

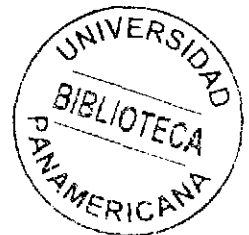
UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven
abandono de sus padres biológicos**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Victoria Cumes Jocholá

Guatemala, junio 2014



**Impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven
abandono de sus padres biológicos**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Victoria Cumes Jochohá (Estudiante)

M. A. Rebeca Chajón (Asesora)

Guatemala, junio 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M. A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Decana

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Victoria Cumes Jocholá
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

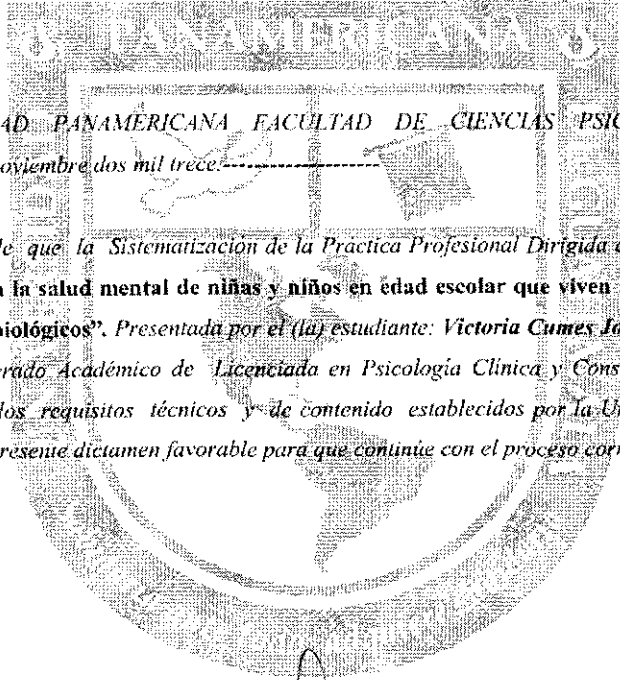
DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Victoria Cumes Jocholá** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

Licda: Elizabeth Herrera
Decano





UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandono de sus padres biológicos". Presentada por el (la) estudiante: **Victoria Cumes Jocholá**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala enero dos mil catorce.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandono de sus padres biológicos". Presentada por el (la) estudiante: Victoria Cumes Jocholá, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Magda López

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala junio dos mil catorce.....

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandono de sus padres biológicos". Presentada por el (la) estudiante: Victoria Cumes Jocholá, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.




Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

Dedicatoria / Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios, porque me dio la oportunidad de formarme, me proporcionó sabiduría, entendimiento y fortaleza, me acompañó en cada momento en cada paso de este proceso de formación académico y me guio en este gran caminar. También gracias a la Asociación Proyecto Miriam, especialmente a Susana Kummer por el apoyo incondicional y económicamente a este proceso si no hubiese sido por el apoyo, no lo hubiera logrado, así mismo a mi esposo Celestino Morales Canú, por su amor incondicional y su gran apoyo, durante este proceso en mi vida. A mis hijos Julissa Magdaly, Billy Alexander, Brandon Jonathan y Bryan Josué Eduardo Morales Cumes, a mis padres Toribio Cumes Muxtay y mi madre Fidelia Jocholá Espital, a mis hermanos y hermanas especialmente a María Eugenia Cumes Jocholá y Macaria Cumes Jocholá que en paz descanse y a todas y todos, sobrinas y sobrinos gracias por el apoyo que me brindaron cada uno logré alcanzar mi meta.

A la Universidad Panamericana, donde me formé como estudiante y abrió sus puertas para que yo pudiera aprender conocimientos para la carrera y poder desempeñarme como profesional, así mismo al Coordinador de UPANA El Naranjo, Lic. Mario Salazar, por su apoyo al proceso y a mis catedráticas y catedráticos por haber compartido sus conocimientos valiosos y experiencias, donde dieron lo mejor de cada uno de ellas y ellos y gracias por esto en este momento llevo un bagaje de conocimiento valioso y crecimiento personal, para un aporte a mi familia y mi país que tanto lo necesita y gracias por esa honradez y sinceridad a este proceso de formación como profesional en psicología. A mis compañeras de la universidad y amigas Teresa del Rosario Álvarez y todas guardan un lugar especial en mi vida y gracias por apoyarme, motivarme y no resignar, durante este proceso y a todas las personas que fueron parte importante en este proceso y todas las personas quienes me abrieron las puertas por haber realizado mi práctica profesional dirigida en el Centro de Salud de San José la Comunidad zona 10 de Mixco gracias a todas y todos especialmente a las niñas y niños quienes compartieron conmigo su gran aprendizaje, entusiasmo y alegría me enseñaron a crecer como persona.

Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
<i>Capítulo 1 Marco de Referencia</i>	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Organigrama	3
1.5 Objetivos	3
1.6 Población que se atendió	4
1.7 Planteamiento del problema	4
1.8 Objetivos	5
<i>Capítulo 2 Marco Teórico</i>	6
2.1 Salud mental en niñez de edad escolar	6
2.1.1 Salud mental en la población guatemalteca	7
2.2 Abandono infantil	8
2.2.1 Tipos de abandono infantil	11
2.2.2 Causas de abandono infantil	12
2.2.3 Efectos del abandono infantil	13
2.2.4 Principales trastornos emocionales por el abandono infantil	14
2.3 Principales procesos psicoterapéuticos de apoyo a niñas y niños que viven en abandono de sus padres biológicos	15
2.3.1 A nivel individual	16
2.3.2 A nivel grupal	18
2.3.3 A nivel familiar	22
<i>Capítulo 3 Referente Metodológico</i>	24
3.1 Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida	24
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada	24
3.3 Cronograma de actividades realizadas	25

3.4.1 Actividades normales de práctica	25
3.4.2 Talleres u otras actividades especiales	26
3.5 Programa del curso de práctica profesional dirigida (ver anexos)	26
Capítulo 4 Presentación de Resultados	27
4.1 Análisis de resultados	27
4.2 Caso psicológico atendido en la práctica profesional dirigida motivo de la presente investigación	28
4.3 Logros obtenidos	37
4.4 Limitantes	37
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	40
Anexos	43

Resumen

A través del estudio de un caso se describe el impacto de la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandono de sus padres biológicos, a través de la práctica realizada, durante los meses de marzo a octubre de dos mil trece, en el Centro de Salud de San José la Comunidad zona 10 de Mixco. En el primer capítulo se desarrolla una descripción de la institución, dando a conocer los programas, misión, visión, organigrama, población a la que atiende y sus objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer la base teórica del presente informe, todo lo relacionado con el tema del Impacto en la Salud Mental de Niñas y Niños en edad Escolar que Viven Abandono de sus Padres Biológicos y sus principales definiciones, tipos, causas, efectos, trastorno emocional por el abandono infantil, proceso psicoterapéuticos de apoyo a niñas y niños que viven abandono de sus padres biológicos.

En el tercer capítulo se presenta el marco metodológico, que se utilizó para la sistematización de la práctica profesional dirigida, las técnicas metodológicas utilizadas en el proceso con las pacientes que recibieron las terapias, también se tiene un cronograma de actividades de práctica, talleres u otras actividades especiales.

El cuarto capítulo muestra los resultados y el análisis del caso específico; al paciente su acompañamiento en su proceso terapéutico, iniciando con una entrevista clínica profunda para llegar a formar una serie de hipótesis, luego se seleccionó varias pruebas proyectivas, con el fin de coincidir con dicha hipótesis. Posteriormente se le elaboró un plan terapéutico y luego se le transmitió a su familia para que también apoyen en el proceso terapéutico y la paciente asistió, se comprometió y se entregó en su proceso de terapias trabajó bien. Así mismo se obtuvo el logro del proceso y también hubo limitantes y finalmente se llega a las conclusiones y recomendaciones del caso que se trabajó con la paciente.

Introducción

La práctica profesional dirigida, se realizó en el Centro de Salud de San José la Comunidad zona 10 de Mixco, con pacientes que visitaron a esta institución, en busca de un apoyo psicológico. Durante el tiempo de práctica, se atendieron pacientes que presentaban problemas a nivel emocional, conductual, cognitivo y afectivo, la mayoría de los pacientes se les brindó un apoyo psicológico, mas sin embargo se observó que en su mayoría de los pacientes eran niñas, niños, adolescentes y mujeres con problemas diferentes, en el caso de la niñez es el abandono infantil de sus padres biológicos.

Por consiguiente, esta investigación sobre el Impacto en la salud mental de Niñas y Niños en edad Escolar que viven Abandono de sus Padres Biológicos que se atendió en este Centro de Salud San José la Comunidad zona 10 de Mixco. La salud mental en la población guatemalteca es de suma importancia, ya que hay un aumento de número de casos de abandono infantil y quienes muchas veces son las niñas y niños afectados y que enfrentan graves problemas y que han sido víctimas de maltrato físico, emocional, psicológico, sexual, trata de personas y hasta llegar a la delincuencia y violencia.

Por lo mismo, la salud mental en la niñez en Guatemala es importante, porque permite desarrollar habilidades, capacidades, seguridad, afecto, armonía y de esta manera la niñez guatemalteca se fomenta la paz y se disminuiría el alto de negligencia, delincuencia y violencia, que actualmente está traspasando el país y la clave de este proceso son los padres y madres de familia, que se den cuenta que abandonar a una hija o un hijo no es la solución de algún problema, si no asumir su responsabilidad y dar lo mejor, no solo llenar las necesidades básicas si no nutrir a la niñas y niños, para un crecimiento y desarrollo integral desde lo psíquico, físico y emocional.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la Institución

La práctica profesional dirigida se realizó en el Centro de Salud San José la Comunidad zona 10 de Mixco, que es una institución dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que presta servicio gratuito a toda la población de cero a veintiocho días, uno a diez años niñas y niños, diez a veinte años adolescentes, veinte a cincuenta y nueve adultos y de sesenta en adelante adulto mayor y la atención que brinda a todas la población lo desarrolla a través de programas, capacitaciones, charlas, talleres y foros que el Ministerio de Salud ha definido, siendo éstos los siguientes:

- Promotores de salud
- Mujeres embarazadas
- Club de diabéticos
- Niños adolescentes, escuelas e institutos y colegios
- Padres de Familia
- Salud Reproductiva
- Consejería de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/Sida
- Salud mental
- Sancamiento ambiental
- Atención médica.

El Centro de Salud atiende en el horario de 7:00 a 15:30 de lunes a viernes asistiendo a toda la población con distintas necesidades y cuenta con turnos las veinticuatro horas de lunes a domingo. Además los servicios básicos de salud que brindan cumpliendo las políticas de atención, que son definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así mismo las políticas se orientan a la prevención y atención de enfermedades que constituyen las principales

causas de mortalidad y además promueve capacitaciones a los diferentes tipos de población. Para todo este servicio se cuenta con un director, dos estadísticas, ocho médicos y turnistas, una enfermera profesional distrito, enfermera profesional CAP, inspector de saneamiento ambiental, psicología, trabajo social, tres guardianes, dos conserjes, diez enfermeras auxiliares de ocho horas y seis enfermeras auxiliares turnistas.

De igual forma coordinan el trabajo con las lideresa de la comunidad, con las autoridades locales e instituciones alcalde municipal, oficina municipal de la mujer policía nacional civil, banrural, comité de agua potable, supermercado, colegios, institutos y entre otros. Para poder lograr los objetivos, misión y visión de dicha institución.

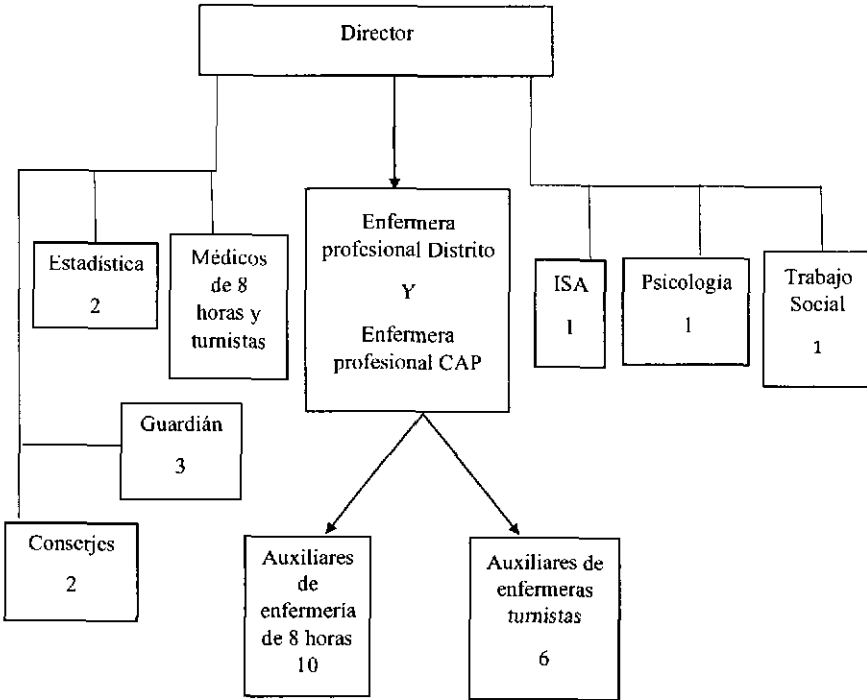
1.2 Misión

Somos un área que planifica programas, dirige, coordina, monitorea y evalúa las acciones de salud, según las condiciones de la población, en las zonas 2 y 10 de Mixco, proveyéndoles gratuitamente servicios preventivos, curativos y de rehabilitación las 24 horas del día, a través de una buena comunicación y la presentación de servicios con eficiencia, eficacia, calidad y equidad, utilizando la referencia y contra referencia del tercer nivel de atención.

1.3 Visión

Somos el mejor centro de salud, con un sistema integral de atención dentro del área de Guatemala Nor-occidente que incide a en el mejoramiento de los indicadores de Mixco en comparación con *otros que pudieran establecerse mediante la optimación de los recursos en coordinación con otro sectores comprendidos* a satisfacción de las demandas de la comunidad.

1.4 Organigrama



Fuente: Centro de Salud San José 1.a Comunidad

1.5 Objetivos

Objetivos generales

- Llevar a cabalidad los programas que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impulsa para el bienestar y salud del pueblo de Guatemala.

- Lograr mejorar las condiciones de vida de la población, y brindar educación en cuanto a salud se refiere para la prevención de enfermedades.

1.6 Población que se atendió

La mayor parte de la población atendida fueron niñas, niños, adolescentes y mujeres, ya que la población necesita de un apoyo psicológico y por las necesidades y falta de recursos económicos de la mayoría de población guatemalteca que busca apoyo en este centro.

La problemática que se atendió fue la agresividad de las niñas y niños, abandono infantil y violencia contra las mujeres, ya que es un centro que promueve trabajar en conjunto y armonía con respecto a la población, también permitió dar lo mejor a la población que necesitó el apoyo y para poder satisfacer sus necesidades.

1.7 Planteamiento del problema

Actualmente en Guatemala existe la problemática de abandono de los padres biológicos hacia las niñas y niños, debido a la situación económica, social, política y cultural que muchas veces *no es justificable* y los padres no se dan cuenta que afecta enormemente en la vida de ellas y ellos y conforme van pasando los años, sus vidas quedan marcadas y así mismo afectan la estructura de su personalidad y la falta de comprensión ante el hecho de haber sido abandonados, aunque no haya sido mala, crea grandes vacíos existenciales que aíslan, deprimen, promueven la desconfianza y provocan miedo, desesperanza y propician en ocasiones, una pérdida de autoestima, estados de angustia, tristeza, desánimo, desvalorización, inseguridad, carencias afectivas y confusión intensas y estos son resultados extremos en que se pueden llegar a la personalidad, es decir causan severos problemas psicológicos y mentales, que pueden llegar a padecer cuando sean personas adultas y conforme van creciendo estas niñas y niños pueden desplazar ese sentimiento a otras personas con quienes puedan tener una estrecha relación afectiva como también llegar a crear vínculos débiles y codependientes atribuidos al temor que experimentan y conllevan no solo el miedo a ser abandonadas y abandonados sino también la

desconfianza y temor a ser rechazadas y rechazados por la sociedad. Por lo mismo, la sociedad guatemalteca está pasando por tantos problemas delincuenciales, de adicción, trata de personas, violencia social, la desvalorización de la vida misma, muchas veces debido del abandono de padres biológicos hacia las niñas y niños y siendo esto un problema estructural, se puede ayudar a contrarrestar esas situaciones con programas preventivos psicoeducativos y procesos psicoterapéuticos para ayudar a buscar el equilibrio de salud mental. Por lo anterior expuesto se genera la siguiente interrogante de investigación. ¿Cuál es el impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandonos por sus padres biológicos?

1.8 Objetivos

Objetivo general

- Investigar el impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven el abandono de sus padres biológicos.

Objetivos específicos

- Identificar las causas de abandono en niñas y niños por sus padres biológicos.
- Describir los efectos del abandono en la salud mental de niñas y niños por parte de los padres biológico.
- Enumerar los principales procesos psicoterapéuticos que se utilizan para apoyar a niñas y niños, en edad escolar, que viven abandonadas y abandonados por los padres biológicos.
- Estructurar un documento psicoeducativo de la temática investigada, como aporte al centro donde se realizó la práctica profesional supervisada.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Salud mental en niñez de edad escolar

La salud mental en la niñez de edad escolar; significa poder desarrollar relaciones interpersonales con seguridad, sinceridad y expresar emociones e interactuar con otros debidamente muchas veces los padres y madres no se dan cuenta que juegan un papel importante en la vida de ellos y que de ésta manera pueden ayudar a desarrollar una buena salud mental. Por lo tanto, en salud mental se ha demostrado que la capacidad de adaptación a nivel escolar logra en los primeros años de escuela, tiene relación con su éxito o fracaso escolar y social, así como con problemas de salud mental como consumo de alcohol y drogas, conducta violenta, trastornos emocionales y conductuales.

Negrete Andino Diego Fernando manifiesta en un estudio de investigación realizado en escuelas de comunas urbanas y pobres sobre. “La frecuencia de trastornos de salud mental a nivel mundial en niñas y niños entre 6 y 8 años es de 24.2%, según estudio muestra que las niñas y niños provenientes de familias donde el padre está ausente, de familias donde existe algún miembro con alcoholismo u otra enfermedad mental y de familias que no participan en las redes sociales de su comunidad, presentan significativamente más problemas de adaptación y aprendizaje escolar”.

Dentro del mismo estudio muestra que un “37.6% de los alumnos de primer básico presentan conductas de desadaptativas, las que han sido descritas como predictoras de trastornos de salud mental en la adolescencia, tales como abuso de alcohol y drogas, conductas violenta y embarazo no deseado. Se entiendo por conductas de desadaptación a problemas de aceptación de la autoridad, bajo contacto social, bajos logros cognitivos e inmadurez emocional”. Y por otro lado la UNICEF ha estimado una frecuencia de maltrato en escolares que alcanza a un 5%, este problema se ha asociado con niñas y niños que no acatan normas, que tienen escasa habilidad social e insuficientes condiciones para el aprendizaje. Desde el primer momento de vida, las

niñas y niños están aprendiendo que ellos pueden depender de la persona para sus necesidades físicas y emocionales. Ellos están comenzando a desarrollar confianza y seguridad y se arriesgan, exploran su mundo y tratan nuevas cosas porque ellos saben que están seguros.

La mayoría de la niñez progresa cuando reciben la cantidad y clase de estimulación necesaria. Sin embargo, no todos los niños y niñas tienen las mismas oportunidades. Aun cuando algunas cosas como ver televisión, parecen no ser dañinas, pueden reducir la oportunidad que tengan relaciones humanas e interpersonales, las cuales son muy importantes durante los primeros años. Las relaciones interpersonales son importantes porque ayudan a las niñas y niños a entender y a relacionarse emocionalmente con el mundo que los rodea. La Dra. Tonya White, pediatra, psiquiatra y madre de tres hijos, indica que para ella la salud mental de una niña o niño muchas veces es influenciada, por la salud mental de sus padres. Algunas investigaciones muestran que de 30 a 50 por ciento de las niñas y los niños que tienen un padre con una enfermedad mental son diagnosticados con desórdenes mentales, pero la doctora White dice que el ambiente de la niña y niño también influye en su salud mental.

2.1.1 Salud mental en la población guatemalteca

En Guatemala el tema de la salud mental es complicado; por su historia que ha venido enfrentándolo y por sus condiciones y situaciones de pobreza, exclusión, desigualdad, discriminación, racismo, violencia y a las que se les suman situaciones traumáticas múltiples como el conflicto armado interno y desastres naturales; que han dejado en la población herida psicosociales duraderas y han puesto de manifiesto los obstáculos que limitan la realización de todas las posibilidades de aporte que se podrían hacer desde la psicología para mejorar los niveles de salud de las personas. En este sentido se puede decir que la salud mental de la persona no se puede concebir desde un punto de vista reducido a un organismo individual, ignorando su esencia social. Entonces el psicólogo social Ignacio Martín Baró, al hablar de salud mental expresa: “Es un proceso en constante crecimiento, con sus dinámicas individuales y colectivas, que se da en un momento histórico determinado, en el que se considera a la persona como un todo: Su ser

biológico sus vivencias, sus relaciones afectivas y su ser social. Esta situación está profundamente ligada a la realidad histórico social concreta” (ECAP – PNUD, 98- 90).

La salud mental se rige por un modelo clínico, es decir que se basa en un enfoque individual e institucional, que tiende a la atención de aquellas personas que solicitan los servicios para la resolución de su problemática. Cabe reflexionar que la crisis humanitaria que vive Guatemala; ha permitido la promoción de acciones que incluyen el desarrollo del aspecto psicosocial a través de propiciar la salud mental por medio de proyectos comunitarios, que daría paso a adoptar una definición, acorde al aporte teórico de Ignacio Martín Baro, en donde la Salud Mental lo define como: “La Salud Mental, constituye una dimensión de relaciones entre personas y grupos, más que un estado individual; aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones y estados” (ECAP – PNUD, 98- 91).

Otro aspecto que afecta la salud mental, además de la pobreza, es el racismo que da lugar a exclusión social, debido a que es una ideología que crea criterios de poder, que derivan división permitiendo que se privilegie a un grupo, quedando subordinados principalmente los pueblos indígenas a una clase social que les niega sus derechos humanos, asegurando con esto el poder a los grupos dominantes. A la salud mental de las guatemaltecas y guatemaltecos es importante ponerle mayor atención, ya que ha vivido situaciones complejas y difíciles, donde el papel del profesional en psicología es trascendental, en la vida de ellas y ellos, también se destaca que hay una demanda muy fuerte y que es necesario atenderla, principalmente la salud mental marca la vida, cuando las personas son conscientes y necesitan apoyo para su crecimiento y desarrollo integral desde lo psíquico, emocional y espiritual.

2.2 Abandono infantil

El abandono infantil es la falta de atención a las necesidades básicas. La niñez sufre abandono y dependencia de las personas de buenas actitudes para que les proporcionen atención, así como para que les provean alimentos, ropa, protección, cuidados médicos, educación y supervisión,

cuando estas necesidades básicas no son proporcionadas deliberadamente y no debido a que los padres, personas a su cuidado sean pobres se considera un abandono. A menudo los padres y personas que cuidan de niñas y niños que sufren abandono están tan agobiados por sus propias necesidades que no pueden reconocer las necesidades de sus hijas e hijos. El abandono se da cuando alguno de los padres o madres no cuida a un hijo o hija menor no le dan lo que necesita para estar a salvo y sano.

El abandono y el maltrato infantil van en contra de las leyes, las niñas y los niños son realmente importantes y merecen estar protegidos. También es una forma de maltrato en la niñez que muchas veces los padres de familia no se dan cuenta, tanto la niña y el niño crecen en un ambiente de humillación y llegan a carecer de un ambiente seguro y de apoyo emocional. Este conjunto de necesidades contribuye al desarrollo inapropiado de la niña y niño. El abandono adquiere vínculos específicos que se enmarcan dentro del maltrato infantil de distintas formas. El maltrato pasivo comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro de la familia o grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias y la indiferencia frente a los estados psíquicos del menor. Los signos del abandono o negligencia son: absentismo escolar, problemas visuales o dentales que no reciben la atención que necesitan, aspecto descuidado, niñas y niños pequeños que se quedan solos en casa, menores mal vestidos cuando la capacidad económica de los padres no es crítica, entre otras. El abandono no es, exclusivamente, lo que reportan los medios de comunicación cuando aparecen recién nacidos o niños pequeños en las calles, el abandono infantil tiene otro matiz, más sutil y que viven las niñas y los niños en el hogar y consiste en todo comportamiento que provoca descuido y desatención de las necesidades básicas, así como la ausencia de los derechos humanos de los niños y las niñas. Dentro del contexto se puede analizar y reflexionar que el abandono infantil es un problema oculto a nivel mundial y los afectados directamente son aquella parte de la sociedad marginada, desprotegida de recursos económicos para sobrevivir y que está rodeada por situaciones generadoras de violencia y de preocupación. Así mismo el abandono, como clase de maltrato, es un fenómeno que se transmite de generación en generación, así como los hábitos, costumbres y tradiciones en la familia; el niño y niña en este

ámbito aprende pautas de interacción que le servirán para desenvolverse en su medio social, lo cual implica que un niño y niña abandonado y maltratado va a aprender a resolver los conflictos de una manera agresiva e inapropiada y en un futuro se convertirá en un padre que maltrate o que sea propenso a abandonar, aunque no se puede dejar de lado que el medio también tiene gran incidencia en la estructuración de tales situaciones.

Kempe 1982 dice que “el maltrato es una respuesta extrema a situaciones de estrés estado producido por tensión y con frecuencia dichos padres en sí son individuos que a su vez padecieron malos tratos en su infancia”. Ser padre y madre implica responsabilidad, capacidad a adaptarse a las necesidades del niño y niña en su amor incondicional. Según Kempe 1982, para que los padres de familia no incurran en maltrato y abandono, debe encontrar su capacidad para reconocer una clara comprensión las necesidades de un niño y niña cuidados y protección físicos, educación, cariño y oportunidades de relacionarse con otros, desarrollo corporal y ejercicio de las funciones físicas y mentales y ayudar para relacionarse con el entorno mediante la organización y dominio de la experiencia, también han de ser capaces de satisfacerlas y facilitar su satisfacción. Esta satisfacción es fundamental, ya que en ocasiones puede no coincidir con las necesidades del niño y niña de los progenitores e incluso entrar en conflicto. El problema de la niñez abandonada se toma como síntoma y consecuencia de los fenómenos existentes de la estructura social de nuestro país, a su vez este comportamiento repercute en los diversos aspectos de la sociedad convirtiéndose así en un problema social actual. M. Isabel Zulueta expresa: “Hay una actitud de abandono que es la contraria de la anterior. Se tiene una visión realista de la situación pero con pocas expectativas. No se trabaja por enseñar al niño y niña, no se le ayuda ni se le estimula en casa, los padres se resignan con lo que tienen pero se quedan cortos. No tienen imaginación ni ganas para inventar nuevos juegos que aporten experiencias enriquecedoras. Esta actitud la podemos a veces detectar en las ayudas que le pueden proporcionar al niño para mejorarlo: gafas, una silla de ruedas, pruebas de tiroideas, todo aquello que en definitiva se le puede proporcionar al niño y la niña, para mejorarlo. Siempre se elegirá para la educación especial. El niño crecerá por debajo de sus capacidades, en las madres podemos ver de nuevo el sentimiento de falta de aceptación del problema, cansancio, falta de motivación. Los padres

pueden ser personas tranquilas, resignadas a su suerte, difíciles de movilizar, no se quieren complicar la vida o a veces son personas mayores, cansadas y sin ganas de luchar”.

Entonces se puede decir que el abandono infantil, también llamado maltrato psicológico, es una forma de maltrato a los niños y niñas que ocurre cuando alguien intencionalmente no le suministra al niño y niña, afecto, amor, ternura, caricias, abrazos y sobre todo las necesidades básicas de alimento, agua, vivienda, vestuario atención médica u otras necesidades.

2.2.1 Tipos de abandono infantil

Dentro de los tipos de abandono infantil se puede mencionar varios los cuales son:

- Abandono Físico
- Negligencia o abandono educacional
- Maltrato emocional
- Maltrato psíquico
- Abuso Sexual

Otra forma común de abuso sexual es el incesto, definido como el acto sexual entre familiares de sangre, padre e hija, madre e hijo, entre hermanos. Por otro lado se pueden mencionar otras características emocionales y cognitivas como *Ruth Kempe* y *Henry Kempe* lo enuncian las cuales son:

- Retardo psicomotor
- Falta de discriminación afectiva
- Retardo de la respuesta social y apatía que es la falta de actividad ante los objetos y las personas
- Retardo en el lenguaje, ausencia de contacto visual y coordinación motora muy pobre

Y entre otras características de estas niñas y estos niños en la etapa preescolar se encuentran:

- Disminución de la capacidad de juego e incapacidad para estructurar el juego
- Dificultades en la relación interpersonal, apatía y falta de confianza básica
- Retardo en el lenguaje
- Incapacidad para el placer
- Incapacidad para expresar afecto
- Autoimagen pobre, agresividad y negativismo
- Múltiples miedos y falta de actividad exploratoria

2.2.2 Causas de abandono infantil

En la realidad existen muchas causas de por qué se da el abandono infantil, causas por las cuales las niñas y niños sufren abandono o negligencia, por ejemplo:

- Por ocupación o trabajo de los padres
- Por razón de los recursos económicos, políticos y culturales
- Por problemas en las habilidades de los padres
- Como consecuencia de que los padres tengan problemas de drogas
- Retraso mental, patología, criminalidad u otros problemas
- Abandono asociado al abuso físico o psicológico del niño
- Cuando los padres o cuidadores no saben reconocer un problema físico serio del que cualquier otra persona sin conocimiento médico hubiera sabido identificar su gravedad, llevando al niño y niña a un médico.
- Los padres o cuidadores dejan al niño y niña sin supervisión o cuidado adecuado
- El niño y la niña es expulsado permanente o indefinidamente del hogar sin los preparativos adecuados para que la niñez sea cuidado por otras personas, o no es aceptado en la familia otra vez después de escapar de casa.

- Dejar al niño constantemente con amigos o familiares durante días o incluso semanas, sin ninguna razón aparente y de forma repetitiva.
- Falta de atención en el cuidado del niño poniéndolo en consecuencia del cuidado de los padres o cuidadores en situaciones de peligro innecesario. Un ejemplo son los padres conduciendo ebrios.
- Abandono relacionado al sistema educativo, ejemplos: permitir al niño que no vaya al colegio o hasta *no preocuparse ni a matricularlo en ninguna escuela.*

2.2.3 Efectos del abandono infantil

Muchas veces los padres no analizan o reflexionan sobre los grandes efectos de abandono que causan en la vida de los niños y niñas y en los estudios del tema se sugieren que los niños que sufren abandono tienden a sufrir dificultades en el apego de tipo inseguro. A los dos años tienden a frustrarse con mayor facilidad, comparados con controles. A los tres años y medio tienden a tener una menor autoestima y confianza en ellos mismos, menor flexibilidad en adaptarse a cambios en su entorno y menor auto – control y menor habilidad para manejar la frustración.

También presentan una falta de persistencia y entusiasmo en funciones educativas y son descritos como socialmente aislados por los maestros. Otros estudios han encontrado que los niños *presentan una proporción más elevada de depresión, comportamiento agresivo, evitación de contacto emocional, y problemas en sus habilidades sociales.* Por lo tanto se destacan otras formas de abandono infantil, las cuales abarcan:

- Permitir que el niño y niña presencie actos de violencia o maltrato severo entre los padres o adultos.
- Ignorar, insultar o amenazar al niño y niña con violencia
- No suministrarle al niño y niña un ambiente seguro y de apoyo emocional por parte de los adultos

- Mostrar descuido imprudente por el bienestar del niño y niña. En fin, son muchos acontecimientos los que pasan en la vida de los niños y niñas, siendo la tasa a la cual se presenta el abandono físico y emocional de las niñas y niños muy difíciles de definir. Los factores de riesgo pueden contener:

- Enfermedad mental
- Pobreza
- Estrés en la familia

Entonces se puede destacar que los niños y niñas que se encuentran en esta situación, al carecer del afecto familiar, no pueden establecer vínculos cercanos y estables durante su vida y les será muy difícil relacionarse, en razón de que no tienen la estructura emocional necesaria para vincularse. Y probablemente cuando sean adultos y tenga hijos, también los abandonarán.

2.2.4 Principales trastornos emocionales por el abandono infantil

Dentro de los principales trastornos emocionales que se dan por el abandono infantil se puede mencionar los siguientes:

- Trastorno depresivo
- Trastorno disociación
- Problemas de aprendizaje
- Déficit de atención con/sin hiperactividad.
- Comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar)

La valoración se realiza observando al niño y niña desde el punto de vista del desarrollo y en la percepción de déficit en las distintas áreas. El resultado se puede categorizar en diagnósticos tales como desviación de los hábitos y desviaciones selectivas del desarrollo por medio de tartamudeo, retardo selectivo del desarrollo, anorexia nerviosa, trastornos del lenguaje y de la comunicación,

tics, retardo selectivo en matemática, movimientos estereotipados repetitivos, retardo motor selectivo, trastornos característicos del sueño, otras dificultades del aprendizaje y trastornos de alimentación.

2.3 Principales procesos psicoterapéuticos de apoyo a niñas y niños que viven en abandono de sus padres biológicos

El abandono infantil como conducta vinculada a la ausencia de los padres biológicos se repetirá, por lo menos en tres generaciones sucesivas reconocidas porque poseen un referente común: un pasado de abandono infantil. Es necesario trabajar desde diferentes espacios para evitar el mismo, esto se puede hacer desde lo individual, grupal y a nivel familiar, apoyándose con especialistas con los conocimientos y experiencia suficiente para atender este tipo de problemas. Muchas veces no se garantizan las necesidades y el bienestar de ellas y ellos, pero dentro de este contexto es necesario tomar en cuenta y cubrir las necesidades básicas es importante por ejemplo vestuario, alimentación, médica, vivienda y sobre todo la seguridad, emocionales, sociales y cognitivas, disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección y trabajando con los distintos niveles de actores de la situación de desprotección, lo que constituye el componente multimodal de la misma.

La implicación y el peso que se pondrá en cada uno de estos niveles serán diferentes en función de las características y las necesidades de cada caso. El proceso de intervención se situará en establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano de la niña y niño y no exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección. A su vez, muchas niñas y niños presentan problemas importantes en su desarrollo o situación emocional por ejemplo, retrasos cognitivos, trastornos psicopatológicos, problemas del comportamiento severos que se requieren ser abordados así como un tratamiento, circunstancias familiares. Para que sea posible mejorar el tratamiento, este se dirigirá a reforzar al máximo las capacidades y aspectos positivos de los padres o responsables legales para cuidar y proteger a sus hijas e hijos.

2.3.1 A nivel individual

Desde el enfoque de la terapia Gestalt cuyo objetivo es la maduración de la niña y niño, mediante la toma de conciencia y el asumir responsabilidad, asimismo que se les puede ir guiando para mejorar su capacidad a través de técnicas eficaces, como son:

- Compartiendo su yo
- Haciendo obvio lo que no nota
- Agudizando su toma de conciencia mediante la exageración.
- Que establezca contacto con sus opuestos
- Trabajando la identificación.
- Frustrando y apoyando. ¿Qué hay que frustrar? Los intentos de la niña y niños a controlamos mediante sus manipulaciones, esto lo obligará a recurrir a sus propios recursos y desarrollar su propio auto apoyo apoyando las expresiones verdaderas de su sí mismo.
- Valoración de lo actual (aquí y ahora)
- Valoración de la conciencia (darse cuenta)
- Valoración de la responsabilidad

Para "enseñar" o socializar a la niña y niño, la gestalt se presenta más como un arte y como una ciencia y motiva la búsqueda de cada uno del estilo personal de vida y no una aplicación de reglas inmutables o de recetas terapéuticas. Por ello va implícito el involucramiento personal del terapeuta en la relación a la terapia, fundamentada en la relación yo tu como la planteó "Martin Buber, en la cual se encuentra la visión de respeto y de libertad responsable que torna las relaciones en interacciones creativas, es decir, una relación en que se crean las niñas y los niños en el proceso y crean una relación mediante el proceso, directo, auténtico, de persona a persona".

- Contacto

El concepto más importante dentro de este apartado es el llamado límite o frontera de contacto, que es aquello que enmarca lo que ocurre, es decir dentro de éste se llevará a cabo la interacción entre la niña y el niño y su ambiente. Para Perls se entra en contacto con tres zonas:

- a) Zona externa (todo lo que existe de la piel hacia afuera)
- b) Zona Intermedia (todo lo que existe de la piel hacia adentro) y
- c) La Zona de la Fantasía (pensamientos, conceptos, abstracciones, imágenes, sueños, etc.) (Salama y Villarcal 1988 33-34)

- *Aquí y ahora*

Es hacer que toma conciencia de la niña y el niño de lo que está sintiendo, viviendo, experimentando durante su experiencia y con ello iniciar el proceso de encarnar la teoría en palabras vivas que representen la actualidad presente de ella y de él en su involucramiento al proceso terapéutico.

- Técnicas cognitivas
- Detección de pensamientos automáticos: Consiste en un entrenamiento en base a un autor registro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.
- Clasificación de las distorsiones cognitivas: A partir de los registros anteriores se enseña a la niña y niño las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.
- Uso de imágenes: Se le propone a la niña y niños el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.
- Disputa racional de creencias disfuncionales: Consiste en que la niña y niños aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a

favor de una exigencia, del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto concepto que deriva de la exigencia.

- Técnica del rol fijo: La niña y niño escribe un bosquejo de cómo se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos.
- Inoculación al estrés: Consiste en preparar a la niña y niños mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

2.3.2 A nivel grupal

La psicoterapia de grupo es una modalidad de tratamiento psicológico, donde un grupo de niñas y niños, cuya finalidad de ayudarse unos a otros, contando con la participación de personal calificado quienes estimulan y dirigen las acciones terapéuticas, contribuyendo entre todos a efectuar un cambio evidente en las relaciones interpersonales de los pacientes, a la vez que desarrollan su madurez emocional y social. Los padres, igualmente, mejorarán sus relaciones interpersonales, intra y extrafamiliares; enfrentarán los problemas propios, entrando así en mejores condiciones para educar y formar a sus hijas e hijos. Las niñas y los niños seleccionan previamente y teniendo en cuenta su diagnóstico clínico, la edad y el sexo. Deben utilizarse las técnicas que cubran las necesidades del grupo y a veces las de algún miembro. La meta del grupo es la mejoría de todos lo que contribuye grandemente a su cohesión.

Normas del grupo de niñas y niños.

En las primeras sesiones, la terapeuta establece con las niñas y niños las normas del grupo, resaltando la asistencia puntual y regular al tratamiento. Explica la duración del mismo (cuatro meses) y la de cada sesión (una hora). Con frecuencia se divide el tiempo en media hora de actividad verbal y media hora de actividad lúdica, pero generalmente, se prefiere la psicoterapia verbal. Se resalta la importancia de la participación activa en las sesiones, exponiendo experiencias y opiniones que pueden contribuir a la mejoría colectiva o al menos, a que se hagan conscientes de que todos tienen dificultades, se establece que el grupo se reúne para resolver los

problemas existentes y que los problemas de cada uno deben ser objeto de preocupación para todos, por lo que entre todos se debe encontrar la solución.

Hay que tomar en cuenta que las niñas y los niños tienen conciencia de que les unen ciertos problemas y que el grupo aspira a resolverlos, se les aclara que al cooperar a con la mejoría de sus compañeros, están estimulando la mejoría propia. En el grupo se puede hablar de cualquier tema y ningún planteamiento puede ser objeto de burla por alguno, ya que todos tienen problemas (aunque no sean iguales), además se establece que no habrá censura.

En la discusión y el análisis de los problemas existentes van aprendiendo a encontrar soluciones, que utilizarán al enfrentar sus propios problemas. Se establecen los compromisos de asistencia, con el objetivo de lograr el enganche del grupo. Se les propone analizar un vídeo que, en el curso del tratamiento, será expuesto y analizado por ellos. Se admiten expresiones de agresividad, siempre que no atenten contra otro compañero o contra el edificio.

Recursos Terapéuticos

Los recursos terapéuticos que con mayor frecuencia se utilizan en este tratamiento, son:

Apoyo

El terapeuta emite mensajes que resultan de reafirmación para el paciente que se encuentra en una situación difícil; coopera a la seguridad del mismo, a que se sienta capaz y a que actúe acorde con esto.

Persuasión

Utilización de argumentos lógicos, que llevan a un cambio de actitud de las niñas y niños en su propio proceso terapéutico.

Tareas

Que las niñas y los niños que acciones deben realizar una vez terminado el grupo, con la finalidad de mejorar su crecimiento personal y emocional. Y muchas veces son controladas por la presión

del grupo y efectos más evidentes, pero muchas veces ellos mismos las deciden en el mismo proceso.

Clarificación

El terapeuta resalta lo esencial de la comunicación. Conduce a las niñas y niños a lo más importante de la situación y facilita el insight.

Confrontación

Permite focalizar el problema y enfrentar a las niñas y niños con su realidad. Hace posible que se hagan más conscientes de su problemática. En el grupo, todos los que tienen problemas similares o no, se van haciendo capaces de pensar más seriamente en lo que les está pasando.

Reetiquetación

Que las niñas y niños hacen evidente que rol se les asignó y que siempre han desempeñado, no les corresponde y hace posible que asuman el rol real.

Modelaje

Que las niñas y niños ejemplifica un comportamiento que deseamos que imiten.

Afirmación

Que las niñas y niños demuestran que son capaces y que pueden y que les permite hacer frente a la vida con optimismo y seguridad. Se hace que sean asertivos.

Información

Que las niñas y los niños logren transmitir nuevos conocimientos, necesarios al grupo. Y que permite precisar criterios erróneos.

Condicionamiento operante

Es el resultado de una conducta que se refuerza. Se establece un reflejo que facilita la eliminación de un síntoma. Es frecuente su uso en niñas y niños neuróticos.

Juego de roles

Puede manejarse con el propósito de modelaje o con el objetivo de evidenciar conductas inadecuadas e impropias de las niñas y niños.

Técnicas participativas

Esta técnica se realiza mediante actividades agradables, que refuerzan la unificación del grupo, ya que las niñas y niños se incorporan a ellas; estimulan la creatividad, se evidencian conflictos y permiten modelar conductas, hacen posible que unidos logren mejores soluciones,

Juego

Esta técnica puede ser tradicional o creado por iniciativa del grupo. Esto permite la descarga de ansiedad que se acumula durante la psicoterapia verbal; mejora la socialización, estimula el desarrollo de habilidades, la creatividad y la iniciativa de las niñas y niños, que permite al terapeuta enfrentarlos con sus mecanismos neuróticos y propiciar soluciones adecuadas a sus conflictos.

Mural de compromisos de estudio

Es un recurso que se utiliza con las niñas y niños con mucho éxito y permite hacer objetivo el cumplimiento de los compromisos en relación con el reforzamiento diario del aprendizaje. En este mural se anota, con estrellas rojas y azules, el cumplimiento, o no, de los compromisos. Se les confiere las ventajas siguientes:

- Estimula el estudio diario, a causa de la presión moral del grupo (que lo confronta con los incumplimientos y los exhorta a cumplir)
- Contribuye a su afirmación, al sentirse seguros y capaces
- Contribuye a su madurez emocional
- Gratifica el esfuerzo, reforzando así las conductas positivas
- Refuerza el criterio de la verdad
- Se corresponde con los resultados obtenidos en las evaluaciones académicas.

Se sugiere, al final del grupo, la creación de círculos terapéuticos, donde se reunirían las niñas y malos niños, padres y terapeutas en actividades recreativas, con frecuencia trimestral, en el año que sigue al tratamiento. Con esto, se lograría: el seguimiento del grupo, mantener la acción del colectivo sobre sus miembros y comprobar el cumplimiento de objetivos a largo plazo.

2.3.3 A nivel familiar

Desde un enfoque sistémico el concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes en concreto se asume a la familia y como sistema implica:

- Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de su progreso o su cambio.
- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares las jerarquías y tareas la diferenciación y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar. Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas por ejemplo de los padres involucrando a una tercera una hija o hijo.

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio en la vida de la niñez.
- El uso de la resistencia: Se persuade a la familia a cambiar una secuencia se puede encontrarse con una oposición de esta debido a su propia homeostasis.

- **Intervención paradójica:** Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.
- **Prescripción de tareas:** Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- **Ilusión de alternativas:** La terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- **Uso de analogías:** La terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- **Cuestionamiento circular:** Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar actuó así cómo reaccionó Y a esa conducta y Z ante la reacción de Y.

En este proceso lo que se garantiza con las niñas y niños que viven el abandono de sus padres biológicos es la seguridad de ellas y ellos, también reducir el riesgo de la negligencia o los malos tratos, abordar con éxito los efectos del maltrato sobre la niña y el niño y su familia. Así mismo lograr los objetivos y las tareas del plan terapéutico es lograr los resultados a nivel familiar. En los casos en que las intervenciones individuales en las niñas y niños se combinen con intervenciones familiares, se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de niñas y niños de sus hermanos/as constituye una prioridad.
- Cuando el nivel de riesgo lo determine, los servicios de protección infantil
- Cuando el que detecta o sospecha la situación de desprotección es, por ejemplo, un terapeuta o un educador familiar ajeno a dichos servicios).

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida

Para lograr los objetivos del presente trabajo de sistematización de la práctica profesional dirigida, se utilizó el método cualitativo, en relación al marco teórico.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada

Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación,
- Las entrevistas no estructuradas
- Examen mental
- Los tests psicológicos, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información e investigar el por qué y cómo es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis.

Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes

- Tests proyectivos
- Persona Bajo la lluvia
- Familia
- Figura humana
- Tests psicométricos:
- Escala de depresión de Beck
- Escala de depresión de Jung

Como técnicas para generar psicodiagnósticos se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR. Como proceso psicoterapéutico se utilizó el enfoque cognitivo conductual, con las siguientes técnicas:

- Técnicas de relajación y respiración
- Técnica de expresión de dibujos de acuerdo a su iniciativa y creatividad
- Técnica de juego de las diferentes emociones
- Técnica Autoestima
- Técnica sopa de letras para ubicar la nutrición emocional
- Juegos (pelota, muñecas y rompecabezas y otros)
- Ficha de la economía

3.3 Cronograma de actividades realizadas

Actividades	Fecha	Temas Desarrollados
Atención clínica	Del 04 de marzo al 22 de octubre	Se atendieron diferentes problemas de la población atendida en el centro de práctica
Taller con padres de Familia	4 de marzo	Educando con amor Como corregir a los hijos sin golpes ni maltratos
Taller con padres de Familia	18 de marzo	Importancia de la Autoestima
Charla con maestras y maestros	11 de marzo	Relaciones Interpersonales
Charlas en las escuelas con los niños	1 de abril	Bullying o acoso escolar
Charla con los padres de familia	Julio	Violencia contra las mujeres
Charlas con estudiantes jóvenes de los Institutos públicos y escuelas.	20 de mayo	Propósito de vida

3.4.1 Actividades normales de práctica

Las actividades normales de la práctica profesional dirigida se siguieron atendiendo a todas las personas quienes tuvieron el interés, deseo y la voluntad de estar en un proceso terapéutico y se les brindo una mayor atención clínico y con calidad.



3.4.2 Talleres u otras actividades especiales

En las diferentes actividades realizadas dentro del Centro de Salud se participó en una de las actividades programadas por el Centro en el marco del día internacional de las mujeres 8 de marzo, donde se conmemoró y se celebró este día tan importante de las mujeres y se recordó a aquellas mujeres quienes dieron sus vidas por una lucha digna y por la defensa de sus derechos como humanas y laborales, así mismo dentro de este marco se realizó una carrera de maratón de mujeres y ganaron tres mujeres y se les premió con trofeos y económicamente como una forma de motivación y reconocimiento como mujeres luchadoras en su familia y comunidad y finalmente se compartió con todas las mujeres que participaron en las actividades desarrolladas por el Centro de dicha comunidad.

3.5 Programa del curso de práctica profesional dirigida (ver anexos)

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de resultados

La práctica profesional dirigida presenta un Informe Psicológico de la paciente que llegó a consulta por el abandono de su padre biológico, Ante tal situación este caso fue relevante de los otros casos atendidos, ya que es una realidad de muchos padres y madres que abandonan a sus hijas e hijos y no se dan cuenta del daño psicológico que causan en la vida de ellas y ellos como por ejemplo el caso de la paciente que vive abandono no solo del papá, sino también de la mamá, por las mismas necesidades la mamá necesita trabajar y la paciente se queda sola con los cuidados de abuelos maternos.

Esta situación le afecta grandemente en la vida, el hecho de no tener a un padre o madre a su lado y que crea grandes vacíos de afecto y expresa que se siente triste, sola sin ganas de hacer nada tareas, no juega con nadie, no tiene amigas y amigos. Así mismo se siente desprotegida de su familia y como este caso hay muchas niñas y niños en Guatemala abandonados de ambos padres y/o reciben maltrato infantil. Por lo tanto dentro de este marco se percibió la importancia de realizar una investigación sobre ¿Cuál es el impacto en la salud mental de niñas y niños en edad escolar que viven abandono por sus padres biológicos?.

Además se indican logros y limitaciones que se presentaron durante el ejercicio de la práctica profesional dirigida que se inició en el mes de marzo del dos mil trece, concluyendo en el mes de octubre del mismo año y dando atención los días martes y miércoles en dicho centro.

A continuación se presenta a la paciente atendida en su proceso terapéutico.

4.2 Caso psicológico atendido en la práctica profesional dirigida motivo de la presente investigación

La práctica profesional dirigida realizada en el Centro de Salud, San José la Comunidad zona 10 de Mixco. El nombre de la paciente que aparece en el informe psicológico es ficticio, por seguridad de la misma.

Datos Generales

Nombre: M. R. N

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 04 de Enero del 2007

Edad: 6 años

Escolaridad: Preparatoria

Colegio: Osana

Religión: Evangélica

Historia del problema actual

Todo inicia el año pasado. La paciente reclama a su papá biológico, pero el padre solo embarazó a su madre y desapareció de su vida, después de tres años volvió a buscar a la mamá e hija, es decir, a la paciente con la intención de asumir su responsabilidad como padre, pero lamentable la engañó nuevamente la embarazó de la segunda hija. El hombre nunca más regresó y cuando la mamá descubrió que era un hombre casado con hijos ella ya no pudo hacer nada y quedó como madre soltera con dos hijas de seis y de dos años de edad. Actualmente están viviendo con sus padres es decir con los abuelos y hace un año la paciente demanda la falta de atención del abuelo e inicia su comportamiento inadecuado con la abuela, porque ella es la que cuida a las dos, porque la mamá trabaja todo el día y no le hace caso. Según lo que manifiesta la mamá, cuando está realizando alguna tarea expresa “no puedo hacer nada” y se enoja, llora por cualquier cosa y además ya no está comiendo como debe de ser y siempre pregunta por su papá biológico y

actualmente la abuela le responde: Tu papá las abandonó se fue con otra mujer y por la misma edad no logra entender y comprender la situación; esto es lo que expresa su madre. Por otro lado la paciente va muy bien en sus estudios y afortunadamente sus notas no bajan de noventa puntos, es lo que expresa su mamá.

Historia prenatal

La mamá, cuando supo que estaba embarazada y su relación con el padre no estaba formalizada, le enunció al padre biológico de su embarazo, nunca más apareció y desde entonces la madre tuvo que enfrentar y seguir con el embarazo sola. Manifestó que durante los nueve meses de embarazo se sintió sola, triste, con mucho sufrimiento, porque no aceptaba que el hombre solo la había engañado y se había burlado de ella. Cuando los padres de ella supieron de su embarazo la apoyaron emocionalmente y económicamente y la esperaron con entusiasmo y felicidad toda la familia.

Nacimiento

La paciente nació bien sin ningún problema y pesó seis libras y media, la mamá la cuidó mucho le dio todo el cariño, amor y afecto, aunque era difícil, porque a nivel emocional le afectaba. Ella se imaginaba que su hija iba a crecer sin el afecto, amor y ternura de su papá biológico y que esto va a ser siempre un vacío en ella.

La paciente tenía un año cuando expresó sus primeras palabras, por ejemplo mamá, papá y cuando tenía un año y tres meses caminó y a los dos años logró controlar sus esfínteres, la paciente solo tomó pacha y no pecho y no gateó.

Evolución de lenguaje

La paciente logra expresar sus primeras palabras, cuando tenía un año y medio pronunció frases por ejemplo dame pacha, no quiero y dame comida.

Desarrollo escolar

La paciente comenzó a ir al colegio a partir de los seis años de edad. Al inicio le costó, porque lloraba mucho y no colaboraba en las actividades del colegio y tuvo varias amigas y amigos. Actualmente solo se lleva con dos de ellas y le gusta mucho pintar y dibujar, por lo que la mamá expresa que le va muy bien en sus estudios y sus notas no bajan de noventa puntos es una buena estudiante.

Desarrollo social

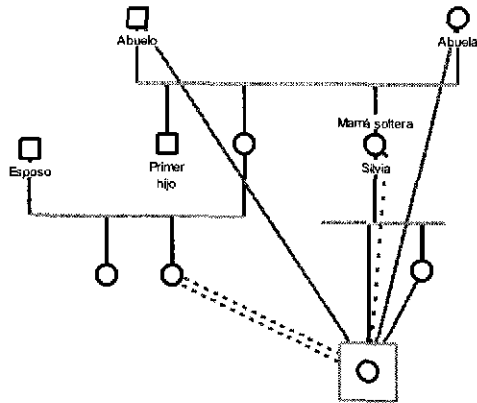
La paciente tiene buena relación con la maestra y solo con dos amigas y actualmente participa en algunas actividades que realiza el colegio. Le gusta jugar muñecas, a veces juega a mamá y papá y no deja de mencionar que su papá la quiere y no sabe dónde está. Siempre es la plática que le hace a la muñeca.

Historia médica

La paciente no padece de ninguna enfermedad grave.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: Ninguno.

Genograma



Estructura familiar

La familia de la paciente está constituida de la siguiente manera: Los abuelos tienen ambos cincuenta años y tuvieron tres hijos: el primero tiene treinta años, la segunda hija veintiocho años de edad y la de veintisiete años es la mamá de las dos hijas, la primera que es la paciente de seis años y la segunda de dos años, madre soltera. La paciente tiene una relación armónica con los abuelos y con la hermanita pequeña, pero sin embargo tiene conflictos con una prima de tres años de edad. Lo interesante es que la relación de la paciente con su mamá es muy distante, porque trabaja y la deja, y para ella esto es abandono y se quedan con la abuela y actualmente están viviendo en la casa de los abuelos; ellos han apoyado mucho y en la parte económica la mamá trabaja, para poder mantenerlas y darles lo básico: alimentación, vestuario, educación y salud a ambas.

Fuente: Elaboración propia.

Antecedentes familiares

La familia de la paciente es unida, actualmente viven con sus abuelos de cincuenta años ambos y solo viven ellas; la mamá tiene un tío, pero vive en los Estados Unidos y la otra tía ya se casó y

tiene dos hijas y con una, la que tiene tres años, tiene conflicto pues se pelan mucho y ella ha asumido la responsabilidad de cuidar a su hermanita de dos años de edad, que nadie la trate mal ni mucho menos que vayan a lastimarla: ella está pendiente de la pequeña y tiene muy buena relación armónica con la abuela y abuelo pero con la mamá su relación es muy distante, porque la golpea, la regaña, cuando no hace caso o no hace la tarea.

Debido a la situación económica la madre la ha abandonado por trabajo, prácticamente están solas sin el papá y es un conflicto entre ella que quiere conocer a su padre, y debido a eso su abuelo le da mucho cariño y amor, pero no es lo mismo. Expresa la madre que ella necesita a su padre y por otro lado ella va creciendo sin el cariño y afecto y por lo mismo toma actitudes de víctima, porque cree que está sola y la abuela la cuida tanto y está pendiente de ella, pero -sin embargo ella vive con un gran vacío.

Examen Del Estado Mental

Presentación (descripción general)

Nivel de conciencia: La paciente es consciente de su actitud con sus abuelos y mamá.

Aspecto General: La paciente llega con un aspecto normal, con buena higiene, vestuario normal, a la edad que tiene va acorde a su edad, estatura y peso y en cuanto a lo corporal con una fijación clara, aunque su contacto visual a veces lo inclina hacia abajo o a lo que está realizando o por un lado y su es postura adecuada.

Actitud: la paciente tiene una buena habilidad y capacidad de captar los mensajes y durante el proceso de entrevista se le nota su alegría y con una sonrisa en el rostro y le gusta llamar mucho la atención y ella hace lo que se le indica y durante este tiempo ha demostrado un interés y voluntad al proceso de terapias.

Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: La paciente ha evidenciado que su nivel de motricidad ha sido muy lento, cuando realiza tarea en las sesiones lo hace despacio y muchas veces no lo termina, porque le gusta platicar.

Afecto: La paciente, llega a sus sesiones muy contenta y en su rostro lo demuestra, aunque en su forma de hablar despacio se le oye una tristeza, porque cuenta historias o cuando narra lo que hizo en el colegio siempre menciona a su abuelo y repite ésta frase “mi papá abuelo me quiere mucho” y definitivamente carga mucha tristeza, coraje e ira, y no menciona para nada a la mamá.

Estado cognoscitivo

Atención: La paciente tiene buena habilidad y capacidad, para captar cualquier mensaje, aunque otras veces se distrae por cualquier cosa.

Concentración y vigilancia: Es una persona con buena concentración y también coherente.

Orientación: La paciente está ubicada en tiempo y espacio y cuando se le pregunta sus datos y por ejemplo la fecha la manifiesta muy bien y también sabe muy bien su nombre completo e identidad.

Fluidez: Cuando realiza una actividad le gusta hablar con un tono de voz baja y se expresa bien y cuando realiza algún dibujo o pinta se expresa sin ningún problema o por ejemplo cuando arma un rompecabezas platica de lo bien que se siente estar en el proceso.

Memoria: La paciente tiene buena memoria y rápido capta los mensajes y es muy inteligente, por lo mismo va muy bien en los estudios y es responsables en entregar las tareas y sus notas no bajan de noventa puntos.

Pensamiento: El nivel de pensamientos de la paciente es coherente.

Proceso: también el proceso de la paciente va en avance, porque tanto a ella como su familia están interesados en estar en este proceso y muy convencidos.

Contenido: También en esta parte del contenido se le ha motivado mucho y está muy contenta en sus sesiones.

Introspección: En esta parte con la paciente se le ha transmitido una gran confianza y seguridad y cada vez que llega a sus sesiones se le ve muy contenta y con una disponibilidad de participar y de dialogar.

Estado de ánimo: En la mayoría de su participación en las sesiones ha demostrado mucha disponibilidad y entusiasmo, pero otras veces llegaba triste, porque le hace falta su padre biológico y en su proceso de *terapia* se le observa *tranquilidad, confianza y seguridad*.

Impresión Diagnóstica

La paciente efectivamente presenta conductas y emociones desequilibradas, por la ausencia del padre biológico, porque le ha afectado exageradamente y debido a esta situación la paciente siente desmotivación, desvalorización, con sentimientos de culpa y de inferioridad, muchas veces se siente frágil, al no tener una base firme, porque para ella es importante la figura paterna y siente grandes vacíos de afecto, amor y por la inmadurez emocional en sus sesiones ha expresado que se siente pequeña y ha demandado mucho afecto y constantemente menciona a su papá abuelo, porque es la autoridad en su hogar y la relación con su madre distante porque no recibe atención ni afecto de parte de ella, porque trabaja y se siente abandonada, para la madre su responsabilidad es brindarles el sustento a ella y a su hermanita y últimamente se ha sentido desconfianza en ella misma e inseguridad.

EJE IV: Evaluación Multiaxial

Eje I: Trastorno distímico [300.4]

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico [V71.09]

Eje III: Z03.2 Sin Diagnóstico [V71.09]

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales: Ubicada a los problemas relativamente al grupo primario de apoyo, la paciente siente grandes vacíos por la ausencia de su padre biológico, porque para ella la familia es un núcleo fundamental en la vida, y debido a esto su desequilibrio emocional y conductual.

EJE V: EEAG = 61 (actual)

Recomendaciones

Después de haber realizado la evaluación del caso de la paciente se recomienda un proceso terapéutico, ya que es importante fortalecer su estado emocional y mejorar su conducta ante cualquier situación. Y para esto es necesario contar con un plan terapéutico.

Plan Terapéutico

TERAPIA CONDUCTUAL	COGNITIVA	OBJETIVOS	RECURSOS
Técnicas de relajación y respiración		Lograr en la paciente la relajación y respiración profunda, para que su estado emocional se establezca y también para generar confianza en ella misma.	Dos sillas y el espacio físico agradable
Expresión de dibujos de acuerdo a su iniciativa y creatividad		Que la niña exprese sus emociones a través de dibujos pintándolo y decorándolo como a ella le gustaría.	Hojas, lápiz, crayones, borrador, sacapuntas y etc.

Juego de la emociones	Lograr en la paciente estabilizar su estado de emociones y que ella misma se dé cuenta y la importancia que tiene y para ubicarlas.	Dibujos de los diferentes estados emocionales, crayones, hojas, lápices, borradores hojas de colores.
Autoestima	Que la paciente encuentre su estado de autoestima en una historia.	Historia impresa en hojas, lápiz, crayones y marcadores
Seguimiento de autoestima	Que la paciente logre situar cuando una persona tiene su autoestima elevada y cuando una persona la tiene baja, la idea es remarcar la importancia sobre su autoestima y la importancia que es para su familia.	Dibujos hechos, crayones, lápiz y marcadores.
Nutrición emocional	Sembrar en la paciente una buena nutrición emocional, para empezar a fortalecer su estado de ánimo, afectivo en ella y para su familia	Hojas sopa de letras con palabras bonitas, dibujos, crayones, marcadores y otros.
Seguimiento Nutrición emocional	Seguir sembrando la nutrición emocional en la paciente.	Hojas sopa de letras con palabras bonitas, dibujos, crayones, marcadores y otros.
Relajación y respiración	Dar el espacio a la paciente sobre que le gustaria hacer en la sesión, pero realizando la relajación y respiración profunda.	Silla, hojas y otros
Juegos	Dar la seguridad en la paciente y sembrar en ella lo que es importante para su familia.	Llevar juguetes, pelota, muñeca, rompecabezas y otros
Ficha de la economía	Motivar a la paciente en la ejecución de determinados aprendizajes y también fomentar la aparición de conductas positivas, controlando o eliminando las disruptivas.	Hojas, caritas, goma, lápiz, crayones y etc.

4.3 Logros obtenidos

- Se estableció una relación de empatía con la paciente
- Interés en su proceso terapéutico
- La paciente avanzó en su proceso de crecimiento personal
- Mostró interés en sus sesiones y puntualidad
- También se observó un cambio en la conducta y expresión de pensamientos
- Colaboradora y activa
- Generó confianza y respeto

4.4 Limitantes

- No se contó con espacio físico para la atención psicológica
- El espacio físico muy reducido
- No se contó con un espacio agradable para la paciente
- Falta de privacidad para la atención psicológica
- Se atendió en pasillo, bajo un árbol y en una galera, porque no había lugar
- La población todavía maneja el concepto de que ir con un psicólogo o psicóloga es estar locos.

Conclusiones

Existen muchas causas que propician el abandono de los padres biológicos hacia sus hijas e hijos; podría mencionarse entre ellas, la ocupación o trabajo de los padres, recursos económicos insuficientes, incapacidad por parte de los padres para cuidar adecuadamente de sus hijos, y otras, considerando que el abandono infantil, es principalmente, la falta de atención a las necesidades básicas en general, de la niña o niño.

Los efectos del abandono en la salud mental de niñas y niños por parte de los padres biológicos, son innumerables; daños físicos, psicológicos y emocionales, generalmente, así como conductas inadecuadas socialmente, serán algunos efectos que de no tratarse, repercutirán en el desarrollo evolutivo de la niña o niño, pudiendo existir la posibilidad de transmitirse estos efectos de generación a generación.

Entre los principales procesos psicoterapéuticos a utilizarse para apoyar a niñas y niños, en edad escolar, que viven abandonadas y abandonados por los padres biológicos, puede ser la terapia Gestalt, cuyo objetivo es la maduración de la niña y niño, las técnicas cognitivas, como *detección de pensamientos automáticos, recursos como, apoyo, persuasión, afirmación, modelaje*, entre otros; parte importante del tratamiento incluirá la terapia sistémica, que consistirá en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar.

El documento psicoeducativo provisto al centro de práctica supervisada, podrá ser utilizado como instrumento de prevención para generar concientización y sensibilización a los padres y madres de familia que asisten al Centro de Salud de San José la Comunidad.

Recomendaciones

Se recomienda que los responsables, o bien, padres y madres, reflexionen sobre el cuidado que brindan al niño o niña, así como la importancia de su presencia física y el cuidado emocional, los cuales beneficiarán el desarrollo personal de la niña o niño.

A través de un acompañamiento y atención psicoterapéutica adecuados para la niña y niño que ha sufrido de abandono por parte de sus padres, podrá tener acceso a una mejor calidad de vida, así como recursos que le faciliten su desenvolvimiento social, ayudándole a comprender, asimilar y/o trabajar, los posibles efectos que el abandono pueda haberles causado.

A través del documento psicoeducativo provisto al centro de práctica, se tendrá información para las personas que visitan dicho centro, la cual ayudará a generar conciencia y sensibilización de los efectos que el abandono de cualquiera de los padres pueda causarle a sus hijos.

Referencias

Bibliográficas

Arruabarrena, M. y Paül, J. (1997). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Carr, A. (2000). *Maltrato y abuso infantil Los efectos emocionales*. London Brunner Routledge.

Celedon, C y Negrete Y. (2009). *Investigación Efectos del maltrato infantil en la inteligencia emocional y el desarrollo del juicio moral en niños*. Estudio cualitativo 12 de mayo de 2009.

Hauessler, M. *Desarrollo Psicosocial de los niños y las niñas*. Segunda edición. Oficina Regional de UNICEF de Santiago.

Intebi, V. Seminario de Formación *Intervención de casos de maltrato infantil*. Organizado por la dirección general de políticas sociales y dirigidas a profesionales de servicio de atención a la infancia, adolescentes y familia de Gobierno de Cantabria.

Martínez, R. y Ochotorena J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Ediciones Martinez Roca.Barcelona.

Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Publicado por Editorial: UniSon y Secretaria General Administrativa de la Universidad de Sonora. Blvd. Transversal y Rosales s/n Hermosillo, Sonora, 83000, México.

Muñoz, C. (2009). *Informe Final de Investigación Observatorio de salud mental en Guatemala*. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Moreno, M. y Juan M. *Estudio sobre las Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato*, Universidad Extremadura.

Martin, B. y Miriam. *Maltrato infantil*. Avanzamos Psicología.

Maria, G. (2005). *Artículo original psicoterapia Gestalt con niños*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, (2008). *Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato infantil*, Programa Nacional de Salud, Guatemala.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Modulo de Referencia Para el Desarrollo de un (2007). *Protocolo de Actuación en Casos de Maltrato Infantil*. Aprobado en el Pleno del Observatorio de la Infancia.

Rutter, M. y Taylor. (2002) *Child and Adolescent Psychiatry*. London: Blackwell

Schieber, B. y Mata A. (2001). *Educación Reproductiva y paternidad Responsable en Guatemala*, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL Distribuidora Limitada México.

Steiner, B. (2005) *Teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*.

Sierra, J. (2006). *Tipos de Abandono Infantil*, Universidad de San Buena Ventura, Bogotá.

Scott, A. Shaw, M. y et (2001) *Finding the Evidence A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health*. London: Gaskell.

Guía de reconocer e informar del abuso y la negligencia contra niños, Protección del niño abusado y abandonado. 1- 866 ENDHARM.

Rodriguez, E. y Jesús M. (2010). *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*. Vol. 3 nº 7. Psicólogo Buenos Aires, Argentina

Save the Children. (1919). *Manual de atención a niños y niñas de violencia de género en el ámbito familiar*. Barcelona

Universidad Academia Humanismo Cristiano. (2004). *Tesis Abandono Infantil*. Santiago.

De internet

Fuente no firmada

Maltrato infantil. Recuperado: 18.11.2013 <http://html.rincondelvago.com/maltrato-infantil-6.html> www.psicologia-online.com

Manual de atención. Save the Children. Recuperado: 19.11.2013 <http://resourcecentre.savethechildren.sc/sites/default/files/documents/3444.pdf>

Proyecto de Desarrollo prevención de maltrato infantil. Recuperado: 18.11.2013 <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis26.pdf>

Prevención Maltrato Infantil. Recuperado: 18.11.2013 <http://cooperantes.projectokalu.com/wp-content/uploads/>

Perfil inicial en salud mental del guatemalteco. Recuperado: 20.11.2013 http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_0048.pdf

Anexos

Anexo 1

Programa de estudio del curso de práctica profesional dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	Práctica IV -Profesional Dirigida-	Ciclo:	2013
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III	Código:	
Trimestre:	X	Jornada:	
Sede:		Horario:	

Mes	Año		
Enero	2013		
Fecha de Recepción	Sello de Registro y Control Académico	Va.Bo. Decanato	

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

**Evaluación:**

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología. Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación
Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

PROGRAMA OFICIAL

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Entrega de informe mensual julio
Primera parte: Presentación de caso 22
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson Learning 7ª edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Knib, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LÉBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Cle



Anexo 2

Fotografías Centro de Salud, entrega informe de práctica y paciente atendiendo



Centro de Salud, donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida



Entrega de Informe de Práctica al Director y Psicólogo del Centro de Salud



Paciente mostrando su dibujo, después de haber asistido a su proceso psicológico.



Paciente a su proceso psicológico.

Anexo 3

Diploma de participación 8 de marzo Día Internacional de la Mujer



OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

A: Victoria Carreras

Por su destacada participación en la CARRERA DÍA DE LAS MADRES

CENTRO DE SALUD SAN JOSE LA COMUNIDAD

GUATEMALA, 08 DE MAYO 2013

Banrural está en todas partes en cada guatemalteco que trabaja, en cada negocio que progresa.

Anexo 4

Carta de solicitud centro de práctica



Área de Salud Guatemala Nor Occidente
Gerencia de Recursos Humanos
 Km. 17 Carretera a San Juan Sacatepéquez, zona 16, Mixco
 Teléfono: 24849000/072 4816249

Oficio No. RRHH-IAA-305-2013
Guatemala, 18 de marzo de 2013

Doctor
Álvaro Leonel Gómez López
Centro de Salud La Comunidad
Presente


Estimada Doctor Gómez:

Atentamente nos dirigimos a usted deseándole éxitos en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

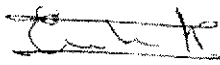
El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento, que a partir de la presente fecha, las estudiantes: Blanca Carolina Castillo Fernández, Carnet No. 0908933 y Victoria Gumes Jocholá, Carnet No. 0908939 de la Universidad Panamericana, cuentan con el aval de la coordinación de psicología y la jefatura de personal, para realizar sus prácticas psicológicas en el Centro de Salud La Comunidad que usted dirige.

En virtud de lo anterior, nos suscribimos de usted.

Diferentemente,


Lic. Ismael Arriaza Aceituno
Coordinador de psicólogos
Área de Salud Guatemala Nor Occidente




Vo.Bo. Lic. Edi Uccias
Jefe de Personal
Departamento Recursos Humanos
Área de Salud Guatemala Nor Occidente



Handwritten notes and signatures:
 20/03/13
 R. Robles
 [Signature]



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

Verdad ante todos, angélica y nobleza

Guatemala 05 de febrero de 2013

Doctor
Álvaro Gómez
Director
Centro de Salud - San José La Comunidad
Z.10 Mixco, Guatemala
Presente

Estimado Dr. Gómez:

Después de haber en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordal y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, en la institución que usted dirige.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras estudiantes de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: **Centro de Salud – San José La Comunidad**. Las estudiantes que desean colaborar en su centro son: **Victoria Cumes Joeholá Carnet No. 0908939**, **Blanca Carolina Castillo Fernández Carnet No. 0908933** y **Sebastiana Mejía Panjoj Carnet No. 0908938**.

Las estudiantes, deben llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre marzo a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Afectuosamente,

Lic. Mario Salazar
Director General Campus El Naranjo
Universidad Panamericana

12/2/13
1900
Gómez

Vo.Bo. Institución _____

Anexo 5

Constancia de finalización de la Práctica Profesional Dirigida

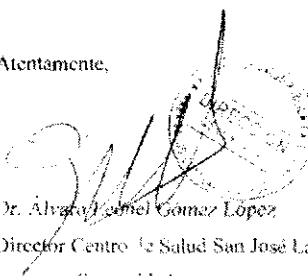


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 AREA DE SALUD GUATEMALA
 NOROCCIDENTE
 CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ LA COMUNIDAD

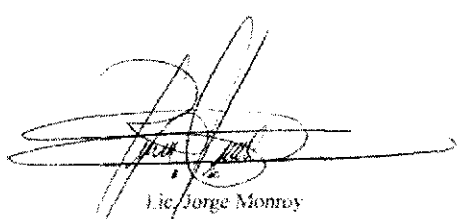
San José La Comunidad zona 10 de Mixco, 05 de Noviembre del 2013

Por este medio VICTORIA CUMES JOCHOLÁ, Carnet No. 0908959 estudiante de la Universidad PANAMERICANA cursa el último año de la Carrera Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, donde hacemos constar la finalización de su práctica profesional en nuestra institución, donde inicio desde marzo a octubre del presente año, con un horario de 7:00 a 3:30 los días martes y miércoles acumulando un total de 502 horas de práctica, ya que para nuestra institución fue una gran apoyo en el área de psicología y donde pudo obtener experiencias y nuevos conocimientos con nuestra población que se atendió, estamos satisfechos y complacidos por haberla recibida en nuestra institución.

Atentamente,



Dr. Álvaro Rafael Gómez López
 Director Centro de Salud San José La
 Comunidad



Lic. Jorge Monroy
 Psicólogo Centro de Salud San José La
 Comunidad

Comunidad
 Lic. Jorge R. Monroy
 PSICÓLOGO

Colegiado 3749

Anexo 6
Constancia de entrega de material de apoyo

Guatemala, Noviembre del 2013

Dr. Álvaro Leonel Gómez López
Director Centro de Salud San José La Comunidad
Zona 10 de Mixco, Guatemala
Presente

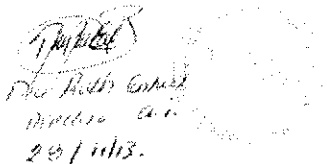
Estimado Dr. Gómez:

Por este medio VICTORIA CUMES JOCHOLÁ, estudiante de la Carrera Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, donde hace constar la entrega de 50 trifoliales informativo sobre "El Impacto en la Salud Mental de la Niñas y Niños que Viven Abandono de sus Padres Biológicos", como aporte profesional a la institución, donde realizó sus prácticas, durante el año 2013, para que se pueda distribuir a los padres y madres de familia de dicha comunidad.

Atentamente,



Victoria Cumes Jochola



Dr. Álvaro Leonel Gómez López
Director Centro de Salud San José La Comunidad
20/11/13.

Anexo 7
Material de apoyo Trifoliar

SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ

La salud mental en la niñez es el equilibrio armónico, bienestar físico y ayudar a la niñez a sentirse amado, querido y protegido, creando un ambiente saludable y estable, mediante rutinas diarias para ellas y ellos y una manera de actuar sanamente coherente, fácil de captar y reconocer. La salud mental en la niñez significa poder desarrollar relaciones interpersonales con seguridad, sinceridad y expresar emociones e interactuar con otros.



ABANDONO INFANTIL

El abandono infantil no sólo significa los que viven en la calle o los que son regalados, sino también los que tienen un hogar y van a las escuelas cuya situación es un producto de la inconsciencia, despreocupación y egoísmo de los padres de familia o cuidadores; el abandono no es exclusivamente lo que reportan los medios de comunicación cuando aparecen recién nacidos en las calles.



El abandono infantil tiene otro matiz más sutil y que consiste en todo comportamiento que provoca descuido y desatención de las necesidades básicas, así como la ausencia de los derechos humanos de las niñas y niños. Es una actitud de negligencia y descuido de los adultos y se observan en la falta de afecto, amor, caricia, alimentación, vestuario, higiene personal, atención médica, educación, recreación y vivienda.

ABANDONO EMOCIONAL

Es la falta de respuesta a las necesidades emocionales de las niñas y niños, lo que en casos extremos, puede llevar a un déficit no orgánico de crecimiento y enfermedades físicas. Si bien es cierto cubrir las necesidades materiales y básicas de ellas y ellos es una parte importante de su cuidado, lo es aún más el cambiar de sus necesidades emocionales para que la menor el menor se sienta querido por su familia. Sin embargo son muchos casos en que las niñas y los niños no reciben el afecto que requieren y son abandonados emocionalmente, lo cual va creando en ellos cierto resentimiento que incluso se mantiene durante la adultez. A esta situación se le conoce como abandono emocional que es una forma de maltrato psicológico.



CAUSAS DEL ABANDONO INFANTIL

En la realidad existen muchas causas por qué se da el abandono infantil, las cuales las niñas y niños sufren abandono o negligencia por ejemplo:

- Por ocupación o trabajo de los padres
- Por los recursos económicos, políticos y cultural.
- Por problemas en las habilidades de los padres
- Por problemas de drogas y alcoholismo
- Por irresponsabilidad de los padres
- Criminalidad u otros problemas dadores dejan al niño sin supervisión
- No es aceptado en la familia y es rechazado
- Falta de atención en el cuidado de la niña y niño.

EFFECTOS DEL ABANDONO INFANTIL

Muchas veces los padres no analizan o reflexionan sobre los grandes efectos de abandono que causan en la vida de las niñas y niños que sufren abandono tienden a sufrir dificultades en el apego es decir inseguridad de ellas y ellos.

En fin son muchos acontecimientos que pasan en la vida de las niñas y los niños la cual se presenta el abandono físico y emocional es difícil de definir. Y Los factores de riesgo o los grandes efectos que provoca en sus vidas.

- Enfermedad mental
- Pobreza
- Estrés en la familia

Entonces se puede destacar que las niñas y niños que se encuentran en esta situación al carecer del afecto familiar no pueden establecer vínculos cercanos y estables durante su vida, les será muy difícil relacionarse, en razón de que no tienen la estructura emocional necesaria para vincularse. Y probablemente cuando sean adultos y tengan hijos, también los abandonarán.

COMO MADRE Y PADRE PUEDE APOYAR AL DESARROLLO EMOCIONAL A SUS HIJAS E HIJOS Y EVITAR EL ABANDONO

- De a sus hijas e hijos afecto, amor, seguridad, caricia, ternura y sobre todo confianza.
- Rodécele de relaciones que "nutran" su salud emocional.
- Muéstrese feliz: sonría y ría
- Cree un ambiente confiable y afectuoso

- Pasen tiempo juntos, sin prisas
- Modele buenas relaciones y maneras saludables de manejar los conflictos
- Felicite a su hija e hijo por las cosas positivas que hace.
- Dedique un tiempo para su hija e hijo, juegue con ella o con él y plátiquele de las cosas que le gusta ayúdala en sus tareas.
- Ayúdenlos para que el día de mañana no serán castigados, sino más bien unas mujeres y hombres de bien.

IMPACTO EN LA
SALUD MENTAL DE
NIÑAS Y NIÑOS QUE
VIVEN ABANDONO DE
SUS PADRES
BIOLÓGICOS

Anexo 8

Formulario de solicitud de autorización de Práctica Profesional Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro de Salud
San José La Comunidad

DIRECCIÓN: Zona 10 de Vieco

NOMBRE DEL ENCARGADO: Lic. Jorge Moray

Teléfono del Contacto/Encargado: 52552800-47729414

PUESTO: Psicólogo del Centro de Salud

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN - POBLACIÓN QUE ATIENDE:
Prevención a pacientes a través de programas espe-
ciales dirigidos a la población en general tales como:
- Capacitaciones, charlas talleres y foros etc;
- Promoción de salud mediante actividades, charlas de
biológicos, más; adolescentes de las escuelas e institutos
y países de familia.

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: Victoria Cumes Jachola

GRADO: 5to. Año Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Lunes y Martes

Horario: 7:00 am - 3:30

FECHA DE INICIO DE LA PRÁCTICA: 04/03/2013

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO

[Handwritten signature]



Vicky 5816@hotmail.com

Anexo 9

**Informe de práctica realizada en el Centro de Salud San José la Comunidad
zona 10 de Mixco**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología clínica y Consejería Social
Lic. Guillermo Enrique Tellez



**Informe de la práctica realizada en el
Centro de Salud San José la Comunidad, zona 10 de Mixco**

Profesionales en formación

Blanca Carolina Castillo Fernández carné 0908933

Victoria Cumes Jocholá carné 0908939

Guatemala, 22 de octubre 2013

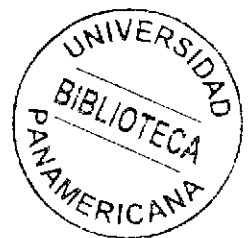
Introducción

El presente informe tiene como finalidad dejar plasmado las experiencias del trabajo realizado a través de las prácticas que se llevaron a cabo desde el mes de Marzo a Octubre del presente año, en el Centro de Salud San José la Comunidad, ubicado en la zona 10 de Mixco.

A este centro de salud asisten personas de escasos recursos, quienes tienen limitaciones económicas para pagar una consulta psicológica privada. Por lo que nos interesó realizar nuestra práctica en dicho centro para asistir a personas necesitadas y sobretodo brindar apoyo debido a la gran demanda de pacientes que buscan acompañamiento terapéutico.

Por lo anterior, este informe es de gran utilidad en procesos terapéuticos debido a su contenido. Posee gráficas donde se refleja la población general que se atendió y los diferentes motivos de su consulta. De igual forma, se hace mención de los logros, obstáculos y recomendaciones de lo que se pudo observar en el transcurso de la misma.

Este informe puede ser considerado un recurso que pueda servir de apoyo para futuras investigaciones y/o consultas.



.Justificación

Como estudiantes del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, se nos requiere realizar una práctica de 500 horas en la que se debe atender a una población con problemas de tipo social que alteran la salud mental de las personas y que provocan trastornos psicológicos. Por tal motivo, se analizaron instituciones que cumplieran con este requerimiento y de esta manera nos dirigimos al Centro de Salud San José La Comunidad, Mixco, ya que cuenta con un área de Psicología, donde atienden a población general, la mayoría de escasos recursos, lo que nos determinó a realizarla en ese lugar y así poder desarrollar actitudes, habilidades y destrezas personales sobre los diferentes temas y sus secuelas. Esto, nos permitiría un mejor acercamiento a la realidad que vivimos como guatemaltecos y entender nuestro papel como futuras profesionales de la psicología, confrontando así nuestros conocimientos teóricos con las realidades del escenario de la práctica real.

También nos llamó la atención que a éste Centro asiste mucha población que demanda la atención psicológica, asimismo tendríamos la oportunidad de desempeñarnos dentro de un equipo de trabajo multidisciplinario que nos permitiría aprender a trabajar con otras disciplinas de manera integrada como la medicina, trabajo social y psicología.

Objetivos

a) General

Lograr que todos los pacientes atendidos en el área de psicología del Centro de Salud San José la Comunidad, superen y cambien las conductas necesarias para mejorar su calidad de vida a través de su proceso psicológico.

b) Específicos

- Recopilar información de cada paciente para formular un diagnóstico preciso.
- Diagnosticar los síntomas de cada paciente.
- Definir el plan terapéutico adecuado para cada paciente.
- Desarrollar un desempeño eficaz a través de la aplicación de conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación académica.
- Afianzar una actitud de ética profesional. Relacionados con la disciplina y la profesión.
- Promover el desarrollo de potencialidades personales, como la creatividad, seguridad y destreza en el desempeño profesional.
- Obtener comprensión del quehacer profesional como un proceso dinámico de constante perfeccionamiento, incentivando la contribución particular que él pueda hacer en su actividad práctica.
- Desarrollar una aproximación científica al quehacer profesional y de la disciplina

Experiencias como profesionales en formación

- En este proceso de formación como futuros profesionales aprendimos mucho y así mismo se nos tuvo la credibilidad a nuestras capacidades ya habilidades debido a esto se nos asignaron los casos con mucha confianza, para darles el acompañamiento psicológico a todas las personas quienes necesitaron el apoyo psicológico.

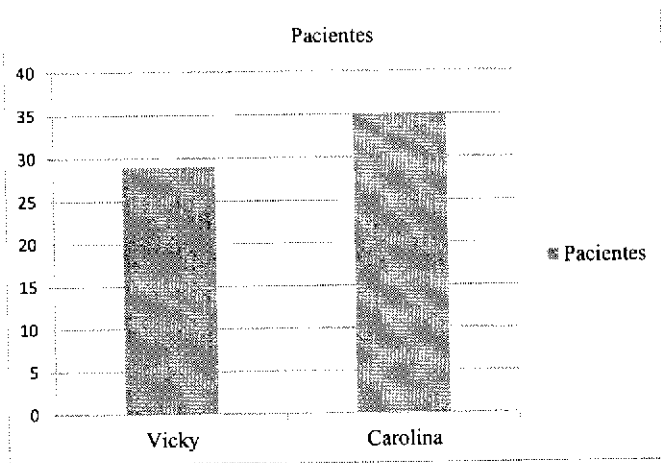
- Por otro lado se participó en la promoción de talleres y charlas con padres y madres de familia, niños, maestros, adolescentes y personal técnico.
- Capacitaciones al personal con otros temas (violencia contra las mujeres, relaciones humanas y como trabajar en equipo).
- Se compartió experiencia y conocimientos con personal técnico del Centro de Salud
- Haber facilitado charlas con las mujeres sobre autoestima
- Charlas con los niños en escuelas públicas sobre acoso escolar
- Se nos brindó la oportunidad de ver otro panorama de vida con cada paciente que asistió a su acompañamiento psicológico.
- También se les generó acompañamiento y se les brindó confianza y tranquilidad a los pacientes
- La práctica nos llevó a aplicar los conocimientos adquiridos en la Universidad, lo que nos proporcionó una mejor experiencia, para apoyar a la población que requiere de nuestro servicio.

Estadística De Pacientes Atendidos

Tabla 1. Pacientes atendidos

	Total de Pacientes Atendidos
Vicky	29
Carolina	35

Gráfica 1. Total de Pacientes Atendidos

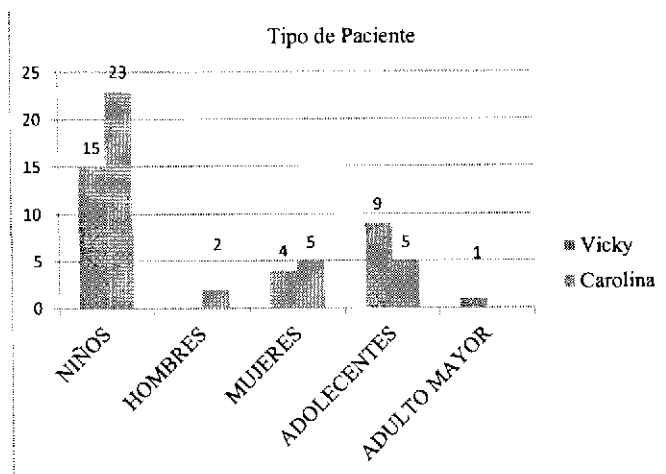


En esta gráfica se puede ver la cantidad de casos atendidos individualmente por cada una de las profesionales en formación, durante el proceso de práctica.

Tabla 2. Tipo de paciente atendido

	Niños	Hombres	Mujeres	Adolescentes	Adulto Mayor
Vicky	15	0	4	9	1
Carolina	23	2	5	5	0

Gráfica 2. Tipo de pacientes atendidos



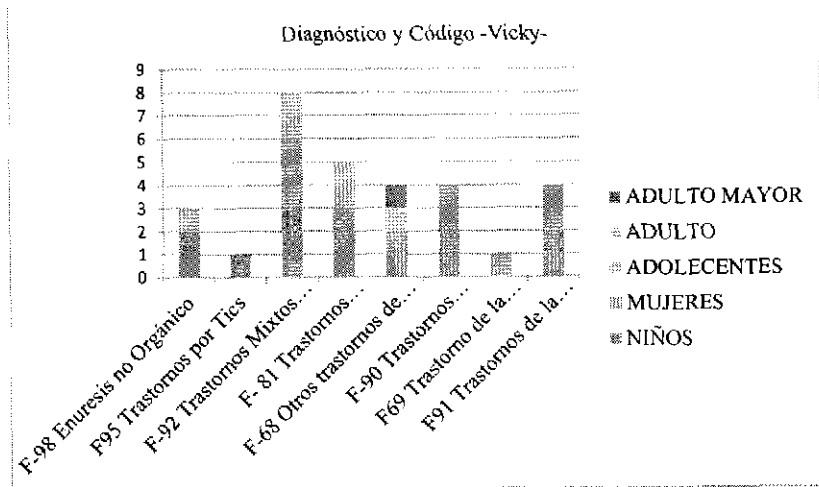
Esta gráfica presenta el tipo de pacientes atendidos durante el proceso de práctica.

Tabla 3. Diagnóstico y Código pacientes de Vicky

Diagnóstico y código	Niños	Mujeres	Adolescentes	Adulto	Adulto Mayor	Total
F-98 Enuresis No Orgánico	2	0	1	0	0	3
F95 Trastornos Por Tics	1	0	0	0	0	1
F-92 Trastornos Mixtos De La Conducta Y De Las Emociones	6	0	2	0	0	8
F- 81 Trastornos Específicos Del	3	0	2	0	0	5

Desarrollo De Las Habilidades Escolares						
F- 81 Trastornos Específicos Del Desarrollo De Las Habilidades Escolares	3	0	2	0	0	5
F-68 Otros Trastornos De La Personalidad Y Del Comportamiento En Adultos	0	2	0	1	1	4
F-90 Trastornos Hipercinéticos	3	1	0	0	0	3
F69 Trastorno De La Personalidad Y Del Comportamiento En Adultos, No Especifica	0	1	0	0	0	1
F91 Trastornos De La Conducta	4	0	0	0	0	4
Total						29

Gráfica 3. Diagnóstico y Código de pacientes de Vicky



La gráfica representa el motivo de consulta de los pacientes

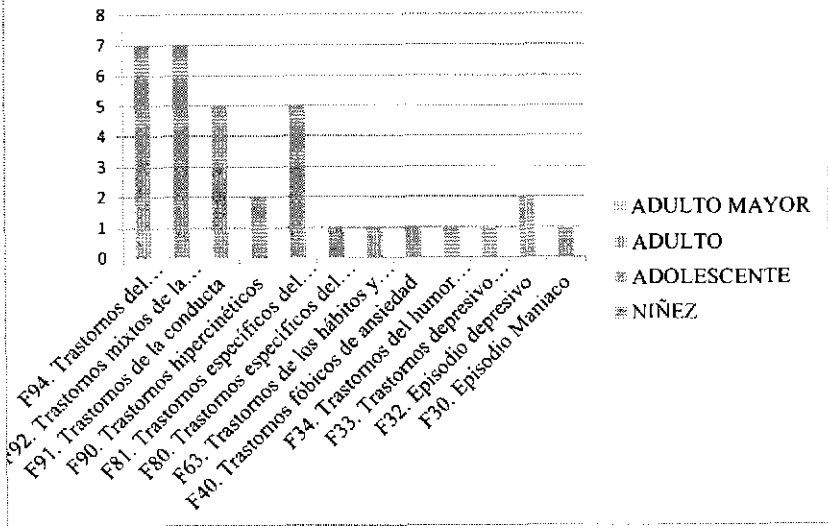
Tabla 4. Diagnóstico y Código de pacientes de Carolina

Diagnóstico Y Código	Niñez	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor	Total
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	6	1			7
F92 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	6	1			7
F91 Trastornos de la conducta	3	2			5
F90 Trastornos hipercinéticos		2			3

F81 Trastornos específicos del desarrollo d las habilidades escolares	3	2			5
F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1				1
F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos			1		1
F40 Trastornos fóbicos de ansiedad			1		1
F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes			1		1
F33 Trastornos depresivo recurrente			1		1
F32 Episodio depresivo			2		2
F30 Episodio maniaco			1		1
	20	8	7	0	35

Gráfica 4. Diagnóstico y Código de pacientes de Carolina

Diagnóstico y Código -Carolina-



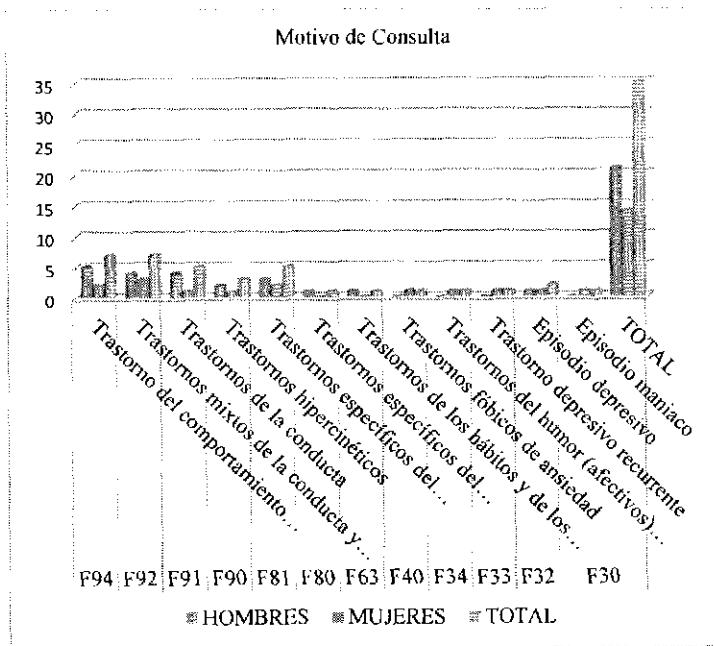
La gráfica presenta los diferentes diagnósticos y sus respectivos códigos según el CIE 10

Tabla 3. Motivos de consulta

Cie10 Código	Motivos de consulta	Número de consultantes por género		Total
		Hombres	Mujeres	
F94	Trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	5	2	7
F92	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	4	3	7
F91	Trastornos de la conducta	4	1	5

F90	Trastornos hiperkinéticos	2	1	3
F81	Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	3	2	5
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	0	1
F63	Trastornos de los hábitos y de los impulsos	1	0	1
F40	Trastornos fóbicos de ansiedad	0	1	1
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes	0	1	1
F33	Trastorno depresivo recurrente	0	1	1
F32	Episodio depresivo	1	1	2
F30	Episodio maniaco	0	1	1
	Total	21	14	35

Gráfica 4. Por motivo de Consulta



Esta gráfica refleja la cantidad de pacientes y el motivo de consulta por género

Historia de vida que nos dio mayor aprendizaje

- Las historias de vida de todas las personas que se atendieron durante este proceso de práctica fueron interesantes. Sin embargo, los casos que nos llamó más la atención fueron los de los niños, ya que todas las madres se quejaban de no saber cómo proceder con la actitud de sus hijos hiperactivos, violentos y con bajo rendimiento escolar. Es decir, en este proceso se trabajó mucho con los niños y con las madres. Lo ideal hubiera sido con los dos padres de familia, pero en la mayoría de casos, los padres poseen poco tiempo para brindar una atención a sus hijos cuando están en un proceso psicológico.

- Espacio físico reducido para la atención psicológica.
- No se cuenta con mobiliario de oficina.
- No hay espacio físico para atención psicológica, por lo que muchas veces se atendió en el pasillo, bajo un árbol y en el campo de fútbol.
- No hay suficiente espacio para dar una buena atención a los pacientes.
- Muchos pacientes no le dieron seguimiento a su proceso de acompañamiento psicológico, ya que dejaron de asistir después de haber llegado 2 o 3 veces a su cita psicológica.

Recomendaciones para el centro de salud

- Crear espacios físicos equipados con materiales adecuados para niños, que permitan una mejor atención en su proceso terapéutico.
- Actualmente, se efectúa la terapia individual. Por lo que se hace necesario que, de igual forma, se implemente la terapia grupal siguiendo las normas de su formación.
- Con el fin de tener un mejor control y en un óptimo tiempo, se recomienda que la documentación de cada paciente sea llevada de manera automatizada.
- Se hace necesario que se provea equipo computarizado al área de psicología.
- Consideramos necesario que a futuros practicantes de psicología se les proporcione una inducción y una pasantía al inicio de sus prácticas.
- Se espera que el Centro de Salud deje sus puertas abiertas a futuros practicantes de psicología provenientes de distintas universidades.
- Se recomienda al Centro contar con dos psicólogos uno clínico y el otro de campo, para poder brindar una mejor atención con calidad y calidez a las personas.

Agradecimiento

- Agradecemos al Centro de Salud por la oportunidad brindada, para realizar las prácticas y sobre todo tener la disponibilidad de habernos recibido.

- De igual manera, estamos agradecidas con el Lic. Jorge Monroy por la orientación que nos brindó, ya que aprendimos mucho de él sobre los procedimientos y las técnicas adecuadas para acompañar a los pacientes.
- Gratificarnos al Director por permitirnos realizar nuestra práctica en este Centro de Salud.
- Al equipo técnico por compartimos el espacio necesario para atender a los pacientes del área psicológica de este Centro.
- A todas las mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes que compartieron sus historias de vidas y que tuvieron la confianza en nosotras para acompañarlos en su proceso de crecimiento personal.