proveerse de cantidad de pañales de tela, para poder mantener una limpieza adecuada en los niños.
4. A las practicantes de Psicología y Epesistas que lleguen al Centro se les recomienda realizar campañas de ornato en las áreas verdes.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

1. Se recomienda seguir participando en las estimulaciones de los niños hospitalizados y mostrarles a los padres como hacerlo para que la practiquen en casa, cuando al niño se le dé de alta.
2. Al entrevistar a los padres o encargados del niño hospitalizado, sugerirles que asistan al Programa de Docencia los días martes de 10:00 a 11:00 A. M., en donde aprenderán temas de prevención de enfermedades, como tratar a los niños, estimulación y otros de su interés.
3. Sugerir a las nuevas practicantes que continúen realizando las actividades recreativas a niños hospitalizados en el Encamamiento de Nutrición.
4. Recomendamos que para lograr entrevistar a padres, se les solicite a las enfermeras y médicos que ayuden en la captación además de dejar una nota en la pared cerca de la cuna del niño.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

1. Continuar con los programas educativos a padres y que las estudiantes practicantes tengan tema preparado en caso no asista el Profesional invitado y que esta sea una asignación rotativa.
2. Que las practicantes de psicología continúe participando en el Programa Educación para padres o encargado del Niño Hospitalizado en el Encamamiento de Nutrición y Consulta Externa, para que se siga brindado la oportunidad de muchos padres a adquirir los conocimientos para una mejor crianza y cuidados de los hijos e hijas.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

1. Que se continúen realizando actividades de investigación dentro del área hospitalaria, como la emocionalidad del niño y la obesidad, los factores que determinan timidez niños de edad escolar, un estudio socioemocional de las familias que asisten al IGSS.
2. Realizar una investigación de seguimiento a niños que hayan padecido desnutrición para obtener conocimientos sobre su desarrollo emocional e intelectual.

3. Implementar lecturas a estudiantes practicantes de psicología sobre terminología médica al ingresar a realizar su práctica y sobre el desarrollo normal del niño, para que puedan ser aprovechadas en las áreas de servicio que presten.

6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- ◆ Blanco, Ricargo Augusto, Rodríguez, Jorge Tulio, SINDROME DIARREICO AGUDO, Tercera Edición, Editorial BR, 1993, pags. 1-122.
- ◆ Broadribb, Violet, ENFERMERIA PEDIATRICA, TERCERA EDICION, Harla México 1985.
- ◆ Cárcamo Duarte, Alma Guisela, LA EFECTIVIDAD MATERNA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL (Tesis) Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC, 1986.
- ◆ Código de Trabajo, Decreto 14-41, Jimenez Ayala Editores.
- ◆ De Ajuria Guerra, J. MANUAL DE PSIQUIATRIA, 4ta. Edición, Masson Barcelona, 1983, pags. 1-984.
- ◆ Chávez Zepeda, Juan José ELABORACION DE PROYECTOS, MODULOS DE AUTO APRENDIZAJE, Impreso y Diagramado en Dinámica y Diseño Digital, Guatemala, pags. 1- 75.
- ◆ DICCIONARIO DE MEDICINA, Oceano Mosby, OCEANO GRUPO EDITORIAL, 4TA. Edición, Pags. 1-1,504.
- ◆ Finch, Stuart M., FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL, Editores Psique, Buenos Aires, 1976 Pag. 1-303.
- ◆ DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL, IGSS, 1984, Pags. 1-11.
- ◆ Martín-Baro, Ignacio, ACCION E IDEOLOGIA, UCA, EDITORES, San Salvador, El Salvador 1990, Pags. 1- 426.
- ◆ Martínez y Martínez, Roberto, PEDIATRIA, LA SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, 3era. Edición 1995, Federación de Pediatría, Centro-Occidente de México, Masson-Salvat, Medicina, pags. 1-1445.
- ◆ Molina Gallardo, Juan F., ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE RETRASO PSICOMOTOR EN NIÑOS DESNUTRIDOS, DE 0 A 2 AÑOS DE DAD, (Tesis) , USAC, 1980.
- ◆ Naranjo, Carmen, MI HIJO DE 0 A 6 AÑOS, UNICEF, 1987.
- ◆ Organización Panamericana de la Salud, LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS, volumen II, Edición 1994, pags. 1-490.
- ◆ Papalia, Diane, DESARROLLO HUMANO, 2da. Edición, MacGraw-hill, México, 1990
- ◆ Papalia, Diane, PSICOLOGIA, 1ª. Edición, McGraw-Hill, México, 1990
- ◆ Prada Ramírez, José Rafael, PSICOLOGIA DE GRUPOS, 2da. Edición, Indo-Americana Press Service, Editores, Bogotá, Colombia, 1991.
- ◆ Petrillo M. Y Sanger, S., CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO, la Prensa Mejicana, México, Pags. 1-310.
- ◆ Sub-Comisión Regional, Comisión Pro-Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN, ENTRE EL OLVIDO Y LA ESPERANZA, LA NIÑEZ DE GUATEMALA, NOVIEMBRE 1996, pags. 1-280
- ◆ Soifer, Raquel, PSICODINAMISMOS DE LA FAMILIA CON NIÑOS, Editorial Kapelusz, Buenos Aires 1980, Pags. 1-197.
- ◆ Reynosa González, Luz Elizabeth, EL, RIESGO AMBIENTAL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR (Tesis) USAC, 1987.
- ◆ Spitz, René, EL PRIMER AÑO DE VIDA, Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
- ◆ UNICEF, CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, pags. 1-55.

- ◆ Vaughan, Victor C. M.D.; McKay, R. James, M.D. Nelson, Waldo, M.D., TRATADO DE PEDIATRIA DE NELSON, Tomo I, Séptima Edición 1980, pags. 1-962.
- ◆ Weschler, David, WISC-ESPAÑOL, ESCALA DE INTELIGENCIA PARA EL NIVEL ESCOLAR, Editorial El Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1981, pags. 1-161.

BIBLIOGRAFIA CONFERENCIAS, FOLLETOS, REVISTAS:

- ◆ CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, Reformada por Consulta Popular Acuerdo Legislativo 18-93, Impreso en Librería Jurídica, Guatemala, 1995, pags. 1-75.
- ◆ Finger, William R. CONFERENCIA DEL MELA (Redactor y editor científico de Network) Bellagio, Italia, diciembre de 1995.
- ◆ GUIA DE MANEJO DEL NIÑO CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA, INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, CLINICA DE RIESGO NUTRICIONAL Y SERVICIO DE NUTRICION, DEPTO. DE PEDIATRIA.
- ◆ EL IGSS PARA ESTUDIANTES, Producción Depto. De Relaciones Públicas.
- ◆ Howard, Isabel, DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO, Folleto 1997 Pags. 1-10.
- ◆ Howard, Isabel, PLAN DE TRABAJO DE LA CLINICA DE PSICOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL, IGSS, 1984, Pags. 1-11.
- ◆ INFORME INSTITUCIONAL DE PRACTICA PSICOLOGICA DEL DEPTO. DE PEDIATRIA DEL IGSS DE LA ZONA 9, 1996.
- ◆ LEYES BASICAS DEL IGSS , Depto. De Relaciones Públicas, 2da. Edición, 1982
- ◆ Martín, Benjamín, NUTRICION INFANTIL – PEDIATRIA, ALIMENTACION DE 0 A 3 AÑOS, pags. 1-10.

GLOSARIO:

Anemia: Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales. Según la clasificación fisiopatológica, la anemia es consecuencia de tres procesos fundamentales: disminución de la producción de hemoglobina o de hematíes, aumento de la destrucción de hematíes o pérdida de sangre.

Bronconeumonía: Inflamación aguda de bronquiolos y pulmones que se caracteriza por escalofríos, fiebre, taquicardia, estertores respiratorios, respiración bronquial, tos con esputos purulentos y sanguinolento, dolor torácico intenso y distensión abdominal. Suele deberse a la extensión de una infección bacteriana de las vías respiratorias superiores hacia las inferiores y el agente causal es casi siempre *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus pyogenes* o *Streptococcus pneumoniae*. Algunas infecciones víricas y por rickettsias producen formas atípicas de bronconeumonía. El agente causal más frecuente de esta enfermedad en el lactante es el virus respiratorio sincitial. La bronconeumonía puede dar lugar a derrame pleural, empiema, absceso pulmonar, tromboflebitis periférica, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca congestiva e ictericia. El tratamiento consiste en la administración de un antibiótico, casi siempre ampicilina o penicilina, oxigenoterapia y medidas de sostén para mantener los bronquios limpios de secreciones y combatir el dolor pleural.

Desnutrición Proteico-Calórica: Es el resultado por ingestión insuficiente de proteínas y carbohidratos, ésta no puede ser bien observada sino hasta que está bien avanzada.

Diarrea: Excreción de heces líquidas o semilíquidas con aumento de su frecuencia. Constituye una manifestación clínica de un gran número de desórdenes del sistema gastrointestinal y contribuye en forma significativa a la mortalidad mundial, especialmente en los niños menores de cinco años.

Síndrome diarreico agudo: Llamado también gastroenterocolitis, enterocolitis, gastroenteritis, enfermedad diarreica o simplemente diarrea aguda, es una de las enfermedades más comunes, tanto en niños como en adultos. Se observa a nivel mundial, variando notoriamente en frecuencia de un país a otro. Su frecuencia tanto en términos de morbilidad como de mortalidad, guarda una relación inversa con el saneamiento del medio y los factores económicos y culturales.

Test de Apercepción temática para niños (C.A.T.): Se aplica a niños de 4 a 9 años. Es una prueba proyectiva que investiga la personalidad del niño y las relaciones sociales que éste puede tener.

Test Escala de Desarrollo de Arnold Gesell: Se aplica a niños de 1 mes a 5 años. Determina el nivel de la conducta que el niño ha logrado en cuatro áreas: motora, adaptativa, de lenguaje, personal social.

Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH): Se aplica a niños de 5 a 12 años. Prueba no verbal, los estudios más conocidos sobre el dibujo de la figura humana (DFH) son los de Clarence Goodenough (1926) y los de Karen Machover (1940, 1953, 1960). Elizabeth Koppitz realizó estudios con el DFH en 1959, considera que la prueba se puede usar como: 1) Test evolutivo de madurez mental; 2) Técnica proyectiva (actitudes y rasgos de personalidad); 3) Expresión psicológica y terapéutica.

Test Escala de Inteligencia para el Nivel Escolar (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC). WISC-Español. Se aplica a niños de 5 a 15 años, consta de 12 subescalas que se agrupan de la siguiente manera: **Verbal:** información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario, retención de dígitos. **Ejecución:** figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseños con cubos, composición de objetos, claves y laberintos. Debe de aplicarse conforme a las instrucciones del manual. En la aplicación se toma tiempo. El test mide Cociente Intelectual.

Test de la Familia: La técnica de la familia no es nueva, los psicólogos Hammer (1958), Hulse (1952-1956) y Reznikoff & Reznikoff (1958) sugieren que los dibujos de la familia revelan la actitud del niño hacia otros miembros de la familia y la percepción de su propio papel dentro de ella. Las relaciones familiares se expresan a través del tamaño y ubicación relativos de las figuras en el dibujo y por omisiones, sustituciones o exageraciones de las figuras o parte de ellas.

El autor más conocido en relación al test de la familia es Luis Corman, cuya inspiración sigue una línea claramente psicoanalítica, girando la mayor parte de las interpretaciones alrededor de los clásicos complejos y los mecanismos de defensa del yo. Elizabeth Koppitz (1958) y Josep Louis Font (1978) han hecho aportes dentro de otras corrientes psicológicas.

Elizabeth Koppitz opina que un dibujo de la familia, igual que el de la figura humana, revela la actitud del niño hacia su familia y no es una reproducción fidedigna de la misma, aunque a veces también lo sea. Si el dibujo del niño fuera sólo un intento de realizar un retrato realista, no tendría mayor significado clínico, por su escaso valor proyectivo.

Test Gestáltico Visomotor de Bender: Se aplica a niños de 5 a 15 años, es una prueba de coordinación visomotora, que detecta alteraciones perceptuales que pueden deberse a daño cerebral o problemas emocionales.

Test de Lateralidad: Se aplica a niños de 5 a 15 años. Mide el predominio funcional de un lado del cuerpo.

Test de Adaptación de Vineland: Se aplica de 1 a 12 años. Mide en el niño la capacidad de resolver sus necesidades básicas (vestido, alimentación, higiene) y afrontar responsabilidades, se obtiene una edad social y un cociente social.

ANEXOS

DOCENCIA A PRACTICANTES:**No. TEMA**

- 1 ALIMENTACION Y TRASTORNOS DE ALIMENTACION
- 2 LECTURA TALLER: COMO HABLAR EN PUBLICO
- 3 LECTURA ATENCION PSICOLOGICA AL NIÑO HOSPITALIZADO
- 4 PRESENTACION DE CASO

Se colaboró en los Programas Educación para padres: Madres Adolescentes se realizaron actividades de bienvenida, Dinámicas, se contribuyó en la asistencia y se brindó refacción a los padres que asistieron al programa, al igual que en el Programa Síndrome de Down y hematología en donde se brindaron las conferencias: Salud Emocional, Formación del Caracter del Niño

PROGRAMA EDUCACION PARA PADRES O ENCARGADO DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL ENCAMAMIENTO DE NUTRICION, TERCER NIVEL Y CLINICA DE NUTRICION:

Las platicas fueron recibidas por los padres en el horario de 10:00 a 11:00 A. M., los días martes, las cuales se detallan de la siguiente manera:

FECHA	NOMBRE DE LA CONFERENCIA	PROFESIONAL INVITADO
08-07-97	Trato al Niño	Educadora Margarita de León
15-07-97	Problemas de Alimentación que se presentan en el Niño.	Lic. Inf. Diana Paz
15-07-97	Presentación Película "Angelitos con Hambre"	Educadora Margarita de León
22-07-97	Cuando Iniciar la Alimentación del Niño	Lic. Inf. Diana Paz
22-07-97	Clases de Alimentación	Educadora Margarita de León
29-07-97	Higiene y Prevención de Diarreas	Educadora Margarita de León
29-07-97	Formas de Alimentar al Niño	Lic. Inf. Diana Paz
08-08-97	Taller "Preparación de Leche Entera"	Educadora Margarita de León
08-08-97	Preguntas y Respuestas en Prevención de Diarreas	Lic. Inf. Diana Paz
19-08-97	Taller "Preparación de Alimentos con Bienestarina"	Educadora Margarita de León
19-08-97	Problemas que se pueden Presentar en la Alimentación de los Niño	Lic. Inf. Diana Paz
26-08-97	Taller "Preparación de Alimentos con Bienestarina"	Educadora Margarita de León
26-08-97	Trato al Niño	Lic. Inf. Diana Paz
02-09-97	Problemas que se pueden Presentar en la alimentación del Niño	Lic. Inf. Diana Paz
02-09-97	Presentación Película "Angelitos con Hambre"	Educadora Margarita de León
02-09-97	Estimulación Temprana	Lic. Inf. Diana Paz
02-09-97	Formas de Alimentación	Educadora Margarita de León
16-09-97	Higiene y Prevención de Diarreas	Educadora Margarita de León
16-09-97	Como Comunicarse con su Hijo	Lic. Inf. Diana Paz
23-09-97	Taller "Preparación de Leche Entera"	Lic. Inf. Diana Paz
30-09-97	Alimentación del Niño en el Primer Año de Vida	Dr. Francisco Cabrera
30-09-97	Taller "Estimulación Temprana"	Lic. Inf. Diana Paz
07-10-97	Vacunas	Dr. Francisco Cabrera
07-10-97	El Juego como Parte del Crecimiento y Desarrollo del Niño	Lic. Inf. Alicia Pérez

FECHA	NOMBRE DE LA CONFERENCIA	PROFESIONAL INVITADO
14-10-97	Rehidratación Oral	Dr. Edwin Orozco
14-10-97	Juegos y Juguetes 0-12 Años	Lic. Inf. Anabella Rodríguez
21-10-97	Presentación Película "Angelitos con Hambre"	Educadora Margarita de León
21-10-97	Preguntas y Respuestas sobre Alimentación	Lic. Inf. Diana Paz
28-10-97	Alimentación y Problemas de Desnutrición	Dr. Edwin Orozco
28-10-97	Taller "Preparación de Alimentos con Binestarina"	Educadora Margarita de León
04-11-97	Trato al Niño	Lic. Inf. Diana Paz
11-11-97	Alimentación del Niño, 1er. Año de Vida	Educadora Margarita de León
18-11-97	Ayudemos a Crecer a nuestros Niños	Lic. Inf. Diana Paz
19-11-97	Formas de Alimentación del Niño en su Primer Año de Vida	Educadora Margarita de León
25-11-97	Alimentación del Niño 1er. Año de Vida	Dr. Edgar Morales
25-11-97	Taller "Estimulación Temprana"	Lic. Inf. Diana Paz
02-12-97	Rehidratación Oral	Dr. Edgar Morales
02-12-97	Higiene y Prevención de Diarreas	Lic. Inf. Diana Paz
09-12-97	Vacunas	Dr. Edgar Morales
09-12-97	Prevención de Accidentes	Lic. Inf. Alicia Pérez
13-01-98	Taller "Preparación de Alimentos con Bienestarina"	Educadora Margarita de León
13-01-98	Estimulación Temprana	Lic. Inf. Diana Paz
20-01-98	Taller "Preparación de Alimentos con Incaparina"	Educadora Margarita de León
20-01-98	Trato Al Niño	Lic. Inf. Anabella Rodríguez Lic. Inf. Alicia Pérez
27-01-98	Prparación de Alimentos e Higiene	Educadora Margarita de León
27-01-98	Problemas de Alimentación	Lic. Inf. Anabella Rodríguez Lic. Inf. Alicia Pérez
24-02-98	Taller "Preparación de Alimentos con Bienestarina"	Educadora Margarita de León
24-02-98	Taller "Estimulación Temprana"	Lic. Inf. Diana Paz

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN
 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ASISTENCIA PROGRAMA EDUCACION PARA MADRES O ENCARGADOS DEL NIÑO DESNUTRIDO

JULIO	ASIST.	AGOSTO	ASIST.	SEPT.	ASIST.	OCT.	ASIST.	NOV.	ASIST.	DIC.	ASIST.	ENERO/89	ASIST.	FEB.	ASIST.
dia 8	16	dia 8	15	dia 2	27	dia 7	24	dia 4	14	dia 2	11	dia 5	5	dia 24	39
dia 15	11	dia 19	17	dia 9	50	dia 14	25	dia 11	13	dia 9	23	dia 20	5		
dia 22	10	dia 26	17	dia 16	32	dia 21	24	dia 18	14			dia 27	14		
dia 29	14			dia 23	24	dia 28	21	dia 25	14						
	51		49	dia 30	28		84		65		34		24		39
					159										
%	13		18		32		24		14		17		8		39

No. Expd. _____
No. Afil. _____

I ENTREVISTA

Fecha: _____

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Referido por: _____
Motivo: _____

a) DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
Ocupación: _____ Trabajo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Horario: _____
Nombre del padre: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
Ocupación: _____ Trabajo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Horario: _____

b) ANTECEDENTES PRE Y PERINATALES

Antecedentes obstétricos: G _____ P _____ A _____ F _____ V _____
Edades y sexo: _____
Embarazo: _____
Planeado: _____ Aceptado: _____ Control: No SI 1 2 3
Parto: Tipo _____ Lugar: _____
Edad gestacional: _____ Peso _____ Talla _____ C.C. _____ Apptc _____
Condición: _____
Tx: _____

c) CONDICION ACTUAL

Audición: _____ Visión: _____
Apetito: _____ Alimentación: _____
Sueño: _____
Eliminación: _____
Hx de Salud: _____
Ambiente emocional: _____
Ambiente físico: _____
Juegos/Juguetes: _____
Relaciones: Niños _____ Adultos _____
Disciplina: Madre _____
Padre _____
Temores: _____



Tolerancia a la Frustración: NI _____ P _____ ; agresividad: NI _____ M _____
 Sociabilidad: NI _____ P _____ Nivel de actividades: NI _____ P _____ M _____
 Independencia: NI _____ P _____ ; Timidez: NI _____ M _____
 Desarrollo Psicomotor: cabeza _____ sentado solo _____ gatear _____
 Caminar _____ Correr _____ Palabras _____ Frases _____
 Control de esfínteres: diurno _____ nocturno _____
 Antecedentes familiares: _____

Hx escolar (año-edad): guardería _____ Párvulos _____ Preparatoria _____
 Primaria: _____ Colegio/Escuela _____
 Rendimiento: _____
 Adaptación: _____

II OBSERVACION

Aspecto físico: _____
 Motricidad: _____
 Lenguaje: _____
 Lateralidad: mano _____ pie _____ ojo _____
 Conducta: _____
 Encargado: _____

III EVALUACION

Test: _____ Resultados (por área) _____

IV SINTESIS

V CONCLUSIONES

Biológico: _____
 Intelectual: _____
 Emocional: _____
 Familiar: _____
 Escolar: _____
 Social: _____

VI RECOMENDACIONES

Biológico: _____
 Intelectual: _____
 Emocional: _____
 Familiar: _____
 Escolar: _____
 Social: _____
 Citas: _____ Próxima cita: _____

 (Nombre Psicólogo responsables)

 Firma

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA

DGSMH-723

HOJA DE EVOLUCION

Nombre: _____
 No. de Afiliación: _____ No. de Expediente: _____
 Evaluación No. _____ Fecha: _____
 Persona Responsable del Niño: _____
 Salud: _____
 Apetito: _____ Alimentación: _____
 Eliminación: _____ Sueño: _____
 Juegos y Relaciones: _____
 Dinámica Familiar: _____
 Conducta: _____
 Arreglo é Higiene: _____
 E. C. _____ E. D. _____ Dx. _____ Guías _____
 Consultas y/o Referencias: _____
 Observaciones: _____

(Nombre Psicólogo Responsable)

(Firma Psicólogo Responsable)

Evaluación No. _____ Fecha _____
 Persona Responsable del Niño: _____
 Salud: _____
 Apetito: _____ Alimentación _____
 Eliminación: _____ Sueño: _____
 Juegos y Relaciones: _____
 Dinámica Familiar: _____
 Conducta: _____
 Arreglo é Higiene: _____
 E. C. _____ E. D. _____ Dx. _____ Guías _____
 Consultas y/o Referencias: _____
 Observaciones: _____

(Nombre Psicólogo Responsable)

(Firma Psicólogo Responsable)

INSTITUTO GUATEMALTEÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

CLÍNICA DE PSICOLOGÍA

No. _____

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
(TEST DE GENSEL ADAPTADO)

NOMBRE _____ N.º NACIMIENTO _____

EDAD	No.	ÍTEM	1	2	3	4	OBSERVACIONES
1 MES	1 m	Sup: reflejo tónico-cervical					
	2 m	Pr: gira la cabeza a zona I					
	3 m	Movimientos simétricos sup/inf.					
	4 m	Manos: arcos cerrados					
	5 m	Manos: reflejo presión palmar					
	6 m	Son: suelta inmediatamente					
	7 m	Comp: reacciona al sonido					
	8 m	ArCq: lo mira en su línea de visión					
	9 m	Reflejo: de succión					
	10 m	Expr: indefinida					
	11 m	Art: pequeños ruidos guturales					
	12 se	Llanto: reflejo defensivo					
	13 se	Llanto: consolable					
	14 se	Alim: dos comidas nocturnas					
	15 se	Alerta: respuesta inmediata					

2 MESES	1 m	Sup: cabeza en línea media momentáneamente					
	2 m	Pr: cabeza momentáneamente a zona II					
	3 m	Suspensión ventral: reacción de soporte					
	4 m	Sent: cabeza oscilante					
	5 m	Son: retiene brevemente					
	6 m	ArCq: mira la mano del Ex.					
	7 m	ArCq: lo sigue en 90°					
	8 m	Comp: respuesta facial					
	9 m	Expr: mirada directa, definida					
	10 m	Art: respuesta vocal, social					
	11 se	Llanto: expresivo					
	12 se	Mira al Ex.					
	13 se	Sonríe en correspondencia					
	14 se	Alim: se anticipa					
	15 se	Sueño: períodos ininterrumpidos					

4 MESES	1 m	Sup: predomina cabeza en línea media					
	2 m	Sup: patalo simultáneo					
	3 m	Pr: cabeza levantada a zona III					
	4 m	Sent: cabeza firme					
	5 m	Par: sustenta parte de su peso					
	6 m	Manos: juntas en el centro del cuerpo					
	7 m	Manos: espontánea contemplación					
	8 m	ArCq: lo sigue en 180°					
	9 m	ArCq: lo mira, sosteniéndolo en su mano					
	10 m	Comp: aproximación horizontal					
	11 m	Se lleva objetos a la boca					
	12 m	Art: murmullos					
	13 m	Ríe al estimularlo					
	14 m	Tira ropa sobre su cara					
	15 m	Sonríe espontáneamente					

CA/ur.

TEST GENSEL

EDAD	No.	T T F F	1	2	3	4	OBSERVACIONES
7 MESES	1 m	Sup: sueda a posición prona					
	2 m	Sent. con apoyo: tronco recto, cabeza firme					
	3 m	Sent. solo: apoyado en sus manos					
	4 m	Par: sostiene gran parte de su peso.					
	5 sm	Camp: busca origen del sonido					
	6 sm	Camp: sacude contra la mesa					
	7 sm	Camp: transfiere de mano.					
	8 sm	Cu: retiene uno al presentarle el segundo.					
	9 sm	Bol: presión radial					
	10 l	Art: parloteo espontáneo					
	11 l	Distingue rostros conocidos					
	12 l	Sonidos en respuesta					
	13 se	Se interesa en los juguetes.					
	14 se	Esp: acaricia su imagen.					
	15 se	Alim: semisólidos y sólidos.					

OBSERVACIONES:

10 MESES	1 m	Sent. solo: buen control postural					
	2 m	Par: se incorpora, apoyado					
	3 m	Par: sostiene todo su peso					
	4 m	Gateo.					
	5 sm	Camp: sacude espontáneamente (sd/cd).					
	6 sm	Cu: busca y toca dentro de la taza.					
	7 sm	Cu: golpea uno contra el otro.					
	8 sm	Bol: incipiente presión en pinza.					
	9 l	Voc: 3 palabras					
	10 l	Responde a su nombre					
	11 l	Comp: reacciona al "no, no"					
	12 l	Gestos de adiós o palmaditas.					
	13 se	Ríe cuando juegan con él.					
	14 se	Muestra un juguete a otra persona					
	15 se	Alim: sostiene su pacha solo.					

OBSERVACIONES:

12 MESES	1 m	Par. solo: momentáneamente					
	2 m	Par: se traslada, apoyado					
	3 m	Camina sostenido de una mano.					
	4 sm	Cu: saca de la taza.					
	5 sm	Cu: intenta torre de 2 (cd)					
	6 sm	Cu: juega sucesivamente					
	7 sm	Bol: nata presión en pinza					
	8 sm	Tbl: remueve bloque redondo (cd)					
	9 sm	Pal: lanza con la mano (cd).					
	10 l	Voc: 5 palabras					
	11 l	Comp: "dame o alcánzame".					
	12 l	Reacciona al escuchar música.					
	13 se	Coopera cuando le visten.					
	14 se	Le gusta la compañía de otros niños.					
	15 se	Alim: con ayuda, bebe de la taza.					

OBSERVACIONES:

NOMBRE: _____

FECHA NAC. _____

EDAD	No.	ITEM	1	2	3	4	OBSERVACIONES
15 MESES	1	m	Inicia unos pocos pasos y se para.				
	2	m	Esc: sube gateando (2 o más peldaños).				
	3	sm	Cu: torre de 2 (sd)				
	4	sm	Bol: introduce en la botella (sd)				
	5	sm	Tbl: inserta bloque redondo (sd)				
	6	sm	Dib: incipientes trazos (cd)				
	7	l	Voc: 4-6 palabras, incluyendo nombres.				
	8	l	Usa jerigonza				
	9	l	Señala, parlotea cuando desea algo.				
	10	l	Reconoce objetos familiares. (1+)				
	11	l	Lbr: acaricia imágenes				
	12	se	Tira o rechaza objetos				
	13	se	Elim: indica ropas mojadas.				
	14	se	Alim: usa cuchara, derrama parte.				
	15	se	Alim: inhibe voltear su plato.				
OBSERVACIONES: _____							

18 MESES	1	m	Camina solo, cae rara vez.				
	2	m	Esc: sube sostenido de una mano.				
	3	m	Sent: se sienta solo en silla pequeña.				
	4	m	Pel: pateo (cd).				
	5	sm	Cu: mete 10 en la taza (sd/cd)				
	6	sm	Cu: torre de 3-4 (sd/cd)				
	7	sm	Tbl: apila los 3 bloques.				
	8	sm	Dib: garabateo espontáneo. (sd)				
	9	sm	Recupera objetos escondidos: varia métodos				
	10	l	Lbr: nombra o señala dibujos (1+)				
	11	l	Voc: 10 palabras, incluyendo nombres.				
	12	l	Pel: cumple órdenes. (2+)				
	13	se	Jue: inicia actividades.				
	14	se	Acaricia, transporte un juguete				
	15	se	Lleva y trae objetos o mensajes.				
OBSERVACIONES: _____							

21 MESES	1	m	Se agacha jugando.				
	2	m	Esc: sube y baja sostenido de una mano.				
	3	m	Trepa en la silla grande.				
	4	m	Camina hacia atrás (cd)				
	5	sm	Cu: torre de 5-6 cubos (sd/cd)				
	6	sm	Tbl: coloca 2 bloques (cd)				
	7	sm	Dib: incipiente trazo vertical (cd)				
	8	l	Voc: 20 palabras				
	9	l	Pide comida o bebida				
	10	l	Señala partes corporales (2+)				
	11	l	Pel: cumple órdenes (3+)				
	12	se	Jue: imita acciones de los adultos.				
	13	se	Elim: control diurno, supervisado.				
	14	se	Alim: distingue sustancias comestibles				
	15	se	Alim: come y bebe solo, derrama poco.				
OBSERVACIONES: _____							

EDAD	No.	ITEM	1	2	3	4	OBSERVACION
24 MESES	1 m	Corre bien, sin caerse.					
	2 m	Pcl: patea (sd)					
	3 m	Esc: sube y baja solo.					
	4 sm	Cu: torre de 6-7 (sd/cd)					
	5 sm	Tbl: coloca 3 bloques (sd)					
	6 sm	Dib: trazos circulares (cd)					
	7 sm	Recupera objetos escondidos: repr. mental.					
	8 sm	Lbr: vuelve las páginas una a una.					
	9 I	Lbr: nombra (3+) y señala (5+) dibujos.					
	10 I	Voc: 50 palabras.					
	11 I	Dice su nombre.					
	12 I	Combina 2-3 palabras.					
	13 se	Jue: paralelo.					
	14 se	Elim: verbaliza necesidades regularmente.					
	15 se	Circula por la casa libremente.					
OBSERVACIONES:							

RECORD DEL DESARROLLO GRAFICO:

Empty space for recording the child's graphic development.

34-70000-100-1000

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL - DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA

GUIA DE ESTIMULACION No. 1

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PROXIMA CITA: _____

1	Coloque al bebé boca abajo, por ratos durante el día.	
2	Cuando esté boca a bajo, enséñele un juguete u objeto, orrillárselo para que él trate de mirarlo y seguirlo con la vista según lo vaya moviendo.	
3	Mueva una campanita o chinchín cerca de él, para que busque de donde viene el sonido.	
4	Cambie la cacita del bebé hacia diferentes partes del cuarto para que él pueda ver las distintas cosas que hay en él cada lugar, y no se acostumbre a estar solo para el mismo lado.	
5	Ponga delante del bebé objetos llamativos, para que él trate de tomarlos por sí mismo, y luego muévalos hacia un lado y otro para que él los siga con la vista. Ponzáelo después en la manita.	
6	Acarícielo suavemente, en todo su cuerpo, dándole pequeños golpecitos en sus brazos, en sus piernas, en su espalda, para estimular su piel. Hágalo cada vez que cambie su ropa o cuando lo tiene cargado.	
7	Dele oportunidad de escuchar distintos sonidos y ruidos: palmadas, timbres, silbidos, canciones, voces, radio, campanitas, etc. hazalos sonar desde diferentes partes del cuarto, para que él trate de descubrir de donde vienen.	
8	Cuelgue cerca de su cuna objetos de colores brillantes que se muevan o que tengan sonidos, bóngalos en un lugar donde él pueda verlos fácilmente.	
9	Pónzale ropa cómoda para que él pueda moverse libremente. Aproveche el buen tiempo para ponerlo al sol desnudito por ratos.	
10	Estire sus bracitos suavemente: hacia los lados, hacia arriba y hacia abajo. Y luego sobre el pecho. Hágalo de dos a tres veces diarias mientras le canta.	
11	Toque la palma de su manita, para provocarle abrirla y cerrarla. Pónzale sus dedos para que él los aprite.	
12	Lleve las manos del bebé al rostro suyo, para que aprenda a conocerla por tacto.	

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DEPTO. DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA

GUIA DE ESTIMULACION No. 2

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PROXIMA CITA: _____

1.	Tome al bebé suavemente, de sus manos, cuando esté acostado, y tráigalo hacia adelante, para que él haga esfuerzo por levantar su cabeza. Cántele y plátíquele con dulzura mientras lo hace.	
2.	Doble suavemente las piernas del bebé sobre su estómago tomándolo de las rodillas, una cada vez.	
3.	Levántele sus piernas juntas, estiradas hacia arriba, con mucha suavidad.	
4.	Póngale un cascabel o una campana alrededor de su tobillo sin apretarlo, atado con listón. Cuando él mueva sus piernas escuchará el sonido y tratará de buscarlo.	
5.	Cuando ya esté suficientemente maduro, sosténgalo en posición sentada, apoyándole en el cuerpo y brazos de usted cuidando que su cabeza no se vaya para atrás.	
6.	Tome las manitas del bebé y póngalas frente a su vista, tratando que él las descubra.	
7.	Juegue con él, haciéndole cosquillas suavemente, mientras le platica.	
8.	Juegue con el bebé a las "tortillitas", uniendo sus manos una con la otra y cantándole una canción.	
9.	Dele juguetes de diferentes formas, colores y tamaños, para que él los observe y juegue con ellos.	
10.	Dele juguetes y objetos suaves y limpios para que él se los pueda llevar a la boca sin peligro.	
11.	Repítale sonidos vocales (aaa, ooo, uuu) cerca de él, para que se vaya acostumbrando a ellos y después aprenda a repetirlos.	
12.	Llámelo por su nombre para que lo vaya aprendiendo.	
13.	Cuando él le "platique" respóndale imitando los sonidos que él ha hecho. Platíquele, contéstele como que realmente entendiera lo que él le está diciéndo.	
14.	Dele oportunidad de estar por momentos frente al espejo: muéstrelle su imagen y animelo a que la toque.	
15.	Consuélelo cuando está triste o aburrido. Trate de mostrarle siempre lo mucho que lo quiere.	

ANOTE EN ESTA HOJA SI REALIZO LOS JUEGOS CON BEBE. Y TRAIGALA A LA SIGUIENTE CITA. SUERTE.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL - DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA



GUIA DE ESTIMULACION No. 3

NOMBRE: EDAD:

PROXIMA CITA:

1	Estimúelo para que aprenda a sostener por sí solo la pacha.
2	Ponga a su alcance objetos pequeños para que él aprenda a tomarlos, pero teniendo <u>mucho</u> cuidado de que no se los lleve a la boca. Puede usar trocitos de pan, fruta o queso.
3	Dale juguetes de diferentes tamaños, colores y formas para que él aprenda a aparrarlos y a distinguir las diferencias entre cada uno.
4	Disponga de un lugar limpio donde el niño pueda permanecer jugando sin peligro, como un corral (usted puede hacerlo con una mesa al revés y lazos amarrados en sus cuatro patas).
5	Coloque objetos brillantes que se muevan o que tengan sonido cerca de la cama del niño, donde él pueda mirarlos fácilmente.
6	Suene campanitas o chinchinas desde diferentes partes del cuarto para que él trate de saber de dónde vienen.
7	Cuando lo bañe, déjelo chanotear en el agua con sus manos y pies.
8	Sosténgalo sentado por ratos, sentado sobre las piernas suyas apoyando su cabeza en el pecho suyo.
9	Póngale ropa cómoda para que pueda moverse con libertad y si el clima lo permite, déjelo por momentos sin ropa para que tome el sol.
10	Permítale tener a su alcance objetos suaves y limpios para que no sea peligroso que él se los lleve a la boca.
11	Llévelo de paseo dentro y fuera de la casa, mostrándole y diciéndole el nombre de lo que encuentre a su alrededor.
12	Cántele y háblele cuando lo carea, cuando lo baña, cuando le cambia de ropa, y especialmente cuando le da de comer.
13	Ahora que va comienza a tomar alimentos sólidos, enséñele a comer con paciencia y cariño, para que se vaya acostumbrando a los diferentes sabores.
14	Cuando esté con él háblele, cántele y sonríale. El no entenderá todavía sus palabras, pero si irá acostumbrando al lenguaje y a conocer por él si usted está contenta, triste o enojada.
15	Dale oportunidad de estar con otras personas, adultos y niños. Cada persona es diferente y le enseñará cosas distintas al niño, y él aprenderá a sentirse bien con los demás y a no ser huracán.

DISFRUTE DE LOS MOMENTOS QUE ESTA CON SU NIÑO. TRAJA ESTA HOJA COMPLETADA EN LA PROXIMA CITA.





INDICE	PAGINA
CONTENIDO:	
SINTESIS DESCRIPTIVA	2-3
INTRODUCCION	4-6
CAPITULO I, ANTECEDENTES	7
1.1 HISTORIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	7
1.2 ESTRUCTURA DE LA INSTITUCION	8
1.3 PRESTACIONES QUE DA EL IGSS A LOS TRABAJADORES	9
1.3.1 PROGRAMAS VIGENTES	10
1.3.2 DOCUMENTACION QUE DEBEN PRESENTAR LOS AFILIADOS PARA SER ATENDIDOS EN EL IGSS	10
1.3.3 EXTENSION TERRITORIAL DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	10
1.3.4 LABOR PREVENTIVA	11
1.3.5 CONTRIBUCIONES ACTUALES DE SEGURIDAD SOCIAL SEGUN AREAS CUBIERTAS Y PROGRAMAS EN VIGOR	11
1.4 DESCRIPCION DE LA INSTITUCION	11-12
1.4.1 PERSONAL	12
1.4.2 SERVICIOS	12-13
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	14
1.4.3 POBLACION ATENDIDA DURANTE 1996	15
1.4.4 HORARIOS DE SERVICIO DE LA INSTITUCION	15
1.5 CLINICA DE PSICOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS	15
1.5.1 HISTORIA	15-16
1.5.2 PERSONAL	16
1.5.3 HORARIO DE ATENCION	17
1.5.4 SERVICIO	17-19
1.5.5 CONSULTA EXTERNA	19-20
1.5.6 PROGRAMAS DE ORIENTACION Y APOYO GRUPAL A PADRES	19-21
1.5.7 PROGRAMAS DE ATENCION EN AREA DE ENCAMAMIENTO	21-23
1.6 PLANTEAMIENTO DEL (DE LOS) PROBLEMA (S)	24-26
2. CAPITULO II REFERENTE A LO TEORICO METODOLOGICO	27
2.1 SOCIEDAD, FAMILIA	27-30
2.1.1 EL NIÑO Y/O LA NIÑA	30-32
2.1.2 MANTENIMIENTO DE LA SALUD	32-33
2.1.3 EL NIÑO DESNUTRIDO	33-40
2.1.4 CAUSAS PSICOLOGICAS DE LA DESNUTRICION	40-41
2.1.5 LA DESNUTRICION Y LA CARENCIA AFECTIVA	41
2.2 OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECIFICOS	42-43
2.3 METODOLOGIA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO	43-48
CAPITULO III, PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	49
3.1 SUPROGRAMA DE SERVICIO	49-50
3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	50-52
3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION	53-77

4	CAPITULO IV, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	78
4.1	SUBPROGRAMA DE SERVICIO	78-79
4.2	SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	79-80
4.3	SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION	80-82
5	CAPITULO V, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
5.1	CONCLUSIONES GENERALES	83
5.2	CONCLUSIONES SUBPROGRAMA DE SERVICIO	84
5.3	CONCLUSIONES SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	84-85
5.4	CONCLUSIONES SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION	85-86
5.2	RECOMENDACIONES	86
5.2.1	RECOMENDACIONES GENERALES	86
5.2.2	RECOMENDACIONES SUBPROGRAMA DE SERVICIO	87
5.2.3	RECOMENDACIONES SUBPROGRAMA DE DOCENCIA	87
5.2.4	RECOMENDACIONES SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION	87-88
	BLIBLIOGRAFIA	89-90
	GLOSARIO	91-92
	ANEXOS	93
	DOCENCIA A PRACTICANTES	93
	PROGRAMA DE EDUCACION PARA PADRES O ENCARGADO DEL NIÑO	
	HOSPITALIZADO EN EL ENCAMAMIENTO DE NUTRICION	94-95
	ASISTENCIA PROGRAMA EDUCACION PARA MADRES	96
	ENTREVISTA	97-98
	HOJA DE EVOLUCION (USO HOSPITALARIO)	99
	HOJA EVOLUCION (USO EN CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA)	100
	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	101-104
	GUIA DE ESTIMULACION	105-107