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



GUATEMALA, OCTUBRE DE 2014

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

"ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL "ELISA MARTÍNEZ", PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013."

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICÓLOGICAS

POR

CARMEN SUSANA LÓPEZ MUÑOZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2014

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina SECRETARIO

Licda. Dora Judith López Avendaño
Lic. Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTESCLAUSTRO DE PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico EPS Archivo REG.15-2013 CODIPs. 1833-2014

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

13 de octubre de 2014

Estudiante Carmen Susana López Muñoz Escuela de Ciencias Psicológicas Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º.) del Acta CUARENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL CATORCE (42-2014) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 07 de octubre de 2014, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: "ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ, PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Carmen Susana López Muñoz

CARNÉ No.200611861

SECRETARIA

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena y revisado por el Licenciado Óscar Josué Samayoa Herrera. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Mypor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

/gaby



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS DSICOLÓGICAS





Reg. 55-2013 EPS. 15-2013

22 de septiembre del 2014

Señores Miembros Consejo Directivo Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

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

Carmen Susana López Muñoz, carné No. 200611861, titulado:

"ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ, PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Oscar Josué Samayba Herrera

COORDINADOR DE EPS

/Dg.

c.c. Control Académico

Centro Universitario Metropolitano – CUM- Edificio "A" 9º. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS DSICOLÓGICAS



Reg. 55-2013 EPS. 15-2013

20 de junio del 2014

Señores Miembros Consejo Directivo Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Tengo el agrado de comunicar a ustedes que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Carmen Susana López Muñoz, carné No. 200611861, titulado:

"ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ, PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

REVISOR

Licenciado Oscar Josué Samayon Herrera

USAC

/Dg.

c.c. Expediente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS DSICOLÓGICAS



Reg. 55-2013 EPS. 015-2013

20 de mayo del 2014

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

Respetable Licenciado:

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

Carmen Susana López Muñoz, carné No. 200611861, titulado:

"ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELISA MARTÍNEZ, PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente:

"ID Y ENSEÑAD AÍTODOS"

Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena Asesor-Supervisor

USAC

c.c. Expediente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico EPS Archivo Reg.55-13-2013 CODIPs.1193 -2013

De Aprobación de Provecto EPS

16 de julio de 2013

Estudiante Carmen Susana López Muñoz Escuela de Ciencias Psicológicas Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO OCTAVO (28º.) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL TRECE (28-2013) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de julio de 2013, que literalmente dice:

"VIGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL ELIZA MARTÍNEZ, PUERTO BARRIOS, IZABAL 2013," de la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

Carmen Susana López Muñoz

CARNÉ No. 200611861

Dicho proyecto se realizará en Puerto Barrios, Izabal, asignándose Doctor Mynor De León, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y el Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve APROBAR SU REALIZACIÓN."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

M.A. María Iliana Godoy Calzia

SECRETARIA

gaby



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

HOSPITAL NACIONAL INFANTIL "ELISA MARTÍNEZ" PUERTO BARRIOS, ÍZABAL

14 CALLE 14 Y 15 AVENIDA, PUERTO BARRIOS, IZABAL TELEFAX: 7948-8231, Tel.: 7932-0700, 7948-0426.

Email: hospitalelisamartinez@hotmail.com

Puerto Barrios, Izabal 24 de marzo de 2014

Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado Escuela de Ciencias Psicológicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Por medio de la presente hago constar que la Estudiante CARMEN SUSANA LÓPEZ MUÑOZ, con número de carné 200611861, realizó su Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: "ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL "ELISA MARTÍNEZ", PUERTO BARRIOS, IZABAL, 2013". En las fechas comprendidas del 11 de mayo de 2013 al 22 de enero de 2014.

La epesista Carmen Susana López Muñoz, cumplió con responsabilidad y profesionalismo los programas establecidos por la Escuela de Ciencias Psicológicas y la Unidad de Atención Psicosocial del Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" de Puerto Barrios, Izabal.

Y para los usos que al interesado convenga, se extiende la presente en una hoja de papel membretado de la institución.

Dr. Mynor De León

Director Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez"

Puerto Barrios, Izabal

MADRINAS DE GRUADUACIÓN

Janeth Marisol Paredes Solares

Médico y Cirujano

Colegiado 16569

Universidad de San Carlos de Guatemala

Enma Jeaneth Vásquez

Abogada y Notaria y Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales

Colegiado 9392

Universidad de San Carlos de Guatemala

ACTO QUE DEDICO...

A LA VIDA

Por haberme puesto en el camino correcto, las herramientas precisas, la sabiduría necesaria, las personas indicadas, la actitud, la voluntad y perseverancia para realizar cada una de mis metas.

A Dios por ser mi fortaleza, por no abandonarme nunca y mostrarme que para todo hay un tiempo y el de Él es perfecto. Por la paciencia para culminar este logro más tan esperado. A mi Virgencita por cuidarme siempre y no dejarme desfallecer ante las adversidades de la vida.

A MIS PADRES

Ana María y José Luis; por darme la vida. El amor, el apoyo y consejos para cumplir mis sueños y metas. Los amo.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, a la Escuela de Ciencias Psicológicas y al Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, por la oportunidad inigualable de poder ayudar a mi país y dejar un granito de arena en aquellas personas que lo necesitan y así poder generar cambios en esta sociedad.

AGRADECIMIENTOS...

A mis padres, padrinos y familia, por estar siempre al pendiente de mí, por su apoyo, su amor, sus oraciones y compañía incondicional.

A mis grupos de amigos, los de siempre, compañeros de vida y de la U, porque sin ellos esta etapa de mi vida no hubiera sido lo mismo. A los amigos que van y vienen, a todos los que están ahí lejos o cerca pero que siempre le llenan a uno el alma, gracias por los ánimos, la presión, los recordatorios y sobretodo su cariño.

A mi grupo de EPS, por las risas y los quebrones de cabeza, que con el cerebro dormido aprendimos y desaprendimos, pero logramos ser más que "funcionalistas", en fin, por haber disfrutado juntos esta bonita experiencia, de los viajes, las madrugadas y las desveladas.

A mis niños del hospital, las mamás y padres de familia que confiaron en mí para llevar a cabo esta labor y ser un ente de apoyo en este proceso.

A mis porteños, amigos, colegas, epesistas de otras unidades y compañeros de trabajo, de quienes aprendí y disfrute de mi estadía en mi amado Puerto Barrios; por haberme permitido compartir de ese tiempo y entrar en su mundo.

A todas las personas que se han cruzado en mi camino, porque de una manera u otra han tocado mi vida y me han acompañado en la locura de vivir. De quienes he aprendido y han dejado huella, a los que han hecho más fácil esta etapa.

Y a usted, respetuosamente.

ÍNDICE

RESUMEN INTRODUCCIÓN

-			
Ca	píti	ılo	1

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL	1
Antecedentes: Monografía del Lugar, y	1
Descripción de la Institución (Objetivos, Misión y Visión)	
Dimensiones y Ejes de la Subjetividad:	
a) Política/Ideológica	8
b) Dimensión Económica	10
c) Dimensión Relacional-Social del Sujeto	13
Condiciones de Maltrato y Abuso Sexual en la Niñez	19
Capítulo II	
REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
Escenarios y Grupos de Trabajo	
Problemas Psicosociales Encontrados	46
Capítulo II	
MARCO METODOLÓGICO DE ABORDAMIENTO	47
Capítulo IV.	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS (Subprograma de servicio	n docencia v
de investigación)	
OBJETIVOS: General y Específicos	
Capítulo V.	
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	

RESUMEN

En Guatemala la importancia que se le ha dado a la psicología es aún muy pobre o se sesga el trabajar únicamente de determinada forma, la concepción que se tiene es en espacios de la salud, clínicas, hospitales, entre otros y que los que necesitan de un profesional es para quienes están enfermos, locos, trastornados, y el término tampoco es empleado de la forma más adecuada.

En situaciones de maltrato, violencia y abuso sexual en niños deja traumas que en muchas ocasiones no se le da la importancia debida, cuando en realidad para esta problemática es necesario un enfoque integral, multidisciplinario y una atención psicológica más allá de la clínica. La visión debe ir a la par de las necesidades de la comunidad y es importante no descuidar la prevención de esta problemática.

Trabajando todos los sectores y en equipo se puede mejorar la calidad de vida y salud de la población. Como entes y agentes de cambio, de apoyo, investigadores, profesionales en la salud, comprometidos con la sociedad, se debe familiarizar con la comunidad a estudio, conocer sus demandas, sus problemáticas y necesidades, su cotidianidad y su historicidad. Este proceso nos permite poder sensibilizar a padres de familia, maestros, y líderes comunitarios, para brindarles herramientas, mejores estrategias y alternativas para afrontar de mejor forma sus problemas y conflictos, priorizando las necesidades reales de los niños y niñas.

El maltrato infantil en todas sus formas, principalmente la negligencia, el abandono y el abuso sexual cada día se evidencia más. Siendo Izabal uno de los departamentos con más incidencia y el Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" Puerto Barrios con más demanda y casos estadísticos (los casos denunciados). Por ello es necesario priorizar la prevención, porque "prevenir es mejor que curar". Como psicólogos debemos visualizar el proceso más allá de una terapia individual; brindar atención a niñas y niños, a la familia, y a la comunidad, para que en el proceso se les encamine a definir su proyecto de vida.

INTRODUCCIÓN

Se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado con el proyecto por nombre: "ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL A POBLACIÓN Y HOSPITAL NACIONAL INFANTIL "ELISA MARTÍNEZ", PUERTO BARRIOS, IZABAL", realizado durante los meses de mayo de 2013 a enero 2014.

En el presente informe se da a conocer la importancia de la problemática guatemalteca principalmente en el municipio de Puerto Barrios referente al maltrato infantil en todas sus formas, factores y consecuencias en los menores, en la comunidad y en la sociedad. Los obstáculos situaciones por las que atraviesan, como lo enfrentan, como viven y como lo previenen.

Las creencias socioculturales que existen en Guatemala sobre el maltrato infantil y el abuso sexual en menores están basadas en un sistema patriarcal dominante, con derechos y obligaciones tergiversadas a favor de los que tienen el poder (relaciones desiguales de poder, porque no hay equidad). Estas creencias son naturalizadas en la sociedad. Por ello, el poco apoyo, el desconocimiento de sus derechos, los mitos e imaginarios sociales sobre la violencia y abuso sexual, el miedo a ser estigmatizados en la comunidad, las personas afectadas directa o indirectamente se ven forzadas a callar y siguen en el círculo vicioso de la violencia y el maltrato -cómo así me trataron, así te trato...-; donde siempre los más perjudicados son los más débiles, en este caso las niñas y los niños.

Es importante enfatizar y replicar lo de la terapia y los talleres también en casa, para que el ambiente en el que se desarrolla y se desenvuelve el niño sea coherente y concuerden las mismas expectativas en ambos lugares. Por tanto, es necesario trabajar con la comunidad, con grupos de padres, con niños con las mismas problemáticas, en las mismas situaciones y así poder sensibilizar, educar y brindar un acompañamiento psicológico que beneficie a la comunidad, a las familias y a los niños y niñas.

CAPÍTULO I. REFERENTE TEÓRICO CONCEPTUAL

ANTECEDENTES Monografía del Lugar

El Departamento de Izabal fue fundado el 18 de mayo de 1866, se encuentra situado en la Región III Nororiental de Guatemala. Limita al Norte con el departamento de Petén, Belice y el Mar Caribe; al Sur con el departamento de Zacapa; al Este con la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de Alta Verapaz. En el centro del departamento se encuentra el Lago de Izabal, el más grande de Guatemala. Se compone de 5 Municipios: 1) Puerto Barrios, 2) Livingston, 3) El Estor, 4) Morales, y 5) Los Amates. Puerto Barrios, como cabecera departamental, se encuentra a distancia de 308 kms de la Ciudad Capital.

El pueblo de Izabal está situado en la margen sur del Lago de Izabal y durante el período hispánico tuvo mucha importancia especialmente en el aspecto comercial, siendo por esto muy asediado por los piratas de esa época. Sobre el Mar Caribe, específicamente en Livingston y parte de Puerto Barrios, a fin de poder sobrevivir, los negros debieron aprender de los indios caribes sus métodos agrícolas y su tecnología fundamental (cultivo de la yuca o la mandioca; elaboración del pan de mandioca y la fabricación de todos los utensilios, que son parte del proceso relacionado con la mandioca, como las canastas para transportar el producto, pilones de madera, ralladores, exprimidores para sacar el jugo de la mandioca silvestre, cernederos y morteros de madera). Basaron su alimentación en plantas cultivadas y silvestres y aprendieron técnicas de pesca. El mestizaje de estos tres grupos continuó durante mucho tiempo y no fue sino hasta principios del siglo XIX que un grupo se trasladó a las costas de Centroamérica, principalmente de Belice, Honduras y Guatemala, asentándose en este país en las costas de Livingston y Puerto Barrios. Un aspecto particular de su historia es que algunos de sus actuales municipios se constituían en territorios libres de trabajos forzados y repartimientos, por lo que muchos indígenas lograron huir de sus pueblos y se establecieron en pequeñas parcelas desarrollando una economía de subsistencia, especialmente en El Estor. Además trabajaron en actividades propias de los puertos, las cuales requerían de fuerza no sólo indígena, sino también de raza negra.

El idioma oficial y más hablado es el español, sin embargo, desde 1800 se alterna el caribe-araguaco o idioma garífuna como resultado del mestizaje de tres grupos étnicos: los indios caribes que son naturales de esas islas, los araguacos procedentes Suramérica y los negros africanos. En el Estor y parte de Livingston también se habla el Quekchí, ya que la parte occidental de este departamento ha sido habitada por la etnia del mismo nombre, muchos procedentes del departamento de Alta Verapaz, con quien colinda. Las tierras de Izabal fueron pobladas por indígenas mayas que dejaron vestigios de su cultura, siendo estos: Quiriguá, Chapulco, Nito, Carpul, Araphoe, Playitas, Chinamito, Las Quebradas, Matilisguate, Xoocoló, Cuenca del Choón, y Miramar Bella Vista.

Izabal es uno de los departamentos que ofrece mayor riqueza al país, por la fertilidad de su suelo, la explotación del subsuelo para la extracción de minerales, accesibilidad por las vías de comunicación, los puertos marítimos y alternativas dentro del sector turístico. Este departamento es eminentemente agrícola y su principal producto de exportación es el banano, palma africana para elaboración de aceite. Aunque sus cultivos se han diversificado y actualmente producen abacá, arroz, maíz, yuca, frijol y frutas diversas propias del lugar cálido (rambutanes o lichas, melón, entre otras).

PUERTO BARRIOS

El 19 de julio de 1895 con Decreto No. 513 nace la Ciudad de Puerto Barrios; importante ciudad portuaria de Guatemala por ser nombrada como Puerto Mayor de toda la República el 24 de noviembre de 1896 por Decreto Gubernativo No. 524, y orden de traslado de la aduana de Livingston a Puerto Barrios. Situado en la Bahía de Amatique, en el mar Caribe. Colinda al Norte con la Bahía de Amatique -conocida también como Santo Tomás de Castilla-, el Golfo de Honduras y el Mar Caribe; al Este con el Golfo de Honduras y la República de Honduras; al Sur con la República de Honduras y Morales Izabal; y al Oeste con Morales, Los Amates y Livingston

Izabal. Su fundación fue oficialmente el 19 de abril de 1,920 como municipio y el 17 de mayo del mismo año como cabecera departamental de Izabal. Puerto Barrios surge debido a la continuación de la política comercial y económica del gobierno de Justo Rufino Barrios, a través de su sobrino José María Reina Barrios; es indudable el hecho que Puerto Barrios surgió como puerto alrededor de los trabajos del ferrocarril, la finalidad era unir la capital de la República con el Atlántico, impulsando notablemente su crecimiento y desarrollo, así como lo vislumbró el General Barrios, esto favoreció la zona nororiental del país; actualmente el ferrocarril como transporte ya no existe, sin embargo, Puerto Barrios sigue siendo la puerta grande del país al exterior en sus operaciones comerciales.¹

Tiene una extensión territorial de 1,292 km². En la actualidad, está dividido en una ciudad, 6 aldeas y 87 caseríos; sus principales aldeas, Santo Tomás de Castilla y Entre Ríos, que sirve de enlace entre la República de Honduras y Guatemala a través de una carretera interamericana que llega hasta Puerto Cortés, Honduras. (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001. Informe de Diagnóstico Municipal, s.f.)² En Puerto Barrios también se encuentran grandes extensiones de manglares, aunque se ha ido reduciendo tras el impacto humano, y es el hogar de una importante comunidad garífuna que posee un rico folklore, en sus barrios de negros, como El Rastro.

La climatología es generalmente cálida-tropical, fuertes lluvias y tempestad especialmente durante el invierno. La gastronomía barrioporteña incluye preparaciones con mariscos, plátano y coco, marcada por la influencia garífuna, encontrándose platillos como el Tapado (caldo de mariscos con leche de coco, plátano y banano verde), Rice and Beans (arroz y frijoles colorados con coco), Machuca (sopa de plátano molido), pan de coco, pan bula, pan bon, pan de banano o el casabe y giffiti (licor a base de raíz), entre otros. Sin embargo, también contiene elementos comunes del resto de la gastronomía guatemalteca, principalmente de Oriente, como tamales, yuca con chicharrón, caldo de res, gallina. Una de las comidas endémicas por excelencia es la tortilla de harina que acompaña a casi cualquier comida, y de las cuales existen gran cantidad de negocios dedicados a su venta.

¹ deGUATE.com, "Uniendo a los chapines del mundo". Consultado: 22 de septiembre de 2013. http://www.deguate.com/municipios/pages/izabal/puerto-barrios/historia.php#.U5dlhHJ5NXI

² La enciclopedia en línea de Guatemala. Modificado 18/8/2013. http://wikiguate.com.gt/wiki/Puerto_Barrios

Sus principales vías de comunicación con la capital son la carretera Interoceánica o del Atlántico CA-9; las vías férreas del Ferrocarril del Norte que atraviesa el departamento; cuenta con vías aéreas y vías marítimas constituyéndose en puntos esenciales de intercambio internacional en el Océano Atlántico; como los puertos: Santo Tomás de Castilla (uno de los más importantes del país, el cual maneja aproximadamente el 65% de todas las importaciones y exportaciones) y Puerto Barrios, principales puertos de entrada y salida en el mar Caribe, de gran actividad comercial, con capacidad de atracar barcos de gran calado y cruceros en sus muelles. De este punto se puede comenzar el recorrido fluvial por el río Dulce, en una extensión de 42 km.

La ciudad, a pesar de su población, tiene muchos problemas de infraestructura; carece de asfaltado en la mayoría de sus calles y no posee un sistema de drenajes fiable. Sus calles se inundan en cada lluvia, más cuando éstas son fuertes y abundantes. Una característica de Puerto Barrios es su ausencia del sistema de urbanización que se aplica en las ciudades mayores del resto del país; el cual consiste en dividir el área urbana en "zonas", esto debido a la alta influencia estadounidense en la ciudad, traída por las compañías bananeras. Para ubicar una dirección, se basan en calles y avenidas, y como referencia algún lugar cercano y/o conocido (iglesia, comedor, comercio, etc.).

Celebra dos fiestas titulares; la primera del 8 al 14 de mayo, y la segunda el 19 de julio, dedicada al Sagrado Corazón de Jesús. Se puede inferir la importancia del sincretismo religioso de su población; la cultura Garífuna y las costumbres católicas se fusionan, para generar una curiosa mezcla de fe, apoyada por la presencia de santos, vírgenes y hechicería, por lo que también es común encontrar diversidad de lugares y personas que se dedican a la "sanación" de personas que padecen de alguna enfermedad intratable por médicos de medicina occidental. Así también hay un sector de la población que mantiene ciertos aspectos de fe y creencias en algunos lugares sagrados, a los cuales acuden a orar en momentos de necesidad o de alguna situación especial. Son más conocidas las hermandades religiosas y en menor medida las cofradías, un factor importante que resalta este conocimiento es la influencia de las culturas Garífuna y Q'egchi'. Las hermandades

Garífunas son de orden católico y se organizan para celebrar la fiesta del santo patrono, se presentan danzas garífunas como el Yancunú y el Pororó. La mayoría de las personas profesan la fe cristiana, e iglesias o templos de otras denominaciones no cristianas son prácticamente inexistentes en la ciudad. La Iglesia Católica está administrada por el Vicariato Apostólico de Izabal que tiene su sede en la Catedral de la Inmaculada Concepción de María, también están las parroquias del Espíritu Santo en el casco urbano, de Santo Tomás de Aquino y del Santo Hermano Pedro en Santo Tomás de Castilla, la Iglesia Garífuna San Martín de Porres, el Monasterio de las Esclavas del Santísimo y la Inmaculada Concepción que son administrados por los párrocos de la catedral. También existen dos capillas de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, una Iglesia Episcopal, una Iglesia Luterana, Iglesias Adventistas Congregaciones de los Testigos de Jehová, y numerosas Iglesias Evangélicas, entre otras.

Puerto Barrios también alberga el Complejo Deportivo de Izabal, que tienen instalaciones para la práctica de fútbol, baloncesto, atletismo, natación, tenis, judo, karate, lucha libre, boxeo, taekuondo, voleibol, béisbol, fisicoculturismo, entre otros. La ciudad también cuenta con dos coliseos, uno en Puerto Barrios y uno en Santo Tomás; un palenque municipal; la Casa del Deportista, donde se practica tenis de mesa. La población también practica senderismo y ciclismo de montaña en áreas como el Cerro San Gil.

El transporte público es una sola línea; microbuses y taxis. El servicio ofrece destinos a principales municipios y aldeas del departamento, así como cabeceras departamentales cercanas. Existe también un servicio de transporte regular con salidas a cada hora hacia la Ciudad de Guatemala. Muchos barrioporteños optan por las motocicletas, por lo que la cantidad de éstas en las calles es bastante considerable, y es también común ver gran cantidad de bicicletas por ser un medio económico de transporte para la mayoría de la población. El transporte pesado es común debido a las operaciones de carga y descarga en los buques de los dos puertos. Se cuenta con un servicio regular de ferri hacia Livingston y lanchas que ofrecen destinos en Izabal y Belice, estas actividades se centran en el Muelle Municipal.

Descripción de la Institución:

El Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" de Puerto Barrios, Izabal, está ubicado en la 14 calle, entre 14 y 15 avenida de este Puerto; siendo el único hospital departamental especializado en pediatría.

Durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo Bermejo, y por iniciativa de su esposa Elisa Martínez de Arévalo, fue fundado el 4 de febrero de 1,951, dentro de la organización de Guardería y Comedores Infantiles, la que posteriormente pasó a ser Asociación de Bienestar Infantil (ABI) y se convirtió en Secretaría de Bienestar Social.³ Al año 1,957 por acuerdo gubernativo pasó a ser responsabilidad del Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y fue dotado con enfermeras y tres médicos. Hasta en el año 1,978, fue remodelado por Doña Helen Lossi de Laugerud, esposa de Don Eugenio Laugerud García.

En sus inicios era administrado y cuidado por monjas. Curiosamente, es hasta el año 2,006 que oficialmente se contó con especialistas para la atención en pediatría. Y en el año de 1,998 fue reparado por Doña Patricia de Arzú ex Primera Dama de la Nación y por última vez durante el mandato del ex presidente Álvaro Colon.

Su objetivo es ofrecer servicios de atención pediátrica integral, que permitan la resolución de los problemas de salud, basados en os principios de calidad, ética y equidad.

MISIÓN: El Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" de Puerto Barrios, Izabal, es un hospital departamental único en su clase, especializado en Pediatría, que brinda atención a menores de trece años, en el departamento de Izabal y áreas circunvecinas, con servicios de Pediatría General, Cirugía, Odontología, Traumatología, Ortopedia, Psicología y de referencia general en su clínica de Infectología. La atención del mismo es gratuita y sin discriminación de raza u origen.

³ González Orellana, Carlos. "Historia de la Educación en Guatemala" 6ta. Edición. Editorial Universitaria, Guatemala, 2007. Página 387.

http://books.google.com.gt/books?id=bx6zuvBucRkC&pg=PA387&lpg=PA387&dq=hospital+infantil+elisa+marti nez+puerto+barrios+historia&source=bl&ots=J9rNHaRNnk&sig=CZcxtXlIA2KDBMwTCfhXNV5RyZc&hl=es-419&sa=X&ei=IHWXU5unIJTRsATi6IDICQ&ved=0CGYQ6AEwCQ#v=onepage&q=hospital%20infantil%20elisa%20 martinez%20puerto%20barrios%20historia&f=false

VISIÓN: Ser una institución líder a nivel regional en la atención especializada en Pediatría de forma integral, digna y personal, con infraestructura y adecuada práctica pediátrica, con aumento de forma proporcional a su cobertura y calidad de la misma. Se atiende niños desde 0 a 13 años cumplidos, clasificándolos en las diferentes salas:

- Sala 1: lactantes (0-2 años).
- Sala 2 y 3: preescolar (3-5 años); mixtos y escolares (5-13 años), separados en sala de niños y sala de encamamiento de niñas.
- Sala de Recuperación Nutricional: casos severos de DPC (desnutrición pediátrica crónica).
- Sala de Cuidados Intensivos: casos graves que requieren de atención inmediata y de constante cuidado y observación.
- Sala Neonatal: casos y problemas en recién nacidos.

Cuenta con un servicio de supervivencia infantil, puesto de vacunación permanente, laboratorio y rayos x, farmacia, sala de cirugía u operaciones para casos graves y que requieren de atención médico-quirúrgica, clínica dental (extracciones y atención de 7:00 a 11:00) clínica integral de VIH, oficina de atención psicosocial (trabajo social y psicología), albergue para mamás, servicio de consulta externa en horarios de 7:00 am a 7:00 pm; y emergencia en atención de 24 horas. Atención especializada e integral en casos de maltrato, negligencia y abuso sexual infantil. Recientemente se inauguró el banco de leche en apoyo a la sala de nutrición y neonatos, bajo el Pacto Hambre 0 y la ventana de los 1,000 días. Para abordar la problemática del maltrato infantil, negligencia y abuso sexual en menores que consultan el hospital se hace uso de la clínica de atención psicosocial, un trabajo conjunto e integral de trabajo social y psicología. Sin embargo, pese a que a finales del 2013 con el apoyo y orden por parte del gobierno se logró un espacio en la emergencia, sigue latente la preocupación, pues aún se carece de un espacio adecuado para la intervención, acompañamiento y seguimiento a los niños víctimas de esta problemática, así como una serie de necesidades que impiden brindar una atención de calidad e integral a la niñez necesitada, esto sin dejar de lado que como todavía no está inaugurada y el personal a cargo aún no se ha contratado, la clínica está al abandono o para otros usos que no son propiamente los casos de ésta problemática que aqueja a la población.

Se abordan los procesos dinámicos de las dimensiones Político/Ideológicas, Económica y Social/Cultural de la población meta; estos ejes complejizan la individualidad y subjetividad de las personas, por lo que es prudente comprender cómo las acciones de las personas, están regidas por las estructuras sociales del contexto en el que se desenvuelven.

Dimensión Político-Ideológica.

Puerto Barrios es la Cabecera Departamental del Departamento Caribeño de Izabal, en Guatemala. Ubicado a orillas de la Bahía Interna de Santo Tomás, en la Bahía de Amatique en el Océano Atlántico, la región cuenta con una pequeña península llamada Punta de Malabique que separa la Bahía del Golfo de Honduras, y que además sirve como barrera natural y protección contra fenómenos naturales. El Instituto Nacional de Estadística reportó en el 2002 un total de 84,725 habitantes, así mismo proyectó que para el 2009 la población porteña asciende a 100,374 habitantes, de los cuales 48,902 son hombres (49.7%) y 49,404 (51.30%) son mujeres. Un registro de 14,776 niños de 0-6 años y 15,390 niños de 7 a 14 años de edad. Se considera que el crecimiento poblacional entre 2002 y 2009 ha sido de 21% (un promedio por año de 3 por cada 100 habitantes) que es similar a otros municipios como Morales y Los Amates. Según proyección del censo para 2009 la densidad poblacional es de 77 habitantes por km2, significativamente menor a la densidad nacional (103 habitantes/km2); en este municipio se puede observar que la mayor concentración poblacional se encuentra en las áreas urbanas, principalmente en el casco urbano y la aldea de Santo Tomás de Castilla, esta situación permite hacer una comparación con el índice de ruralidad que es del 40% considerado el más bajo del departamento y la región. En este contexto, también es oportuno relacionar lo urbano y rural con la pobreza en el municipio, la cual es de gran contraste, porque en el área urbana es de 2 personas por cada 10 habitantes, mientras en el área rural hay una concentración de pobreza de aproximadamente 4 por cada 10 personas, y la pobreza extrema es de 4 por cada 100 habitantes.⁵

_

⁴ Instituto Nacional de Estadística INE. "Reportes Estadísticos". Sede Puerto Barrios, Izabal 2012.

⁵ Directorio Electrónico de Guatemala. "Aspectos Demográficos del Municipio de Puerto Barrios" Visto: 04/14 http://www.deguate.com/municipios/pages/izabal/puerto-barrios/aspectos-demograficos.php#.VAYtLuN5OSo

Hay intereses que se acomodan a las necesidades de los que ejercen el poder como medio estratégico para mantener el control y situación de superioridad que se produce entre los actores, lo que provoca en ocasiones inconformidad y descontentos entre los mismos, lo que lleva a que se produzcan fenómenos de conflictos, rivalidad, recelo profesional e intereses de otro tipo a veces ajenos a la situación y necesidades prioritarias de la población.

El Hospital Infantil no cuenta con el personal ni los insumos necesarios para atender la demanda de la población, la comunidad exige lo que el gobierno en funciones promete. La asistencia y acompañamiento psicológico que el Hospital Infantil presta se puede considerar precario, existen diversas razones por las cuales no es efectivo sobretodo en casos de maltrato, negligencia y abuso sexual, debido a que es un trabajo en conjunto con las entidades de ley, no es un trabajo en equipo, puesto que existe rivalidad personal entre colegas lo cual perjudica a los pacientes y familiares, y finalmente los casos son archivados para el olvido, no facilitando los procesos para la integridad y bienestar de nuestros niños.

Se brinda acompañamiento y asesoramiento de emergencia al ingreso del hospital y durante el tiempo de hospitalización. Importante tanto para el paciente como para la familia, pues debido a la falta de un sistema jurídico funcional puede ser de hasta de mes y medio o más, los niños y familiares son entrevistados y acosados por diversas personas en varias ocasiones, delegados por el Ministerio Público, Organización de Derechos del Niño, del mismo hospital, PGN, INACIF, y todos preguntando las mismas averiguaciones relacionadas al hecho de abuso como un proceso "necesario" pero incapaces de compartir información para no revictimizar a los pacientes. Dentro de una entidad del estado, es necesario de mucha constancia, perseverancia, voluntad de defender y luchar. Como epesista y ajena a la institución y fuera de un partido político fue fácil observar desde fuera la falta de cooperación y el trabajo en equipo conjunto con las otras instituciones que "buscan el mismo fin", salvaguardar la integridad física y psicológica de niños y niñas. Esto bloquea de cierta manera el brindar un mejor apoyo a la población.

Dimensión Económica.

Izabal es uno de los departamentos que ofrece mayor riqueza al país, siendo Puerto Barrios uno de los municipios con mayor movimiento económico, por la fertilidad de su suelo, los recursos minerales, la accesibilidad por las vías de comunicación, los puertos marítimos y alternativas dentro del sector turístico. En este puerto se llevan a cabo importaciones y exportaciones con el Puerto Santo Tomás. La segunda actividad de importancia es el comercio, donde desde la década de 1,950 el Puerto de Santo Tomás de Castilla es operado por una empresa estatal descentralizada y autónoma, mientras que Puerto Barrios es operado por el sector privado y maneja las exportaciones de banano y azúcar, que son la principal fuente de economía. La Portuaria, una de las entidades más importante de Puerto Barrios, es de las que genera más empleo y de las que mejor paga a sus empleados. Su agricultura está muy desarrollada, delimitándose en el lugar extensos cultivos de banano, plátano, hule, arroz, maíz, piña y frutas propias del lugar cálido. Y entre sus principales productos de exportación está el café, chicle, frutas y maderas tropicales; y la explotación del subsuelo para la extracción de minerales. Sus dos puertos tienen la capacidad para atracar buques de gran calado en sus muelles, constituyéndose en puntos esenciales de intercambio internacional en el Océano Atlántico⁶. Cuenta también con instalaciones deportivas y turísticas, así como diversas zonas para la práctica de la pesca.

Considerado un lugar turístico de Guatemala, existe gran variedad de comercios y restaurantes de comida típica del lugar, hoteles, lugares recreativos, de descanso y balnearios. Sin embargo, hay mucho comercio informal debido al tamaño del municipio. Cuenta con dos mercados en el área urbana, siendo este un medio informal que proporciona mayores oportunidades de empleo para las personas de escasos recursos, sin escolaridad, y edad mayor. Así mismo, hay otras fuentes de trabajo como ser taxista, piloto de microbuses, o tener un negocio de comida, bares, pacas, salones de belleza, clínicas privadas y spa, trabajar en agricultura, dedicarse a la pesca, tanto para el consumo interno como para la comercialización hacia el resto del país.

⁶ Izabal – Revista. 2014 Revista GTCIT Magazine. http://www.gtcit.com/izabal_guatemala/

⁷ Chang Sagastume, Germán Rolando. "*Monografía del Departamento de Izabal, Ciudad de Puerto Barrios*" 2da. Edición, Guatemala 2006.

La población que se ve afectada mayormente por falta de trabajo son de un nivel socioeconómico bajo. En Puerto Barrios las familias dependen de uno o varios de sus miembros, regularmente del padre, para la sustentación financiera de toda la familia, donde éstas suelen ser de 4-9 integrantes por núcleo familiar. La pérdida potencial de los jefes del hogar (mujer u hombre), representa serias consecuencias que pueden trascender a los demás miembros en forma de cambios en los patrones de actividades y el rendimiento escolar en los niños, la alimentación, oportunidad de empleo y estudio, y hasta la misma dinámica familiar debido a que otros integrantes del hogar con menos experiencia se harán cargo de esas funciones vitales. Muchas personas, en especial jóvenes y padres de familia por necesidad y a falta de un empleo seguro, estable, con sueldo fijo, se embarcan para poder subsistir, generando esto en muchas ocasiones abandono y/o desintegración de la familia.

La pobreza y el analfabetismo pueden influir y tienden a elevar el riesgo de adquirir enfermedades, factores de riesgo ante la violencia, maltrato, negligencia y abandono especialmente en los menores y recién nacidos, privándolos en muchas ocasiones de sus necesidades básicas.

Entre los factores determinantes que influyen en el limitado acceso a los servicios de salud está la distancia entre las poblaciones rurales y los centros de salud, la situación de pobreza en la que viven estas poblaciones, falta de medicamentos, atención especializada y seguimiento de los casos, así como servicios básicos disponibles, falta de educación e información sobre el maltrato, la vulnerabilidad de la que son parte y cómo educar a los hijos.

El Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" es el único hospital pediátrico en Guatemala, convirtiéndolo en una entidad de salud muy importante en la región nororiente del país, que pese a las múltiples limitantes brinda atención de forma gratuita y cuenta con farmacia. En su mayoría la población que asiste al "Infantil" proviene de familias de escasos recursos, pero no es la regla, pues también asisten pacientes provenientes de familias con mejores posibilidades económicas, algunos propietarios de fincas agrícolas y de ganado, con negocios propios, y otros con

familiares en el extranjero, en los Estados Unidos, de los que reciben remesas, etc. Los niños son referidos de todos los municipios del departamento de Izabal y de los departamentos vecinos, inclusive frecuentando también población de comunidades hondureñas fronterizas. Sin embargo, el hospital no cuenta con el personal ni los insumos necesarios para atender a la demanda de la población.

Pacientes con DPC (desnutrición proteico-calórica; crónica y aguda en relación al peso y talla para la edad del niño), provenientes en su mayoría de comunidades recónditas, requieren de una recuperación larga y obligados a quedarse solos debido a que los padres tienen que cuidar al resto de sus hijos en casa y deben seguir trabajando. Las familias son numerosas con un sueldo mínimo y precario, lo que no les permite tener una buena alimentación y una vida más saludable. Por otro lado, están los casos de niños abandonados o que por negligencia de los padres y encargados su salud se ve afectada y caen en estados reprobables, a veces regresando de nuevo en lapsos cortos y volviéndose historiales en el hospital con un expediente grueso de ingresos constantes.

Otra de las dificultades que enfrenta la población es el transporte desde las comunidades hasta la institución, debido a que las distancias por lo general son largas y de poco o limitado acceso, el pasaje es un tanto elevado y con restricción de horarios. Incluso algunas comunidades no son accesibles por carretera como el caso de Livingston.

Todas las entidades del Estado se encuentran sobrellevando una situación económica inestable e insegura, sueldos atrasados, falta de insumos y suministros, entre otros, y el hospital no es la excepción. La comunidad exige lo que el gobierno en funciones promete "salud gratuita" (medicamentos y atención médica y en salud), lo cual convierte todo el movimiento en una lucha entre personal, profesionales y población atendida, pues no se logran cubrir todas las demandas y necesidades de los usuarios.

Los servicios se ven afectados, hay merma de los medicamentos a pacientes de la consulta externa, y si bien es cierto que a partir de mediados del presente año se empezó a atender hasta las 7 de la noche en la consulta externa, la atención no es del todo la adecuada, médicos que atienden en consulta externa y emergencia, a veces no se dan

abasto. De parte de los trabajadores y personal a cargo por políticas y puestos de trabajo, entre ellos se ha generado mucha rivalidad y celo profesional que convierte al servicio muchas veces en negligencia en asistencia en salud o se prioriza otras áreas que de momento no son las de atención más inmediata. El hospital infantil continúa atendiendo consulta externa, emergencias y encamamiento, pero la estadía de los pacientes es demasiado prolongada por la falta de insumos y administración de los mismos y la población expresa sus precariedades de diferentes maneras, mientras otras callan o se alejan. Cuando el personal a cargo detecta la necesidad en estas familias, se les apoya con alimentos para el familiar que acompaña al paciente, pero queda latente la preocupación por la salud de los otros hijos que se quedan en casa a veces solos también.

Dimensión, Relacional-Social y Cultural.

En el municipio está muy arraigado los juegos de azar, también las rifas son parte de la cultura, la tradición y de la cotidianidad. Un significativo sector de la población participa a diario de una lotería clandestina llamada bolido, por lo que hablar del número ganador es un tema de conversación por las mañanas, las personas que gustan jugar esta lotería relacionan los sueños y experiencias diarias con algún número, que pueda ser el ganador. Esta lotería es fuente de trabajo para un buen número de personas, en su mayoría mujeres, que se dedican a la venta de los números.

En las áreas fronterizas con Honduras, la población se dedica al trabajo como jornaleros de fincas de ganado. Esta población tiene una marcada cultura de carácter español y mantiene vivas las tradiciones propias de la población mestiza del oriente del país (especial celebraciones religiosas). De igual manera adoptan costumbres, modismos, comidas, etc. de los poblados cercanos del vecino país.

En el Hospital Pediátrico "Elisa Martínez" la visión de salud es medicalista donde los pacientes deben tener un diagnóstico y los médicos son los únicos autorizados para realizarlos, incluso en la clínica de psicología los pacientes son únicamente citados si un médico los refiere y el tratamiento muchas veces se basa en el diagnóstico previo de este, fundamentados en el CIE-10 y registrados en la SIGSA, en pocas palabras en la mayoría

de las ocasiones son etiquetados y en algunos casos los padres de familia, maestros y/o encargados del niño creen que este está "enfermo" por padecer una situación que está afectando su entorno, su vida y no mostrarse como un niño "normal", cuando a veces solo está pasando por una problemática que afecta su estado de salud, su bienestar físico, social y emocional y en la que los adultos son los responsables de ello.

Muy pocas personas llegan al hospital conociendo sus derechos y creen que por no pagar el servicio, deben aguantar el trato y resignarse a la atención que se les brinda, desconociendo muchas veces procedimientos médicos y su derecho a una atención integral y adecuada que no dificulte o interfiera en su recuperación. La comunidad del interior de Izabal no asiste como primera instancia al Hospital Infantil, por distancia, recursos, situación o la poca importancia que le dan a las enfermedades que padecen, y son llevados en su mayoría por casos crónicos, y referidos por curanderos o médicos de jornadas médicas en las regiones. Los pacientes del casco urbano son pacientes más frecuentes en la consulta externa, pero en ellos existe un fenómeno: acuden continuamente con las mismas quejas de salud por lo que la medicina es racionada generando sospecha en el personal del hospital.

Los casos psicológicos son con menor frecuencia por no ser tomados en cuenta como situaciones o manifestaciones que afecten considerablemente su vida, o consultan solo a médicos, quienes a su criterio refieren los casos al departamento. Sin embargo, las enfermeras son las mayores detectoras de casos, algunas al conversar con los familiares, porque son conocidos o al observar el entorno y problemática en la que se encuentra el menor. Aun así consultan en su mayoría población escolar donde los niños son detectados por la maestra como "problema" o "enfermos" al no encajar o formar parte de la media del salón. Casos en donde la metodología no es adecuada para todo alumno, este no aprende, retrocede y decide mandarlo al psicólogo porque ya no lo aguanta ni al niño/a ni a los padres.

La mezcla de culturas ladina, xinca, garífuna, y sus idiomas y formas de vida caracterizan las escuelas de Izabal. Los maestros han creado etiquetas según la procedencia cultural del niño y le dan poca importancia en buscar soluciones y alternativas para cambiar y mejorar en el aprendizaje de los niños (por ejemplo se dice

que los niños xincas son más tranquilos, calmados y sumisos que los niños garífunas que son ruidosos, desordenados, desobedientes y poco controlables). Las culturas de lzabal se complementan, se fusionan e influyen entre sí, lo cual los hace una comunidad muy rica en tradiciones y formas de vida. Son gente amable, alegre, confiada y desconfiada a la vez, que afrontan sus problemas confiando en Dios como fuente de esperanza y a pesar de las diferencias se apoyan y comprometen unos con otros.

La psicología en Guatemala aún tiene una fuerte influencia del modelo biomédico, que ha desarrollado visiones naturalistas y médicalistas sobre fenómenos sociales, lo cual influyó fuertemente en la forma en que la patología pasó a ser objeto de la psicología. En este sentido, lo anormal domina con mucha fuerza el pensamiento psicológico, que ubicó esta normalidad en el sujeto, a partir de lo cual se desarrolla toda una psicopatología descriptiva y ateórica a imagen y semejanza de la semiología médico-descriptiva y su mayor y más clara expresión son el CIE-10 o DSM-IV9.

En los hospitales y entidades de salud es necesario que a los pacientes se les enmarque en un diagnóstico, ya sea por medio de test, entrevistas y observaciones que puedan explicar su comportamiento, sin tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales, económicos que influyen en las manifestaciones que son expresadas como "anormales" en las clínicas, centros de salud, hospitales, hogares, escuelas y hasta dentro del seno familiar. De tal modo que es importante tomar en cuenta el poder que el colectivo otorga al individuo, lo cual se evidencia en el poder que los médicos han adquirido ante el personal que trabaja con la salud, los pacientes y personas de una comunidad, y como lo ejercen, por lo que son admirados y escuchados. Por ello que muchas veces es necesario que sea el médico quien decida si es relevante una intervención por parte de un profesional de la psicología.

Explicado desde la llamada psicología comportamental como señala Fernando González Rey, lo social no se diferencia en su especificad constitutiva, omitiéndose completamente los procesos de producción simbólica de carácter cultural, con lo cual se

⁸ González Rey, Fernando. "LA PSICOLOGÍA SOCIAL Y LO SOCIAL EN LA PSICOLOGÍA: Nuevos Desafíos en Centroamérica". Programa Nacional del Resarcimiento, Guatemala 2006.

⁹ González Rey, Fernando. "*Investigación Cualitativa y Subjetividad*". ODHAG, Guatemala, 2006.

deificaba el estatus natural de los procesos humanos, incluidos los psíquicos. ¹⁰ A esto, que toda producción simbólica individual de los seres humanos no es necesariamente independiente del medio en el cual se desarrolla el sujeto, sino que esa producción simbólica que se crea en una cultura forma parte de cada individuo. La naturalización dominante en el desarrollo del pensamiento psicológico generó una representación de los procesos psíquicos centrada en el sujeto, lo social queda de lado pues no es considerado como determinante de los comportamientos y expresiones del ser humano. Fernando Luis González Rey dice también, la psicología comportamental que reduce la psique a formas de comportamiento y lo social a variables y condiciones aisladas que influyen en el comportamiento de las personas, lo cual indica que los individuos no son reflejo de un grupo. ¹¹ Esta es una limitante a la que se enfrenta la psicología, más evidente y significativa en las instituciones de salud pública que por razones de política nacional no se cuenta con recursos para promover la prevención y brindar una atención integral física-psico-social en base a las necesidades de la población.

Según Martín Baró, la sociedad es un sistema dentro del cual toda interacción social tiene un orden que lo hace eficaz y eficiente, 12 pero no necesariamente justa, solidaria y cooperativista. El abuso de poder, el interés político, el orden social desordenado en que nos encontramos inmersos da lugar a que toda esa estructura funcione solamente para algunos o no sea realmente la adecuada y justa en la mayoría de los casos.

Dentro de cada sistema social deben satisfacerse cuatro necesidades a las que corresponden cuatro subsistemas funcionales: a) el económico, que cumple la función adaptativa mediante la asignación de roles; b) político, se encarga de realizar los objetivos de las colectividades; c) comunitario, que define las normas de integración estratificada de los miembros; y d) el cultural que trata de mantener y transmitir los valores propios, según Parsons. Si bien un sistema es regido por ciertas normas que ayudan a que el mismo se autoregule y auto controle, es preciso que cada uno de esos subsistemas fueran equitativos y beneficien a todos y cada uno de

¹⁰ González Rey, Fernando. "Investigación Cualitativa y Subjetividad". ODHAG, Guatemala, 2006.

¹¹ IBID, González Rey, Fernando. 2006.

¹² Martín Baró, Ignacio. "Sistema, Grupo y Poder". UCA Editores, San Salvador, El Salvador 1989.

los miembros por igual. Pero en las comunidades no sucede así, lamentablemente existe un valor cultural idealizado que en muchas ocasiones no permite que sea accesible a cambios. Culturalmente ya existe una estratificación desde el punto de vista clasista y es así como incluso se van asignando los roles, lo que hace que las necesidades individuales no sean satisfactorias ni justas para todos los miembros de una sociedad, provocando descontento, apatía, alienación, falta de cooperativismo, conflictos, control y poder para otros, lo que no permite que una sociedad funcione a plenitud. Tal como señala Baró podemos confirmar que nuestro sistema si es un "orden desordenado", y teniendo claro esto debemos procurar ser un poco más objetivos y sensibles al acercarnos a las comunidades sin intervenir en su naturalidad ni imponer nuestras propias concepciones a esa cosmovisión local ante las problemáticas que enfrentan, sino más bien familiarizarnos con las comunidades. Para Maritza Montero, la familiarización no es más que un proceso de carácter sociocognoscitivo en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprehendiendo aspectos de la cultura de cada grupo. La mejor manera de iniciar un proceso de familiarización con una comunidad es dejando de lado, en la medida en que ello sea posible, los estereotipos y prejuicios tanto negativos como positivos. 13 Este proceso permite la sensibilización de los agentes externos o investigadores respecto a la comunidad, sus problemas, la detección de sus necesidades y su historicidad, aspecto clave para el inicio de la acción comunitaria y confianza en el proceso.

Todos conformamos un "sistema social", que está conformado por gran cantidad de grupos. Para Baró, el termino grupo, aplica a entidades sociales muy distintas, tanto cuantitativa como cualitativamente. Según Robert Merton, un grupo consiste en un número de personas que interactúan entre sí de acuerdo con esquemas establecidos. De ahí que la labor de la psicología sea tan compleja como para tratarla exclusivamente en una clínica, porque cada individuo proviene seguramente de un subgrupo dentro de un grupo, y este dentro de una comunidad y ésta dentro de una colectividad y así sucesivamente.

_

¹³ Montero, Maritza. "HACER PARA TRANSFORMAR: El método en la psicología comunitaria". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, Reimpresión 2007. Página 78.

Al salir más allá de la terapia individual y sacar la psicología de las cuatro paredes de la clínica, nos damos la oportunidad de conocer las características específicas de cada grupo primario y funcional, del entorno en que se desenvuelve, de los grupos de apoyo y de los que forma parte, y nos evitamos el grave error de uniformar individuos en un patrón, de etiquetar y tratar todos los casos o "diagnósticos" por igual, con el mismo tratamiento, pues "lo que es normal para uno no lo será para otro, o posiblemente, si lo sea pero no bajo los mismos criterios o bajo las mismas circunstancias". Esos criterios se forman por los tres tipos de estructuras sociales de las que habla Fernando González Rey, que influyen en el individuo: 1) las relaciones primarias, vínculos humanos que se producen en los grupos primarios y que son de carácter personal; 2) las relaciones funcionales, aquellos vínculos humanos que se producen por la división de la población, en este caso los niños; las actitudes, manifestaciones comportamentales en la escuela, los roles o papeles, juegos de niños/as y normas. Y 3) las relaciones estructurales que son vínculos que se producen por la división de clases sociales, los niños del casco urbano o de aldeas, niños garífunas, xincas, etnia quekchí, ladinos, descendientes de extranjeros, etc. Por lo tanto, estos tres tipos de relaciones expresan distintos niveles y no son excluyentes, así como el grupo primario se da en el interior del grupo funcional que a su vez ocurre sobre la base de los grupos estructurales.

Se podría decir entonces que estas estructuras son subconjuntos que se complementan y conforman un "conjunto universo". Como forma de ejemplo, la estructura primaria son cada una de las familias o grupos primarios que habitan en Puerto Barrios, cada una con sus diferentes características, creencias, formas de afrontamiento y solución de dificultades, formas de celebrar, diferentes formas convivir. Los miembros de las mismas van formando parte de los grupos funcionales, los niños a la escuela, los padres a su lugar de trabajo, al vecindario, a la iglesia, entre otros; grupos en los cuales tienen la habilidad de influir y ser influidos, maneras de ver y experimentar situaciones, y así los grupos funcionales conforman los estructurales que conforman las diferentes comunidades, diferentes culturas, con diferentes oportunidades y recursos.

Para lo anterior, la socialización que como Martín Baró la define, es el conjunto de procesos psicosociales por los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y como miembro de una sociedad; proceso de desarrollo histórico, de identidad personal y proceso de desarrollo de la identidad social.¹⁴

Condiciones de Maltrato y Abuso Sexual en la Niñez

En Puerto Barrios se presentan diversas problemáticas sociales como delincuencia, corrupción de menores, crisis económica, desempleo, pobreza, alcoholismo y drogadicción, entre otras, que repercuten negativamente en los niños, dándose un ambiente propicio para que se desencadenen las diversas manifestaciones de maltrato, violencia y abuso sexual a menores. En la sociedad guatemalteca, los patrones de crianza socio-culturales tienen una estructura patriarcal, siendo al hombre a quien se le reconoce como autoridad, con poder, el que tiene el control y más derechos. Tanto la sociedad como la cultura guatemalteca tienen entendido que los niños y niñas necesitan ser corregidos para ser hombres y mujeres de bien, siendo esta corrección de forma violenta, agresiva, autoritaria, considerándose como una "medida disciplinaria eficaz y de control en la conducta de las personas menores de edad"¹⁵ a fin de evitar que el niño presente conductas antisociales y transgredan las normas de comportamiento familiar y socialmente establecidas y de respeto hacia los adultos. Se tiene la vaga idea y creencia que dando cariño, atención y libres de maltrato son una debilidad de carácter en la relación padre-niño; siendo las medidas disciplinarias violentas las que facilitan la convivencia familiar, convirtiendo a los niños "obedientes y bien portados".

Entre los problemas encontrados, el maltrato a los niños; problema universal que ha existido desde tiempos remotos, sin embargo es en el siglo XX con la Declaración de los Derechos del Niño (O.N.U. 1959), cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas. La investigación norteamericana sitúa el comienzo de la sensibilización mundial cuando investigadores como Kempe, Silverman, Steele, y otros, en 1962 etiquetaron el

¹⁴ Martín Baró, Ignacio. "Acción e Ideología". UCA Editores. San Salvador, El Salvador, 1990.

¹⁵ García, Manuel. "Manual de Patrones de Crianza" 1995. Página 31.

llamado Síndrome del niño maltratado. No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición es todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un abuso sexual (NCCAN, 1988). Esta definición está en concordancia con la existente en el manual de psiquiatría DSM-IV.

La VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, es un delito, según el Artículo 7° de la Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia, se establece que el delito de violencia se comete cuando en el ámbito público o privado se ejerce violencia física, sexual o psicológica y otros tipos de violencia. Esta puede adoptar diferentes formas y puede ocurrir de vez en cuando o siempre. Dentro de esta violencia, puede darse el MALTRATO INFANTIL, que es toda agresión producida a los menores por sus padres, hermanos, familiares u otras personas con la intención de castigar al niño, corregirlo, o causarle golpes, insultos, abusos, o por omisión cuando se deja de atender sus necesidades básicas, como alimentación, vestuario, higiene, cuidado, protección, afecto y amor.

La ley de protección de la niñez y adolescencia incluye entre el maltrato la negligencia, discriminación, marginación, explotación, abuso, violencia, crueldad, opresión; ya sea por acción u omisión de sus derechos fundamentales.

Hay diferentes formas de maltrato, abuso, agresión y violencia; el **Maltrato Físico** sucede cuando una persona que está en una relación de poder le causa daño no accidental a un niño o adolescente, provocándole lesiones internas, externas o ambas. Entendiéndose como relación de poder cuando hay diferencia de fuerza, de edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor. Se manifiesta a través de agresiones como manadas, mordeduras, quemaduras, patadas, cinchazos, heridas, asfixia, fracturas o ruptura de diferentes órganos que pueden causar enfermedad o incluso hasta la muerte.

Un tipo de maltrato más difícil de identificar es el **Maltrato Psicológico o Emocional**, este no es observable a simple vista, como el caso del maltrato físico. Es provocado generalmente por los padres, familiares, maestros o personal encargado de instituciones educativas y cuidado de los menores, a través de agresiones directas o

de privaciones que provocan sentimientos negativos en relación a su propia persona, autoestima, valores e identidad. Se manifiesta por expresiones de rechazo, falta de afecto, insultos, falta de atención, amenazas o gritos con mensajes destructivos, limitación en iniciativas y la libertad para su desarrollo. Estas actitudes afectan la personalidad del niño, lo que les impide desarrollarse normalmente, convirtiéndose en un niño triste, tímido, temeroso, dependiente e inseguro, o en caso contrario, agresivo y violento. En este maltrato se distingue el abandono emocional, que es cuando los adultos responsables del menor le ignoran y no le proporcionan la estimación y el afecto necesario, el apoyo, la protección y la estimulación para su adecuado y sano desarrollo, el menor está carente de atención. El maltrato emocional no es más que una hostilidad verbal crónica, un bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantil, intimidación permanente, humillación, desvalorización, o bien el refuerzo de conductas antisociales, agresivas o desviadas.

El Maltrato por Negligencia y Abandono, se caracteriza por el descuido de los padres o personas encargadas con respecto a la satisfacción de las necesidades básicas (físicas, sociales y psicológicas) del niño, estas no son atendidas, de manera temporal o permanente. Las manifestaciones pueden ser: físicas (retardo en su desarrollo físico, falta salud y de higiene personal, caídas, accidentes, lesiones por exposición inadecuada a situaciones climáticas, quemaduras, intoxicaciones, trastornos relacionados con déficits alimenticios, caries, enfermedades, cansancio no habitual), conductuales (retardo psicomotor, trastornos del comportamiento, y en el ámbito escolar), de comportamiento negligente en los responsables del niño (falta de vacunaciones y de control médico, vestuario, poca supervisión y vigilancia, falta de atención y dedicación, falta de recreación, organización familiar deficiente, alimentación inadecuada) y tienen como consecuencia la lentitud en el desarrollo físico y emocional del niño y su adecuado crecimiento, enfermedades que pudieron prevenirse y una negativa participación en la vida social. Se le considera también como la forma típica de abandono infantil.¹⁶

¹⁶ Unidad de la Mujer y Análisis de Género. "*Maltrato Infantil*". Departamento de Comunicación Social, Organismo Judicial, Guatemala, C.A. 2008.

Maltrato Institucional que consiste en cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución que vulnere los derechos básicos del menor con o sin contacto directo con el niño. Cada uno de estos tipos de maltrato infantil presentan indicadores físicos y conductuales en el menor maltratado, así como indicadores conductuales y actitudes del maltratador, lo cual ayuda en su diagnóstico.

El Abuso Sexual constituye una de las principales causas de maltrato infantil, este es una serie de situaciones dinámicas y consecuencias derivadas de relaciones de índole sexual llevadas a cabo por extraños o personas cercanas a la víctima, se produce cuando una persona en una relación de poder, fuerza o confianza, involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad sexual de la que obtiene satisfacción. El abuso sexual de niños y niñas se refiere primordialmente a la imposición de contacto sexual a un menor que por sus cortos años de edad no está apto para resistir psicológicamente, ni consentir, ni oponerse a tales contactos. Hay que considerar que éstos son una forma típica de agresión doméstica, y no suelen llevarse a cabo haciendo uso de la agresividad y la violencia, siendo esta la característica que los diferencia de las agresiones sexuales. El método más común, es colocar al niño en estado de sumisión moral y afectiva, y regularmente la agresión proviene de la figura paterna, o se comete por persona vinculada estrechamente a la víctima, a su vida cotidiana y entorno familiar. Por tanto, el abuso es otra manifestación más de violencia doméstica o intrafamiliar, y de todas las formas de violencia familiar, sin dudas, el abuso sexual constituye la manifestación extrema, por lo que es más difícil aceptar y reconocer especialmente cuando las víctimas son menores, que por su desarrollo aún no comprenden el sentido ni la connotación posterior que pueda tener esta agresión.

Una conducta es abusiva, cuando es vivida y sentida de este modo por la persona, cuando es mirada o tocada de un modo que la hace sentirse intimidada, por tanto, la víctima nunca es culpable, el agresor es siempre el responsable. ¹⁷ Todo abuso y agresión sexual provoca trauma, daño físico, emocional y social y en muchos

_

¹⁷ Escamilla Rocha, Martha. "Revelando Secretos, hablando de una realidad que hace parte de una cultura de silencio". Universidad Javeriana. Actualización: febrero 22, 2013. Consultado: julio 06, 2013. http://www.susmedicos.com/art-abuso-sexual.htm

casos ETS como el Sida. Abarca desde exhibicionismo, tocar órganos genitales, participación o exposición a material pornográfico, prostitución y trata infantil, acoso y llegar hasta la violación. El motivo del ataque sexual, no es primordialmente el placer o la satisfacción sexual del ofensor, sino que tiene que ver con poder, control, dominación y humillación, indiferentemente de sí la víctima es masculina o femenina. El ataque sexual es una forma de violencia en la cual el "sexo" es utilizado como arma contra la persona de quien se abusa, dice Román González.

Entre el abuso sexual, como una forma de maltrato infantil, puede darse en diferentes tipos de agresión; la a) violación por extraños que consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina o en el ano por parte de un extraño, personas que el niño o niña no habían conocido antes del hecho; b) incesto, es toda agresión de tipo sexual, directa o indirecta, entre una niña o niño y un adulto que mantenga con éste lazos caracterizados por la confianza, afecto, amistad, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía del niño se consideran de características similares a los consanguíneos, esto incluye, profesionales, amigos de la familia, personas relacionadas con la educación y orientación de niños y niñas y con sus cuidados físico-afectivos, que por su rango representan para el niño una autoridad. Las víctimas y sobrevivientes de incesto desarrollan una serie de desórdenes psicológicos que comparten con otro tipo de víctimas. Entre los mecanismos usados por las víctimas de incesto encontramos:

- Represión, recuerdos y sentimientos son alejados de la conciencia.
- Negación, se niega en forma inconsciente sentimientos, información perturbadora.
- Proyección, dirigir hacia otra persona los sentimientos, pensamientos personales que no son aceptados por sí mismo.
- Racionalización, explicación falsa pero lógica para la persona que la construye.
- Regresión, regreso a mecanismos infantiles o etapas previas, utilizados para enfrentar tiempos de confusión y estrés.
- Actos autodestructivos, agresión y/o negligencia contra sí mismo.

c) Agresión sexual indirecta o sin contacto físico, se caracteriza por exhibicionismo, masturbación delante del menor, observación del niño desnudo, narración o proyección al menor de historias con contenido erótico o pornográfico, tomarles fotografías por placer y satisfacción sexual o comercio, a realizar actos de índole sexual para satisfacción del perpetrador o un grupo de ellos; d) Agresión sexual directa o con contacto físico, que se caracteriza por tocamientos, al masturbar a la niña o niño con fines sexuales en diferentes áreas de sus cuerpos, especialmente las zonas erógenas. Contactos orogenitales, hacer que el niño acaricie al adulto, lo masturbe o practique sexo oral, rozar el pene con el cuerpo del niño u otras partes del cuerpo para buscar excitación, penetrar la vagina o el ano con el pene, dedo y otro objeto.

En ocasiones un grupo de victimarios abusa de un niño o grupo de ellos, y cuando estos actos se acompañan de crueldad física-psicológica similares a los de la tortura, la victimización y sus secuelas se pueden convertir en problemas mucho más complejos.

Y e) Trata y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, es una forma de abuso y violencia que tiene lugar en múltiples escenarios entre distintos países o dentro de un mismo país, por lo común involucra a numerosos actores entre ellos, familias, intermediarios locales, redes internacionales delictivas, autoridades de inmigración. La mayoría de las víctimas son mujeres y niños con fines de comercio y explotación sexual. La explotación sexual comercial infantil incluye diferentes formas de violencia. Según las Naciones Unidas, los abusos pueden ser enmarcados en 3 fenómenos distintos: 1) Abuso sexual infantil, 2) trata y venta de niños y niñas con fines sexuales, ya sea entre países o dentro de un mismo territorio nacional, 3) utilización de menores de edad en pornografía. La explotación sexual infantil, es todo tipo de abuso sexual que vaya acompañado de una remuneración al niño o a un tercero, en recursos monetarios o en especie. Por su parte, la trata de menores de edad se entiende como el proceso por el cual personas menores de 18 años son reclutadas, transportadas y acogidas para fines de explotación.

Finalmente la pornografía infantil consiste en la elaboración de videos, fotografías, revistas, folletos y páginas de internet que muestran a niños, niñas y adolescentes con fines de gratificación sexual. En general, estas formas de explotación ocurren cuando

una persona adulta (un extraño, un pariente, o una persona en posición de autoridad) utiliza a un menor de edad con propósitos sexuales.¹⁸

Las consecuencias del maltrato infantil, independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de la intensidad y frecuencia del maltrato, las características y subjetividad del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, madurez, habilidades sociales, etc.), el uso o no de la violencia física, relación del niño con el agresor, apoyo intrafamiliar a la víctima infantil, acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicosomáticos. En escolares y adolescentes encontramos fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal, inestabilidad emocional, a veces incapaces de establecer relaciones duraderas, volviéndose promiscuos. Diversos estudios señalan que el maltrato continúa de una generación a la siguiente, de forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetuador de maltrato en la etapa adulta.

Si hablamos de las **consecuencias del abuso y la agresión sexual**, podemos indicar a través de estudios que la mayoría de las víctimas infantiles de abusos sexuales sufren daños severos emocionales como consecuencias de los mismos, y en muchas familias hay otros problemas familiares (adicciones, alcoholismo, abusos emocionales, discordias maritales, familias desintegradas y/o dinámica disfuncional,

¹⁸ Red Contra La Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en Izabal. "Explotación Sexual Comercial" Boletín Informativo Volumen 1, No. 1. Puerto Barrios, Izabal, Guatemala, Agosto 2008. Fuente de información: sepiensa.org.mx/.../xplotinfant

maltrato intrafamiliar, patrones de crianza, machismo y desigualdad) que igualmente son dañinos para los niños, y posterior se manifestarán como trastornos de personalidad en adultos, a veces generando un círculo vicioso de agresión y maltrato.

Las consecuencias del abuso sexual a corto plazo son, en general, devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores -familia, relaciones sociales, autoestima, etc.- en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecerse. 19

El daño puede ser físico o somático, derivadas del tipo e intensidad de la agresión; cuando media la penetración, suele generarse daño físico que comprende lesiones genitales, infecciones de transmisión sexual, vulvitis, hematomas, posibles hemorragias, enfermedades venéreas. Los efectos traumáticos suelen estar relacionados con la proporción del abuso, así con el tipo y profundidad de la relación que vincula a la víctima con el agresor y finalmente con la reacción que el conocimiento del abuso genera en la familia, sociedad y las personas de la estima particular a la víctima; las consecuencias psíquicas-emocionales, pueden abarcar depresión e ideación suicida, pobre autoestima, miedo, angustia, trastornos de conducta. Las niñas que están experimentando abusos sexuales, muestran la sintomatología propia del estrés postraumático, como temor, malestar generalizado, conductas desorganizadas, aislamiento, pánico, pérdida de apetito, insomnio, confusión, duda, vulnerabilidad e ira, junto con la inhabilidad y la madurez necesaria para manejar estas emociones.

¹⁹ Enrique Echeburúa, Et. Al. "Indicaciones Terapéuticas" TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: UN ENFOQUE INTEGRADOR. España, 2006. Página 134.

En muchos casos, esto conduce al abandono del hogar, prostitución, violencia y agresión, droga, adicciones, alcoholismo y/o intentos de suicidio. Los niños abusados tienen dificultades para sentirse personas y para crecer con autonomía, los excesos de estimulación debidos a manipulaciones brutales y a emociones perturbadoras o frustrantes los dejan en un estado sensorial confuso y evanescente: entienden que son prisioneros de la voluntad ajena, se sienten amenazados pero no pueden responder o sustraerse a ella. Todas las referencias sensoriales, afectivas y representativas se confunden cuando un niño es víctima de un abuso sensorial o afectivo que no puede integrar.

Cuando un adulto abusa de la propia fuerza y del propio poder, el niño no puede oponerse en un plano de igualdad: no posee el lenguaje, aún no es autónomo, su vida depende de los mayores. Sirviéndose del niño como objeto sexual, asustándolo y sobreexcitándolo cuando aún no es libre de elegir o sustraerse, cuando aún no está en condiciones de simbolizar las experiencias a nivel cognitivo, de expresarlas en palabras y de valorarlas por lo que son, el que abusa de él, con sus intervenciones irrespetuosas en relación con los ritmos de crecimiento y las exigencias del pequeño, puede interrumpir su proceso de humanización, «petrificarlo», con consecuencias cuyos efectos pueden hacerse sentir a muchos años de distancia.

Más allá de las reacciones inmediatas, las víctimas pueden experimentar en el ámbito personal, además de las alteraciones referidas, ansiedad, y junto a esta, autodesvalorización, teniendo una mención especial la culpabilidad, que se produce cuando la víctima se reprocha "por ser la responsable de la infelicidad subsiguiente del progenitor denunciado o de la ruptura familiar", pues en muchos casos, las madres son las que suelen hacer reproches en este sentido a las hijas victimizadas, agregando el factor cultural, y la ideología social.

El impacto de la agresión sexual está condicionado por, al menos, cuatro variables que se hallan interrelacionadas y tres respuestas específicas al daño o trauma.

 Perfil individual de la víctima, el contexto familiar donde vive es más importante que su edad o el sexo.

- 2. <u>Características de la agresión</u>, la gravedad es proporcional a la frecuencia, duración, violencia y grado con que se ha producido.
- 3. <u>Relación entre la víctima y el abusador</u>, los efectos psicológicos más graves se producen cuando el abusador es alguien conocido y de confianza para el menor.
- Consecuencias provocadas por el descubrimiento del abuso, una respuesta inadecuada del entorno de la víctima puede complicar el proceso de recuperación.

El estrés es una alteración del equilibrio del organismo físico, psicológico y social producido por un estímulo desencadenante que puede desaparecer en cierto tiempo o dependiendo de las circunstancias puede persistir por un periodo largo o permanente. Un desorden se produce cuando una persona normal se expone a una situación anormal y surge un desequilibrio de las funciones mentales consecuencia de haber sido expuesta a un evento traumático y no como una enfermedad mental endógena como tal. Y el trauma es el resultado de la exposición a un estrés extremo, experimentado directa o indirectamente si se caracterizó por el desarrollo de síntomas especiales.

En una agresión sexual se pueden presentar tres diferentes etapas por las cuales pasan las víctimas que han vivido una agresión sexual. ²⁰ La Primera Reacción, es la etapa que va de minutos de haber sucedido el abuso y/o agresión a cuatro semanas aproximadamente, dentro de la reacción se encuentran comportamientos como tener pensamientos recurrentes del evento sucedido, sentimiento de autodesvalorización en todos los aspectos, hasta el hecho de sentirse sucio y en la mayoría de los casos culpable. Hay un miedo latente, la víctima evita el contacto con el exterior y busca refugio al estar encerrada. La Segunda Reacción abarca de las 4 semanas a los 12 meses de haber sucedido el evento, en esta etapa la víctima suele presentar cierta sintomatología que la caracteriza por presentar depresión, melancolía, bajo nivel de autoestima y autoconcepto, cambios severos en relación al estado de ánimo y humor, y en algunos casos pensamientos e ideas suicidas. Y la Tercera Reacción, que va de

28

²⁰ Ministerio Público, Fiscalía Especial de la Mujer. República de Honduras. "Guía de Orientación sobre la Evaluación Psiquiátrica y Psicológica en Casos de Violencia contra las Mujeres". Fondo de Población de las Naciones Unidas, Litografía López, S. de R. L. Tegucigalpa, Honduras 2010. Página 28.

los 12 meses en adelante, y se caracteriza por el ritmo de vida que continúa llevando la víctima, principalmente por conductas de tranquilidad y temor, miedo con grado de angustia o terror, negación de ayuda psicológica, pérdida de interés por cosas habituales en las que antes solía mostrar interés.

La respuesta al trauma de la violación, puede presentarse en agresión, incredulidad, toma de conciencia de la realidad de la agresión, estado consciente de supervivencia siendo este el fin de la agresión o escape.

El ciclo de recuperación posterior al trauma conlleva a un estado de shock, negación de lo ocurrido, depresión, cambios de estado de ánimo, cólera, reflexión sobre lo sucedido, y aceptación de ayuda y cambio. De forma concluyente se puede decir que las consecuencias del maltrato, el abuso y la violación son devastadoras para la vida del niño y el adolescente, generando síntomas, conductas y comportamientos no habituales en su personalidad y para su edad.

Fases del abuso sexual.²¹

- a) <u>Fase de atracción o seducción</u>: acceso y oportunidad a la víctima, hay una relación entre la víctima y el ofensor, donde manipula la dependencia y la confianza del menor, prepara el lugar y el momento del abuso. Existe una incitación conductiva de participación usada por el ofensor para envolver al niño o adolescente por medio de regalos o juegos.
- b) <u>Fase de interacción sexual</u>: proceso gradual y progresivo, que puede incluir comportamientos exhibicionistas, voyerismo, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc.
- c) <u>Fase de instauración del secreto</u>: el abusador generalmente por medio de amenazas impone el silencio en el menor, a quién no le queda más remedio que adaptarse. Madre y hermanos u otros familiares-conocidos, suelen ser ausentes o cómplices del abusador.

29

²¹ Mejía Ninette. "Fases del Abuso Sexual". Documento 784. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Psicoterapia Infantil. Guatemala 2010. Página 6.

- d) <u>Fase de revelación</u>: puede llegar o no, por cuestiones sociales los abusos suelen quedarse silenciados, e implica un quiebre en el sistema familiar. Esta fase puede ser accidental o premeditada, a causa del dolor, cambios y sintomatología física- emocional, enfermedades que requieren chequeo médico de carácter urgente en niños pequeños, o al llegar la adolescencia del abusado.
- e) <u>Fase represiva</u>: generalmente, después de la divulgación la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir "como si nada hubiera pasado". Otras veces por la revictimización que se da en el proceso de denuncia.

Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (Summit, 1983 y Courtois, 1988). Las respuestas que los sobrevivientes desarrollan frente al maltrato, abuso sexual y al incesto, en donde los niños se enfrentan a problemas y a un dilema cuando han intentado comunicar su experiencia, y contar con coherencia y de inmediato de la agresión sufrida.

- <u>El secreto</u>, impuesto por la manipulación, amenaza, violencia, chantaje o "en nombre del amor", es una coerción muy dañina que acompaña a la violencia, y que posterior surge la respuesta hostil y cínica del ofensor, desacreditando a la pequeña víctima o al adolescente.
- Impotencia, sentimiento de indefensión, vulnerabilidad y soledad aprendidos por la víctima en una familia en la cual amar es igual a coerción, violencia, explotación, maltrato. Hogares donde hay más peligro en la familia que en los extraños.
- Atrapamiento y acomodo, Según Courtois y Summit se refiere al aprendizaje doloroso de la víctima de sentirse atrapada, traicionada, culpable y no escuchada.
- <u>Divulgación retrasada</u>, revelación diferida, contradictoria, conflictiva y poca o no convincente, serie de formas para revelar el maltrato y el abuso sexual sufrido.
- Retractación de la víctima, si la familia no la apoya, y la justicia le agrede de distintas formas hay una buena probabilidad de que la víctima se retracte.

Algunos agresores fomentan el silencio de la víctima engañando, convenciendo o sugiriéndole a esta que lo que ha ocurrido es un secreto compartido, en otros casos es una amenaza directa.

Debido a la naturaleza clandestina de las actividades relacionadas con el abuso a menores, es difícil conocer el número real de víctimas del maltrato, del abuso y de la explotación sexual infantil, son pocos los que se atreven a denunciar y mantenerse firmes debido al miedo, a las amenazas, a la falta de información y en otras ocasiones por la misma complicidad con la problemática, los mitos, los tabús y la carga de las representaciones sociales que se tienen. La respuesta de los padres ante el descubrimiento del abuso puede ser para la víctima un indicativo de que la ofensa es más grave y vergonzosa de lo que el menor había percibido al principio. Los padres así pueden sobre actuar, adoptar actitudes histéricas, reñir, desvalorizar, castigar, culpar o simplemente "olvidar el asunto", sin embargo, en algunos casos son los propios progenitores quienes explotan las circunstancias victimarias para su propio beneficio, comerciando con la imagen del niño o la niña en el mercado de los medios de comunicación.

El abuso sexual de un niño constituye siempre un acto de violencia que atenta contra su vida, si en muchas ocasiones las huellas físicas del maltrato desaparecen con el tiempo, ello no significa que las consecuencias se desvanezcan. En la mayoría de los casos las lesiones psicológicas y los traumas son profundos, no siempre evidentes, y tampoco hay una conducta única y específica que evidencie que un niño o niña ha sido maltratado y abusado sexualmente.

Sin embargo, niñas víctimas de abuso sexual, se puede identificar en la población el miedo a la oscuridad, a lo desconocido, reflejando un sentimiento miedo, de culpa y silencio. Las reacciones de los niños internos y pacientes del Hospital Nacional Infantil "Eliza Martínez", pueden cambiar repentinamente a una de aferramiento excesivo hacia el personal, con gran necesidad de afecto, atención y contacto físico, y al mismo tiempo períodos de agresividad al verse frustrados, pueden llegar a pegar y morder a quienes les dan cuidado y afecto, como mecanismo de defensa y descarga de enojo e ira por el sentimiento de culpa, de traición que manejan.

Las formas de estigma no solo se experimentan por las personas que fueron víctimas de maltrato y/o abuso sexual, también en muchos casos se sufre por las personas estrechamente relacionadas con ellas, como la familia o los cuidadores de salud. Por tanto, el estigma y la discriminación también se dan en contextos institucionales, un trato diferente en la escuela, en el hogar, con la familia, los amigos, el vecindario, e incluso en la iglesia u otros grupos sociales a los que se esté vinculado.

El estigma físico puede comprender desde el aislamiento, abandono hasta la violencia. Y esa expresión puede ocurrir en muchos lugares, desde el propio hogar, reuniones sociales o espacios públicos, lugares de trabajo, escuela o contexto sanitario. Otra forma es verbal, que puede ser directo o indirecto. Se presentan en consistentes especulaciones, rumores, expresiones sobre la persona o sobre su vida, en muchas ocasiones haciéndola sentir culpable con expresiones de burla, insultos, amenazas, de vergüenza y culpa como reproches y culpabilización por "haber traído la desgracia y la vergüenza a la familia", también son frecuentes las etiquetas, sentimientos de lástima y/o palabras denigrantes y que desvalorizan aún más al involucrado.

En el 2009 se decretó la Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, decreto 9-20009, que "tiene por objeto prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, la atención y la protección de sus víctimas y resarcir los daños y perjuicios ocasionados" (Artículo 1). Asimismo contempla penas relativas a estos delitos adicionándolos al Código Penal (Artículo 20).

Centrando la problemática acerca del abuso sexual contra la niñez que se presentan en el Hospital Nacional "Elisa Martínez", se ha podido detectar que las personas que atienden estos casos por parte del Ministerio Público, son personas que tienen poca sensibilidad, ya que suelen ser punitivas, y en la mayoría de los casos, siempre tienen que tener ayuda por parte de alguna de las dos psicólogas del hospital que han tenido más contacto con el paciente y mayor disponibilidad y habilidad para crear en el infante un estado de confianza para poder hablar acerca del trauma atravesado.

El contexto emocional familiar constituye naturalmente una variable de suma importancia. Es bastante frecuente el quiebre de pareja posterior a la aparición del

diagnóstico, lo que en muchos casos no deriva en separación sino que convierte la convivencia en un verdadero infierno relacional. Es un patrón recurrente que los padres se retiren del niño, alejándose de las actividades escolares y no participando en los cuidados de salud. La madre se encuentra sola con la problemática, en permanente conflicto de pareja, culpabizándose el uno al otro, y con mucha frecuencia severamente deprimida. De esta manera los niños viven en un contexto familiar de marcado sufrimiento, que los mantiene en un estado de alerta, preocupación y expectación vaga, así como de sentimientos de pérdida y ruina que son conscientes y aparecen recurrentemente en las pruebas proyectivas.

Una de las formas es la marginación, considerado como un factor de riesgo que contribuye a manifestaciones de maltrato infantil y abuso sexual dentro del núcleo familiar, algunas de las causas y/o consecuencias la desintegración y disfunción familiar. Estas familias se encuentran en riesgo debido a que diariamente se enfrentan a la delincuencia, falta de convivencia familiar, despreocupación por la educación de los hijos, en muchos casos, padres que no ayudan en el hogar, en las tareas de los niños, y no les exigen tampoco que las realicen. Estas alteraciones de la familia pueden llegar a generar varios riesgos para sus integrantes o para la sociedad, es decir, la misma familia puede llegar a ser un factor de riesgo social, siendo los más vulnerables a ser afectados los niños y las niñas, privándoles o desviándoles su desarrollo normal.

Es frecuente que esto tenga también un efecto negativo en la adherencia al tratamiento, ya que, como hemos visto, muchas veces las crisis emocionales de las madres interrumpen los cuidados hacia los niños, generando serios problemas médicos. De manera complementaria y con cierto matiz paradójico, las madres y cuidadores suelen sobreproteger a los niños en extremo. Las actividades normales de contacto con otros niños, deportivas y sociales son limitadas más allá de lo razonable, tanto por motivos de salud (miedo a daños físicos, y sufrimiento) como temor a otras personas lleguen a lastimarlos o surjan discriminaciones dirigidas hacia el niño. Esto aporta a percepción de hostilidad que el menor tiene en el mundo, aportando a su inseguridad básica y a la expectación ansiosa que suele ser acompañado.

Hay actitudes características del familiar que acompaña al niño maltratado o abusado sexualmente, que está interno en el hospital, las más relevantes son el poco interés acerca de la seriedad del problema y la evolución del padecimiento que presenta el niño, visitas cortas y repentinas o abandono del niño en el hospital, incredibilidad en la problemática y falta de interés y colaboración en el proceso de denuncia y ayuda a la víctima.

Representaciones Sociales (RS) con relación al Maltrato y Abuso Sexual Infantil.

Siempre tenemos necesidad de conocer el mundo que nos rodea, de ajustarnos a él, conducirnos en él, amaestrarlo física e intelectualmente, identificar y resolver los problemas que nos presenta, y por qué no de tener el control. Por esto fabricamos representaciones y en la misma forma en que frente a este mundo de objetos, de personas, de eventos o ideas no estamos solamente equipados con automatismos, en esa misma forma no estamos aislados en un vacío social. Este mundo lo compartimos con los otros, nos apoyamos en ellos (a veces en la convergencia y a veces en el conflicto) para entenderlo, administrarlo o enfrentarlo. Por tanto, es que las representaciones son sociales y tan importantes en la vida cotidiana, porque nos guían en la forma de nombrar y definir juntos los diferentes aspectos de nuestra realidad, en la forma de interpretarlos, tomar una posición frente a ellos y eventualmente defenderla.²²

Llamadas imaginarios sociales, imaginarios porque son construcciones de conceptos o ideas intangibles, es decir, que solo existen en la mente, y sociales porque hacen parte de un grupo o comunidad perteneciente a la sociedad. Es decir un imaginario social es un esquema construido socialmente. Y de acuerdo con Serge Moscovici, estas construcciones mentales y simbólicas se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; son maneras específicas de entender y comunicar la realidad, que influyen en las personas al mismo tiempo que son determinadas por éstas, a través de sus interacciones. Aluden a una forma particular del conocimiento que moldea el comportamiento y la comunicación entre las personas. Las define como un

²² Jodelet, Denise. "Representaciones Sociales" Consultado: septiembre de 2014. http://es.scribd.com/doc/142405537/Representaciones-Sociales-Denise-Jodelet-pdf

"conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, y estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar.²³

Según Maricela Peréa, las RS tienen una doble finalidad; 1) permitir a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos de modo asimilable y comprensible para ellos. Y 2) como mecanismo de justificación para un comportamiento o toma de posición, permitir explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación. Las RS son la "representación mental que constituye algo simbólicamente ausente". Según Moscovici y su teoría, plantea que en las RS no hay distinción alguna entre los universos internos y externos, entendiéndose subjetivo y objetivo. E. Durkheim caracteriza a las RS y dice "tienen un carácter simbólico, representa algo o alguien". Denise Jodelet anota que las representaciones sociales designan el saber del sentido común, una forma de pensamiento social, en tanto que sus contenidos manifiestan la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Y de acuerdo con Jodelet, la "noción de representación social involucra lo psicológico o cognitivo y lo social, argumentando que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que se reciben a través de la sociedad (pensamiento social). Define las representaciones sociales como una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica, la que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social". 24

Las representaciones sociales se expresan en la forma en que las personas hacen suyos, durante las interacciones sociales, los sucesos de la vida diaria y las informaciones que circulan sobre los mismos, su propia experiencia y los modelos de pensamiento que reciben. De esta manera, las representaciones sociales refieren a

_

²³ Álvaro, José Luis. "Representaciones sociales". Diccionario crítico de las Ciencias Sociales.

²⁴ Mora Martín. "La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici" Athenea Digital 2. México, 2002. Página 7-12.

una forma de conocimiento específico conocido como "sentido común"; es decir, un conjunto de conocimientos e imágenes que se construyen y comparten de manera espontánea, y que es reconocido por todos los miembros del grupo.

Vistas de esta forma, las representaciones sociales son conocimientos compartidos que se relacionan de manera directa con el sentido común de las personas, debido a que parten de su propia realidad. Asimismo, son un producto social, porque el conocimiento que se genera se comparte colectivamente; además, dotan a los sujetos del mundo simbólico propio de los grupos sociales. De allí que, las representaciones sociales son una forma de expresión que refleja no solo identidades individuales sino también sociales.

En la dinámica de las representaciones sociales, Moscovici distingue dos procesos que explican cómo lo social trasforma un conocimiento en representación colectiva y como esta misma modifica lo social. Estos son: la objetivación y el anclaje.

1) La Objetivación: lo social en la representación. Este proceso puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante, donde la representación permite cambiar percepción y concepto. "Objetivizar es reabsorber un exceso de significados materializándolos" (Moscovici, 1976). La experiencia cotidiana nos ayuda a ello. Este proceso va desde la selección y descontextualización de los elementos hasta formar un núcleo figurativo que se naturaliza enseguida. Es decir, lo abstracto como suma de elementos descontextualizados debe tornarse en una imagen más o menos consistente en la que los aspectos metafóricos ayuden a identificarla con nitidez.

Se constituye así un edificio teórico esquematizado que cumple las siguientes funciones: a) un punto común o mediador entre teoría científica inicial y su RS; b) lo que en la teoría es exposición general, abstracta e indirecta de una serie de fenómenos, pasa a ser traducción inmediata y funcional de la realidad que sirve al servicio de las personas comunes; c) asocia diversos elementos en un foco explicativo, con una dinámica propia y funcional; y, d) permite a la representación social convertirse en un marco cognitivo estable y orientar tanto las percepciones o los juicios sobre el comportamiento como las relaciones interindividuales.

2) El anclaje: la representación en lo social. Segundo proceso que se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. La intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos.²⁵ La representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella. Se inserta en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad, adquiriendo una función reguladora de la interacción grupal que permite utilizar la representación como un sistema de interpretación que guía la conducta colectiva. Así como la objetivación hace visible cómo los elementos de la ciencia se articulan con la realidad social, el anclaje visibiliza la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y cómo se expresan.²⁶

La utilidad práctica de las representaciones sociales deriva entonces no solo del hecho de ser un modo de conocimiento, sino también una forma de pensamiento social que determina las conductas de los miembros de una colectividad. En ese mismo sentido, Darío Páez apunta que las representaciones sociales tienen cuatro características:

- Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción; o sea, descontextualizan algunos rasgos de este discurso.
- Descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.
- Construir un mini-modelo o teoría implícita, explicativa y evaluativo del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto.
- El proceso reconstruye y reproduce la realidad, otorgándole un sentido y procura una guía operacional para la vida social, para la resolución de sus problemas y conflictos.²⁷

Por último, para los fines del presente estudio, es importante señalar que todas las familias poseen una serie de creencias, mitos, formas de pensar y actuar sobre las personas menores de edad y sobre lo que significa ser niño(a) y adolescente en su

37

Jodelet, Denise. "Pensamiento y Vida Social" Cap. La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría. Pág. 13-18.
 CONACMI "Las Representaciones Sociales sobre el Abuso Sexual con énfasis en el Incesto" Plan Internacional Guatemala y Plan Japón. Agosto 2006. Página 16.

²⁷ Op. Cit. Mora Martín. Página 8.

colectividad. Es en función de esas ideas que deciden las conductas deseables (obediencia, sumisión, respeto a los mayores, sexualidad, etc.) y la manera de reforzarlas. Las familias y grupos sociales "alimentan creencias, hijas de representaciones sociales de la infancia que provienen del acervo de la "psicología del sentido común" y son presupuestos culturales que orientan las prácticas parentales de crianza. A lo largo del desarrollo estas ideas-prácticas, van constituyendo la urdimbre de las relaciones parento-filiales.²⁸

En cuanto a la representación social de sexualidad en las comunidades se remite al tabú del sexo; este es un tema del que no se habla, especialmente con los niños y niñas, vedándoles el acceso a información científica, situación que los hace más vulnerable al abuso sexual. El análisis de las representaciones sociales sobre el abuso sexual incestuoso, se presenta a partir de las dimensiones que constituyen toda representación social (información, campo de representaciones y actitud) por cada grupo meta: partes involucradas y los actores sociales (padres, madres, niños y niñas, adolescentes).²⁹

"La violencia es múltiple y se presenta históricamente en formas diversas e irreductibles. La violencia tiene su propia dinámica, que tiende a entrar en una espiral de continuo crecimiento". ³⁰ Frente a las dinámicas abusivas, el niño desarrolla mecanismos de adaptación que le permiten sobrellevar la situación violenta, que cada día va en crecimiento.

²⁸ "Representaciones sociales de la infancia y socialización", en www.edioc.es/libroweb/3/11

²⁹ Op. Cit. CONACMI, Agosto 2006. Página 69.

³⁰ Martín-Baró, Ignacio. "Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica" El Salvador, 1990. Pág421.

CAPÍTULO II. REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la definición de Gonzáles Rey, la subjetividad expresa diferentes formas de la realidad en complejas unidades simbólico-emocionales, en las que la historia del sujeto y de los contextos sociales productores de sentido donde se halla inserto son momentos esenciales en su constitución. Lo que hace, entonces, en su definición es articular todo: por un lado, la historia del sujeto y el contexto, que le va enviando estímulos que hacen que se tenga que redefinir. Y, por otro, lo emocional adquiriendo una entidad que antes no tenía.

La subjetividad es la constitución de la psique en el sujeto individual e integra también los procesos y estados características a este sujeto en cada uno de sus momentos de acción social, los cuales son inseparables del sentido subjetivo que dichos momentos tendrán para él (Gonzáles Rey, 1997).

La ley considera como niño(a) a toda persona desde su concepción hasta los 13 años de edad, y adolescente desde los trece hasta que cumple los dieciocho años. "El abuso o maltrato a menores abarca toda forma de violencia o injuria física o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (Organización Mundial de la Salud, 1999). Por tanto, es toda acción u omisión que interfiera negativamente en el adecuado crecimiento y en el sano desarrollo físico, mental, emocional y social de un menor, producido de manera intencional y no accidental por un adulto de quien el niño esté o no bajo su responsabilidad y cuidado, sea cercano o establezca alguna relación con el menor, generando lesiones físicas leves, moderadas o graves, de gran intensidad y múltiples conflictos en su vida psico-afectiva, tales como frustraciones y traumas de orden emocional.

El niño que es maltratado al interior de su familia experimenta en forma permanente la paradoja de ser dañado por quienes son responsables de su protección y cuidado:

sus propios padres, ello le genera una enorme contradicción y vulnera su capacidad para confiar en los adultos y en el mundo en general (Barudy, 1998, 1999).

Artículo 19 - Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF).

1) "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de prejuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. 2) Esas medidas de protección deberían de comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial."

El niño y el adolescente pueden sobrellevar ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social, y su ocurrencia puede ser antigua, reciente o recurrente. "El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial" (UNICEF, 1989). Se da en todas las sociedades, culturas, razas, niveles educativos, económicos y sociales.

El maltrato infantil ha causado gran impacto en nuestra sociedad, debido a la influencia negativa sobre algunos menores, generalmente dicha agresión es generada por los padres, familiares, encargados, maestros o terceras personas muy cercanas a estos. Hay diferentes tipos de maltrato, unos entrelazados con otros problemas, daños que influyen de una manera u otra en la conducta del niño, lo que determina un desempeño negativo de estos en la sociedad. Todo tipo de maltrato influye directamente en el niño, marcando su vida, dejando secuelas y traumas, que si no se le brinda un acompañamiento psicoterapéutico, el niño puede experimentar crisis emocionales, afectando indirectamente sus círculos personal, familiar y social. Todo niño maltratado y abusado necesita ayuda, y debe ser atendido con un trato justo, respeto, paciencia, brindándole seguridad, apoyo inmediato, emocional y que sea integral.

Las múltiples formas del maltrato se han clasificado en cuatro grandes grupos: el maltrato físico, el maltrato emocional (o psicológico), la negligencia o abandono y el abuso sexual. En el abuso sexual se incluyen tres formas distintas de comportamiento: intrusión, tocamiento genital y otros actos de abuso sexual no específico, se contempla aquí la explotación sexual comercial y la pornografía.³¹

Con respecto a la violencia sexual se encuentran: la perspectiva de los agentes de salud de priorizar el hecho violento y no a la persona, esto limita una respuesta psicológica de atención en crisis, lo que es válido para fines estadísticos o seguimientos de protocolos de intervención a víctimas de maltrato y abuso sexual, sin embargo, es pertinente tomar en cuenta aspectos como cultura, diversidad étnica, patrones de crianza, imaginarios sociales, situación psicosocial y económica, y accesibilidad a los centros de asistencia e instituciones que brindan ayuda a la problemática. La forma de ver el problema desde la perspectiva de las personas involucradas, como interpretan las personas la violencia, la pertinencia cultural en la atención por parte de las instituciones, la valoración que le dan las víctimas a una atención psicológica más allá de un seguimiento de la atención en crisis, que nivel de valoración le dan a un acompañamiento psicosocial, qué tolerancia tienen estos hechos violentos, nivel de naturalización manejan con respecto a la violencia, todas estas interrogantes son necesarias de conocer pues serán punto de partida para contribuir a iniciar la sensibilización de este tema. Para esto es importante darle atención a la socialización "entendido como aquellos procesos psicosociales en los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y como miembro de una sociedad"32

A través de observación, entrevista con Psicóloga y Trabajadora Social del hospital, representantes del Comité de Atención a la Víctima de Maltrato Infantil y Abuso Sexual -COMIAS-, Unidad de Atención Integral, VIH-, Psicóloga del MP, Trabajadora Social de DDHH, revisión de expedientes y seguimiento inicial de casos, se encontró que la problemática que más afecta a la población es el maltrato infantil y/o abuso sexual en menores; y según estadísticas de estudios de

.

³¹Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. "Violencia, Bioética y Salud Pública" -UNFPA-, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Editorial LEGIS S.A. Bogotá D.C. Colombia 2010. 163 páginas.

³² Martí-Baró, Ignacio. "Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica". 4ta. Edición, Editorial Talleres Gráficos UCA. El Salvador, 1990. Página 115.

instituciones gubernamentales y no gubernamentales se pudo observar que también es uno de los problemas que más afecta a la niñez y adolescencia guatemalteca, principalmente en el Municipio de Puerto Barrios, Departamento de Izabal, donde se han reportado más casos de esta índole.

La violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en todas sus formas y en especial el abuso y maltrato infantil pasa en muchos casos desapercibida como fenómeno social bien sea porque se naturaliza o porque se tolera, y en muchos de los casos solo queda como sospecha, pues lamentablemente no se denuncia, a veces porque en la misma familia está el agresor, hay cómplice(s) que terminan callando el hecho, y otras veces por el miedo inminente a la estigmatización por la sociedad.

La violencia verbal es la modalidad más frecuente, sin dejar a un lado el abandono y la negligencia a las necesidades básicas del niño, seguida de esta el maltrato físico y finalmente el abuso sexual, que día con día se ha ido incrementando, según algunos datos estadísticos registrados en el hospital, ministerio público e instituciones involucradas. Uno de los problemas observados y encasillado es que los padres aún creen que educando al hijo es a golpes y castigo, y tanto el niño como la familia y algunos maestros consideran que esto es bien merecido por "portarse mal y no hacer caso".

Otro imaginario social en el que se basan es que el adulto manda y tiene la razón, mientras que el niño es el que obedece y no debe discutir. Martín Baró refiere que el poder permite a quién lo posee, imponer su voluntad a los otros, pasando por encima de motivaciones personales y razones sociales. Por ello es necesario que el enfoque y el acompañamiento sea integral, tanto con el niño como con la familia, maestros e instituciones involucradas que reciben y registran estos casos. Darle atención a las nuevas generaciones, la concientización sobre este tema en las instituciones intermedias como la escuela, trabajo, grupos sociales, etc., y la familia como fuente primaria de socialización genérica "entendida desde aquellos procesos psicosociales en los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y miembro de una sociedad"³³

³³ Martí-Baró, Ignacio. "Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica". 4ta. Edición, Editorial Talleres Gráficos UCA. El Salvador, 1990. Página 115.

En el Hospital Infantil de Puerto Barrios, Izabal, se cuenta con una Clínica Integral para casos de VIH, la oficina del Apoyo Psicosocial donde atiende la Trabajadora Social en conjunto con la Psicóloga, se atienden casos referidos por médicos, otros profesionales de la salud o por las mismas enfermeras que observan y sospechan de algún maltrato y/o abuso sexual en los niños y niñas. Sin embargo, la falta de recursos materiales e instituciones como el espacio reducido, la demanda y la poca privacidad para atender casos de maltrato y abuso sexual hacen que la asistencia y el acompañamiento psicológico que se presta en el Hospital Infantil sea precario, poco efectivo sobre todo en casos de esta problemática emergente.

Otra de las razones es la falta o poco apoyo por parte de las autoridades hacia esta asistencia en salud, negligencia por médicos en atender estos casos, en algunos no se da un seguimiento por miedo a amenazas, y por los mismos familiares en no hacer la denuncia o dejar las cosas como están por el acomodo en el que se encuentran, falta de interés y a veces falta de trabajo multidisciplinario en equipo del personal e instituciones involucradas, pues si bien se trabaja conjuntamente con las entidades de ley, no siempre es un trabajo en equipo, puesto que existe rivalidad personal entre colegas lo cual perjudica, desespera a los pacientes y familiares por la falta de cooperación, colaboración y coordinación en la atención, se revictimiza a la víctima, y finalmente los casos son archivados debido a que no se facilitan los procesos.

En los últimos años se ha tomado mayor conciencia e importancia, creando grupos multidisciplinarios para lograr una adecuada intervención para la detección, tratamiento, rehabilitación y prevención del maltrato y abuso sexual en menores. Así como también en el ámbito político se ha trabajado para crear legislaciones que lo determinan como un delito penal.

Es deber del profesional de la salud trabajar conjuntamente con otros profesionales, en equipo multidisciplinario para el bienestar del niño, y por tanto de la familia y sociedad; prevenir, erradicar mitos y representaciones sociales, patrones de crianza, círculos viciosos y formas de violencia en los niños que nos afectan a todos.

Al abordar dicha problemática, se evidencia está ligada a varios factores, cómo tradiciones culturales e históricas, patrones de crianza arraigados, padres embarcados, madres solteras, desintegración familiar con una dinámica disfuncional, donde mamá y papá se unen con otra pareja, hijos de diferentes padres, y que tiene que ver con la forma de cómo corregir y educar a los hijos, desinformación acerca del cuidado, las consecuencias y secuelas que puede tener en los niños y adolescentes.

Otras de las razones, la situación económica y oportunidades de empleo, en algunos el trabajo es a tiempo completo, a veces turnos de 24 horas y donde el niño se queda solo o debe vivir con algún familiar; vida nocturna, el turismo del lugar que conlleva a comercialización de los hijos y una trata silenciosa de niños y adolescentes desde muy corta edad.

En cuanto a la cultura que respecta a la música que escuchan en el municipio, es una influencia de tipo negativo para la población, en especial niños y adolescentes de muy corta edad, quienes crecen y ven como algo normal el abuso sexual, la violencia, el maltrato y el abuso de poder, y denigrar hacia la mujer y niños, relaciones no con una sola pareja, familias desintegradas e infidelidades.

Las percepciones de las personas no solo provienen del individuo, sino de toda la interacción con la comunidad, en como las personas tanto son influenciadas por las demás personas y así mismo influencian a la sociedad, en cómo esta dinámica puede transformar tanto el "discurso aprendido" y la realidad con la que se encuentra la persona, es por eso que se quiere encontrar las ideas y sentimientos que mueven a la sociedad, desligándolo del contexto cultural y llegar al punto en el cual podemos conocer la opinión personal de las personas con respecto a la problemática de maltrato, violencia, negligencia, abandono y abuso sexual en los menores.

Detrás de una o un niño o niña violentada, hay siempre una persona violenta, producto de una sociedad, este niño o niña también es producto de esa sociedad, la violencia contra niños, niñas y adolescentes es el resultado de múltiples factores sociales,

económicos, culturales, políticos y ambientales que se manifiestan en el nivel individual, familiar y comunitario.

Un niño que vive en una constante incertidumbre, en un clima de terror donde debe permanecer siempre alerta a las reacciones impredecibles de un adulto violento. Bajo estas condiciones experimenta una sensación de extrema indefensión, inseguridad y desamparo, generadas por la impotencia de no poder evitar el maltrato y tampoco poder solicitar ayuda. Todo ello debido al temor, pero también a la lealtad y afecto que siente por esta persona hacia la cual tiene una dependencia vital.

Con lo observado, no solo sucede en el niño maltratado, sino que de igual forma en el niño que sufre de negligencia y abandono por sus cuidadores, y aún más duro en el niño que es víctima de abuso sexual en cualquiera de sus manifestaciones. Cuando se atiende a un niño(a) en el hospital, se visibilizan estas manifestaciones; el niño presenta miedo, le cuesta confiar en los adultos, se distrae con facilidad, pues se abstrae. Aquí se evidencia lo necesario de iniciar con una terapia de juego, pues en el juego el niño expresa de forma natural todos estos sentimientos, muchas veces sin palabras. Cuando el niño va entrando en confianza poco a poco va verbalizando lo que le pasa, lo que siente, lo que desea y necesita. Por otro lado, la hospitalización es un evento altamente estresante para los pequeños, y junto a la situación de maltrato, negligencia y/o abuso sexual, además de la separación de sus padres o cuidadores, representa para él un impacto aún mayor en su desarrollo y salud mental. Por tanto, es necesaria una intervención y ayuda psicosocial, donde se pueda además dialogar con los padres para reflexionar sobre la problemática de violencia.

"Prevenir es mejor que curar", uno de los objetivos principales es lograr enseñar a los niños/as a crear dentro de ellos mismos mecanismos que les permitan ser asertivos, seguros de sí mismos y autoprotegerse. Así como enfatizar en la importancia del trabajo en conjunto con otros profesionales e instituciones afines a la problemática, el trabajar con las comunidades, y padres de familia para proveerles de un ambiente más estable y seguro, porque uno de los principales derechos de los niños/as es crecer en un ambiente de protección y cariño. Aprender a establecer derechos y prioridades, cualidades necesarias para triunfar en la vida.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES ENCONTRADOS

Estos los clasificamos según el grado de importancia o relevancia para la situación y necesidades de la población y que unos están relacionados y encausados con otros.

Los **problemas esenciales** encontramos: realidad multilingüe, pluricultural y multiétnica (esto en cuanto a las culturas y al idioma principalmente), la problemática en el ámbito económico, en los ámbitos salud y educación que es precario, la violación a los derechos humanos, problemas de vivienda y el sistema patriarcal (machismo).

Los **problemas emergentes** incluye el problema de globalización, violencia en contra la mujer, intrafamiliar e infantil, la problemática de las maras y pandillas, adicciones y narcotráfico, lo que conlleva a la delincuencia e inseguridad social.

Los problemas prioritarios engloban al abuso sexual comercial infantil (trata), esto por ser un departamento altamente turístico con comunicación marítima, el maltrato infantil, negligencia y abandono por parte de los padres, maestros, familiares, conocidos, vecinos, otros niños y/o adolescentes e instituciones encargadas. Entre otras problemáticas psicosociales están las pérdidas y la desintegración familiar (divorcios, padres de familia se embarcan alrededor de 8 meses, separación, nuevo hogar y familia, duelo...), y sin dejar a un lado los patrones de crianza arraigados y naturalizados, entre otros como evasión de procesos, fortalecimiento de relaciones interpersonales, autoestima e identidad, relaciones y abuso de poder en casa y en la escuela, estimulación oportuna (temprana) y necesidades especiales en niños con capacidades diferentes.

CAPÍTULO III. REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO DE ABORDAMIENTO

La psicología en Guatemala aún tiene una fuerte influencia del modelo biomédico, de tal modo es importante tomar en cuenta el poder que el médico tiene ante el personal que trabaja con la salud, los mismos pacientes y personas de una comunidad. Por ello que muchas veces la importancia de que sea el médico quien decida si es necesaria o no la atención de un profesional de la psicología, a quien refiere casos principalmente por conducta, rebeldía, mal comportamiento y cambios en el estado de ánimo.

Lo anterior se podría explicar con la teoría llamada Psicología Comportamental, "lo social no se diferencia en su especificidad constitutiva, omitiéndose completamente los procesos de producción simbólica de carácter cultural, con lo cual se deificaba el estatus natural de los procesos humanos, incluidos los psíquicos".³⁴

Por tanto, toda producción simbólica individual de los seres humanos no es necesariamente independiente del medio en el cual se desarrolla el individuo, sino que esa producción simbólica que se crea en una cultura forma parte de cada individuo.

La naturalización dominante en el desarrollo del pensamiento psicológico fue generando una representación de los procesos psíquicos centrada en el individuo, lo social queda de lado pues no es considerado como determinante de los comportamientos y expresiones del ser humano. Esta es una limitante a la que se enfrenta la psicología, y que se vuelve más evidente y significativo para las instituciones de salud pública que por razones de política nacional no cuentan con los recursos para promover la atención integral en salud física y psicológica; a veces se necesita tener contactos dentro de la institución para conseguir mejor trato y rapidez en el servicio, pues hay pocos profesionales comprometidos con su labor social.

_

³⁴ González Rey, Fernando. "Investigación Cualitativa y Subjetividad" ODHAG, Guatemala 2006.

Según Martín Baró, "la sociedad es un sistema dentro del cual toda interacción social tiene un orden que lo hace eficaz y eficiente", 35 pero no necesariamente justa, solidaria y cooperativista. El abuso de poder, el orden social desordenado en el que nos encontramos inmersos da lugar a que toda esa estructura funcione solamente para algunos o para su conveniencia y propio beneficio. "Las rutinas cotidianas constituyen la forma más importante de reproducir el orden de un sistema social, esas rutinas tienden a conformar un "sentido común", es decir, unos presupuestos de la convivencia asumidos por los grupos y personas como naturales. La supervivencia lleva a desarrollar una cultura de pasividad y bajas aspiraciones, la llamada cultura de pobreza se transmitirá de padres a hijos, haciendo de las víctimas los responsables de su no progreso y perpetuando así su pobreza y marginación". 36

Esto se evidencia en las comunidades del municipio de Puerto Barrios, pues debido a las precarias atenciones que brindan las entidades del estado son visitadas "por necesidad", según se ha observado dentro de la institución, muchos de estos usuarios llegan constantemente solo por los medicamentos aun cuando no los necesitan únicamente para venderlos, lo cual perjudica a los que si los necesitan, pues personal del hospital no sabe si de verdad tienen la necesidad privándoles del servicio y los recursos.

No obstante, descubrir por qué ciertas necesidades objetivamente reconocidas como tales, es decir, que responden a problemas que afectan a los seres humanos y que están ligadas a sus derechos (por ejemplo, en el ámbito de la salud, de la educación, de la libertad de expresión), no son sentidas como tales por las personas que sufren su privación sigue siendo un problema. La explicación no la da el concepto de ideología, como noción que explica la hegemonía de ciertas ideas, aun las de carácter negativo, que mantienen determinadas relaciones sociales, de acuerdo con ciertos intereses dominantes en la sociedad.³⁷

³⁵ Martin Baró, Ignacio. "Sistema Grupo y Poder" UCA Editores, San Salvador, El Salvador, 1989.

³⁶ IBID, Martín Baró, Ignacio. 1989.

³⁷ Montero, Maritza. "Hacer para Transformar. El Método en la Psicología Comunitaria". Editorial Paidós SAICF, Tramas Sociales. Argentina, 2007. Pág. 101.

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en el Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" Puerto Barrios, Izabal, con el programa de acompañamiento psicosocial para la prevención del maltrato y para abuso sexual infantil. La realización del mismo utilizó como base la investigación cualitativa, modelo que requiere de un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, busca explicar las razones de los diferentes aspectos del comportamiento. Investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, se basa en la observación de grupos pequeños de personas. En este caso, se tomaron como referencia a los padres de familia que frecuentan los servicios del hospital, padres de familia de hijos víctimas de maltrato, negligencia y/o abuso sexual infantil, niños y niñas víctimas de esta problemática de consulta externa y menores hospitalizados. Se llevaron a cabo también sesiones de terapia individual, grupal y familiar, donde se realizó una entrevista para obtener información relevante sobre la dinámica familiar, el sentir y pensar de cada uno respecto a la situación por la que estaban pasando.

Según Fernando González Rey, la "investigación cualitativa se orienta al conocimiento de un objeto complejo: la subjetividad, cuyos elementos están implicados simultáneamente en diferentes procesos constitutivos del todo, los cuales cambian, frente al contexto en que se expresa el sujeto concreto". Razón por la cual la estrategia de abordamiento fue la investigación-participativa, metodología que permite desarrollar a los investigadores un análisis participativo, donde los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades, en la elaboración de propuestas, soluciones y en la transformación social.

Y la investigación acción-participativa, por la necesidad del acercamiento a la comunidad y el involucramiento a conocer lo que para la población atendida es era necesario, importante, lo que en ellos despierta interés y recobra sentido; este tipo de investigación nos permite conocer la percepción de la problemática del maltrato y abuso sexual infantil y la valoración del acompañamiento jurídico y psicosocial que

³⁸ González Rey, Fernando. "Investigación Cualitativa en Psicología, Rumbos y Desafíos" Internacional Thomson Editores. México.

recibe la población afectada, y a la vez, para replantear como poder abordar la problemática de abuso sexual para procurar la rehabilitación de la vida afectiva y social del niño y adolescente. También permitió conocer la ideología del proceso de estructuración y desestructuración de la subjetividad de la comunidad, el pensamiento de los participantes, y llegar a común acuerdo para las posibles formas de convivencia pacífica en cuanto a la violencia infantil en todas sus formas. Es necesario tomar en cuenta las diferencias ideológicas de cada individuo y de cada grupo, su subjetividad y poder poner en práctica la investigación, en el sentido de "conducir a la reflexión y a la crítica mediante el rechazo de las explicaciones y modos de ver el mundo predominantes en una sociedad, pero que al mismo tiempo responden a intereses no explícitos y actúan en un desmedro de la población; ser generativos, porque incorporan una pluralidad de saberes, y al fomentar la participación, producen diversidad, contraste, creatividad, nuevas ideas, en tal sentido es también integradora pues reúne esos saberes para producir nuevos conocimientos a partir de intercambio entre ellos; ser emancipadores porque buscan a través de la acción compartida y de la participación activa la liberación y transformación de acuerdo con los intereses de las personas participantes, así son también fortalecedores pues generan procesos y fomentan experiencias de control y ejercicio del poder democrático, de desarrollo de recursos, capacidades y creatividad en los participantes; generar una relación ideológica y horizontal pero no uniformadora, entre agentes externo e internos; ser una parte de un proceso que integra la investigación y la acción, implementadas colectiva y solidariamente".39

Dado que la investigación cualitativa es un método utilizado principalmente en las ciencias sociales, basado en principios teóricos como la fenomenología, el existencialismo, la hermenéutica, se emplean métodos de recolección de datos que no son cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los sujetos de estudio. Entre los métodos o instrumentos más utilizados fue la observación, interacción y relaciones sociales, diálogo y participación de los involucrados.

³⁹ IBID. Montero, Maritza. 2007. Página 191.

Se dividieron los instrumentos en individuales y grupales. Los primeros, relacionales, como entrevistas, o aquellas situaciones en que hubo presentación de estímulos acompañado de un diálogo entre los participantes, otros más centrados en la producción individual como el caso de algunos instrumentos escritos como cuestionarios, completamiento de frases, composiciones, o la presentación de estímulos de diferente naturaleza, como fotos, láminas, dibujos, música, videos u otros, usados con el fin de producir una narración y generar ideas y propiciar la participación. Contamos también con los testimonios escritos por la persona sobre diferentes momentos de su vida, como diarios y cartas. Recordemos en este sentido el análisis psicológico presentado por Gordon Allport en su libro "Cartas de Jenny".

Los instrumentos grupales son todos aquellos que implican una actividad colectiva y el desarrollo de dinámicas grupales a partir de aquella. Estos pueden ser, por ejemplo, un cine debate, una situación de títeres en la investigación con niños, una competencia deportiva, la organización de una pieza de teatro, etc. Los instrumentos se van generando por el investigador en el contexto de la investigación, lo que no implica que no puedan usarse instrumentos que ya han sido trabajados y que han mostrado su eficiencia. El hecho de haber quedado aprisionados de forma particularmente fuerte en la psicología, a instrumentos de valor universal, incentivó el imaginario profesional de la psicología el uso de instrumentos específicos para el diagnóstico de entidades concretas. Esta situación, aunque muy fuerte en la psicología, ha sido bastante general a las ciencias sociales.⁴¹

Los implicados en el estudio sobre el tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición, sus causas y mantenimiento, utilizando diversos modelos: 1) el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984); 2) el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores-cuidadores en relación a los menores a su cargo (Larrance, 1983); 3) el modelo psiguiátrico, que considera que el maltrato

⁴⁰ Ver los anexos; ficha clínica

⁴¹ González Rey, Fernando. "Investigación Cualitativa y Subjetividad" ODHAG, Guatemala 2006. Pág. 68.

infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); 4) el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil (Crittender, 1993); y por último 5) el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias (Hilson y Kuiper, 1994). No obstante, en la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil; este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal y social. Existen en este modelo factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias y la comunidad desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil y el abuso sexual. Entre estos factores se señalan: armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos vitales estresantes. intervenciones terapéuticas familiares, sucesos apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados, etc. Entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, desarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre o madre no biológico, madre o padre no protector, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc.

El trabajo realizado fue con niños y niñas de 0-13 años, víctimas de maltrato infantil en sus diferentes tipos: físico, verbal, psicológico, emocional, sexual, negligencia y abandono. Observando los de mayor incidencia por abuso sexual y negligencia, causando problemas en su desarrollo integral.

Para poder lograr y cumplir con todos los objetivos planteados con los niños y niñas del hospital, se realizaron observaciones dentro del área de encamamiento, emergencia, consulta externa, en la clínica, en su ambiente social y familiar (algunos casos por medio de visitas domiciliarias y en audiencias). Esto ayudó a tener un

panorama amplio sobre el comportamiento, desarrollo, afrontamiento y desenvolvimiento del menor. Se aplicaron pruebas psicométricas que se adaptaron según las necesidades, aptitudes y problemáticas y que sirvieron más como pruebas proyectivas de la situación actual, sentimientos y emociones del niño. Con los padres se realizó un proceso de sensibilización y concientización para que pudieran expresar, compartir y utilizar patrones de crianza adecuados para sus hijos, y lograr una mejor dinámica familiar. Se brindó atención de emergencia, terapia individual, grupal y familiar por medio de ludoterapia, arteterapia y musicoterapia, se dieron talleres de estimulación oportuna, talleres de sensibilización y capacitación a padres de familia, personal a cargo del hospital y líderes comunitarios. Estos talleres se programaron en sesiones mensuales.

Se brindó acompañamiento psicosocial de forma individual a los niños, utilizando la terapia lúdica y de juego de Virginia Axline. Para el acompañamiento psicosocial individual y grupal se trabajó con el enfoque de la ludoterapia, arteterapia y terapia de juego no directiva, específica en esta problemática a la que las niñas y niños afectados se enfrentan. También se abordó conjuntamente al proceso, la metodología de la ruta crítica y de emergencia⁴² que siguen la oficina de Atención Psicosocial, COMIAS e instituciones involucradas (MP, PGN, CONACMI, CONAPREVI, PDH, INACIF, Juzgado de Niñez y Adolescencia, entre otras), utilizando como referencia y apoyo guías, protocolos y modelos de atención a víctimas/sobrevivientes con enfoque de derechos y de atención psicosocial, manuales de tratamiento de las secuelas del incesto, maltrato, abuso y violencia sexual infantil.

Fue necesario en la investigación, el uso de sistemas conversatorios; las conversaciones es un sistema dentro del cual los participantes se orientan dentro de su propio curso, apareciendo los aspectos significativos en la medida en que las personas implicadas van avanzando en sus relaciones, no hay nada definido pues cada uno reacciona y responde según su subjetividad, lo que demanda formas de expresión acordes al sentido subjetivo experimentado en ese momento. "La

-

⁴² Ver anexos Ruta Crítica de Atención de Emergencia en Maltrato y Violencia Sexual Infantil.

expresión del sujeto contiene la subjetividad como momento esencial de su definición actual, y, simultáneamente, en su desarrollo, produce situaciones nuevas de existencia, ante cuyos retos y contradicciones la subjetividad se va modificando, en la misma medida que garantiza su continuidad e identidad ante las nuevas circunstancias. La capacidad de los procesos subjetivos para garantizar la continuidad en el cambio, representa una condición esencial del sentido subjetivo de identidad, sin la cual se produce una desestructuración en el sujeto, quien pierde el sentido de control y de proyección personal; esa condición puede acompañarse del desarrollo de una configuración neurótica en su personalidad". 43

Se implementaron talleres de sensibilización a familiares, líderes comunitarios como maestros, personal del hospital, instituciones involucradas, para fortalecer el proceso y el acompañamiento psicosocial que se brinda a la víctima. "La problematización sensibiliza, desnaturaliza, establece las bases cognitivas y afectivas para producir una motivación de cambio que se produce en acciones concretas de transformación".⁴⁴

Durante el proceso de ejercicio profesional supervisado se utilizaron varias estrategias de Abordamiento entre las cuales encontramos a la concientización que Paulo Freire en su libro "La Pedagogía del Oprimido" refiere como un proceso mediante el cual los seres humanos, no como receptores, sino como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad socio cultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad para transformar dicha realidad.

Este proceso comprende:

Taller de Cambio: actividad de sensibilización y preparación para el cambio.
 Desarrollo de los problemas típicos de resistencia que se presentan en este tipo de proyectos y estrategias para solucionarlos y revertirlos a actitudes pro activas.

2. Liderazgo y Motivación: promover, gestionar y encausar las expectativas de sus dependientes a fin de asegurar la actitud positiva hacia el nuevo paradigma.

_

⁴³ González Rey, Fernando. "Epistemología Cualitativa y Subjetividad". Editorial Educ; da PUC-SP. Guatemala, 1997. Página 17.

⁴⁴ Montero, Maritza. "Hacer para Transformar. El Método en la Psicología Comunitaria". Editorial Paidós SAICF, Tramas Sociales. Argentina, 2007. Página 231.

3. Nuevo Paradigma Provincial: promover los conocimientos necesarios para comprender la lógica de la tecnología de la información y los componentes claves de los cuales se sustenta el nuevo paradigma.

Estas actividades se desarrollan en dos niveles: formadores y multiplicadores. El trabajo integral, se puede entender como una actividad propia del hombre. Es la actividad donde todas las personas que verán algún beneficio se involucran para consequir el mismo objetivo.

El grupo de autoayuda, consiste en establecer un lugar y un tiempo exclusivo para la reunión en conjunto de personas unidas por una problemática común con el fin de ayudarse mutuamente y así mismos en la resolución de las situaciones derivadas de dicha problemática. Estas reuniones son periódicas y constituyen un entorno de intimidad y confianza en el cual sus miembros pueden hablar de asuntos que no hablarían en ningún otro ambiente.

El apoyo emocional, uno de los más importantes, pues con él logramos establecer lazos de comunicación y comprensión efectivos con las personas involucradas para lograr de mejor forma los objetivos planteados y así colaborar con el desarrollo de estos niños. Esta estrategia se sirve de un conjunto de técnicas como la Ludoterapia o Terapia de Juego centrada en el cliente, Terapia Gestalt, en algunos casos la Terapia Cognitiva-Conductual, o de la Psicología Humanista para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente aquí y ahora. Su principal objetivo es acompañar a las personas a encontrar herramientas en ellas mismas con las que poder superar las diversas dificultades que se presentan en la vida: situaciones de estrés, de ansiedad, estados de ánimo, problemas de identidad personal, superación de pérdidas afectivas, problemas familiares, de separación, traumas, problemas de conducta y aprendizaje, entre otros.

A través de la empatía y de la creación de un espacio de apoyo en el que la persona pueda escucharse a sí misma se produce el reconocimiento de sus potenciales y limitaciones. Así, puede verse de una forma holística, global, integral, y poder comprender sus mecanismos y funcionamientos internos.

A pesar de que el arte se ha utilizado como medio para la autoexpresión y para explorar las relaciones propias con los demás, la utilización de este como una modalidad terapéutica para víctimas de maltrato y abuso, así mismo como un mecanismo de afrontamiento y prevención a futuros riesgos y daños tanto a nivel individual como colectivo, a través del dibujo espontáneo y asociación libre. El arte relacionado al juego, es la forma en que el niño ensaya las actividades y los papeles sociales y se familiariza con los objetos y las personas de su ambiente, es el principal medio de expresión, comunicación y desahogo del niño. Es un medio no solo autor revelador y puede usarse para comprender con mayor claridad las preocupaciones, necesidades y sentimientos del niño. Con el juego, los niños ensayan y actúan lo que ven, lo que oyen, y de esta manera, al mismo tiempo, revelan que dominan a las personas que los rodean y a su mundo, a su comunidad, a su hogar, a su escuela.

La meta de la terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro. El juego es en particular útil, ya que la mayoría de los niños víctimas de maltrato y abuso, aún más que los niños en general, expresan sus sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización. Permite el distanciamiento necesario de los procesos traumáticos y de los padres o del agresor con el uso de materiales simbólicos. Para el niño víctima, los adultos son impredecibles y siempre potencialmente peligrosos, falta de confianza.

El abordaje se centra en establecer una comunicación de confianza con el niño, para crear un ambiente protegido, entender e integrar aquella experiencia que altera su vida, su seguridad, su desarrollo, su confianza en sí mismo/a y en los demás, sobre todo cuando el agresor es un familiar, cercano o conocido. Se debe tomar en cuenta, el ámbito, privado, público, y principalmente la dimensión físico-emocional de las consecuencias del abuso. Trabajar con el niño y darle acompañamiento psicosocial a través de la terapia de juego individual y grupal no directiva, talleres de arte terapia, talleres con padres de familia con medidas preventivas del maltrato y abuso sexual infantil, capacitaciones y charlas con maestros, profesionales de la salud, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadora social, organizaciones gubernamentales y ONG involucradas en esta problemática ayudará a la

población a entender más, saber cómo actuar y responder a las demandas del niño abusado y maltratado y a la sociedad guatemalteca.

Para los talleres en grupos focales de niños/as víctimas y/o que son vulnerables a esta problemática, hospitalizados, internos y de consulta externa, se llevó a cabo actividades sugeridas en los manuales de prevención, tratamiento y rehabilitación en sesiones de al menos una vez al mes, enfatizando en temas específicos como género y roles, derechos, necesidades y prioridades, identidad personal (¿quién, cómo soy, mis deseos?), conocer mi cuerpo y mi espacio personal, reconocer situaciones de riesgo y peligro, los secretos buenos y los secretos malos, manejo de emociones y sentimientos, cómo y a quién pedir ayuda. Utilizando como metodología lluvia de ideas, socialización e interacción con los integrantes del grupo, el arte de aprender a través del juego, musicoterapia, técnicas visuales y auditivas, arteterapia, lo que es de gran participación y motivación para los niños/as en especial.

En cuanto a las representaciones sociales, nos permite acceder al estudio científico del pensamiento social, es decir, aquellos conocimientos, creencias y opiniones que emergen de la interacción grupal acerca de los objetos socialmente significativos. Apoyados en la Investigación Acción Participativa se organiza la propuesta que contiene un conjunto de etapas para el desarrollo de la actividad. El principal resultado obtenido radica en la integración de múltiples presupuestos que de esta manera pueden redimensionar la percepción de los responsables institucionales.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para dar inicio al proyecto se requiere primeramente de una visita de reconocimiento a la comunidad, pero con una sola no se llega a conocer del todo a una comunidad, más si a esto se le suma el tiempo limitado con el que se cuenta, falta de apoyo con las instituciones y la poca importancia que le dan al trabajo psicosocial, tal vez porque tampoco se logra establecer la confianza necesaria para que la población pueda expresar sus necesidades reales y prioritarias.

Los objetivos planteados al inicio del proyecto se logran establecer mejor con el paso del tiempo a modo que uno logra convivir en una comunidad, haciéndose más específicos y mejor acoplados a las necesidades de cada programa del proyecto, enfocado a tratar cada una de las problemáticas en el contexto de los menores y haciendo a las personas que conforman ese contexto protagonistas de sus propios cambios. Esto se alcanzó por medio de la intervención, en el acompañamiento del proceso y de su sentir, y que lograran involucrarse en la problemática psicosocial por medio de talleres de sensibilización con los padres, encargados, personal del hospital, invitando a personas de las redes e instituciones involucradas, líderes comunitarios, buscando trasladar el conocimiento y formar en cada uno agentes de cambio en su hogar, en la comunidad, en la sociedad, con el fin de propiciar un ambiente más seguro, estable y acorde para el menor. Se enfatizó en la prevención, trabajando con los niños de manera individual y grupal, con personas involucradas e interesadas, temas específicos para erradicar posibles mitos, prejuicios, miedos y estereotipos o imaginarios sociales.

Fue necesario ampliar el campo de trabajo y no solo exclusivamente al acompañamiento y prevención del maltrato y abuso sexual infantil, donde al tratar otras problemáticas manifestadas en relación a los niños atendidos en el Hospital Infantil. Las problemáticas atendidas tanto en la consulta externa como en emergencia y encamamiento fueron por problemas en las relaciones familiares y parentales, separación, pérdida y duelo, proceso de divorcio, problemas de conducta, aprendizaje y en la escuela, bullying, problemas de atención, identidad, autoconcepto y baja autoestima, problemas con el control de esfínteres (enuresis y ecopresis), problemas

de ansiedad y fobias. También se atendieron casos de estimulación oportuna en el niño recién nacido y menores de tres años, problemas del habla y necesidades especiales, atención a niños autistas, accidentes, emergencias y encamamiento, terapia ocupacional.

En el trabajo que se realizó en el hospital se pudo observar la violencia que viven los niños y por medio de la atención individual que se realizó se puede percibir que no son únicamente los moretones, golpes, quemaduras, o fracturas que el niño carga, es una opresión, el hecho de que una persona con poder sobre ellos les haga ese daño. En el juego, en los dibujos que realizan, cuando pintan, dicen algo, cuando se les pregunta por lo que dibujaron responden con dolor, con angustia, con enojo y a veces con miedo, otras confundidos ante sus sentimientos. Cuando se dialogaba con la madre, padre o encargado, también siente dolor, expresa su impotencia de no haber defendido a su hijo o hija, de no estar ahí y poder cuidarlos como se debe.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

 Apoyar a la Unidad Psicosocial, atendiendo las necesidades psicológicas de la población que asiste al Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez", y articular acciones de prevención, atención e investigación con instituciones involucradas, para que se faciliten respuestas integrales a la problemática del maltrato y abuso sexual infantil en Puerto Barrios, Izabal.

Este objetivo general no se logró del todo, puesto que trabajar conjuntamente con las instituciones involucradas ajenas al Hospital Infantil, se tornó complicado, la red de apoyo de maltrato infantil no está articulada, poco organizada, observando problemáticas de poder y desorganización entre las instituciones a cargo. Se siguen los protocolos de atención de emergencia y se hace en el margen de tiempo establecido y requerido, pero se hace en Hospital. Mientras se espera llegue el MP, el INACIF y la respuesta de la PGN, a veces no hay información y hay un descontrol en el buen manejo de la privacidad del paciente, lo que tiende darse en la mayoría de los casos la revictimización de la víctima, contraproducente para su recuperación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Subprograma de Servicio (logros y dificultades)

 Brindar atención psicosocial individual y grupal a niñez afectada, propiciando grupos de auto apoyo para fortalecer su salud mental.

En la oficina de atención psicosocial por medio de la consulta externa se atendió casos por problemas de conducta y aprendizaje, por duelo y separación, enfatizando en la prevención de cualquier tipo de maltrato y abuso sexual infantil. En encamamiento se atendieron casos de emergencia por maltrato, negligencia, abandono y abuso sexual, pacientes con VIH, casos por desnutrición, a niños con capacidades especiales brindándoles terapia ocupacional y estimulación temprana u oportuna a sus necesidades acorde a su edad, dirigido a los niños/as y a padres/madres de familia o encargados. También atención y preparación preoperatoria hospitalaria, acompañamiento para audiencias en procesos jurídico-legales.

La metodología de abordamiento de este informe a un principio estaba dirigida al abordamiento de los pacientes del hospital así como de los padres de familia que son los que llevan a los niños al centro de atención; utilizando para los niños la terapia de juego no directiva individual y grupal, actividades lúdicas, talleres y arte terapia, así como entrevistas, conversatorios y diálogo informal. El abordaje de los padres de familia, en la mayoría de los casos con las mamás, se realizó en forma de entrevista para recabar información de la situación y el estado del menor. Y al menos una vez al mes talleres de sensibilización, que resultó muy bien para el intercambio, la participación activa y la socialización con otros padres de familia, y así poder resolver dudas y encontrar apoyo en otros.

Sin embargo, al trascurrir los días se hace evidente la cantidad demanda de pacientes que ingresan al hospital y que no se puede atender de forma adecuada a todos por falta de tiempo y el espacio institucional que es inapropiado, con poca o nula privacidad. Por tal razón se decidió también abordarlos en grupos por edades y por problemática, propiciando así los grupos de autoapoyo, fortaleciendo su salud mental y como fin la prevención al maltrato y abuso sexual.

Con el trabajo en el Hospital, la población que se atiende es mucha y a veces solo se les atiende cuando están en el hospital, pero al darles el egreso, algunos ya no asisten a la cita, debido a la distancia y a los medios económicos, padres que trabajan y no hay quien los lleve. Por otro lado lo que dificultó fue la asistencia irregular de las personas a las reuniones, a las citas de seguimiento y a los grupos de autoapoyo.

Los grupos de niños son variables debido a que la población que se atiende está por poco tiempo. Se establecieron varios grupos de niños, divididos por edades, problemática (maltrato, abuso sexual infantil, problemas de conducta y aprendizaje) y sexo. Los niños al interactuar en los grupos, se entusiasmaron con los talleres, reconociendo al grupo como apoyo, seguro, de confianza y donde pueden contar sus secretos, pues se identifican entre ellos mismos con problemas similares, identificándose con sus pares, encontrando apoyo y solidaridad, y tomando sentido de pertenencia al grupo, aunque en algunas ocasiones cuando nos reuníamos con otro grupo, algunos insistían en participar por el tiempo de hospitalización. Sin embargo, se hacía necesario mantener el control con el grupo de los niños/as abusados sexualmente, con quienes se trabajó exclusivamente la metodología para el tratamiento grupal de incesto y de abuso sexual infantil propuesto por Gioconda Batres, y el programa de prevención en abuso sexual en menores para el desarrollo de conductas de autoprotección de Maggie Escartin, adaptado para Guatemala por PRONICE en colaboración de MAP América Latina, el cual funcionó muy bien. Para el grupo de niños/as víctimas de maltrato, abuso sexual y menores vulnerables a esta problemática se abordaron temas sobre la identidad personal (quién soy, cómo me veo, me quiero, qué quiero, mis deseos), roles de género, derechos y necesidades, prioridades, aprender sobre mis sentidos, conocer cuerpo y mi espacio personal, reconocer situaciones de peligro y riesgo, pedir ayuda y validar mis derechos, el secreto, las amenazas y la culpa, manejo de emociones. Las actividades cumplieron con el objetivo; educar, acompañar y prevenir en futuras situaciones de violencia, y que al tiempo socializaran sus experiencias y dejaran de sentirse culpables por lo sucedido. Cada niño hospitalizado, procede de diferentes hogares; el estar alejados de la familia (núcleo familiar: mamá, papá o ambos), a veces torna el proceso más difícil para su recuperación. Cada uno de ellos, ha formado su propia cultura, creencias, lo que influye grandemente en su comportamiento hacia el resto, generando muchas veces diversidad de conflictos y lucha de poderes, así como la obtención de liderazgo entre el grupo, aunque ello signifique el uso de la fuerza para poder alcanzarlo. Lo que para uno puede verse normal o divertido, para otros le causará un conflicto interno, o bien un nuevo aprendizaje conductual. A veces estos problemas causan divisiones y peleas continúas entre todos los internos. Aquí se reflejaba como eran tratados en su hogar y/o en la escuela; el participar en la ludoterapia y arteterapia, les ayudaba a canalizar sus energías y emociones comenzando a convivir de una forma más tranquila y amigable.

En el hospital se ha utilizado la terapia lúdica y una observación participante y activa con los niños; es importante observar que aunque el niño no hablara mucho, con sus gestos y sus acciones decía muchas cosas. Cuando hacían dibujos libres o una prueba proyectiva, al finalizarla, se realizaba un diálogo con ellos, lo que me ayudó a indagar y reflexionar que les estaba afectando, logrando a la vez una cercanía, empatía y confianza con los mismos.

Se utilizaron pruebas como la figura humana, una persona bajo la lluvia, el árbol, la familia, la casa, el test de los deseos, pero con pequeñas y significativas modificaciones según al contexto del niño. Estas pruebas y los cuenta cuentos con el fin de que los niños a través de ellas expresaran y exteriorizaran sus sentimientos, emociones, pensamientos, su punto de vista y al mismo tiempo pudieran (si lo querían) compartir la experiencia con otros niños de su edad y con la misma problemática de la que eran parte. Encontrar soluciones, alternativas de afrontamiento a su situación sin sentir culpa por medio del juego, del dibujo, de un cuento, etc.

Esto dio buenos resultados, se observó que tenían más libertad en narrar una historia de una dinámica familiar "inventada" que con preguntas directas y estructuradas como suele usarse normalmente en una prueba proyectiva y psicométrica.

Se estableció rapport y confianza y cuando las sesiones eran grupales se lograba sacar más información, porque había una interacción increíble, los niños compartían experiencias e inventaban juntos un cuento, agregando "situaciones específicas, personajes malos y personajes buenos", lo que evidenció como se sentían, y

reflexionando a la vez de lo bueno que era guardar secretos y la diferencia de éstos cuando son buenos y cuando son malos (si dañan nuestro cuerpo, nuestra integridad). El qué hacer y cómo actuar ante situaciones similares, haciéndoles ver que en ningún momento son culpables ni deben sentirlo (Ver anexo: Cuento "El secreto del pequeño caballo").

ESQUEMA. COMPONENTES DEL EXPEDIENTE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE:

- No. de expediente y datos generales.
- Motivo de Consulta (MC).
- Antecedentes: Historia del problema actual.
- Historia familiar (genograma y dinámica familiar: integrantes y lugar que ocupa en la familia, relación con cada miembro de la familia nuclear o con quienes viven en casa; ocupación y escolaridad).
- Historia personal del niño, síntesis de anamnesis: etapa desarrollo embarazo, planificado o no, situación y relación de los padres, problemas o dificultades durante el embarazo, parto (detalles), duración, algún problema al nacer, edad en que gateó, balbuceó, habló, caminó, control de esfínteres...
- Historia escolar (edad-grado, materias con dificultad, materias de preferencia, problemas, dificultades, ha repetido -veces, y qué materia-, abandono de estudios (historia de hermanos/familia también), relaciones interpersonales, compañeros de clase/maestro.
- Historia social (gustos, actividades, qué juega, con quién o quiénes juega, redesgrupos-amigos y sus relaciones).
- Observaciones: acontecimientos relevantes en la vida del niño. Hospitalizaciones o si ha estado interno, cuándo, temporalidad y motivo
- Examen mental y hallazgos íntimos-personales; funciones cognitivas, pensamiento, lenguaje, OTEP (orientación en tiempo, espacio y persona), estado anímico (emocional y mental), arreglo personal, como se ve a sí mismo, cómo se siente consigo mismo y en relación a otros.
- Pruebas o algunos test utilizados según sea el caso.
- Tratamiento propuesto.

- Resultados y avances: notas de evolución, actividades participativas.
- Conclusiones del caso y recomendaciones al mismo.
- Cierre, seguimiento de casos y/o traslado y referencia de casos.

Instrumentos utilizados para recabar datos fueron: (Ver en anexos)

- SIGSAS
- Expedientes médicos, ficha clínica de la institución
- Cuaderno de diario
- Entrevistas realizadas al personal de la institución y entrevistas dirigidas a niños (para recabar información referente a los datos generales del niño/a, historia, miembros y dinámica familiar, antecedentes familiares, historia de salud, escolar, social y emocional.
- ENTREVISTAS, EXPEDIENTE DE INGRESO, HISTORIAS CLÍNICAS, GUÍA DE OBSERVACIÓN, GUÍA DE CONTROL DE CONDUCTA, TEST PROYECTIVOS PSICOLÓGICOS.
- Observación directa, entrevista clínica, evaluación psicológica.
- Cuentos clásicos infantiles y otros, películas y canciones.

La atención que se brindó fue individual, familiar y grupal. Conforme al seguimiento, los conversatorios y la interacción en las sesiones y los talleres, se logró integración, participación y adaptación al medio, merma de conductas agresivas, adaptación de normas, reglas, seguimiento de instrucciones, alza en el rendimiento escolar y mejoramiento en áreas personal, cognoscitiva, conductual, psicomotriz y relaciones sociales. Así como también se logró buenas relaciones parentales, y disminución de problemas de ansiedad, sentimientos de culpa y miedo.

RESUMEN DE ESTADÍSTICAS EN CONSULTAS, Oficina de Atención Psicosocial, Departamento de Psicología. Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" Puerto Barrios, Izabal. Durante mayo 2013 a febrero 2014.

Mayo 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	18	24	42	5	31	36
CONSULTA INTERNA	-	67	67	2	36	38
TOTAL	18	91	109	7	67	74

Junio 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	30	25	55	5	47	52
CONSULTA INTERNA	7	68	75	5	43	48
TOTAL	37	93	130	10	90	100

Julio 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	22	37	55	9	33	42
CONSULTA INTERNA	4	119	123	2	74	76
TOTAL	26	156	178	11	107	118

Agosto 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	27	53	78	13	65	78
CONSULTA INTERNA	29	117	146	2	86	88
TOTAL	56	170	224	15	151	166

Septiembre 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	23	46	69	7	56	63
CONSULTA INTERNA	17	49	66	2	39	41
TOTAL	40	95	135	9	95	104

Octubre 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	19	25	44	ı	36	36
CONSULTA INTERNA	19	39	58	2	23	25
TOTAL	38	64	102	2	59	61

Noviembre 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	IOIAL
CONSULTA EXTERNA	29	57	86	8	60	68
CONSULTA INTERNA	13	44	57	7	38	45
TOTAL	42	101	143	15	98	113

Diciembre 2013

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	7	29	36	5	31	36
CONSULTA INTERNA	23	33	56	7	27	34
TOTAL	30	62	92	12	58	70

Enero 2014

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	43	35	78	16	43	59
CONSULTA INTERNA	20	16	36	4	22	26
TOTAL	63	51	114	20	65	85

Febrero 2014

	Niños	Niñas	TOTAL	PADRES		TOTAL
	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	20	11	31	-	29	29
CONSULTA INTERNA	3	20	23	5	12	17
TOTAL	23	31	54	5	41	46

Se atendió conjuntamente con la psicóloga titular del hospital, principalmente en población de consulta interna (emergencia y encamamiento). Para casos pendientes y grupos de autoapoyo, se trasladó expediente y se refirió seguimiento de los casos y talleres con la colega, Dra. María Guillermina Honorato, psicóloga titular del hospital.

TOTAL DE CONSULTAS Y RECONSULTAS ATENDIDAS, CASOS INDIVIDUALES:

	PRIMERA CONSULTA		TOTAL	TOTALES
	Niños	Niñas	RECONSULTA	TOTALES
CONSULTA EXTERNA	39	47	196	282

Las recosultas en consulta externa fueron en aumento debido a los casos de niños hospitalizados que al darles de alta requerían de una terapia de seguimiento, como en los casos por maltrato, negligencia y abondo, abuso sexual infantil, desnutrición, sospecha de violencia y madres jóvenes menores de 18 años con hijos prematuros y/o con problemas de salud, internos en sala de intensivo, neonatos, sala de nutrición y recuperación. Por consulta externa y seguimiento de casos, 32 menores asistieron regularmente a sus terapias y de los que se logró llenar expediente completo y cerrar casos; ocho de este grupo de niños se atendió también a los hermanos (en ocasiones por separado y otras en terapia familiar y en grupos con otros niños). Se trabajó la confrontación entre hermanos y con padres de familia o encargados, expresión y manejo de emociones, se les dio un tiempo para que se dijeran lo que les molestaba, lo que querían y lo que esperaban de su familia y de su casa, logrando hacer convenios, ponerse de acuerdo y ayudarse entre ellos. Esto ayudó a mejorar las relaciones parentales pues en la mayoría de los casos al inicio había rivalidad y conflictos familiares que a veces tornaban a un ambiente hostil y agresivo. En la mayoría de los casos, se dio cierre al termino de 10 sesiones aproximadamente, cuando se observó que la situación había mejorado, cuando los mismos pacientes referían sentirse mejor o cuando por cuestiones de trabajo y vivienda debían abandonar su casa y hacer cambio de domicilio que les dificultaba seguir asistiendo. Los otros casos se dejaron pendientes a seguimiento si en algún momento deciden regresar y otros se refirieron a la psicóloga titular quién se quedó informada y al pendiente de la situación, esto para no desaprovechar los grupos que ya se habían formado y la continuidad de los casos.

Total de casos legales atendidos en el periodo de EPS

	Niños	Niñas	TOTAL
MALTRATO INFANTIL; negligencia	14	6	20
ABUSO SEXUAL INFANTIL (2 a 13 años)	10	33	43
TOTAL	24	39	63

Subprograma de Docencia (logros y dificultades).

 Orientar a través de procesos de formación y sensibilización en forma individual y grupal para fortalecer el acompañamiento a niños y niñas víctimas de maltrato y abuso sexual infantil; coordinando actividades con el Comité Contra el Maltrato y Abuso Sexual a Menores del Hospital Infantil.

Se aborda con los padres de familia en forma individual conversatorios sobre la problemática del maltrato, logrando reflexionar sobre la subjetividad que tienen del problema y como se puede desnaturalizar la violencia. En grupos de niños de edades similares, de consulta externa, se citaba a los padres también, con el fin de poder entablar una relación de apoyo, identificarse con los otros padres y socializar sobre la misma problemática, compartir ideas, experiencias y soluciones en cómo mejorar la dinámica familiar. En forma grupal a través de talleres de sensibilización que se realizaron con padres de familia y personal de apoyo del hospital (enfermeras, intendencia, trabajo social); se implementaron temas como género y roles, derechos y responsabilidades, poder y violencia, para así poder reflexionar y procurar desnaturalizar los temas centrales de esta problemática. Cuando las personas inician a comprender de mejor forma la problemática que les afecta, van mejorando sus acciones, colaboran y valoran más en el trabajo que se realiza con sus hijos, apoyando a que éste se siga dando.

Los talleres de sensibilización ante la problemática de maltrato y abuso sexual infantil, se enfocó en cómo reconocer factores de riesgo, y cómo afrontar dicha situación en la que se encuentran. Para que el trabajo fuera más allá de los usuarios del sistema de salud, se buscó junto con la trabajadora social, una comunidad para poder trabajar con los líderes comunitarios, talleres de abordamiento, reconocimiento, formación y sensibilización para formalizar grupos y como objetivo principal a parte de la familiarización, contar con el apoyo para trabajar con el proyecto de prevención ante esta problemática de maltrato y abuso sexual infantil que tanto afecta a este departamento. Sin embargo, trabajar con un grupo focalizado con líderes de la comunidad fue un poco complicado el poder realizar dicho trabajo debido a la falta de interés, la integración de los miembros del grupo, el acceso y la difícil situación de inseguridad y violencia que se vive en el

departamento, no siendo posible debido a que las citas concretadas eran cambiadas constantemente o no hubo asistencia a las mismas, y por otro lado, el traslado para trabajar con comunidades de otros municipios se dificultó por el tiempo, decidiendo trabajar en el espacio que se abrió dentro del hospital y con las personas que si estaban interesadas en el proceso y seguimiento.

Las técnicas que se usaron para llevar a cabo la actividad con los padres de familia fueron la observación participante, la cual es utilizada para compartir el contexto, experiencia y cotidianidad de la comunidad, para conocer su entorno y poder recabar información. En los talleres se utilizó mucho la lluvia de ideas, donde en un principio los participantes tenían temor de hablar, pero conforme se estableció rapport y los talleres se fueron dando, la participación fue de una manera más libre, aportando ideas, contando experiencias, resolviendo dudas, aprendiendo y expresando su pensar y sentir acerca de los temas tratados en cada sesión. El trabajo con padres de familia consistió en sesiones mensuales, y cada una tenía un tema en particular y era continuación de la anterior (autoconcepto e identidad personal, cómo me siento conmigo mismo y cómo me reflejo ante los demás, qué quiero; género y roles sociales, derechos y obligaciones, necesidades del niño y prioridades, manejo de emociones, violencia y poder, patrones de crianza, maltrato infantil y sus diferentes formas, mitos y realidades, cómo actuar, a quién pedir ayuda y a dónde acudir).

Se les brindó orientación y con el fin de sensibilizar se formó un grupo de autoapoyo de padres, para lograrlo se les enganchó con talleres de manualidades, con material de reciclaje y que a la vez eran destrezas para poder sobrevivir o contar con un incentivo económico extra que pudieran realizar por su propia cuenta, por lo que de esta forma se les entusiasmó para asistir a las actividades programadas, esto debido al poco interés que al principio le tomaban. Pero a pesar de los obstáculos y la inconstancia, se logró participación, conversatorios con los integrantes del grupo, y se empezaron a ver pequeños cambios en el comportamiento y sentimiento hacia los niños como el verse más atentos hacia sus hijos, darles más apoyo y no culpabilizarlos como lo hacían antes, y así brindándoles un ambiente más comprensivo y seguro, una relación más llevadera en casa y no abusando del poder sino que buscando alternativas en vez de

usar los castigos a golpes o privándoles de sus necesidades básicas como solían hacerlo antes.

Con los niños se trabajó la expresión artística, la mayoría desde un principio se mostraban espontáneos y creativos, más cuando habían otros niños de su edad y con experiencias similares a las de ellos. Esto ayudó a crear un ambiente de confianza. Sin embargo, algunos padres de familia por el temor al qué dirán, a las amenazas y por la culpa o poco interés en el tratamiento y proceso terapéutico del niño no los llevaban a las citas y sesiones correspondientes, perdiendo así la continuidad en el proceso.

Cabe mencionar que con algunos maestros se trabajó conjuntamente, pocos que estaban interesados en el bienestar y mejorar la enseñanza-aprendizaje de los niños. Se contactó a maestras, algunas que referían a los niños a consulta porque "eran niños problema o enfermos" y se les solicitó su colaboración con proporcionar datos, respuestas, actitudes y comportamientos acerca del niño, ofreciendo el apoyo de acompañamiento y darles talleres de sensibilización y capacitación en las escuelas sobre el maltrato, abuso, violencia y abuso de poder. Un par de maestras colaboraron asistiendo a las reuniones en el hospital, apoyando a los alumnos en el proceso, pero otros simplemente ignoraron el llamado. Del mismo modo, las instituciones involucradas en esta problemática y que lamentablemente en todo este proceso dejó que desear en cuanto al apoyo que brindan y la metodología que usan. Lo que nos lleva al siguiente objetivo, el cual se basa en la percepción que se tiene con respecto al proceso jurídico-social que brindan estas instituciones.

Se dice que hay una red de la niñez en contra del maltrato y el abuso sexual infantil, sin embargo, ante lo observado e investigado, la función de esta red es deficientemente o nula. No está funcionando adecuadamente porque hay mucha contradicción, controversia y celo profesional entre los miembros e instituciones que la conforman, no permitiendo dar un adecuado apoyo al que necesita de la intervención y está pasando por una situación crítica y en la mayoría de ocasiones

contradiciéndose en la atención porque simplemente no se encuentran capacitados para dar la atención especializada acorde a los casos. Se revictimiza al paciente una y otra vez, es llevado de aquí para allá como monigote y las indicaciones a veces no son las correctas.

En muchos casos se interna al niño como lo establece la ley pero este permanece hospitalizado por semanas, a veces meses sin saber qué más hacer, a dónde más acudir y a esperar la audiencia que nunca llega, dándole largas al asunto. Los familiares cansados y muchos que llegan desde lejos deciden ya no regresar a las citas de seguimiento, quedando al olvido y/o perdiéndose así el apoyo psicosocial y jurídico. En el hospital se sigue el protocolo de evaluación y atención a la víctima, y se brinda la atención psicológica de emergencia y seguimiento al caso. Pero el problema está en que tanto el MP como la PGN, y el INACIF tardan en llegar y hacer las investigaciones pertinentes, no se ponen de acuerdo y terminan haciendo otras cosas, saltándose el protocolo y la estadía de la víctima se prolonga o el niño/a sale sin ningún problema cuando hay evidencia de riesgo nuevamente y el hospital queda a cargo y responsable del problema. Ante estos casos, hay quienes ya no vuelven por temor al victimario, quien suele ser miembro o cercano a la familia o en muchos casos un menor también. A lo que se sugiere tratar con el abusador, pues suele ser víctima también, que esté viviendo una situación así y esté repitiendo lo que le hacen. Abandono por amenazas por parte

Se intentó convocar y hacer reuniones en la red y trabajar en conjunto con las instituciones involucradas, pero fue imposible, argumentando que no tenían tiempo o dándole largas a las convocatorias de mi parte. En el caso del MP solicitaron abandonar el EPS en el hospital para apoyar este proyecto y responsabilizarse en el mismo MP. Al principio se contó con el apoyo de la oficina de atención psicosocial, la trabajadora social, la clínica integral de VIH y el comité de maltrato y abuso sexual infantil -COMIAS-, se coordinaron actividades para mejorar la calidad de atención a familias y menores víctimas y poder dar los talleres de formación y sensibilización. Pero conforme la necesidad de los talleres se evidenció porque los padres lo pedían,

de funcionarios o de quien tiene el poder y son los responsables del delito.

pleitos internos por intereses personales, y falta de coordinación y tiempo fuera de las actividades propias del hospital, se fueron aplazando las actividades, y al no lograr llegar a un acuerdo en fechas y horarios, terminé dando los talleres por mi cuenta con el apoyo de algunos padres de familia y algunos del personal (enfermeras y secretarias de la consulta externa). Con CONACMI se realizaron reuniones y se socializó con el personal el protocolo de atención en casos de maltrato y abuso sexual infantil, pero ante lo observado, el personal le dio poca importancia justificando que la capacitación se había dado el año anterior y ya era de su conocimiento.

Subprograma de Investigación (logros y dificultades).

 Investigar la percepción de la problemática del maltrato y abuso sexual infantil y la valoración del acompañamiento jurídico y psicosocial que recibe la población afectada, y conocer sus formas de afrontamiento.

Se realizó una entrevista no estructurada o sea un conversatorio con los padres o personas que acompañan al niño/a con el fin de conocer la percepción que los padres tienen sobre esta problemática, que piensan del acompañamiento jurídico y psicosocial que están recibiendo, acá en el hospital y en otras instituciones involucradas. Al principio las respuestas y la disposición de los acompañantes se tornó un poco difícil puesto que de inicio estaban un poco renuentes y reacios a dar la información solicitada, debido a la falta de confianza, dudas e ideas de que el proceso se podría dificultar. Conforme las sesiones y talleres se fueron dando, se aprovechó a entrar en confianza con ellos, permitiéndoles expresar sus sentimientos en cuanto a la problemática, su vida, sus hijos y el proceso a continuar.

Las percepciones más comunes encontradas son:

- Las vueltas que deben dar para que sus hijos sean atendidos.
- Lo difícil que es ir de una institución a otra para llenar la papelería, y en algunas la información que dan no es muy clara.
- La dificultad que tienen cuando vienen de poblaciones lejanas y no encuentran donde quedarse en el tiempo en que sus hijos son hospitalizados.

- La mayoría siente temor de que los regañen por la situación del niño/a.
- La preocupación por la enfermedad de sus hijos, el proceso y el tiempo de la estadía en el hospital.
- El cambio de la ruta de denuncia en los protocolos de atención y/o que las mismas instituciones fuera del hospital no la siguen como está estipulado, dice que los confunden y refieren que para ellos el proceso se hace muy lento y cansado, desesperándose muchas veces y sintiéndose desesperanzados.

Por lo percibido a falta de apoyo y coordinación en las redes, situación económica y la falta de acceso, los padres de familia se desesperan, les molesta principalmente el proceso de denuncia pues se les hace largo o los confunde. En ocasiones se van y no regresan, a veces por miedo y dudas, otras por la falta de recursos y medios para seguir, compromisos laborales y con los otros miembros de la familia. En otros casos por las representaciones sociales y la misma situación de silencio de la que ya son parte.

La verificación de una acusación de maltrato y/o abuso sexual no es una tarea fácil. Existen dos principios básicos de actuación que hay que manejar siempre: por un lado, asumir que cada caso es distinto de todos los demás, aunque solo sea en un matiz o detalle; por otro, que el interés en la protección del menor debe ser prioritaria, pues la revelación del abuso puede interrumpir este y, por el contrario, las actitudes indecisas y superficiales ante determinadas evidencias pueden agravar las consecuencias del mismo. El silencio que recubre la práctica de abusos sexuales dentro de las familias dificulta su conocimiento en un plazo corto de tiempo y, de hecho, los informes de las víctimas suelen ser retrospectivos, frecuentemente obtenidos en el proceso terapéutico. El silencio al respecto por parte del menor obedece a diversos motivos: miedo a no ser creído (de hecho, son frecuentes los casos de incredulidad explícita por parte de familiares no implicados ante las denuncias de los menores); chantajes por parte del adulto; vergüenza por la posible publicidad del asunto; sentimientos de culpa (además, existe la posibilidad de que se detenga al familiar); temor a la pérdida de referentes afectivos; y, sobre todo, la manipulación sobre el sistema perceptivo del menor que realiza el adulto, en forma de una confusión generada al difuminar la identidad exacta del acto que ha constituido el abuso.

La inherente vulnerabilidad del menor puede llevarle a sentir terror ante las consecuencias de su denuncia. Estas retracciones se originan en motivos como el temor a las amenazas, la relación afectiva con el abusador, los sentimientos de culpa cuando es un caso de incesto, el sentimiento de vergüenza, etc. Cuando la actitud del menor es el silencio, esto se puede deber a su percepción de que lo que le ha ocurrido es algo normal, a que no es capaz de identificar conceptualmente lo que ha sufrido, al recelo que siente por todos los adultos, al miedo a destruir los vínculos familiares en el caso del incesto, etc.

Las entrevistas o conversatorios con los padres de familia, con el personal médico y de enfermería, con algunos maestros, colegas y trabajadoras sociales, me brindó información sobre cómo ellos ven esta problemática y cómo la manejan, a pesar de que el trabajo y el enfoque de abordamiento en la institución es más con los niños y personas que están directamente relacionados a ellos que con la comunidad en sí. A través de los talleres se abren espacios donde logran hablar con libertad sobre la problemática de maltrato, de abuso sexual y negligencia que sufren sus hijos, con estos actores se ha podido observar la historicidad de la violencia, una violencia silenciosa pues ya es naturalizada, sin embargo, entendemos la sensibilización como un proceso que nos permita promover una conciencia crítica y un compromiso social, necesarios para generar un cambio en las actitudes y en el accionar de las personas, de esta forma previniendo en un futuro esta situación de violencia, maltrato, negligencia y abandono y por qué no también de reconocimiento de factores ante el abuso sexual infantil. Aceptan el apoyo que se les da en el hospital y esto los hace comprometerse llevar a sus hijos a las terapias, a las sesiones de seguimiento y asistir ellos al grupo de apoyo, donde refieren no se sienten solos, que hay personas e instituciones que los apoyan y deben luchar por el bienestar de sus hijos. Sin embargo, algunos ya no vuelven pues se sienten culpables de lo que les pasó a sus hijos o por problemas económicos y de transporte no pueden seguir.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES

- Más allá del fenómeno del maltrato y abuso sexual infantil, este trasciende el nivel académico, estrato económico y la religión, ya que el afectado siempre termina siendo el niño/a, por lo tanto, hay que recordar que la labor como psicólogos al intervenir en este tipo de problemática estamos siendo participes de un cambio no solo en el menor sino también en su familia y por ende en el contexto donde se desarrolla.
- El silencio que recubre la práctica de abusos sexuales dentro de las familias dificulta su conocimiento en un plazo corto de tiempo y, de hecho informes de las víctimas suelen ser retrospectivos, frecuentemente obtenidos en el proceso terapéutico, aplazando la recuperación del menor.
- La metodología cualitativa propicia mejores herramientas para el estudio de las personas, de su sentir, de sus experiencias, de su forma de pensar y vivir. Hace falta hacer énfasis en estudios psicosociales con metodologías y técnicas que permitan conocer más de cerca la realidad de la población y una mejor forma de acercamiento, familiaridad y aprovechamiento de recursos.
- La corrupción y sus puestos políticos son una seria enfermedad que sufren nuestras instituciones, debido a la falta de ética, compromiso, aptitud y conciencia por lo que no prestan un servicio adecuado, digno y responsable a la población guatemalteca.
- El trabajo con niños víctimas de maltrato, negligencia y/o abuso sexual debe ir más allá de una terapia individual; los talleres de formación y sensibilización con padres/madres, maestros, líderes comunitarios, instituciones y personeros involucrados es eficaz para que el niño se desenvuelva en un ambiente más adecuado, fuera de culpas y miedos, porque prevenir es mejor que curar.

RECOMENDACIONES

- Es importante recordar que al abordar la problemática de maltrato y abuso sexual infantil, todas las familias poseen una serie de creencias, mitos, formas de pensar y actuar, con imaginarios o representaciones sociales, patrones de crianza propios de ellos. Empezando por familiarizarnos con la comunidad para lograr atender sus necesidades, sensibilizar y reflexionar sobre temas relacionados con la violencia, las relaciones desiguales de poder, género y roles sociales para mejorar en la prevención y condiciones de vida de las niños y niños.
- Los talleres de sensibilización dirigidos a padres de familia, maestros, líderes comunitarios, personeros e instituciones involucradas, son necesarios e indispensables para poder romper el silencio y desnaturalizar el hecho de violencia, y sobre todo el abuso sexual infantil.
- Es necesario que la red de niñez y adolescencia, las instituciones y personeros involucrados en esta problemática se articule, se organice y vele en pro del bienestar del niño/a que es nuestro futuro, dejando a un lado las rivalidades y la política que de por medio interfiere en la realización de los objetivos para la prevención y abordaje de esta problemática.
- Se debe trabajar en conjunto con los padres, madres y/o encargados del niño/a para que el abordaje y el acompañamiento brindado ayude a que esta problemática psicosocial se desnaturalice y se empiece hacer algo por nuestra niñez afectada, ofreciendo en primer lugar un ambiente más seguro y estable.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro, José Luis. "REPRESENTACIONES SOCIALES". Diccionario crítico de las Ciencias Sociales.
- Barrera J., Rosa. "ABUSO SEXUAL, SU IMPACTO EN EL DESARROLLO Y LA SALUD DE LOS NIÑOS". Julio, 2012.
- Batres Méndez, Gioconda. "DEL ULTRAJE A LA ESPERANZA" Tratamiento de las secuencias del Incesto. San José Costa Rica, 2ª. Edición Programa Regional de Capacitación de Violencia Doméstica. 1997.
- Batres Méndez, Gioconda. "MANUAL PARA EL TRATAMIENTO GRUPAL DEL INCESTO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL". Dirigido a niñas y niños entre los 7 y los 12 años. ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica 2000.
- Buenos Aires Provincia. "PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD". Áreas Políticas de Género, Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Buenos Aires Salud, sin violencia de género. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud.
- Cerfogli F., Claudia y Josefina Martínez B. "PROGRAMA DE APOYO AL NIÑO HOSPITALIZADO POR MALTRATO".
 www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_programa.pdf
- CONACMI "LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL ABUSO SEXUAL CON ÉNFASIS EN EL INCESTO" Plan Internacional Guatemala y Plan Japón. Agosto 2006. Página 16.
 "Representaciones sociales de la infancia y socialización", en www.edioc.es/libroweb/3/11
- Corbalán, María Eugenia; Mónica Espinoza y Josefina Martínez. "TERAPIA DE GRUPO PARA NIÑOS MALTRATADOS". Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes. Punta del Este, Uruguay, noviembre 1993.
- E. Schaefer, Charles y Kevin O'connor. "MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO"; Arteterapia. Manual Moderno, México 1995.
- Enrique Echeburúa, Et. Al. "INDICACIONES TERAPÉUTICAS. Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador" España, 2006. Página 134.

- Escamilla Rocha, Martha. "REVELANDO SECRETOS, HABLANDO DE UNA REALIDAD QUE HACE PARTE DE UNA CULTURA DE SILENCIO". Universidad Javeriana. Actualización: febrero 22, 2013. Consultado: julio 06, 2013. http://www.susmedicos.com/art-abuso-sexual.htm
- Escartin, Maggie. "PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL A MENORES. Manual de Desarrollo de Conductas de Auto-Protección" 3 Módulos (Cuaderno Divulgativo No. 33, 34 y 35). Hunters Hill, Australia 2001. Editado en Guatemala con autorización de la autora; colaboración de MAP América Latina: Asociación Pro Niño y Niña Centroamericanos, PRONICE, 2002.
- Garavito, Marco Antonio. "VIOLENCIA POLÍTICA E INHIBICIÓN SOCIAL".
 Guatemala 2005.
- García, Manuel. "MANUAL DE PATRONES DE CRIANZA" 1995.
- González Orellana, Carlos. "HISTORIA DE LA EDUCACIÓN EN GUATEMALA"
 6ta. Edición. Editorial Universitaria, Guatemala, 2007. Páginas 387.
- González Rey, Fernando. "EPISTEMOLOGÍA CUALITATIVA Y SUBJETIVIDAD".
 Editorial Da PUC-SP. Educ. Guatemala, 1997.
- González Rey, Fernando. "INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA, RUMBOS Y DESAFÍOS". Internacional Thomson Editores, México 2006.
- González Rey, Fernando. "INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y SUBJETIVIDAD". ODHAG, Guatemala, 2006.
- González Rey, Fernando. "LA PSICOLOGÍA SOCIAL Y LO SOCIAL EN LA PSICOLOGÍA: Nuevos Desafíos en Centroamérica". Programa Nacional del Resarcimiento, Guatemala 2006.
- Jodelet, Denise. "PENSAMIENTO Y VIDA SOCIAL. Cap. La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría"
- Jodelet, Denise. "REPRESENTACIONES SOCIALES" Consultado: septiembre 2014. http://es.scribd.com/doc/142405537/Representaciones-Sociales-Denise-Jodelet-pdf
- Lago Barney, Gabriel; Montúfar Neira, Margarita; Et. Al. "SÍNDROME DEL MALTRATO INFANTIL". Programa de Educación Continua en Pediatría (Precop), Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP)-Ascofame. Curso Continuo de Actualización en Pediatría (CCAP). Año 5, Módulo 2. Colombia 2006.

- M. Axline, Virginia. "TERAPIA DE JUEGO". 1ra. Edición, 10ma. Impresión, Editorial Diana, México 1991.
- Martín Baró, Ignacio. "ACCIÓN E IDEOLOGÍA. Psicología Social desde Centro América". 4ta. Edición, Editorial Talleres Gráficos UCA. El Salvador, 1990. Pág 115.
- Martín Baró, Ignacio. "SISTEMA, GRUPO Y PODER". UCA Editores, San Salvador, El Salvador 1989.
- Martínez B., Josefina. "TERAPIA DE GRUPO EN ABUSO SEXUAL INFANTIL".
 Uruguay, 2002.
- Martínez Roig, A. y De Paul Ochotorena, J. "MALTRATO Y ABANDONO EN LA INFANCIA". Ed. Martínez Roca. Barcelona 1993.
- Marvasti, Jamshid A. "DIAGNÓSTICO DEL JUEGO Y TERAPIA DE JUEGO CON NIÑOS VÍCTIMAS DE INCESTO". Capítulo 14. Tomo 2, Manual de Terapia de Juego.
- McDermott, John F. Jr., y Eberhard Mann. "TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA". Capítulo 16, Tomo 1.
- Mejía Ninette. "FASES DEL ABUSO SEXUAL". Documento 784. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Psicoterapia Infantil. Guatemala 2010.
- Miller, Alice. "POR TU PROPIO BIEN". Tusquets Editores, Barcelona 1992.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. "VIOLENCIA, BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA" -UNFPA-, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Editorial LEGIS S.A. Bogotá D.C. Colombia 2010. 163 páginas.
- Ministerio Público, Fiscalía Especial de la Mujer. República de Honduras. "GUÍA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES". Fondo de Población de las Naciones Unidas, Litografía López, S. de R. L. Tegucigalpa, Honduras 2010. Página 28.
- Montero, Maritza. "HACER PARA TRANSFORMAR: El método en la psicología comunitaria". Editorial Paidós SAICF, Tramas Sociales. Buenos Aires, Argentina, Reimpresión 2007.

- Montero, Maritza. "TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA".
 Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires, 2003.
- Mora Martín. "LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE SERGE MOSCOVICI" Athenea Digital 2. México, 2002.
- Nickerson, Eileen T. "EL ARTE COMO MEDIO TERAPÉUTICO DE JUEGO". Capítulo 12. Tomo 1.
- Oliverio Ferraris, Anna, y Bárbara Graziosi. ¿QUÉ ES LA PEDOFILIA? Paidós, Barcelona, 2004.
- Red Contra La Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en Izabal. "EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL" Boletín Informativo Volumen 1, No. 1. Puerto Barrios, Izabal, Guatemala, Agosto 2008. Fuente de información: sepiensa.org.mx/.../xplotinfant
- Rodas López, Dalila Marisol. "MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL, a niñas, niños y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual, en comunidades rurales" Experiencia en Alta Verapaz. Fundación Sobrevivientes, UNICEF, Guatemala 2012.
- Rodríguez, Vivian; Rosa María España y Perla de León. "MODELOS DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE DERECHOS PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MALTRATADOS Y ABUSADOS SEXUALMENTE". CONACMI. Red de prevención y atención del maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes en Guatemala. Plan Internacional, Plan Guatemala y Plan Japón. Guatemala 2010.
- Unidad de la Mujer y Análisis de Género. "MALTRATO INFANTIL". Departamento de Comunicación Social, Organismo Judicial, Guatemala, C.A. 2008.
- Van De Putte. "UN GRUPO DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS PARA NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL". Capítulo 18. Tomo 2, Manual de Terapia de Juego.
- Violencia Sexual. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS SOBREVIVIENTES. Nov. 2009.

ANEXOS

Hospital Nacional Infantil "ELISA MARTÍNEZ"
Puerto Barrios, Izabal.
Oficina de Atención Psicosocial.
Departamento de Psicología - EPS
Esc. CC PS. Universidad de San Carlos de Guatemala.

FICHA CLINICA PSICOLOGICA

No. de Registro: Ingreso: 1ra. Cita:	Fecha 1ra. Co	onsulta:	
IDENTIFICACIÓN GENERAL Nombre Completo: Fecha y Lugar de Nacimiento Religión:	-		Sexo: Edad: Etnia:
Escuela: Dirección:		-	Grado:
Persona Responsable: Parentesco: Escolaridad, Ocupación:	Nacionalidad:		c
Estado Civil:novio(a) _ unión libredivorciada(d Dirección y Teléfono:	casado(a) o)en trámites	no esp	pecifica.
Motivo de Consulta:			
Genograma y Núcleo de Con	vivencia:		
de consumera a			

Hospital Nacional Infantil "ELISA MARTÍNEZ"
Puerto Barrios, Izabal.
Oficina de Atención Psicosocial.
Departamento de Psicología - EPS
Esc. CC PS. Universidad de San Carlos de Guatemala.

FICHA CLINICA PSICOLOGICA

No. de Registro: Ingreso:	Expediente Clínico Fecha 1ra. Consul): ta:
1ra. Cita:		
IDENTIFICACIÓN GENERAL	r	
Nombre Completo:		Sexo:
Fecha y Lugar de Nacimiento	:	Edad:
Religión:		Etnia:
Escuela:		
Dirección:		
Persona Responsable:		
the commence of the control of the c	Nacionalidad	Etaia
Parentesco: Escolaridad, Ocupación:	Nacionalidad.	= ma.
Estado Civil:novio(a) _	casada(a) solt	ero(a) viuda(a)
unión libredivorciada(
Dirección - Tolácano:	o)en nummes	_no especifica.
Dirección y Teléfono:		
Motivo de Consulta:		
Genograma y Núcleo de Con	vivencia:	
+		
AND THE PROPERTY OF THE PROPER	*	
an age of the control		
Sedanskipses		
deceased in the second		
epis de la constante de la con		
Salarin rayan		
TO THE PROPERTY OF THE PROPERT		

*DIAGNÓSTICO:
*DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:
*PLAN TERAPÉUTICO:
*PLAN DE TRATAMIENTO Y CONDUCTA TERAPÉUTICA:
*EVOLUCIÓN:
*RESULTADOS:

EXAMEN MENTAL (Primera Entrevista)

Lugar y Fecha:					No. Expediente Gínico:				
Nombre:								Edad	d:
1. APARIENCIA	PERSO	DNAL:							
Peinado/a	Desp	einado/a	Limp	nio/a	Sucio/o	1	Vestime adecuad		V. humilde
Delgado/a	Delgado/a Gordo/a		Obe	so/a	Acné		Vestime inadecua		V. normal
Manchas	Paráli	sis	Disco	apacidad	Lentes				
2. ACTITUD Y	COND	UCTA:	,		-				
Indiferente	Confi			sivo/a	Hostil		Evasivo/		Defensivo/a
Sugestionable	Impul	sivo/a	Dem	nandante	Solicito	/a	Inseguro	/a	Normal
3. COMUNICA	CIÓN-F		505555555 = 1	ACIÓN:	Te			Γ.	
Muy buena		Estable	ecida		Super	ficial		Ause	nte
4. ACTITUD M a) General	OTOR	A:							
Sobre actividad	iH b	po activio	dad Impulsivi		dad Agres		sividad T		emblor
Intranquilidad	Ag	gitación		Tranquili	dad Ansic		oso/a N		lormal
b) Postura									
Relajada	En	cogida		Erecta		Rígid	a	Pr	rovocadora
Seductora	Cł	navacana		Flexible		Seria		D	espreocupada
Normal									
c) Facies									
Gesticulaciones	s M	uecas	***	Tics ner	viosos	Mani	erismos	N	1ioclus
Rigidez	Fr	nbotamie	nto	Asustad	iza	Enoi	ada	N	lormal

d) Mirada

Directa	Fija	Evita contacto ojo a ojo	Mirada baja
Indirecta	Dura	Suave	Asustadiza
Normal			

e) Voz

Timbre normal	Timbre débil	Timbre fuerte

5. AFECTO:

a) Ánimo

Euforia	Elación	Éxtasis	Tristeza
Apatía	Ansiedad	Culpa	Normal
Tranquilo			

b) Afecto

Apropiado	Inapropiado	Inalterado	Congruente con contenido de ideas	Blando	
-----------	-------------	------------	-----------------------------------	--------	--

6. FLUJO DE PENSAMIENTO: Habla

Espontánea Direccional Contrista Excitante Interrumpida Normal	Espontánea	Direccional	Contrista	Excitante	Interrumpida	Normal
--	------------	-------------	-----------	-----------	--------------	--------

7. a) PROCESO DE PENSAMIENTO:

Disminuido	Mutismo	Retardo	Bloqueo
Presión del habla	Vuelo de ideas	Rimas	Expansivas
Circunstancialidad	Sobre intelectualización	Fluidez	Normal

b) PROCESOS DE ASOCIACIÓN:

Ambiguos	Vagos	Desconectados	Difusos
Saltantes	Incoherentes	Tangencias	Digresivos
Normal	Coherentes		

Q	CON	ITEN	IDOS	DE	DEN	CAN	MEN	ITOS.
	. ()	VILIV			LLIV		VIILI	

Conocimiento	Fantasías	Amnesia	Hiper amnesia					
Empobrecimiento de ideas	Preocupaciones	Obsesiones	Delirios					
Alucinaciones								

9. ATENCIÓN Y MEMORIA

Muy Buena Buena P	Pobre Deteriorada
-------------------	-------------------

10.INTELIGENCIA:

Normal Alta	Normal	Normal Baja	Al Límite	
-------------	--------	-------------	-----------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL PSICOLÓGICO:

HOSPITAL NACIONAL INFANTIL "ELISA MARTÍNEZ" Puerto Barrios, Izabal Oficina de Atención Psicosocial Departamento de Psicología - EPS Esc. CC PS. Universidad de San Carlos de Guatemala

No. Expediente	e Aínico: Ficha Aínica:
Nombres y Apo	ellidos:
Fecha y Hora	OBSERVACIONES, ACTIVIDADES Y AVANCES
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	,
	*.
	•
Firma:	

NOTAS DE EVOLUCIÓN

0)
0
I
-
u
V
-
SULTA
S
Z
0
0
-
W
0
-
0
00
4
-
~
L.
EGIS
(7)
111
REGIS
W-

0	المعالم	Otros:	Marque o		\$ 			ļ		ļ	ļ				ļ		MILIAR	asiste a seguimiento por	manejo de efectos secun	método, detallando en la de descricción de discono	motivo de la consulta.		
1		0t p	g.	Cantidad Recetada			ļ	ļ	ļ	ļ							CIÓN FA	siste a s	nanejo d	nétodo, t	notivo de		
100/14	01.00	-1.1/07-20	edicamen	Presenta- ción		<u> </u>										11/ Control	PLANIFICACIÓN FAMILIAR						
	3H Válido a partir del 2010	Formulario-SIGSAWEB-1,1/07-2010 Psicologia/Psiquiatria:	Tratamiento y/o medicamento formulado	Descripción												a	onsulta	Nuevo: paciente que asiste por primera vez al servicio en el año.	Primera consulta: paciente que	service per una enfermedad.	Reconsultar percente que asiste al servicio por seguimiento por una	entermedad Inter Consulta: el traslado de un	paciente dentro de un servicio, de una
	,	Psicolo	ación	Codi-		7										10/ Consulta	Tipo de Consulta	Nuevo: pa	Primera co	ervicio po	Reconsult revicio po	enfermedad Inter Consul	paciente de
	HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTINEZ	Traumatologia Traumatologia	Motivo de consulta y/o clasificación	Descripción de diagnóstico/control														9/ Escolaridad				S Unwersidat	
	VEAN	122		Y elleT ose9]_							
	TAL II		11/ Control	FullehoqmeT					ļ							7/ Discapacidad 5/ Estado civil	1 Sollero/a	2 Casadola 3 Unidola	4 Divorciado/a	\$ Wudo/a			
	SPI	П	-	Inter Consulta Tamizaje VIF/VBG												idad 5/ Es	3	5 5	4 D	2			
ITAL	Ξ		10/ Consulta	Primera Reconsulta Emergencia	 	-		†	ļ						<u> </u>	Discapac	1 Fisica	2 Mental 3 Visual	4 Auditiva	5 Ofra			
IOSE	ü	Pediatria		Nuevo	+	-										1		N 0	•	S			
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EN HOSPITAL TO BARRIOS Servicio de Salud: HO	Servicio de Salu		Residencia	Comunidad ylo dirección exacta	-											S' Agricola Migrante:	Sees trabajador magrante marque	& Edad:	Estas capillas son excluyentes.	1 St el paciente es menor de un	mitt, anotar is edad on dias. 2 Self calcente es menor de un	año, anotar la edad en meses	
ARIO DE	1	Cirugia		Municipio																			
a o			161	9/ Escol														of the last	pensa	5		leks)	
25	RIOS	П	-	Años (17	-	-		-	-	_				-				17 Greychi' 18 Sakanulleka	19 Sipakapensa	30 Tektiteka	21 Tzungil	22 Uspanteka 23 No indica	
ZEG	O BAR	J. Ba	6/ Edad	Meses		ļ			 	ļ													
	PUERT	Extern	-	Agrico Magran SeiQ	-		COM DUTO									::	Maya.	9 Jakalteka 10 Kacchikel	H Kiche	12 Mar	13 Mapan	14 Pogoman 15 Pacoman	-
	.6	Consulta Externa		Deingnil Si Agrico	+	-	+		-	-				-		lingüisti	thico 21	. 0.	=			4 5	
	Municipio: PUERTO BARRIOS	1 0	bebi	numoJ /4		+-	-	-		_			_	-		4 Comunidad lingüística:	Si es de grupo étnico. 2 Maya.	, esta	3 Awakateka	4 Ch'orti	5 Chaichiteka		
			-	à Grupo è	-	-	-	-		_	_	_		_	-	# Co	5	1 Achi	3.4%	40 t	200	6 Chuj	
			-	ox as /z		-										.oxo:	M = Masculind	remening		3/ Grupo Etnico:	PA	3 Garfuna	
	AL.	ormación: Emergencia:		paciente												2/ Sexo:							
	IZABAL	Responsable de la informacion: aria: Emergen		Nombres y apellidos del paciente													10 Auxiliar de Enfermeria		13 Trahajedor Social	14 Personal de vectores	15 Facilitados institucional 16 Facilitados Comunidado	17 Laboratorista	
	Área de Salud:	Respons.		Nombres y													10 Au	11 TSR 12 ISA	13 To.	14.7	16 15	17 (3	
Publi	stemats Schud!	Resi Especialidad hospitalaria:		X X	-	-	ļ										formación			4 Medico Cooperación Internacional	S. Enfermera Graduada o Professorial 6. Enfermera Ambulatosia	Ę	
Ka	Republica de Guatemala Stadon de salud	S S	eun/ s	SSDI anail IS	1	+	-	1		-	1						ie de la in	le se	mbulatoric	Cooperace	a Ambulat	Profesor	
A STATE	" 1 /2)	spinita	o FinalsiH oV												. Cargo:	Pesponsable de la información	1 Medico Local 3 Medico EPS	2 'Aedico Ambulatorio	4 taldes C	5 Entermera Graduada o 6 Enfermera Ambulatolia	7 Paquatra Profesional	

4 Xinca 5 Otros 6 No indica

La Isla de los Sentimientos

Érase una vez una isla donde habitaban todos los sentimientos: la alegría, la tristeza y muchos más, incluyendo el amor.

Un día les fue avisado a sus moradores que la isla se iba a hundir, por lo que todos los sentimientos se apresuraron a abandonarla. Abordaron sus barcos y se prepararon a partir apresuradamente. Solo el *Amor* permaneció en ella; quería estar un rato más en la isla que tanto amaba, antes de que desapareciera. Al fin, con el agua al cuello y casi ahogado, el *Amor* comenzó a pedir ayuda.

Se acercó la *Piqueza* que pasaba en un lujoso yate y el *Amord*ijo: "*Piqueza* llévame contigol". La *Piqueza* contesto: "No puedo, hay mucho oro y plata en mi barco, no tengo espacio para ti".

Le pidió ayuda a la *Vanidad*, que también venía pasando: "*Vanidad*" por favor ayúdame". Y ésta le respondió: "Imposible *Amor*, estas mojado y arruinarías mi barco nuevo". Pasó la *Soberbia*, que al pedido de ayuda contesto: "Quítate de mi camino o te paso por encimal".

Como pudo, el Amorse acercó al yate del Orgullo y, una vez más, solicito ayuda. La respuesta fue una mirada despectiva y una ola casi lo asfixia.

Entonces, el *Amor* pidió ayuda a la *Tristeza*: "dme dejas ir contigo?". La *Tristeza* le dijo: "Ay *Amor*, tu sabes que siempre ando sola y prefiero seguir así".

Pasó la Alegría y estaba tan contenta que ni siquiera oyó al Amor llamarla.

Desesperado, el *Amor* comenzó a suspirar, con lágrimas en sus ojos. Fue entonces cuando una voz le dijo: "Ven, *Amor*, yo te llevo". Era un anciano el que le decía eso. El *Amor* estaba tan feliz que se olvidó preguntarle su nombre.

Fue llevado a la tierra de la Sabiduría y, una vez allí, el *Amor* pregunto a esta: "¿Quién era el anciano que me trajo y salvo mi vida?".

La Sabiduría respondió: "era el *Tiempo*". "dEl tiempo? Pero dpor qué el tiempo me quiso ayudar?", dijo el *Amor*.

La Sabiduría le respondió: "Porque solo el *Tiempo* es capaz de ayudar y entender a un gran *Amor*".

No importa cuánto *Tiempo* esperemos, si existe el *Amor*, el *Tiempo* nos ayudará a esperar aquello que más deseamos.

Todo es hermoso en el tiempo exacto que Dios tiene para nosotros, ni antes, ni después. Aunque este relato trata al Amor como un sentimiento, hay quien dice que el Amor no es un sentimiento, sino una decisión, de tal manera que independientemente de cómo te sientas, buscas las cosas que le hagan bien a esa persona a quien le brindas tu Amor.

El *Amor* verdadero es una decisión y, como proviene de Dios, está llamado a la Eternidad. Que tengas *No* un día, sino una Vida llena de Amor!

EL SECRETO DEL PEQUEÑO CABALLO

Asociación Nacional Contra El Maltrato Infantil -CONACMI-

(Una adaptación del documento original titulado: Le Secret du Petit Cheval par le Ministère de la Justice. Santé Canadá, 1999, 15p.).⁴⁵

Es un cuento en donde la historia gira a través de un secreto que una niña tiene acerca de un caballo que guarda con mucho misterio. Por este secreto una amiguita suya da a conocer que ella también tiene un secreto, sin embargo el secreto no es bueno, sino más bien doloroso (sobre el abuso sexual del que es víctima).

El objetivo es alertar a las niñas y niños que existen secretos buenos, pero también hay malos o desagradables que hacen daño, los cuales no hay que guardarlos, sino más bien decirlos para que no sigan haciendo daño.

"Los secretos forman parte de nuestra vida y, ciertamente, es necesario enseñar a nuestros niños y niñas, que deben respetar la confianza que se deposita en una persona, cuando se cuenta un secreto. Cosa distinta sucede cuando el "secreto", se refiere a cualquier tipo de maltrato y/o abuso sexual, cometido en contra de ellos, por parte de otra persona, un adolescente o una persona mayor."

El secreto del pequeño caballo, nos ayuda a explicar a los niños/as que no tienen que ocultar o callar bajo ninguna circunstancia "el secreto del abuso sexual", ya que éste tipo de secreto es un hecho, situación que hiere y lastima la integridad física y emocional de quien lo sufre.

El niño o la niña al leer o escuchar el cuento podrá diferenciar los secretos buenos y los secretos malos y así aprenderá que si confían su secreto a un adulto, éste podrá ayudarles, y si en caso contrario no hacen nada, buscar otros medios o a otras personas que muestren interés en ayudarles y brindarles las herramientas necesarias para que

⁴⁵ Monette, Melanie (traductor). Licda. Gloria Solares, Lic. Miguel Ángel López y Licda. Belia Rodas (revisión técnica). Impresión: Serviprensa S.A. Tel: 22325424. Guatemala.

Centre National d'information sur la violence dans la famille. Ottawa (Ontario) Canadá.

el hecho no se siga repitiendo y llegue a tener la atención y ayuda especializada. Es por ello de la importancia de que los niños y niñas mantengan una buena comunicación con sus padres, maestros o una persona adulta de confianza, para poder a quién contarle alguna situación especial que suceda, y solucionar la problemática, velando así por la salud, seguridad y bienestar del niño/a en todo momento, es de las prioridades.

El cuento trae una guía práctica para educadores y una para niños, es la realidad de muchos niños y niñas de nuestro país que han sido víctimas de maltrato y abuso sexual infantil, por tanto, es necesario enfatizar:

- La responsabilidad que tienen los padres de familia de orientar a sus hijos en el conocimiento de su cuerpo y en su autocuidado.
- La responsabilidad de enseñar a las niñas y niños sus derechos.
- Enfatizar que hay secretos que hacen daño, que no deben guardarse y que deben decirse a una persona de confianza.
- Hacer ver los niños y niñas no son culpables, creerles, mostrarles confianza, buscar su seguridad y brindarles todo el apoyo y ayuda que ellos necesitan.

A los niños/as, al finalizar el cuento, se puede hacerles algunas preguntas:

- ¿Te gustó la historia? ¿Cuál es tu opinión acerca del cuento?
- ¿Alguna vez alguien ha pedido que guardes un secreto?
- ¿Cómo crees que se sintió la niña guardando el secreto del caballo?
- ¿Cómo crees que se sentía la niña, por el secreto que ella tenía con la gran persona? ¿Crees que era bueno?
- ¿Cómo crees que podrías apoyar a una niña o un niño que tiene un secreto como el de la niña del cuento?
- ¿Qué harías si alguien te pide que guardes un secreto como el de la niña del cuento?

Análisis Desde el Modelo Traumatogénico de los Indicadores Gráficos Asociados a Agresiones Sexuales Infantiles en la Prueba Persona Bajo la Lluvia

La Prueba Persona Bajo la Lluvia en la Evaluación de las Agresiones Sexuales Infantiles

Prueba proyectiva gráfica de cuya autoría no se tiene claridad. Este test es utilizado ampliamente en la evaluación clínico-pericial de agresiones sexuales infantiles, dentro de una batería diagnóstica que incluye otros test y herramientas diagnósticas (Huerta & Navarro, 2004; SENAME, 2001, 2004). Sin embargo, pese a lo extendido de su uso, existe poca investigación empírica de este instrumento en relación a las agresiones sexuales infantiles. Esta prueba permite interpretar "la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador" (Querol & Cháves, 1997, p. 19).

La administración de la prueba PBLL consiste en solicitar al evaluado que dibuje una persona bajo la lluvia, en la forma en que desee, sin otra instrucción. Se necesita una hoja en blanco y lápices de colores que quedan a disposición del evaluado. Puede aplicarse a sujetos de todas las edades, de manera individual o colectiva. El tiempo de evaluación depende de las características de cada niño en la elaboración del dibujo, no habiéndose delimitado un tiempo de ejecución (Querol & Cháves, 1997). Las pruebas proyectivas gráficas pueden conceptualizarse como aquellos instrumentos clínicos por medio de los cuales los sujetos expresan, a través del dibujo, su mundo interno de una manera menos controlada en comparación a otras pruebas, lo que permitiría una aproximación significativa a sus contenidos profundos e inconscientes. La aplicación de pruebas gráficas posibilitaría conocer la visión que los niños/as tienen de sí mismos, los otros y el mundo (Capella et al., 2003). Lo anterior implica una aproximación a las vivencias, fantasías, temores, interacciones, etc., por medio de una actividad cotidiana, espontánea y agradable para la mayoría de ellos, el dibujo. Según estas autoras, el producto gráfico es un reflejo (proyección) de las necesidades y rasgos de personalidad de los niños.

En términos teóricos se hipotetiza que el daño sufrido producto de una agresión sexual, debiera reflejarse en las producciones gráficas de los niños (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2000b; Huerta & Navarro, 2004). El análisis de los indicadores gráficos podría dar cuenta de las áreas psicológicas dañadas, lo que tiene implicancias tanto para la labor pericial como para la reparatoria. Las gráficas permiten diversas lecturas dependiendo del proceso que se ha activado o domina en su producción. En relación a las agresiones sexuales son escasas, pero las investigadoras argentinas Barilari, Beigbeder y Colombo (2000b, 2004), reportan la existencia de 14 indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales y maltrato infantil en el grupo de niños de 8 a 11 años edad: dimensión pequeña, borrado, repaso, elementos fálicos, lluvia sectorizada, rayos,

cabeza deteriorada, cinturón, ausencia de piso, ojos vacíos, ausencia de manos, ausencia de detalles, figura incompleta o infantil, y ausencia de entorno.

A continuación se expone el análisis interpretativo de cada indicador.

- <u>Ausencia de piso</u>: "Falta de sostén, una raya que indique piso, no hay base dada por otros elementos (charcos, apoyo del dibujo sobre el borde de la hoja, etc.)" (Barilari et al., 2004, p. 24, 49). Las interpretaciones precedentes conectan claramente con la variable traumatogénica de *Indefensión*, ya que se asocian a la vivencias de **falta de apoyo y necesidad de seguridad**, lo que puede redundar en miedo y ansiedad al no poder satisfacerse esas necesidades.
- Sonrisa maníaca: "Negación. Desmentida de la realidad" (Barilari et al., 2004, p. 24). Una sonrisa grande con las comisuras hacia arriba que ocupan gran parte del rostro, indicador gráfico puede aludir a mecanismos disociativos, los cuales pueden encontrarse en menores victimizados sexualmente. Sin embargo, no es claramente adjudicable a alguna de las variables traumatogénicas.
- <u>Lluvia sectorizada</u>: "Situación de presión" (Barilari et al., 2004, p. 24). Para Querol y Cháves (1997) representa la hostilidad del medio a la que debe enfrentarse la persona; podría dar cuenta de la dinámica traumatogénica de *Indefensión*, ya que se asocia a posibles sentimientos de impotencia y bajo sentido de autoeficacia al ser incapaz de controlar la lluvia, que representa un evento estresor, lo que genera miedo y ansiedad. La lluvia sólo cae sobre la cabeza o se encuentra en un rectángulo alrededor de la figura humana.
- <u>Ausencia de paraguas sobre la cabeza o en la mano</u>: "Falta de defensas" (Barilari et al., 2004, p. 24; Querol & Cháves, 1997, p. 83). "Sentimiento de indefensión" (Barilari et al. 2004, p. 24). Este indicador se asocia claramente a la dinámica traumatogénica de la *Indefensión*, ya que a nivel simbólico no se cuenta con elementos de protección para hacer frente a elementos estresantes, lo que podría dar cuenta de sentimientos de impotencia y baja autoeficacia al no poder controlar los eventos vitales nocivos.
- <u>Cabeza grande</u>: "Preocupación excesiva. Perseveración de ideas" (Barilari et al., 2004, p. 24). Cabeza superior a 1/3 del cuerpo, respeta la redondez; "deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseveración de ideas" (Querol & Cháves, 1997, p. 98). "Regresión, grandiosidad" (Buck, 1995, p. 14). "Agresividad y pensamiento expansivo, ego inflado, sobrevaloración de la inteligencia, fantasía" (Urban, 1963 citado en Wenck & Rait, 1995, p. 126). Debido a las distintas definiciones recabadas, se hace difícil la adjudicación de este indicador a una de las variables traumatogénicas, sin embargo, es posible plantear que la preocupación excesiva, la fantasía y la perseveración de ideas se relacionan con contenidos ansiógenos asociados a la vivencia sexualmente abusiva, que se conectan de manera más directa con la dinámica traumatogénica de *Indefensión*. Por otra parte, la grandiosidad, narcisismo y agresividad pueden vincularse con una excesiva

necesidad de controlar o dañar, lo que constituye una forma de manifestación definida de la dinámica de *Indefensión*.

- Ausencia de entorno, ausencia de paisaje (casa, árboles, seres vivos, objetos, montaña, entorno en general): "Pobreza de recursos internos, falta de estimulación del medio" (Barilari et al., 2004). Por otra parte, Querol y Cháves (1997) vinculan la escasez de detalles en el dibujo de la PBLL con sensación de vacío y depresión. Tomando en cuenta ambas definiciones, se puede interpretar que por una parte la sensación de vacío y depresión, y por otro lado el aislamiento y posible aversión a las relaciones interpersonales de la persona dibujada, dan cuenta de la dinámica traumatogénica de Traición. Pobreza de recursos internos y falta de estimulación del medio pueden entenderse como las caras de la misma moneda, en donde el aislamiento es lo central. El hecho de representar a la persona sola podría dar cuenta del dolor y de-sencanto con el medio, al que se prefiere omitir. Las nubes, lluvia, figuras humanas, línea de base o piso representado por una base de cualquier color (ejemplo, verde o café) no se consideran dentro de la categoría de entorno.
- Brazos cortos (no llega a la altura de la cintura): Buck (1995) vincula los brazos omitidos, muy pequeños o escondidos con culpa e inadecuación. "Escasa adaptación" (Koppitz, 1968 citado en Wenck & Rait, 1995, p. 128). Basándose en las definiciones previas es posible plantear que este indicador se asocia a la variable traumatogénica de Estigmatización, ya que como resultado de ésta, los/as menores abusados pueden sentir culpa y vergüenza o sentirse malos, con lo que su sentido de inadecuación a su entorno aumenta.

A continuación se expone a modo de resumen en la Tabla 1 los indicadores gráficos

Indicadores gráficos	Variable traumatogénica
Ausencia de Piso	Indefensión
Sonrisa Maniaca	
Lluvia Sectorizada	Indefensión
Ausencia de Paraguas	Indefensión
Cabeza Grande	Indefensión
Ausencia de Entorno	Traición
Brazos Cortos	Estigmatización

asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba PBLL junto con la variable traumatogénica que representa cada uno de ellos. En términos generales, es posible vincular los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba PBLL con las dinámicas traumatogénicas descritas por Finkelhor y Browne (1985), lo que sugiere que esta prueba gráfica refleja en alguna medida el daño psicosocial

asociado a este tipo de vivencia. Esto constituye un aporte para la utilización e interpretación de esta prueba gráfica en la detección y evaluación de las agresiones sexuales infantiles, ya que ofrece al psicólogo clínico-pericial un acercamiento a las

significaciones y a las secuelas de los menores vulnerados en sus derechos sexuales. Lo anterior puede proporcionar información útil que redunde en intervenciones terapéuticas más eficientes. En relación a la interpretación de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba PBLL, llama la atención el hecho de que correspondan en su mayoría a la dinámica traumatogénica de Indefensión, por lo que probablemente los niños experimentarán miedo y ansiedad por no poder controlar eventos que les son dañinos. A esta dinámica se asocian pesadillas, fobias, hipervigilancia, sentimiento de impotencia y baja en el sentido de autoeficacia.

Por el contrario, la variable Sexualización Traumática, que se espera que esté ligada a este tipo de agresiones, no aparece representada por ningún indicador gráfico. Por tanto, no hay evidencia que se asocie a preocupaciones sexuales y conductas sexuales repetitivas, como tampoco connotaciones negativas relativas al sexo.

La variable de Estigmatización se ve representada a su vez por un solo indicador, que se asocia a los sentimientos de maldad, vergüenza y culpa que manifiesta el niño/a.

La dinámica traumatogénica de Traición, al igual que la dinámica precedente está representada por un indicador, el cual se asocia con el dolor, depresión y desencantamiento del niño/a al darse cuenta de que la figura en quien confiaba y de la cual depende le ha hecho daño.

Estos resultados pueden sugerir que esta prueba posee un valor discriminativo limitado en relación a las agresiones sexuales infantiles (Girardi & Pool, 2005), ya que las variables traumatogénicas que sí se ven representadas en la prueba PBLL pueden asociarse a diferentes vivencias traumáticas en los niños, tales como maltrato físico y/o psicológico, negligencia o abandono, separación de los padres, etc. Otra posible interpretación de los resultados dice relación con que las mayores preocupaciones de los niños abusados sexualmente no se relacionan con la sexualidad, sino con las vivencias de abandono, impotencia, dolor, y sentimientos de maldad, vergüenza y culpa, debido a que los niño/as pequeños evolutivamente no pueden dimensionar cabalmente la índole de la agresión sexual (Finkelhor & Browne, 1985; Johnson, 2004; Perrone & Bak, 1999).

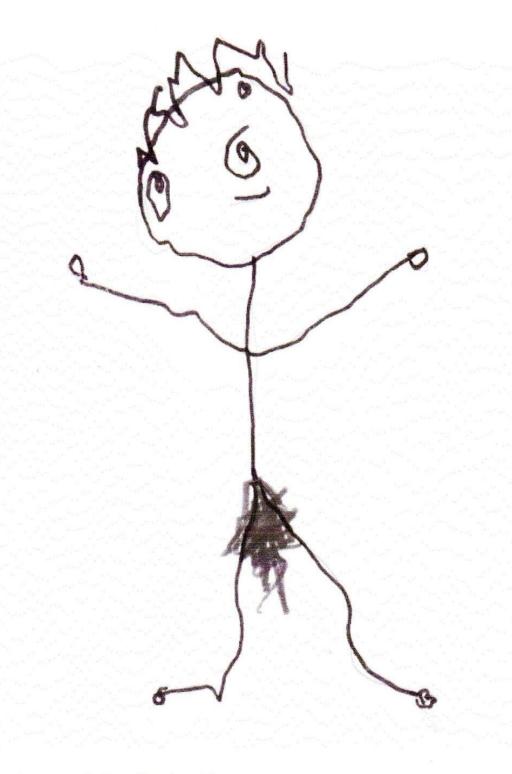
Por último debe tenerse siempre presente que los indicadores asociados a agresiones sexuales infantiles obtenidos en la prueba PBLL no pueden ser entendidos de un modo lineal y que debe situarse en un contexto de evaluación integral que incluya la utilización de otras pruebas y técnicas de evaluación clínico-pericial (Huerta & Navarro, 2004; SENAME, 2001, 2004). A su vez, la interpretación de los diferentes indicadores en las pruebas gráficas no debe entenderse como exhaustiva o concluyente, sino como orientativa, por lo que debe complementarse con la observación clínica (Buck, 1995). A lo anterior se agrega el hecho de que la interpretación de los indicadores de las pruebas gráficas no ha sido suficientemente investigada, por lo que podría no ser completamente adecuada (Thomas & Jolley, 1998)

TEST H.T.P CASA - ARBOL - PERSONA TECNICA DE DIBUJO PROYECTIVO

Fecha:	
Nombre:	 Sexo:
Lugar y Fecha de Nacimiento:	 Edad:
Escuela:	 Grado:
Fuente de referencia:	
Preguntas de referencia:	
Entrevistador:	
Lápiz:	
OBSERVACIONES GENERALES	
1. CASA:	
Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia)	
Tiempo para completar el dibujo	
2. ARBOL:	
Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia)	
Tiempo para completar el dibujo	
3. PERSONA:	
Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia)	
Tiempo para completar el dibujo	 <u> </u>

TEST DE LA FIGURA HUMANA

NOMBRE:		_ EDAD:	19 100 5 6 1
FECHA NACIMIENTO:		_ LUGAR:	
FECHA DE APLICACIÓN:	4	_	
EX	PLICACIÓN VERBAL		
Qué está haciendo la figura?			
Qué edad tiene?	Es casado?		
Tiene hijos	- con quien vive?		
En que trabaja?			
Que ambiciones tiene?	9,	off.	
Es elegante?			
Es sano o enfermizo?			
Cual es la mejor parte de su cuerpo	? Y por qué		
Cual es la peor parte de su cuerpo?	Y por qué		
Tiene preocupaciones?			// state
Esta triste o feliz?	Por qué?		
Que es lo que más le enoja? Confía en las personas? A quién le recuerda o se le parece la			
Quisiera ser como el o como ella?	Por qué?	8	
Evaluador —	p=	*	(A. 18 P. 18



Niña de 6 años: "así quedé toda roja"

