UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y AJUSTE EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS RETORNADOS Y NO RETORNADOS

ISABEL CRISTINA MALDONADO MARTINEZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I) INTRODUCCIÓN 1
II) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
III) JUSTIFICACIÓN 5
IV) OBJETIVOS 7
V) PROPÓSITO 7
VI) HIPÓTESIS 8
VII) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 9
1. Población Desarraigada y el Proceso de Retorno 9
2. La Estrategia del Retorno 11
3. Las Características de los Retornados 12
4. Características de la Comunidad de Retornados San José El Carmen. 14
5. Estado Nutricional del Niño 16
6. Desarrollo del Niño 20
7. Salud Mental 24
8. Salud Mental de las Víctimas de Desastres 25
9. El Componente Psicosocial de la Salud 26
10. Estrategias para Mejorar la Salud Mental 30
11. El Test Gestáltico de Bender/Koppitz 31
VIII) METODOLOGÍA 35
IX) PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 39
X) CONCLUSIONES 54
XI) RECOMENDACIONES 55
XII) RESUMEN 56
XIII) BIBLIOGRAFÍA 57
XIV) ANEXOS 59

I. INTRODUCCION

El estado nutricional es la relación entre el organismo y los nutrientes que permiten la formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento de los órganos y la provisión necesaria de energía para la vida. En los países subdesarrollados los problemas más frecuentes en el estado nutricional de los niños se relacionan con el déficit nutricional, es decir, desnutrición, especialmente en poblaciones en pobreza extrema.

En Guatemala los niños de la escuela primaria presentan 48% de retardo en el crecimiento y 3% de desnutrición aguda, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1995 (ENSMI-95).

Guatemala sufrió un conflicto armado por más de 30 años y la existencia de otros problemas como patrones de conducta violenta, pobreza, desarraigo, discriminación y consumo de alcohol y drogas afectan la salud física y mental de los niños de manera compleja y significativa.

El presente trabajo es un estudio transversal de tipo descriptivo, de 111 niños(as) de 5 a 8 años de edad del nivel escolar pre-primario y primario, realizado en la Escuela 29 de diciembre de 1996, de la comunidad retornada San José El Carmen del municipio de Patulul, Suchitepéquez (40 niños(as)); y en la Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José del municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, (71 niños(as)), durante los meses de mayo y julio de 1998.

El objeto del estudio fue determinar el estado nutricional por medio de los indicadores antropométricos de talla/edad y peso/talla, describir el estado de ajuste emocional por medio de los indicadores emocionales del test de Bender/Koppitz y comparar los resultados obtenidos en ambos grupos para determinar si existían o no diferencias significativas entre ellos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: desnutrición crónica o retardo en el crecimiento lineal, dada por el indicador talla/edad, 51% en el grupo no retornado y 43% en el grupo de retornados. Desnutrición aguda, dada por el indicador peso/talla, no se detectó en el grupo de retornados y en el grupo de no retornados se encontró 1.4%. Según el análisis estadístico por medio de chi-cuadrado (x2), no existe diferencia significativa en el estado nutricional de ambos grupos.

Según los indicadores emocionales del test Bender/Koppitz, se encontró 10% de niños(as) retornados y 14% de niños(as) no retornados con desajuste emocional (presencia de 4 indicadores emocionales). Se identificó 43% de los niños(as) retornados y 28% de los no retornados en un área cercana al desajuste

de los problemas emocionales que presentan. Además se encontró en ambos grupos los mismos indicadores emocionales más frecuentes: orden confuso, tamaño pequeño, repaso del dibujo, relacionados con maduración visomotora pobre y sentimiento de minusvalía y restricción del entorno físico y social (familia, escuela, comunidad). Según el análisis estadístico de chi-cuadrado, no existen diferencias significativas en el desajuste emocional y la frecuencia con que se presentan los indicadores emocionales en ambos grupos. Sin embargo, los porcentajes de desajuste emocional, encontrados en el grupo retornado y no retornado, son más altos que los esperados en una población dada. Según estudios de Elizabeth Koppitz, 9.5% con 3 indicadores y 3.6% con 4 indicadores emocionales (11).

Finalmente, se recomienda con base a los resultados obtenidos que en ambos grupos deben realizarse acciones que mejoren el estado nutricional y emocional de los niños y por ende su salud mental.

II) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala sufrió durante más de tres décadas un conflicto armado que provocó que más de 50,000 guatemaltecos buscaran refugio fuera del país, especialmente en campamentos situados en México. (5)

Esto generó una situación de desarraigo y abandono de la tierra que tuvo un impacto dramàtico sobre todo en la situación de salud de los niños y jóvenes. El 50% de dicha población estaba constituida por niños y adolescentes. (6)

En 1984 se inició el proceso de repatriación asistido por el ACNUR y la CEAR y a partir de 1993 el retorno colectivo, organizado por las Comisiones Permanentes de Refugiados, considerado éste, como último paso del desplazamiento que miles de guatemaltecos sufrieron como consecuencia del enfrentamiento armado.

Para muchos pobladores próximos a las áreas de reasentamiento de retornados, la presencia de éstos significa beneficios indirectos para sus comunidades, debido a la inversión y recursos de organismos nacionales e internacionales. Sin embargo, para otros, los retornados representan un motivo de tensiones políticas y sociales.

Es este el ambiente en el que se desenvuelven niños y niñas retornados, por lo que deberán adaptarse a un medio muchas veces hostil, aparte de la pobreza derivada de su propia condición de retornados. (6)

En complimento de los acuerdos de Paz (acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado) retornaron al país 85 familias de la etnia Mam, Kanjobal y Kakchiquel, que renunciaron a su status de Refugiados en los campamentos de Campeche, México y se establecieron en la Comunidad de San José El Carmen, de Patulul, Suchitepéquez. (3, 5)

La salud física y mental de las personas se ha visto afectada en gran medida como resultado del conflicto armado y en otros casos, problemas ya existentes, se han visto agravados por la violencia vivida. Los niños y sus familias fueron afectados de manera diferente, pero no cabe duda que aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un profundo impacto en la vida de las personas. (16)

En el presente estudio se realizó una evaluación del estado nutricional y ajuste emocional de los niños(as) de 5 a 8 años de edad de la Escuela "29 de Diciembre de 1996", de la comunidad retornada, asentada en San José El Carmen, y los niños no retornados de la "Escuela Oficial Rural Mixta Cantón San José", por medio de indicadores antropométricos y el Test Gestáltico Visomotor de

Bender/Koppitz; con el objeto de identificar las diferencias que presentan ambos grupos, y los niños(as) mas vulnerables que necesitan ayuda para mejorar su estado nutricional e integración psicosocial.

III) JUSTIFICACIÓN

Desde que se inició el proceso de retorno, hace 15 años, según datos del ACNUR, han regresado al país 33,483 personas ubicadas en su mayoría en áreas de Huehuetenango, Quiché y Alta Verapaz. Otros retornos se han dado a los departamentos de Guatemala, el Petén, Quetzaltenango, San Marcos, Suchitepéquez e Izabal.

El Acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado Interno, establece como principios que "La estrategia global sólo será posible en la perspectiva de un desarrollo sostenible, sustentable y equitativo de las áreas de reasentamiento, que beneficie a todas las poblaciones y personas que radiquen en ellas, en el marco de un plan de desarrollo nacional. La ejecución de esta estrategia no es discriminatoria y propicia la conciliación de los intereses de las poblaciones que radican en las áreas de reasentamiento". (5)

El retorno busca la reconstrucción y reintegración de las comunidades y representa una oportunidad para el fortalecimiento y regeneración de los tejidos sociales violentamente desintegrados en años pasados.

Según la encuesta epidemiológica realizada por Bern, Hernández y Klein, en Octubre de 1997, en la comunidad retornada San José El Carmen, el 42% de los niños de 1 a 69 meses de edad presentan Retardo del Crecimiento Lineal o Desnutrición Crónica y el 1.6% Desnutrición Aguda. (3)

El retardo del crecimiento se obtiene del indicador Talla/Edad y se sabe que las deficiencias de éste reflejan las condiciones sociales o factores estructurales de la sociedad, es decir, el achicamiento de los niños sugiere una medida de privación social. (10, 21)

La población retornada después de pasar por duros períodos carenciales, encontró en el refugio el apoyo de organizaciones que les atendieron durante la etapa de la emergencia, con lo cual disminuyeron los problemas de desnutrición aguda, sin embargo, persisten los problemas que reflejan sus difíciles condiciones sociales.

Es importante señalar que el estado nutricional de los niños está estrechamente relacionado con su morbilidad y mortalidad por lo que su evaluación es un buen indicador del estado de salud.

Antes era común pensar que los refugiados (en este caso los retornados) lo único que necesitaban era que satisfacieran sus necesidades materiales de alimentos, agua, techo y atención médica. Ahora se sabe que ellos necesitan también ayuda para recuperar su fuerza emocional, cultural y espiritual. (20)

Son muchos los niños que han vivido acontecimientos traumáticos, pero no todos tienen problemas de salud mental y son afectadas con la misma intensidad. Las personas que han tenido menos apoyo, que se han encontrado más solas o que han vivido experiencias más duras pueden encontrarse más afectadas. Quienes trabajen con ellos deben identificarlas y prestarles la ayuda necesaria para su recuperación física y psicosocial. Sin embargo, son incipientes los programas que dan atención a los problemas de los niños(as) retornados tanto físicos como de salud mental. (6, 20)

Los niños en edad escolar de la comunidad retornada San José El Carmen, nacieron en su mayoría en el refugio y presentan características diferentes a los niños no retornados.

Por todo lo anterior es de suma importancia evaluar y comparar el estado nutricional y de ajuste emocional de dichas poblaciones que nos permita lograr la atención integral de la problemática de salud que presentan y buscar propuestas y alternativas de solución acordes a sus necesidades.

IV) OBJETIVOS

1. Determinar el estado nutricional de los niños (as) de 5 a 8 años de edad retornados de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996" y los niños (as) no retornados de la "Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José" por medio de los indicadores antropométricos Peso/Talla y Talla/Edad.

2. Describir el ajuste emocional de los niños (as) de 5 a 8 años de edad retornados de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996" y los niños (as) no retornados de la "Escuela Oficial Rural Mixta Cantón San José" por medio del test de Bender/Koppitz.

3. Comparar el estado nutricional y de ajuste emocional de los niños (as) retornados y no retornados de 5 a 8 años de edad del nivel pre-primario y primario de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996" y la "Escuela Oficial Rural Mixta Cantón San José".

V) PROPÓSITO

Al realizar esta investigación, se pretende que sirva como un paso inicial para realizar el diagnóstico del estado nutricional y la salud mental de las comunidades en estudio.

Según los resultados obtenidos en este trabajo se podrá elaborar un plan de acción con los niños que presenten problemas nutricionales y emocionales, para trabajar con ellos de manera priorizada en diferentes niveles (individual, familiar, escolar y comunitaria).

VI) HIPÓTESIS

Los niños (as) retornados de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996" presentan diferencias en su estado nutricional y ajuste emocional en relación a los niños (as) no retornados de la "Escuela Oficial Rural Mixta, Cantón San José".

VII) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. POBLACIÓN DESARRAIGADA Y EL PROCESO DE RETORNO:

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Durante más de 30 años Guatemala sufrió un conflicto armado cuyas consecuencias afectaron toda la vida nacional, en lo económico, político, social y psicológico.

Esto generó el desplazamiento y desarraigo de miles de guatemaltecos, desde hace aproximádamente 15 años, como producto del conflicto armado y de la política contrainsurgente de los años 80.

Se considera que aproximadamente 50,000 guatemaltecos emigraron fuera del país, convirtiéndose en refugiados y otras 250,000 personas migraron de sus lugares de origen, dispersándose en todo el territorio nacional, especialmente en áreas urbanas como la ciudad capital de Guatemala y la Costa Sur. (6)

Aproximadamente 40,000 personas guatemaltecas emigraron a México, específicamente al estado sureño de Chiapas. Desde allí, el Gobierno Mexicano por medio de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, COMAR, inició en 1984 un plan de reubicación de algunos refugiados asentados en Chiapas, hacia 8 nuevos campamentos en Campeche y Quintana Roo, con el apoyo del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR. (5)

El programa de Repatriación Voluntaria, inició en 1986 con el trabajo tripartito de ACNUR, COMAR y la Comisión Nacional para la Atención de Repatriados y Desplazados, CEAR. (5)

Después de varios años de negociación, discusión y planificación, se inició el regreso de los refugiados guatemaltecos. Acuerdos para normar el proceso de Retorno, fueron suscritos entre las Comisiones Permanentes de Representantes de los Refugiados Guatemaltecos en México, CCPP y el Gobierno de Guatemala, llamados "Acuerdos del 8 de octubre de 1992", por haberse firmado en esa fecha. (5,6)

1.2 TERMINOLOGÍA

Es importante aclarar el significado de la terminología utilizada dentro del concepto de población desarraigada para evitar confusiones.

Según el acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el enfrentamiento armado, la población desarraigada es: "El conjunto de personas que por motivos vinculados con el enfrentamiento armado, viven en Guatemala o en el exterior e incluyen en particular, los refugiados, los

retornados y los desplazados internos, tanto dispersos como agrupados incluyendo las CPR". (5, 25)

La población desarraigada y la población de guatemaltecos comunes presenta entre sus diferencias más importantes:

- Sufrió directamente los efectos del conflicto armado.
- Condición legal, condición política, pérdida de identidad, pérdida de bienes materiales, condición social, condición psicológica. (7)
-

1.2.1 Refugiado:

"Se considera como REFUGIADO, a toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de la etnia, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social y opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país..." ACNUR, Convención de 1951 y Protocolo de 1967. (5, 7, 14)

"... las personas que han huído de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos y otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el órden público." Conclusión tercera, Declaración de Cartagena sobre Refugiados. (5, 7, 14)

1.2.2 Desplazados:

"Son las personas que a raíz del enfrentamiento armado interno de Guatemala, se vieron obligados a movilizarse de sus lugares de origen, abandonando sus hogares repentinamente atravesando áreas de conflicto, pero nunca salieron del límite territorial guatemalteco". CEAR 1992 (5, 7, 14)

1.2.3 Retornados o Repatriados:

"Es toda persona que habiéndosele reconocido el status de REFUGIADO, renuncia al mismo y decide voluntariamente retornar a su país de origen para incorporarse a la vida social y productiva, y establecer allí su residencia permanente". Conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericanos - CIREFCA- Guatemala, 1989. (5)

Es importante aclarar la diferencia entre "retorno" y "repatriación".

1.2.4 Retorno:

Es voluntario; las personas están agrupadas en la asociación de Refugiados Dispersos de Guatemala, ARDIGUA, la Coordinadora de Bloques de Retorno (CBRR), o las Comisiones Permanentes de Representantes de Refugiados en México; es masivo (grupos mayores de 50 familias); se ubican en fincas compradas para ellos, con créditos otorgados por el Fondo para la

Reinserción Laboral y Productiva de la Población Retornada, FORELAP, o con el Fondo de Tierras. (5, 7)

1.2.5 Repatriación:

Es voluntaria; sin la organización de ARDIGUA, CBRR O CCPP; es más pequeña (grupos menores de 50 familias). Regresan a sus lugares de origen. (5, 7)

Es necesario, también, aclarar, que los retornados, no constituyen población desmovilizada. "Los desmovilizados son las personas que durante el enfrentamiento armado interno de Guatemala, pertenecieron a la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, URNG, y a raíz de los acuerdos de Paz en diciembre de 1996 pasaron al proceso de incorporación a la vida civil..." CEAR 1997 (5,30)

La dinámica del proceso de retorno ha permitido que desde su inicio en 1986, hasta septiembre de 1997, hayan retornado al país 35,608 personas que se encontraban refugiadas en Honduras, Belice, Costa Rica y principalmente en México. De enero a septiembre de 1997 regresaron 2,652 personas que conforman 685 familias. (7)

2. LA ESTRATEGIA DEL RETORNO

El Acuerdo para el Reasentamiento de las poblaciones Desarraigadas por el Enfrenteamiento Armado, se firmó el 17 de junio de 1994, es un compromiso de naturaleza excepcional a través del cual se busca la integración plena de los Desarraigados a la sociedad.

El plan propone actividades de corto, mediano y largo plazo, que permitan a este grupo poblacional transitar de la emergencia del desarrollo.

Se realizó una consulta a los representantes de las organizaciones desarraigadas, con su participación se logró la identificación de proyectos, según los ejes centrales de la Estrategia del Plan de Reasentamiento:

Corto y mediano plazo: Emergencia, Documentación, Seguridad jurídica y acceso a la tierra.

Mediano y largo plazo: Participación, consulta, concertación y alianza; Producción y alargamiento de cadenas productivas; Educación y Salud; Infraestructura Social y Productiva.

En el eje de educación y Salud, los componentes propuestos por la población son los siguientes: Escuelas y equipamiento, material didáctico, útiles escolares, refacción escolar, reconocimiento de estudios, profesionalización,

alfabetización, nivel básico. Atención sanitaria y odontológica, instalaciones, capacitación, nutrición infantil, sistema de referencia, salud mental. (25)

AUTOGESTIÓN:

La estrategia del retorno plantea que " el apoyo de la emergencia debe darse sin criterios paternalistas, tratando de promover oportunidades para que la misma poblacion organizada inicie procesos de autogestión para como mínimo lograr la substistencia". "... se busca garantizar a las poblaciones desarraigadas una dinámica de autogestión que conlleva la perspectiva de desarrollo sostenible, sustentable y equitativo de las àreas de reasentamiento.". (25)

Debe tomarse en cuenta que la población retornada, ha estado empezando siempre de nuevo (en sus comunidades de origen, en el refugio, en el retorno) y aunque enfrentan la batalla cuesta arriba de organizar sus vidas, trabajo y pasado alterado, no deben considerarse como personas desvalidas por completo, dependientes de la ayuda que se les dé, sino como personas en potencia capaces de resolver sus problemas y ayudarse a sí mismas si se les da la oportunidad. (4, 20)

3. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS RETORNADOS

Una gran parte de la población retornada son niños, niñas y adolescentes y gran cantidad de los adultos son jóvenes. En su mayoría son personas indígenas, principalmente del altiplano y noroccidente del país, lugares a donde se dirigen los reasentamientos. La gran mayoría de los retornos se ha concentrado en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché, Alta Verapaz y El Petén. Otros retornos se han dado a los departamentos de Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala, San Marcos. (5, 6, 7)

Principales lugares de reasentamiento donde se encuentra la población retornada y repatriada. (5, 7)

Departamento	Personas	Familias	%
Huehuetenango	16,183	3,561	45.45
El Quiché	10,749	2,355	30.18
Alta Verapaz	3,617	833	10.15
El Petén	3,356	801	9.42
Suchitepéquez	788	190	2.21
Escuintla	405	89	1.13
Guatemala	168	49	0.47
San Marcos	151	34	0.42
Quetzaltenango	68	14	0.19
Izabal	35	8	0.09
Retalhuleu	31	6	0.08
Chiquimula	19	5	0.05
Chimaltenango	15	3	0.04
Jutiapa	8	4	0.02
Jalapa	6	1	0.01
Sacatepéquez	4	2	0.01
Totonicapán	3	1	0.00
Santa Rosa	1	1	0.00
Zacapa	1	1	0.00
TOTAL	35,608	7,958	

De los 35,608 retornados 13,628 nacieron en México. (5, 7, 18)

El 40% de las familias de retornados tienen entre tres y cinco miembros, un promedio menor al de las áreas rurales del país. (6)

En cuanto al nivel de instrucción, 46% no sabe leer ni escribir. Sin embargo, si se considera que se trata de una población originaria de las áreas rurales más marginadas y pobres del país, se observará una disminución del analfabetismo en esas zonas, donde se estimaba hasta el 60% de analfabetismo. (5)

El grado de instrucción está relacionado con los programas sociales a los que tuvieron acceso los retornados en los campamentos mexicanos. Donde además se fomentó la capacitación de actividades productivas agropecuarias y de microindustrias y las mujeres y jóvenes tuvieron un grado significativo de organización comunitaria. (6,25)

En cierta medida estos hechos permitieron suplir una gran cantidad de carencias. Muchos jóvenes que alcanzaron mayores niveles de instrucción se convirtieron en promotores de salud y educación. (6, 7, 25)

El principal problema con que se encuentran los retornados es la falta de infraestructura básica (salud, agua potable, comunicación, educación, etc.) para la población en general. Los principales afectados han sido los niños y las niñas, entre los que son frecuentes las infecciones por malas condiciones de higiene. Las infecciones respiratorias agudas, diarreas, parasitismo intestinal, desnutrición, conjuntivitis y otitis media son problemas muy frecuentes entre la población infantil retornada. (6, 18, 24, 30)

Otro de los riesgos que ha corrido la población retornada son las minas que permanecen en muchos terrenos y ya han cobrado víctimas. Para contrarestar esto se ha llevado a cabo el programa de desminado en las áreas de conflicto.

Para muchos pobladores próximos a las áreas de reasentamiento de retornados, la presencia de éstos significa beneficios indirectos para sus comunidades, debido a la inversión de recursos de organismos nacionales e internacionales. Sin embargo, para otros, los retornados representan un motivo de tensiones políticas y sociales. (6, 30)

Es este el ambiente en el que se desenvuelven niños y niñas retornados, por lo que deberán adaptarse a un medio muchas veces hostil, aparte de la incomunicación y pobreza que caracterizan a la población rural y de su propia condición de retornados. No son escasos los sentimientos de miedo y frustración para algunos retornados que añoran las tranquilidad del refugio, con todo y sus inclemencias. (6, 17)

Es por ello que "el desarrollo efectivo de los proyectos integrales será el que en definitiva asegure el verdadero reasentamiento de las poblaciones retornadas y contribuya a mejorar su situación económica, política, social y cultural." (30)

4. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE RETORNADOS SAN JOSÉ EL CARMEN

Según datos obtenidos por los promotores de salud, la población en octubre de 1997 era 324 habitantes, de los cuales la población por grupos mayas, son en su mayoría del grupo Mam 81%, Kanjobal 13%, Kakchiquel 2% y otros 4%, las cuales retornaron procedentes de campamentos de refugiados ubicados en Campeche el 25 de julio de 1997. Actualmente se han intregado más familias por lo que la población aumentó a 500 habitantes. (3)

La distribución por sexos se presenta en 49% para el grupo masculino y 51% para el grupo femenino. Los grupos de edad demuestran una distribución caracterizada por una pirámide de base ancha, con grupos de mayor población entre los menores de 14 años, disminuyendo progresivamente. (3)

La mitad de la población tienen por lo menos de 1 a 3 años de educación primaria. Sólo el 25% de la población es analfabeta. (3)

La comunidad cuenta con una escuela primaria, atendida por 7 promotores de educación que atienden, una población de 165 alumnos, de 4 a 15 años de edad en los grados de párvulos, primero (2 secciones), segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto primaria. La escuela ocupa las galeras de lámina que fueron proporcionadas por el ACNUR, para proporcionar techo mínimo durante la emergencia del traslado. La escuela lleva el nombre de Escuela 29 de Diciembre de 1996, en recuerdo de la fecha en que se firmó la paz en Guatemala e hizo posible que la comunidad retornara al país.

Las poblaciones refugiadas lograron crear implementar y desarrollar prácticas educativas muy importantes, realizando un esfuerzo humano que es reconocido nacional e internacionalmente. Los promotores educativos están en la Coordinadora Educativa de la Población Desarraigada, que tiene dentro de sus objetivos lograr el reconocimiento de los niveles educativos formales y no formales alcanzados por la población y homologación y/o profesionalización de sus equivalencias en la educación de adultos. (25)

Las condiciones de salud son deficientes, ya que el 42% de los niños menores de 5 años presentan retardo en el crecimiento lineal (defínase como: Talla para edad por debajo de 2 desviaciones estándar de los valores de la media de referencia). De los niños, solo 1 caso presentó signos compatibles con desgaste o desnutrición aguda (1.6%) (defínase como: Peso para talla por debajo de 2 desviaciones estándar de los valores de la media de referencia). (3)

Las causas de morbilidad más frecuentes son las infecciones diarréicas e infecciones respiratorias agudas (IRA) 24% y 39% respectivamente. Se observó que la prevalencia de diarreas disminuye a menos de la mitad en el grupo de 24 a 69 meses, no así las IRAs, las cuales se mantienen. (3)

Los resultados de muestras de agua de consumo, de diferentes sitios de la finca, indicaron presencia de bacterias coliformes en todas las muestras (chorros, tinajas y ollas para guardar agua). (3)

La comunidad tiene también dos promotores de salud, que disponen de algunos medicamentos básicos que se han obtenido por medio de donaciones, para el tratamiento de diarreas e infecciones respiratorias.

En su estructura organizativa, la comunidad posee una junta directiva, una asociación de mujeres y están representados en la Asamblea Consultiva de Poblaciones Desarraigadas. La Comunidad San José El Carmen es apoyada por la Organización No Gubernamental Servicios Maya para el Desarrollo, tiene la presencia de un acompañante Internacional, como observador del proceso de

reasentamiento, además se gestiona apoyo para proyectos ante organismos nacionales y la Comunidad Económica Europea.

5. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS

Los alimentos aportan los nutrientes que permiten la formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento de los órganos y la provisión necesaria de energía para la vida.

El amamantamiento exclusivo al pecho es recomendado como el método apropiado en la alimentación infantil durante los primeros meses de vida. (9, 21, 23).

Sin embargo en los países menos desarrollados, el crecimiento de niños alimentados exclusivamente al pecho puede volverse deficitario en relación a referencias internacionales, a edades tan tempranas como dos o tres meses, a causa de, ya sea una capacidad de producción de leche materna reducida, a prácticas de lactancia subóptima, o a un incremento en los requerimientos nutricionales del niño por la alta prevalencia de enfermedades infecciosas frecuentes en estos países.

En general, en los países en desarrollo es deseable retardar tanto como sea posible la introducción de alimentos del destete, ya que frecuentemente tales alimentos son nutricionalmente insuficientes y representan una fuente potencial de infección. Una razón adicional es que la alimentación complementaria puede acarrear una disminución en el consumo de leche materna por el niño. Sin embargo, se debe tener en cuenta que a partir de cierto momento la lactancia exclusiva será insuficiente para cubrir los requerimientos de alimentos complementarios a la edad adecuada, para prevenir el fallo en el crecimiento. (9, 21)

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes.

Las necesidades de nutrientes dependen de la edad, sexo, embarazo, actividad que desarrolla el individuo, así como el estado de salud y enfermedad. Los requerimientos se incrementan durante los períodos de crecimiento acelerado, de ahí que la falta de aporte de nutrientes durante estos períodos determine una afectación del crecimiento, y/o carencias específicas. (19, 21)

5.1 Crecimiento:

Se define como **crecimiento**, el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa

muscular. El crecimiento o aumento de tamaño ocurre básicamente por medio de dos mecanismos: hiperplasia o aumento del número de células que se da a través de la multiplicación celular; y la hipertrofia o aumento del tamaño de las células. (21)

5.2 Crecimiento en la edad escolar:

Por definición un niño es un ser en crecimiento. El niño desde el momento de su concepción inicia su crecimiento intrauterino, posteriormente desde el nacimiento se va registrando un aumento progresivo de tamaño hasta que llega a la edad adulta. (24)

El crecimiento tiene momentos de máxima aceleración que son: el período prenatal, los tres primeros años de vida postnatal y la adolescencia.

A partir de los 3 años y hasta el comienzo de la pubertad transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante. (19, 21)

Durante el 3o., 4o. y 5o año el aumento anual de peso y talla es relativamente constante: aproximadamente 2 kg. y entre 6 y 8 cms. Luego en los años de la escuela primaria hay también un período de crecimiento relativamente constante que culmina en el estirón prepuberal, hacia los 10 años en la niñas y 12 en los niños. Durante estos años, el promedio de aumento de peso es de 3 a 3.5 kg/año y el de estatura, de 6 cms./año aproximadamente. (19)

Sin embargo desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios muy importantes en la motricidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a la educación formal. (21)

En los países subdesarrollados los problemas más frecuentes en el estado de nutrición de los niños se relacionan con el déficit nutricional, es decir, desnutrición, especialmente en poblaciones en pobreza extrema.

5.3 Desnutrición:

La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en nuestra región y se define como una insuficiente ingesta de alimentos produciendo pérdida y retardo en el crecimiento, cuando ésta es severa y por tiempo prolongado conduce al desgaste y emaciación corporal. (21)

Es importante señalar que el estado nutricional de los niños está estrechamente asociado con su morbilidad y mortalidad, por lo que se considera la evaluación de éste un buen indicador del estado de salud.

Un niño con desnutrición por falta de alimentos puede agravar su desnutrición por haber contraido una enfermedad (infecciones, diarrea crónica, parasitismo intestinal, etc.) que repercuten aún más sobre su estado nutricional. (21)

La falta de aporte alimentario debida a la escasez de recursos económicos, así como la falla en la distribución intrafamiliar de alimentos, son los determinantes de la desnutrición primaria, a los que se asocia otra serie de factores que hacen a la calidad de vida de las comunidades (marginación social, vivienda precaria, hacinamiento, malas condiciones de higiene, falta de educación, mayor morbilidad, escaso acceso a los servicios de salud, alto número de hijos, fracaso escolar, desarraigo de la tierra), y que contribuyen a perpetuar el círculo de la pobreza y de la desnutrición. (21, 24)

5.4 Desnutrición en los niños en edad escolar:

En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1995, se señala que la mitad de los niños menores de 5 años en Guatemala padecen desnutrición crónica (T/E), de los cuales el 24% es considerado como "severa", ya que se encuentran por debajo de -3 DE, del patrón de referencia. Por otro lado la desnutrición aguda, efecto típico del sometimiento a hambrunas, es de un 3.3%, lo cual se considera una prevalencia baja. (10)

Talla/Edad		Peso/Talla		Peso/Edad	
Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +	Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +	Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +
23.5	49.7	0.8	3.3	5.9	26.6

La Desnutrición Crónica tiene proporciones diferentes en el área úrbana y rural. Casi seis de cada diez niños en el área rural padece de desnutrición crónica, en comparación con casi uno de cada cuatro en el área urbana.
Según el nivel de educación, los niños de educación primaria presentan los siguientes % de desnutrición.

Talla/Edad		Peso/Talla		Peso/Edad	
Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +	Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +	Porcentaje -3 DE o +	Porcentaje -2 DE o +
20.9	48	0.8	3.1	5.6	24.6

(8)

5.5 Indicadores Antropométricos:

Se acepta ampliamente que para propósitos prácticos la antropometría es el implemento más útil y disponible para evaluar el estado nutricional de los niños. El peso refleja a la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo. La talla o estatura mide casi exclusivamente el tejido óseo. (21, 24)

Los indicadores antropométricos permiten categorizar los tipos de mal nutrición.

Peso/Talla: es un índice de particular importancia para la descripción del estado de salud actual, es una herramienta suficiente para tamizar en casos de emergencia, o sea, para contar los desnutridos. Refleja la disminución de la masa muscular y la grasa corporal y mide el efecto del deterioro de la alimentación y la presencia de enfermedades en el pasado inmediato.

Este estado deficiente es reversible, puede mejorarse con un tratamiento dietético y adecuado y el individuo puede lograr un peso para talla normal. (10, 21, 24)

Talla/Edad: Las deficiencias en este indicador reflejan las condiciones sociales en general, por lo que el achicamiento de los niños sugiere una medida de privación social y de un fenómeno crónico debido a factores estructurales de la sociedad.

Un niño con proceso de desnutrición aguda puede perder peso pero no altura, una talla o altura baja para la edad implica un retardo en el crecimiento. Hay evidencia de que el estancamiento en la talla, en la etapa temprana de la vida, se acompaña por una detención paralela a la circunferencia craneal, lo cual conlleva a un retardo general en el crecimiento físico. En los casos severos se sugiere que hay reducción general de la actividad pituitaria que es una forma de adaptación. Los casos menos severos son los niños que se han recuperado de un proceso de desnutrición aguda, es decir, han recuperado el peso/talla esperados, pero no la talla/edad. (10,21, 24)

Peso/Edad: y **Talla/Edad:** Son indicadores que pueden servirnos para valorar cambios en el estado nutricional a través del tiempo. P/E es el más utilizado en el monitoreo del crecimiento físico del niño y refleja pérdida de peso reciente.

Desnutrición Crónica: o **Retardo del crecimiento lineal**: Se determina al comparar la talla del niño con la talla esperada para su edad (T/E)

Desnutrición aguda, conocida como **emaciación:** Es el adelgazamiento exagerado para la talla, calculado por el peso en función de lo esperado para la talla. (P/T).

Desnutrición global: Da una visión general del problema alimentario-nutricional del niño, porque engloba la crónica y la aguda, definida por el peso del niño en relación al peso esperado para la edad (P/E).

Para el análisis de los indicadores antropométricos se utilizan las tablas de National Center for Heath Statistics (NCHS) como población de referencia. La proporción de niños que están por debajo de 2 desviaciones estándar con respecto a la población de referencia, se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio.

Las tablas de NCHS se utilizan como patrones de referencia porque:

1. Están bastante actualizadas
2. Reflejan el estado de niños generalmente bien nutridos y cuya salud es tan buena como cabe esperar en un país desarrollado
3. Los niños estudiados representan una sección transversal de grupos étnicos y económicos, por lo que incluyen algunas diferencias genéticas, étnicas y socio económicas. (19, 22)

5.6 Tipos de estudios antopométricos:

La información antropométrica puede obtenerse a través de estudios longitudinales o transversales. En los estudios longitudinales se obtiene información antropométrica de la misma población en forma periódica durante un período de tiempo (ejemplo mensual, trimestral). Los resultados permiten determinar la ganancia o cambio en la medida durante un determinado período de tiempo. Estos estudios se pueden realizar si se tiene establecido un adecuado sistema de monitoreo de crecimiento que permita interpretar el proceso de crecimiento de un niño por los cambios de peso registrado. (24)

La información de los estudios transversales se obtiene en un momento dado tomando una medición o serie de mediciones por sujeto sin darle seguimiento. Una forma de expresar este tipo de resultados es a través de valores promedio y desviación estándar de peso o talla por grupos de edad trimestrales de 0 hasta 24 meses de edad, e intervalos semestrales para niños mayores. (24)

6. DESARROLLO DEL NIÑO

El **desarrollo** es el proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas. El desarrollo se mide cualitativamente y la obsevación de la presencia o ausencia de determinadas conductas y capacidades, en distintas edades,

constituye la base de su control. Son indicadores que expresan desarrollo: la capacidad de sostén cefálico, la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres y el juego. Hay niños que empiezan a caminar a los once meses, otros lo hacen a los dieciseis. Hay niñas que menstruan por primera vez a los diez años y otras a los quince. Cada niño se desarrolla a una velocidad que le es propia, cada uno tiene su propio ritmo. Si bien las diferencias individuales son muy significativas, se han establecido criterios de "normalidad" para cada una de las adquisiciones o logros del desarrollo. Se establece como edad normal para determinadas conductas aquella edad en la que dicha conducta es alcanzada por el 90% de los niños. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) con fines de evaluación del desarrollo ordena las conductas en cuatro áreas: motora, coordinación, social y lenguaje. (21, 23)

6.1 Desarrollo Psicosocial:

El desarrollo psicosocial comprende globalmente todas aquellas conductas que hacen a la adaptación social. Se incorporan las normas de convivencia propias de la cultura en que se ha nacido. El desarrollo psicosocial es producto fundamente de las pautas de crianza. Los patrones de crianza lo consituyen las prácticas cotidianas familiares, que influyen en la atención de los niños. Éstas están fundamentadas en los hábitos, costumbres y valores de la familia y la comunidad.

Algunas de estas prácticas pueden ser favorables y otras no. En una investigación realizada en el municipio de Sajcabajá, Quiché, se evidenció que los patrones de crianza utilizados en su mayoría son favorables, sin embargo, se detectó que las áreas de mayor riesgo en el desarrollo son el lenguaje y la cognoscitiva, ya que en sus patrones de crianza tienen la creencia de que los niños pequeños no entienden y dependen excesivamente de la madre, por lo que no les hablan y enseñan a hacer cosas. (8, 23)

El desarrollo psicosocial implica conductas aprendidas sobre la base del crecimiento y de la maduración neurológica, pero la educación es el factor determinante en el logro de ciertas habilidades a una edad establecida. (23)

Durante el período de vida fetal, las necesidades de alimento, abrigo y sostén fueron automática y plenamente satisfecha. Durante el primer año de vida el niño ha logrado la posición erecta y la marcha, con lo que ha conseguido la posibilidad de desplazarse por sí solo; ya no depende de otra persona para cambiar de posición y/o de lugar. Ya puede también, por sí solo, agarrar objetos y manipularlos; comienza a utilizar "herramientas". (23)

De los dos a los cinco años de edad, aprenderá a convivir socialmente, ajustando sus comportamientos a ciertas normas. El desarrollo del lenguaje será un aprendizaje esencial para su comunicación con los otros seres humanos. Las

adquisiciones que son especialmente significativas del desarrollo psicosocial, se relacionan con:

- alimentación
- control de esfínteres
- aceptación de límites y juego.

6.1.1 Alimentación:

La mejor oportunidad para alimentar a un bebé es cuando tiene hambre, sin horarios rígidos. Durante los tres primeros meses la alimentación al pecho se realiza a libre demanda. A partir de esta edad hay una mayor estabilidad fisiológica, por lo que el bebé tomará más alimentos a intervalos más largos. A través de la intimidad de la lactancia la madre transmite su calor, protección y seguridad a la vez que alimento para el cuerpo. Durante la lactancia se modifica la respuesta de las glándulas suprarrenales al estres, probablemente debido al alto nivel de prolactina circulante, por lo que las madres pueden amamantar con éxito a sus hijos aún cuando no tengan un óptimo estado emocional. (9, 23)

A partir de los seis meses el niño irá aceptando los alimentos de varios gustos, consistencias, texturas y temperaturas. La comida misma es para el niño un objeto a explorar. Por eso toca, mete la mano, tira y escupe.

La alimentación es una interacción social. La madre, o quien la sustituya, y el niño, que la acepta o que la rechaza, establecen una relación que modula el vínculo madre-hijo. Dicho vínculo influirá sobre otros vínculos y relaciones sociales. La inapetencia, el rechazo a la comida, suele ser un indicador de conflicto en la relación que merece especial orientación y cuidado. (21, 23)

Cerca de su primer cumpleaños, el niño reclama tener en su propia mano una cuchara y pretende comer solo, intenta recoger el alimento con ese utensilio y llevárselo a la boca. Todavía no tiene suficiente coordinación como para lograrlo pero lo intenta. No importa tanto la ingesta sino la conducta de valerse por sí mismo.

A los dos años es capaz de comer por sí solo siempre y cuando los alimentos estén adecuadamente cortados porque solo podrá dominar los cubiertos -cuchillo y tenedor- al final de la etapa preescolar. A los cinco años habrá incorporado los usos y costumbres de su grupo familiar en cuanto a qué y cómo comer.

6.1.2 Control de Esfínteres:

El aprendizaje del control de esfínteres es mucho más que el aprendizaje de un hábito de higiene. Es un aprendizaje de control sobre el propio cuerpo y es

un aprendizaje acerca de cómo la propia conducta genera reacciones en los adultos.

La escuela de la psicología profunda, el psicoanálisis, ha señalado esta "etapa anal" y estos aprendizajes como fundamentales en la estructuración de la personalidad y de los modos de relación social.

El control de la eliminación de orina y el poder retener o expeler las heces, y con ello agradar u ofender a los adultos, son aprendizajes importantes entre los dos y tres años.

El control del intestino puede establecerse poco después de cumplir un año de edad y el control de la vejiga, dormido, se logra a los tres años.

Alrededor de los dos años el niño se da cuenta que está mojado y lo comunica. Esta percepción es un buen indicador para organizar la educación a partir de ese momento. Meses más tarde será capaz de anunciar antes de mojarse.

El control de la vejiga es un logro inestable; fácilmente se producen retrocesos si el niño está muy entretenido jugando, si está asustado o ansioso, si está cansado o enfermo. Durante todo el período preescolar son frecuentes algunos "accidentes". Si un niño no ha logrado el control nocturno después de los cinco años, puede ser necesario un análisis cuidadoso de la situación familiar y una orientación especial a los padres.

6.1.3 Aceptación de límites y juego:

El niño de dos años está erguido y en marcha. Su autonomía gradual y creciente, se manifiesta no solo en el dominio de su cuerpo. Comienza a negarse a las indicaciones y mandatos de los padres; se opone a los pedidos y a los ofrecimientos de ayuda. Dice no, rasguña, patea, es caprichoso, tiene rabietas, berrinches.

Este comportamiento opositor, negativismo, típico entre los dos y tres años, es una etapa normal y saludable del desarrollo. Estas situaciones constituyen experiencias de enfrentamiento entre el deseo (yo quiero) y las demandas de la sociedad, representadas en los límites impuestos por los padres. El niño está aprendiendo a confiar en sus propias fuerzas, está construyendo su autoestima en este juego de omnipotencia y frustración. (23)

Esta etapa del desarrollo suele ser turbulenta. Los años preescolares son una edad de rápidas fluctuaciones en las que el niño puede ser en un momento maduro y en el siguiente infantil; a veces cariñoso y luego bruscamente antisocial.

Cuando comienza a tener conciencia del otro como diferente de sí, cuando comienza a liberarse del egocentrismo, trata de comprender las actitudes y actividades de los demás. Los preescolares se visten con ropa de los adultos, juegan a la mamá, al maestro, al chofer, etc. Este juego dramático es una forma de aprender acerca de la sociedad. Primero se explora lo doméstico y la vida familiar representando los papeles de mamá, papá, hermanos y después se representará el mundo externo y desconocido, para llegar finalmente a los juegos con personajes y situaciones desconocidas, fantaseadas.

A los tres años los niños no tienen todavía noción de los papeles sexuales socialmente definidos. En el juego dramático asumen cualquier papel femenino o masculino; en el juego ensayan los papeles y las actividades de los mayores, que para los niños de esta edad son los poseedores de todas las virtudes, la libertad y el poder. (23)

7. SALUD MENTAL

Para Ignacio Martín Baró, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraice de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes). (15)

Según el mismo autor, "se ha tendido a considerar la salud y el trastorno mental como las manifestaciones hacia afuera, sanas e insanas respectivamente, de un funcionamiento propio del individuo, regido por leyes internas en forma esencial. Por el contrario y como señala Giovanni Jervis: sería más útil y preciso decir que una persona se ha hallado y/o se halla en situación social por la que tiene unos problemas que no es capaz de resolver; y que le llevan a actuar de una manera que es reconocida por los demás como impropia. (15)

En el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales, DSM-III de la American Psychiatric Association, el cambio más importante lo constituye el dejar de ver los trastornos como entidades patológicas para considerarlos como configuraciones donde confluyen diversos aspectos de la vida humana. El DSM-III señala 5 ejes en base a los cuales se establece un diagnóstico. Eje I: Síndromes clínicos, Eje II: Transtornos del desarrollo y Transtornos de la personalidad, Eje III: Transtornos y estados físicos. Se incorpora el eje IV sobre presiones y tensiones psicosociales y el eje V sobre el grado de adaptación de la persona en su pasado más reciente, aunque se les asigna un papel complementario para la comprensión de los trastornos. (1, 15)

Sin embargo, es importante enfatizar el hecho de lo iluminador que resulta cambiar la óptica y ver la salud o el trastorno mental, no desde adentro-afuera, sino de afuera-adentro. Desde esta perspectiva, por ejemplo, bien puede ser que

un trastorno psíquico constituye un modo anormal de reaccionar frente a una situación normal; pero puede ocurrir también que se trate de una reacción normal frente a una situación anormal. (15)

Si la salud mental es parte y consecuencia de las relaciones sociales, la pregunta sobre la salud mental de un pueblo nos lleva a interrogarnos sobre el carácter específico de sus relaciones más comunes significativas, tanto interpersonales como intergrupales. Esto permite apreciar el impacto que sobre un pueblo tienen aquellos acontencimientos que afectan sustancialmente las relaciones humanas, como son las catástrofes naturales, las crisis socioeconómicas o las guerras. Entre estos procesos, es sin duda la guerra el de efectos más profundos, por lo que tiene de irracional y deshumanizante. (15)

La salud mental de base enfoca el nivel primario de atención según una perspectiva psicosocial, superando la dicotomía asistencialista, donde los pudientes se desvían hacia servicios costosos y los menos pudientes son lanzados a instituciones desocializantes. (29)

Un enfoque integral de la salud mental es el que toma en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona y se define como: El equilibrio emocional de individuos y colectividades que les permite estar y sentirse bien, y de la atención por medio de la comunidad del malestar funcional y de las dificultades psicológicas y objetivas que las personas tienen en común. (27, 29)

8. SALUD MENTAL DE LAS VÍCTIMAS DE DESASTRES

Según la definición de Raquel Cohen y Frederik Ahearn, "Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas y la contaminación química, al tiempo que las inundaciones, los terremotos, las marejadas, los huracanes y los tornados, son calamidades naturales." (4)

Erikson, citado también por Cohen y Ahearn, señala que dos tipos diferentes de trauma psíquico, individual y colectivo afectan a las personas afectadas por un desastre. Define el trauma individual como: "...un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz..." y el trauma colectivo como: "... un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de la comunidad." (4)

En Guatemala, los problemas relacionados con la salud mental son múltiples y complejos estando agravados por el conflicto armado que vivió el país, la existencia de conductas violentas, la pobreza, el desarraigo y la discriminación,

el consumo de alcohol y de drogas. También existen sectores poblacionales de alta vulnerabilidad entre los cuales se puede citar la niñez. (16, 17)

Es importante señalar que el Programa Nacional de Salud Mental, elaborado por el Ministerio de Salud Pública en 1997, desborda los límites clásicos y conocidos de la atención psiquiátrica especializada y se sustenta en un enfoque mucho más amplio e integral de los factores psicosociales de la salud humana.

9. EL COMPONENTE PSICOSOCIAL DE LA SALUD

9.1 Qué es lo psicosocial:

El hombre no sólo es un cuerpo constituido por órganos y aparatos como el corazón, los riñones, hígado, etc. Es también un ser que dispone de la mente para pensar, y además siente y experimenta emociones como la tristeza o la alegría. A esto debe agregarse que vive en un medio donde no sólo existen elementos de la naturaleza, (árboles, animales, piedras, etc.) sino también el producto de su propia actividad (caminos, casas, autos, etc.) convive además con otras personas con las cuales se comunica. Esto es precisamente el medio social. (16, 17)

Es por ello que la salud y la enfermedad humana no podrán analizarse si no se tienen en consideración estos factores mencionados, es decir:

- La mente, ideas y emociones así como la conducta.
- La sociedad donde convive y se desarrolla. (16, 17)

9.2 Cómo influyen los factores psicosociales en la salud:

Complicados estudios inmunológicos han demostrado, por ejemplo, que el ejercicio físico de diferente intensidad y duración disminuye o aumenta la cuenta de linfocitos, en particular el número de células NK, las cuales son consideradas importantes efectores en la primera línea de defensa inmunológica. Similar conducta se ha observado durante el stress psicológico. Estos cambios se cree que son mediados vía neuroendócrina así como las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina). (28)

Existen numerosos ejemplos más pero solo señalaremos algunos:

- Cuando una persona tiene ira por un problema que tuvo se puede enrojecer, elevarse la presión arterial e incluso tener una enfermedad del corazón.
- Las personas que se encolerizan con frecuencia, pueden padecer más fácilmente de enfermedades digestivas, del corazón y de la piel.
- Un individuo triste o preocupado puede perder el apetito, bajar de peso, sentirse mal y enfermar más fácilmente.
- Una persona toma un tóxico como el alcohol y afecta su mente y su conducta.

- Cuando tenemos una enfermedad, nos sentimos preocupados, algo nerviosos e incluso hasta tristes. (16)

Cuando hablamos de la salud del niño y el jóven, no puede desvincularse el desarrollo físico del desarrollo psicológico. Para un niño es tan importante que alcance la talla y el peso que le corresponde como que camine y hable en el tiempo pertinente. Y aún más que sea feliz y se sienta contento en el seno de su familia. El niño necesita jugar y asistir a la escuela para desarrollar su inteligencia. Por supuesto que este bienestar va a tener una relación muy directa también con el desarrollo social y económico de los pueblos. (16)

9.3 Síntomas funcionales o Trastornos Psicosomáticos en los niños:

En la experiencia clínica los médicos y agentes de salud, conocen a personas que tienen síntomas somáticos, pero es difícil o imposible detectar una enfermedad, ya que son síntomas vagos como "dolores en todo el cuerpo" o "sensación constante de debilidad", o padecen de una enfermedad leve pero esta enfermedad no puede ser razón suficiente de los numerosos problemas orgánicos de que se queja.

Con frecuencia tales personas han acudido a numerosos agentes de salud o curanderos sin hallar alivio. Han tomado diversos medicamentos sin sentirse mejor. Otras se han hecho repetidas veces análisis de laboratorio pero incluso si se encontró un parásito o enfermedad y se administró el tratamiento pertinente, los síntomas continuaron o desaparecieron solo por breve tiempo.

Estas alteraciones o molestias se llaman síntomas funcionales o somatizaciones. El término funcional refiere a que el síntoma tiene una función:

- Algunas personas tienen un problema personal o social pero les cuesta hablar de él y les resulta más fácil quejarse de dolencias orgánicas.
- Hay personas a las que el medio cultural les ha enseñado a expresar sus problemas a través del cuerpo.
- Algunas personas tal vez no se dan cuenta de que tienen problemas personales, pero el stress provocado por los mismos se manifiesta en su cuerpo.
- Algunas personas perciben ciertas sensaciones o sentimientos como dolorosos o amenazadores.
- Cabe, por último que estas quejas sean síntomas de un trastorno más serio como depresión, trastorno de ansiedad o abuso de alcohol, o que sean consecuencia de graves violencias, tortura o violación. (20)

9.4 Vulnerabilidad Psicosocial en los Niños:

Es de gran importancia identificar a los niños que presentan factores de vulnerabilidad psicosocial, ya que las posibilidades que tienen de padecer un trastorno psíquico son más elevadas.

En Guatemala, las zonas afectadas por el enfrentamiento armado y las poblaciones desarraigadas, presentan un grupo de condiciones negativas que aumentan el número de niños vulnerables o en riesgo, por lo que debe dirigirse a este grupo acciones preventivas y asistenciales diferenciales.

Factores de riesgo psicosocial más frecuentes:

- Huèrfanos.
- Padres separados.
- Padres ausentes del hogar.
- Familia en extrema pobreza.
- Niños que no asisten a la escuela
- Niños con problemas escolares.
- Niño discapacitado o con enfermedad crónica.
- Niño retornado o repatriado.
- Niño cuyo hogar fue destruido o que fue desplazado.
- Familiares cercanos muertos en la guerra o víctimas de la violencia.
- Niño que sufrió directamente acciones de guerra.
- Niño combatiente.
- Consumo de alcohol o drogas en la familia.
- Violencia intrafamiliar.
- Niño maltratado o descuidado.
- Niño Trabajador.
- Niño con trastorno de la conducta evidente o con problemas sociales.
- Niño agresivo o violento.
- Problemas familiares frecuentes y significativos. (17)

Si aparece uno o más de estos factores debe evaluarse la actitud general del niño, su conducta, su socialización, la adaptación a la escuela y rendimiento. Debe evaluarse su situación en la familia y la comunidad.

9.5 Manifestaciones mas frecuentes observadas en los niños como consecuencia del conflicto armado y de la violencia:

- Tristeza prolongada o llanto fácil.
- Ataques de miedo.
- Nerviosismo o ansiedad.
- Temor a la separación de la familia.
- Trastornos del sueño o pesadillas.

- Ideas fijas o ideas persistentes con una gran carga emocional de los hechos traumáticos.
- Temores.
- Sentimientos de culpa.
- Sentimientos de minusvalía con disminución de autoestima.
- La conducta presenta alteraciones que se manifiestan en 4 formas:
  a. El niño se aisla socialmente y es muy retardado.
  b. Se muestra hóstil, agresivo, rebelde y no obedece ni respeta las normas sociales.
  c. Muestra dependencia y apego excesivo a la familia, en especial a la madre.
  d. Conducta regresiva, lo cual significa que el niño se comporta como si tuviera menos edad.
- Pérdida de control de esfínteres, enuresis.
- Succión frecuente del pulgar.
- Dolor de cabeza.
- Pérdida de peso.
- Retardo de crecimiento y desarrollo.
- Inadaptación o bajo rendimiento escolar.
- Quejas de dolores o molestias en el cuerpo sin causa justificada. (13,17)

El pediatra, médico general o el agente de salud, son quienes enfrentan con mayor frecuencia estos problemas.

Son muchos los niños que han vivido acontecimientos traumáticos, pero no todos tienen problemas de salud mental y son afectados con la misma intensidad.

Se ha comentado mucho sobre el concepto de relisiencia, refiriéndose a la capacidad de resistencia que tienen algunos niños en condiciones muy adversas, lo cual determina por qué en condiciones similares no todos los niños manifiestan las mismas conductas. (4, 16)

Estas diferencias en la capacidad de resistencia podrían estar determinadas por:

1. Las condiciones individuales, el grado de estabilidad emocional y el temperamento propio de cada sujeto. A lo cual se puede añadir el sexo y la edad.
2. Las experiencias previas.
3. Las condiciones sociales en que se desenvuelve, el grado de apoyo, soporte emocional, así como el sistema de valores y creencias.
4. Cómo se percibe el evento traumático y qué significado tiene para el sujeto. (16)

En un análisis de víctimas de desastres, el éxito en la resolución de problemas guardó relación directa con el uso del sistema de apoyo social. (4)

En términos generales, la conducta humana parece ser adaptativa. Las personas actúan para protegerse a sí mismas y a los demás, en vez de enfrascarse en actos irracionales que tiendan a aumentar el peligro. (4, 20)

Es importante señalar que la población desarraigada, posee junto a las experiencias negativas que los hace presentar vulnerabilidad psicosocial, signos muy positivos, ya que son personas firmemente decididas a sobrevivir y justamente por eso optaron por la condición de ser refugiados y luego en este caso retornados. (20)

Los efectos del conflico armado y la violencia pueden evaluarse en varias dimensiones, a saber:

- Los efectos directos y sus secuelas en el orden físico, social y psicológico.
- En el período de post-guerra o etapa de la paz, se pueden producir sensaciones de frustración al no verse cumplidas las espectativas previstas, al considerar que se ha sufrido y sacrificado muchas cosas durante largos años y sin embargo se han obtenido pocos beneficios.
- Las condiciones de pobreza, desigualdad, discriminación y malas condiciones de vida; factores todos estos agravados por el conflicto armado y que persisten en el período de paz, profudizando así el daño psicosocial.
- La extensión de violencia a la vida cotidiana, familiar, grupal y comunitaria. (17)

10. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

El enfoque de la salud mental de base parte de la promoción, en primer lugar, luego de la prevención, para alcanzar finalmente el tratamiento curativo. Para lograr esto la estrategia de salud mental debe seguir tres caminos de acción:

1. El fortalecimiento y desarrollo metódico de la identidad colectiva.
2. La valoración y sistematización de los mecanismos comunitarios de protección psicosocial.
3. La atención de los problemas en común y del efecto de base. (29)

Hay varias formas de mejorar la salud mental:

1. Organizando la comunidad.
2. Identificando qué problemas afectan la comunidad y familia y contribuir a solucionarlos.
3. Capacitando a promotores y promotoras de salud mental que apoyan los proyectos de salud de la comunidad.
4. Lograr que los promotores se conviertan en el primer apoyo efectivo, para las personas que los necesiten. (27)

En consonancia con los acuerdos de paz, el gobierno ha desarrollado la cartera de los proyectos de paz, en el que se elaboró el Programa Nacional de Salud Mental y un Plan para la Recuperación Psicosocial en zonas afectadas por el conflicto armado. Este programa introduce y desarrolla el componente psicosocial de la salud en el marco del Sistema Integrado de Atención en Salud. (SIAS) (17)

El Programa Nacional de Salud Mental se propone como estrategia un enfoque comunitario de la salud mental, que tiene como principios los mencionados en la salud mental de base. (16)

11. EL TEST GESTÁLTICO DE BENDER/KOPPITZ

Es un test de percepción visomotor ampliamente conocido y usado por los psicológos, que consiste en nueve tarjetas con figuras que deben ser reproducidas por el sujeto. (12, 13)

El test de Bender permite evaluar en un sólo protocolo, aplicando diferentes escalas de puntuación, desde la madurez de la percepción visomotriz, el rendimiento escolar, predecir desempeño escolar, diagnósticar problemas de aprendizaje y lectura, estudiar retardo mental, test de inteligencia, diagnosticar disfunción cerebral mínima, hasta determinar la necesidad de psicoterapia como test proyectivo que identifica niños con y sin problemas emocionales. (11,12)

Se considera que el Test Gestáltico Visomotor de Bender es una prueba perceptual y proyectiva para todos los niños de 5 a 10 años, cualquiera sea su inteligencia, funcionamiento neurológico y ajuste emocional. (11,12).

La adaptación para los niños con problemas emocionales fue realizado por Elizabeth M. Koppitz (1963-1973) con 272 en el primer estudio, de 5 a 10 años de edad. Comprendían 2 grupos: 136 eran niños atendidos por el psicológo escolar por problemas emocionales y 136 eran niños sin historia de desajuste emocional. (12)

Se evaluaron todos los protocolos del Bender empleando como base once indicadores emocionales que se consideraba que reflejaban actitudes emocionales y la estructura de la personalidad. Estas once categorías se derivan de la experiencia de Elizabeth Koppitz y de los descubrimientos de otros investigadores. No se considera que los indicadores emocionales sean una función de la percepción visomotora. Un niño puede no tener problemas visomotores y sin embargo mostrar una alta incidencia de indicadores emocionales en su protocolo, mientras que otro niño con pronunciadas dificultades en la percepción visomotora puede estar libre de indicadores emocionales. (12)

Se demostró que los niños emocionalmente perturbados presentan significativamente más indicadores emocionales en sus protocolos, que los niños sin problemas emocionales. (12)

El ajuste emocional de un niño depende en parte de su capacidad de integración pero mucho más de sus experiencias sociales y emocionales con las personas significativas de su vida.

Los indicadores o signos específicos que diferenciaban entre niños con y sin problemas emocionales fueron diez:

1. Orden confuso.
2. Línea ondulada (figura 1 y 2)
3. Rayas en lugar de círculos (figura 2)
4. Aumento progresivo del tamaño (figura 1, 2 y 3)
5. Gran tamaño (macrografismo)
6. Tamaño pequeño (micrografismo)
7. Líneas finas.
8. Repaso de dibujo de las líneas
9. Segunda tentativa
10. Expansión.

Se considera que la incidencia total de indicadores emocionales en un protocolo está relacionada con el grado de severidad de la perturbación. Más de la mitad de los niños con 3 indicadores emocionales estaban emocionalmente perturbados, cuatro de cada cinco niños con cuatro indicadores emocionales tenían problemas afectivos y todos los niños que tenían cinco o más indicadores emocionales habían sido enviados a psicólogos por serios desajustes emocionales. (12)

11.1 Puntuación de los Indicadores Emocionales en el Bender Infantil:

Cada indicador se computa 1 sola vez aunque se dé en varios de los dibujos.

1. Orden confuso:
   Las figuras están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia, ni orden lógico. El orden confuso es común en los niños de 5 a 7 años. Parece estar asociado con un fallo en la planificación y a una pobre organización. En los niños más inteligentes y mayores puede también reflejar confusión mental. También aparece más a menudo en los protocolos de niños que exteriorizan sus emociones, es decir, tienen tendencia a la actuación.

2. Línea ondulada en las figs. 1 y 2:
   Dos o mas cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos. Parece estar asociada con una pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional.

3. Círculos sustituidos por rayas en la fig. 2:
   Por lo menos la mitad de todos los círculos están sustituidos por rayas de 1.5 mm o más de largo. Esto ha sido asociado con impulsividad y falta de interés en niños pequeños.

4. Aumento progresivo del tamaño en las figs. 1, 2 y 3:
   Los puntos o círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Las implicaciones diagnósticas de indicador aumentan a medida que los niños se hacen mayores.

5. Gran tamaño:
   El área cubierta por una figura es dos veces mayor que el área de la tarjeta de estímulo. Está asociado con el comportamiento con tendencia a la actuación en los niños.

6. Tamaño pequeño:
   El área cubierta por cualquiera de las figuras es la mitad o menos de grande que el área de la figura de la tarjeta de estímulo. Tiende estar relacionado con la ansiedad, conducta retraida, constricción y timidez en los niños.

7. Línea Fina:
   El trazo del lápiz es tan fino que requiere esfuerzo para ver la figura completa. Está asociado con timidez, vergüenza y retraimiento en niños pequeños.

8. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas:
   Una figura completa o parte de ella está repasada con espesas líneas compulsivas. Cuando una figura es borrada y vuelta a dibujar cuidadosamente o si una figura es corregida con líneas deliberadas que realmente mejoran el dibujo, entonces esta categoría no se computa. El repaso del dibujo y las líneas reforzadas están asociados con impulsividad, agresividad y comportamiento con tendencia a la actuación en los niños.

9. Segunda tentativa:
   El dibujo de una figura o de parte de ella es espontáneamente abandonado antes o después de ser completado y se realiza un nuevo dibujo de la figura. Este ítem se puntúa solamente cuando se ha efectuado dos dibujos distintos de una figura en dos lugares diferentes del papel. Esto ha sido

asociado con la impulsividad y la ansiedad. Los niños impulsivos abandonan fácilmente y vuelven a comenzar de nuevo o comienzan algo diferente en vez de terminar una tarea que resulte difícil.

10. Expansión:
Se emplean dos o más hojas de papel para completar los dibujos de las nueve figuras del test. La expansión está asociada con la impulsividad y la conducta acting-out en los niños. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los niños retrasados emocionalmente perturbados.

Según hallazgos de períodos de investigación y aplicación del test de Bender en 1963-1973, Elizabeth Koppitz agrega dos indicadores emocionales que raramente aparecen, pero cuando están presentes son de considerable implicación clínica.

Otros Indicadores Emocionales:

11. Marcos alrededor de las figuras:
Se dibuja un marco alrededor de una o más de las figuras después de haber sido copiadas. Está asociado con un intento por parte del niño de controlar su impulsividad. Estos niños suelen tener pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos para poder desenvolverse en la escuela y en casa.

12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura:
En una o más de las figuras se realizan cambios espontáneos que las convierten en objetos o las combinan con figuras caprichosas. Esta clase de dibujos son raros y ocurren casi exclusivamente en los protocolos de niños abrumados por temores y ansiedades o que se hallan totalmente preocupados por sus propios pensamientos. Estos niños tienen un débil contacto con la realidad y pueden confundir hechos con fantasías. (11, 12)

El test de Bender/Koppitz es transcultural, ha sido estandarizado en Guatemala, siendo aplicado en escuelas de la ciudad capital y con niños del triangulo Ixil, etnia Keq`chí y garífuna, por lo que es válido para utilizarlo como prueba diagnóstica del ajuste emocional de los niños retornados.

VIII) METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio:

Observacional descriptivo. Estudio comparativo en 2 grupos poblacionales de niños (as) retornados y no retornados.

2. Sujeto de Estudio:

Fueron sujeto de estudio los niños y niñas retornados y no retornados de 5 a 8 años de edad de la escuela "29 de Diciembre de 1996", de la Comunidad San José El Carmen, del Municipio de Patulul, y la "Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José", del municipio de San Francisco Zapotitlán, del Departamento de Suchitepéquez, durante los meses de mayo y julio de 1998.

3. Tamaño de la Población:

Se seleccionó a todos los niños que asisten a las escuelas en estudio, del nivel pre-primario (párvulos) y primario (primero).

4. Criterios de Inclusión:

- Todos los niños (as) comprendidos entre las edades de 5 años a 8 años 11 meses, alumnos de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996", de la Comunidad de Retornados "San José El Carmen".
- Todos los niños (as) comprendidos entre las edades de 5 años a 8 años 11 meses, no retornados, alumnos de la "Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José".

5. Criterios de Exclusión:

- Todos los niños menores de 5 años y mayores de 8 años 11 meses de edad, de la población de las escuelas en estudio.

6. Variables:

- Niño retornado
- Niño no retornado
- Estado Nutricional
- Ajuste emocional.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
- Niño Retornado	Persona menor de 12 años que vuelve después de haber estado refugiado al lugar o a la situación en que estuvo.	Niños de 5 a 8 años 11 meses de edad que estuvo refugiado en México (Campeche) y que su familia decide volver a Guatemala en forma voluntaria, colectiva y organizada por las comisiones permanentes de refugiados.	Nominal	Si No
- Niño no Retornado	Persona menor de 12 años de edad que no ha sufrido abandono o DESARRAIGO de su lugar de residencia por causa del conflicto armado.	Niños de 5 a 8 años 11 meses de edad que no han sufrido abandono o desarraigo de lugar de residencia por causa del conflicto armado.	Nominal	Si No
- Ajuste Emocional	Es el equilibrio del estado interior del sujeto que se deduce de la conducta manifiesta.	Se mide a través del Test Gestáltico de Bender/Koppitz en los niños escolares (El test Bender/Koppitz distingue entre niños con y sin ajuste emocional)	Nominal	1 a 3 indicadores: Ajuste emocional. 4 o más indicadores: Desajuste emocional
- Estado Nutricional	Se determina por medio de indicadores antropométricos de peso, talla y edad.	Desnutrición Crónica: Se determina al comparar la talla del niño con la talla esperada para su edad. (T/E) Desnutrición Aguda: Se calcula por el peso en función de lo esperado para la talla. (P/T)	Nominal	Los niños que estén por debajo de 2 desviaciones estándar con respecto a la población de referencia de las tablas de NCHS Peso/Talla *Desnutrición Aguda.* *Talla/Edad Denutrición Crónica.*

7. Análisis estadístico:

Por medio de cuadros de frecuencias y porcentajes. Se utilizó chi-cuadrado para determinar si las diferencias de ambos grupos eran significativas.

8. Procedimiento para Recolectar la Información:

- En primer lugar se solicitó autorización a las escuelas para realizar el estudio, una vez obtenida dicha autorización se someterá a la aprobación de la unidad de tésis.
- Se estableció una relación de confianza con los niños de ambas escuelas en estudio.
- Se realizó toma de medidas antropométricas y análisis, según las tablas de NCHS.
- Se aplicó en forma individual del Test Gestáltico de Bender/Koppitz para evaluar indicadores emocionales, que consiste en presentar tarjetas de estímulo para la reproducción de los dibujos en hojas de papel en blanco, luego se procedió a su interpretación de acuerdo a los indicadores emocionales, asignándoles una puntuación.

1. Orden confuso: asociado a fallo en planificación, pobre organización, confusiòn mental.
2. Línea ondulada: Pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional (Fig. 1, 2)
3. Círculos subsituidos por rayas (Fig. 2): Impulsividad y falta de interés.
4. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2, 3): baja tolerancia a la frustración y explosividad.
5. Gran tamaño: tendencia a la actuación, comportamiento con tendencia a la actuación.
6. Tamaño pequeño: ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.
7. Línea fina: timidez, vergüenza y retrimiento.
8. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas: impulsividad, agresividad y conducta acting-out.
9. Segunda tentativa: impulsividad y ansiedad.
10. Expansión: impulsividad y conducta acting-out.
11. Marcos alrededor de figuras: intento por controlar impulsividad
12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura: temor ansiedad. (9, 10)

- Se llenó la boleta de recolección de datos con la siguiente información: datos generales del niño, indicadores antropométricos de T/E, P/T y los indicadores del test Bender/Koppitz.

9. Recursos:

a) Humanos:
- Niños (as) de la escuela "29 de Diciembre de 1996" y grupo de control de la "Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José"
- Psicológo evaluador del Test Bender/Koppitz (Riquelmi Gasparico del Instituto de Investigaciones y Mejoramiento Educativo, IIME, USAC)

b) Materiales:
- Pesa marca Detecto, con capacidad para 200 libras.
- Tallímetro
- Material Bibliográfico obtenido en:
  - Asamblea Consultiva Permanente de Desarraigados.
  - Biblioteca Universidad de San Carlos de Guatemala
  - Biblioteca Universidad del Valle
  - Biblioteca UNICEF
  - Biblioteca INCAP
  - Centro de Documentación de CEAR
  - Centro de Documentación de Alianza para el Desarrollo Juvenil Comunitario
  - Servicio de Orientación Educativa, Universidad Rafael Landivar
- Computadora: Programa Word y Excel de Windows 95.
- Test Bender/Koppitz
- Papel, lápiz.

c) Físicos:
- Instalaciones de la "Escuela 29 de Diciembre de 1996" y la "Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José".

10. CONSIDERACIONES ETICAS

La información obtenida sobre el estado de salud y los indicadores emocionales de cada niño (a) evaluado, forma parte de su expediente clínico y por lo tanto es confidencial.

IX. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR TALLA/EDAD SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS NO RETORNADOS (ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996) EN MAYO Y JULIO DE 1998

NO RETORNADOS									
EDAD	% -3DE	% -2DE	% -1DE	MEDIANA	TOTAL	% +1DE	% +2DE	% +3DE	TOTAL
5 años	5.71	8.45	5.55	3	(16) 22.71	0	0	0	0
6 años	8.57	7.05	19.42	1.5	(26) 36.54	0	0	0	0
7 años	4.29	12.68	13.87	1.5	(23) 32.34	0	0	0	0
8 años	1.43	2.82	4.16	0	(06) 8.41	0	0	0	0
Total	20	31	43	6	(71) 100	0	0	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2

ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR TALLA/EDAD SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS RETORNADOS (ESCUELA MIXTA SAN JOSÉ) EN MAYO Y JULIO 1998

RETORNADOS									
EDAD	% -3DE	% -2DE	% -1DE	MEDIANA	TOTAL	% +1DE	% +2DE	% +3DE	TOTAL
5 años	2.67	0	2.47	2.5	(03) 7.64	0	0	0	0
6 años	0	25	4.93	7.5	(15) 37.43	0	0	0	0
7 años	5.33	5	14.8	7.5	(13) 32.63	0	0	0	0
8 años	0	5	14.8	2.5	(09) 22.30	0	0	0	0
Total	8	35	37	20	(40) 100	0	0	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: Cada índice se expresa en términos de desviaciones estándar (DE) de la mediana de la población de referencia recomendada por NCHS/CDC/WHO. Los niños se clasifican como desnutridos si se encuentran 2 o más desviaciones estándar (-2DE) por debajo de la mediana de la población de referencia.

CUADRO No. 3

ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR PESO/TALLA, SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS NO RETORNADOS DE LA ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996 EN MAYO Y JULIO DE 1998

EDAD	% -2DE	% -1DE	MEDIANA	% +1DE	% +2DE	TOTAL
5 años	1.4	0	15.48	5.6	0	(16) 22.48
6 años	0	0	30.95	4.2	1.5	(26) 36.65
7 años	0	0	26.73	4.2	1.5	(23) 32.43
8 años	0	0	7.04	1.4	0	(06) 8.44
Total	1.4	0	80.2	15.4	3	(71) 100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 4

ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR PESO/TALLA, SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS RETORNADOS DE LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ EN MAYO Y JULIO DE 1998

EDAD	% -2DE	% -1DE	MEDIANA	% +1DE	% +2DE	TOTAL
5 años	0	5	0	2.5	0	(03) 7.5
6 años	0	0	32.5	5	0	(15) 37.5
7 años	0	10	20	2.5	0	(13) 32.5
8 años	0	0	22.5	0	0	(09) 22.5
Total	0	15	75	10	0	(40) 100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 5

INDICADORES DE DESNUTRICIÓN INFANTIL DE LOS NIÑOS DE 5-8 AÑOS DE EDAD, RETORNADOS (ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996) Y NO RETORNADOS (ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ) EN MAYO Y JULIO DE 1998

	TALLA/EDAD			
	% - 3DE	% - 2DE	% - 1DE	MEDIANA
No retornados	(14) 20	(22) 31	(31) 43	(4) 6
Retornados	(3) 8	(14) 35	(15) 37	(8) 20

Fuente: Cuadro No. 1 y 2

CUADRO No. 6

INDICADORES DE DESNUTRICIÓN INFANTIL DE LOS NIÑOS DE 5-8 AÑOS DE EDAD RETORNADOS (ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996) Y NO RETORNADOS (ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA CANTÓN SAN JOSÉ) EN MAYO Y JULIO DE 1998

	PESO/TALLA			
	% - 3DE	% - 2DE	% - 1DE	MEDIANA
No retornados	(0) 0	(1) 1.4	(0) 0	(57) 80.2
Retornados	(0) 0	(0) 0	(6) 15	(30) 75

Fuente: Cuadro No. 3 y 4

CUADRO No. 7

INDICADORES DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y AGUDA EN NIÑOS DE 5-8 AÑOS DE EDAD NO RETORNADOS (ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ) Y RETORNADOS (ESCUELA 29 29 DE DICIEMBRE DE 1996) EN MAYO Y JULIO DE 1998.

TIPO DE DESNUTRICIÓN	No retornados	Retornados
CRONICA T/E		
Leve (-2DE)	31%	35%
Moderada-Severa (-3DE)	20%	8%
Total Desnutridos (-2DE o más)	51%	43%
AGUDA P/T		
Leve (-2DE)	1.30%	0%
Moderada-Severa (-3DE)	0%	0%
Total Desnutridos (-2DE o más)	1.30%	0%

Fuente: Cuadros No. 5 y 6

Chi-cuadrado = x2 = 0.89
x2= menos 0.05 = x2 3.84 no significativo

CUADRO No. 8

INDICADORES EMOCIONALES SEGÚN TEST BENDER/KOPPITZ
NIÑOS NO RETORNADOS DE 5-8 AÑOS
ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ
EN MAYO Y JULIO DE 1998

No. Indicador	No. Casos	%	
0	2	3	Ajuste emocional
1	16	22.4	
2	23	32.4	86%
3	20	28.2	
4	10	14	Desajuste emocional 14%
Total	71	100	

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 9

INDICADORES EMOCIONALES SEGÚN TEST BENDER/KOPPITZ
NIÑOS RETORNADOS DE 5-8 AÑOS
ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996
EN MAYO Y JULIO DE 1998

No. Indicador	No. Casos	%	
0	2	5	Ajuste emocional
1	5	12.5	
2	12	30	90%
3	17	42.5	
4	4	10	Desajuste emocional 10%
Total	40	100	

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: En base a las investigaciones de Elizabeth Koppitz, en este trabajo se considera:

- Ajuste emocional: niños que presentan de 0 - 3 indicadores emocionales
- Desajuste emocional: niños con 4 o más indicadores emocionales

CUADRO No. 10

INDICADORES EMOCIONALES MAS FRECUENTES,
SEGÚN TEST BENDER/KOPPITZ
NIÑOS NO RETORNADOS DE 5-8 AÑOS
ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ
EN MAYO Y JULIO DE 1998

INDICADOR	No. Casos	%
- Orden confuso	46	64.79
- Tamaño pequeño	45	63.38
- Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas.	36	50.7
- Línea ondulada	15	21.13
- Segunda tentativa	6	8.45
- Círculos sustituidos por rayas	5	7.04

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 11

INDICADORES EMOCIONALES MAS FRECUENTES,
SEGÚN TEST BENDER/KOPPITZ
NIÑOS RETORNADOS DE 5-8 AÑOS
ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996
EN MAYO Y JULIO DE 1998

INDICADOR	No. Casos	%
- Orden confuso	34	85
- Tamaño pequeño	29	72.5
- Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas.	22	55
- Línea ondulada	7	17.5
- Segunda tentativa	4	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 12

ANTECEDENTES NEONATALES NIÑOS NO RETORNADOS
5-8 AÑOS DE EDAD
ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ

PESO AL NACER		
Gramos	No de casos	%
2000-2499	8	11.27
2500-2999	12	16.9
3000-3499	19	26.76
3500-3999	4	5.63
4000-4499	0	0
4500-4999	3	4.23
5000-5449	25	35.21
No se sabe	71	100
Total		

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 13

ANTECEDENTES NEONATALES NIÑOS RETORNADOS
5-8 AÑOS DE EDAD
ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA 29 DE DICIEMBRE DE 1996

PESO AL NACER		
Gramos	No. de casos	%
2000-2499	6	15
2500-2999	7	17.5
3000-3499	13	32.5
3500-3999	11	27.5
4000-4499	3	7.5
4500-4999	0	0
5000-5449	0	0
Total	40	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 14

ANTECEDENTES NEONATALES NIÑOS NO RETORNADOS
5-8 AÑOS DE EDAD
ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA SAN JOSÉ

LACTANCIA MATERNA		
Meses	No. De casos	%
3 - 6	1	1.41
6 - 9	0	
9 - 12	3	4.22
12 - 15	9	12.68
15 - 18	5	7.04
18 - 21	8	11.27
21 - 24	1	1.41
24 - m	9	12.68
24 - m	11	15.49
No se obtuvo	24	33.8
Total	71	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO No. 15

ANTECEDENTES NEONATALES NIÑOS RETORNADOS
5-8 AÑOS DE EDAD
ESCUELA RURAL MIXTA 29 DE DICIEMBRE DE 1996

LACTANCIA MATERNA		
Meses	No. De casos	%
3 - 6		
6 - 9	3	7.5
9 - 12	3	7.5
12 - 15	16	40
15 - 18	4	10
18 - 24	4	10
24 - m	6	15
24 y +	4	10
Total	40	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

La población sujeto de estudio en este trabajo comprendió a 71 alumnos(as) no retornados de la Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José y 40 niños(as) retornados de la Escuela 29 de Diciembre de 1996, que llenaron los criterios de inclusión propuestos.

El estado nutricional según el indicador Talla/Edad por años de edad de los niños retornados y no retornados presenta problemas de desnutrición. En ambos grupos no se encontró ningún caso arriba de la mediana, pero sí con dos desviaciones estándar (-2 DE) por debajo de la mediana, lo que significa desnutrición. (cuadro 1 y 2)

En los niños no retornados la edad más afectada por desnutrición crónica (Talla/Edad) es la de 7 años; edad en la que el 12.68% está a –2 DE y el 4.29% a –3 DE. (Cuadro 1). La desnutrición crónica afecta en un porcentaje más elevado a los niños retornados de 6 años; el 25% está a –2 DE, no se encontraron casos con –3 DE. (Cuadro 2)

Se identificó un solo caso de desnutrición aguda, la cual está dada por el indicador Peso/Talla, en un niño de 5 años de edad de la población no retornada. Se puede observar también que en ambos grupos hay casos por arriba de la mediana. En la población no retornada hay 3% con +2 DE, lo cual es un problema de mal nutrición, ya que representa un riesgo alto de obesidad. (Cuadro 3 y 4)

La población retornada no presenta este riesgo. Es probable que esto se explique por la escasez de alimentos que se ha dado en la comunidad debido a las siguientes circunstancias: traslado reciente a esta finca y retraso de las lluvias por el fenómeno del niño, lo que ha disminuido las cosechas que les proporcionan la base de su alimentación. Por esta razón la junta directiva de la finca gestionó con el ACNUR y CEAR para que continuaran proporcionando el soporte nutricional por más tiempo del estipulado en la etapa de la emergencia del traslado. Se puede observar que existe 15% de niños con –1 DE, lo que significa que estos niños están en riesgo de desnutrición, por lo tanto, debe dársele seguimiento para evitar que se deteriore su estado nutricional.

La desnutrición crónica, dada por el indicador Talla/Edad, es mayor en el grupo de niños(as) no retornados, en el que se encontró 31% con –2 DE y 20% con –3 DE. En los niños retornados hay 35% con –2 DE y 8% con –3 DE. Es importante señalar que además en el grupo de niños(as) no retornados hay un porcentaje más elevado de casos con –3 DE. Los niños se clasifican como desnutridos leves si se encuentran a –2 DE y como desnutridos severos si se encuentran a –3 DE, de la mediana de referencia. (Cuadro 5)

La desnutrición aguda está presente sólo en la población no retornada en 1.4 % (1 caso) con –2 DE. Este porcentaje es mucho menor que el 3.1% encontrado en 1995 en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-

95) (Cuadro 6). Por lo que se interpreta como una mejoría en la situación nutricional de ambos grupos con relación a los datos a nivel nacional.

El grupo de no retornados presenta 51% de desnutrición crónica y los retornados 43%. El porcentaje del grupo retornado es menor y el del grupo no retornado es mayor, que el obtenido en la ENSMI-95, en los que se reporta 48% en los niños que cursan la escuela primaria. (Cuadro 7) Sin embargo no existe diferencia estadísticamente significativa entre los indicadores de desnutrición crónica de los grupos en estudio y los reportados en la ENSMI-95.

Interpretación de Chi-cuadrado:

Igual o mayor de x2 = 3.84 es significativo en el nivel 0.05
Menor de x2 = 3.84 no es significativo en el nivel 0.05

Según análisis estadístico de chi-cuadrado los indicadores nutricionales, en este momento, no representan diferencia significativa entre los grupos en estudio, es decir, la desnutrición crónica o retardo en el crecimiento lineal, afecta a ambos grupos por igual independientemente de su condición de retornados o no retornados. x2= 0.89 es menor de 0.05 = x2= 3.84.

Posiblemente no exista diferencia significativa en los indicadores nutricionales de ambos grupos porque presentan similar nivel socioeconómico, aún cuando tienen características muy particulares que los diferencian.

Los niños del grupo de retornados de la Escuela 29 de diciembre de 1996, nacieron en México y vivieron por más de 5 años bajo la condición de refugiados en los campamentos de Campeche y Quintana Roo, en donde, según la bibliografía revisada, fueron apoyados por organizaciones internacionales y nacionales, como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Comisión Mexicana de Atención a los Refugiados (COMAR), la Iglesia Católica y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que en cierta medida les ayudaron a suplir una gran cantidad de carencias (6, 25). Es posible que estas circunstancias hayan contribuido a la disminución de los indicadores de desnutrición crónica y aguda en el grupo de niños(as) retornados (tanto en el grado de desnutrición como en el total de desnutridos), aunque no presentan diferencia significativa con el grupo no retornado.

El 86% de los niños(as) no retornados y el 90% de los niños(as) retornados, presentan ajuste o estabilidad emocional, según el Test de Bender/Koppitz, en el cual obtuvieron una puntuación menor de 4 indicadores emocionales. Se encontró 14% de desajuste emocional en el grupo no retornado y 10% en el grupo retornado. (Cuadros 8 y 9)

En los trabajos de investigación realizados por Elizabeth Koppitz (11 y 12) se considera que la presencia de 2 indicadores emocionales o menos identifica a niños que están bien adaptados. Se encontró también que 2/3 de los niños con 3 o más indicadores emocionales tienen problemas de desajuste emocional. Esto los coloca en un área limítrofe al desajuste emocional. Por ello debe darse atención al grupo de niños(as) que presentan 3 o más indicadores emocionales, que en la población no retornada es un 28% (20 casos) y en los niños(as) retornados 43% (17 casos).

Según análisis estadístico de chi-cuadrado, los niños(as) con 3 indicadores emocionales, no presentan diferencia significativa entre el grupo de retornados y no retornados; x2= 2.35, es menor de 0.05 = x2= 3.84. En los niños(as) retornados y no retornados con 4 indicadores emocionales x2= 0.37 que es menor de 0.05 = x2= 3.84. Por lo que no existe diferencia significativa en el estado de desajuste emocional que presentan ambos grupos.

Se considera que el estado emocional de la población desarraigada fue afectado en forma significativa por el conflicto armado (6, 16, 17). Los niños retornados sujetos de este estudio, nacieron en el refugio por lo que no sufrieron directamente los efectos de dicho conflicto. Este grupo tiene un año de haber regresado a Guatemala, y aunque pertenecen a la etnia Mam y Kanjobal de Huehuetenango, se establecieron en la Finca El Carmen, localizada en el departamento de Suchitepéquez, donde el conflicto armado no alcanzó la intensidad que en sus lugares de origen. Estas circunstancias posiblemente explican el hecho de que no haya diferencia significativa entre el grupo de retornados y no retornados.

Sin embargo, los porcentajes encontrados en el grupo retornado y no retornado son más altos que los esperados en una población dada. Según estudio realizado en 136 niños(as) de 5-10 años de edad, sin historia de problemas emocionales, se encontró 9.5% (13 casos) con 3 indicadores emocionales y 3.6% (5 casos) con 4 indicadores emocionales. (11)

Se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar el grupo de retornados y no retornados con los resultados obtenidos en un grupo sin problemas emocionales.

Niños retornados:
3 indicadores emocionales x2= 33.98 mayor 0.05 = x2= 3.84
4 indicadores emocionales x2= 02.47 menor 0.05 = x2= 3.84

Niños no retornados:
3 indicadores emocionales x2= 12.00 mayor 0.05 = x2= 3.84
4 indicadores emocionales x2= 07.43 mayor 0.05 = x2= 3.84

Por lo que ambos grupos presentan problemas emocionales que necesitan un tipo de intervención que les permita mejorar su estado emocional y por ende, la salud mental.

Los indicadores más frecuentes en ambos grupos fueron el orden confuso, tamaño pequeño, repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas, líneas onduladas y segunda tentativa. Los círculos sustituidos por rayas se encontraron solo en el grupo de no retornados. Estos 6 indicadores son los mismos que Koppitz indica que sirven para revelar algo sobre las actitudes y características de la personalidad del niño. (Cuadros 10 y 11)

El orden confuso es común en la población de 5 a 7 años, y como la población comprendió niños(as) de 5 a 8 años de edad, es probable que por esta razón sea el más frecuente. Este indicador está relacionado con una falta de capacidad para planear y organizar el material y confusión mental.

El tamaño pequeño es el segundo indicador en frecuencia en ambas poblaciones y está asociado con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez. Los niños(as) no retornados lo presentaron en 63% y los niños(as) retornados en 73%. Esto puede interpretarse como la existencia de sentimientos de minusvalía y restricción en el entorno físico y social en el que los niños se desarrollan (familia, escuela, comunidad).

El repaso descuidado o reforzamiento de los trazos se encontró en 51% de los niños(as) no retornados y en 55% de los niños retornados y está asociado a impulsividad y agresividad.

Estos 3 indicadores emocionales están presentes en más de la mitad de los grupos sujetos de estudio y puede observarse que la población retornada obtiene porcentajes más altos. Debe considerarse en la interpretación de estos resultados, el hecho de que el grupo de retornados vivió una situación especial en el refugio en el que como extranjeros, en otro país, no gozaron de los mismos derechos que los mexicanos. Su condición de indígenas provenientes de un conflicto armado, les marginó y limitó a movilizarse en el espacio físico de los campamentos.

En su situación actual el entorno social y físico de los retornados ha cambiado significativamente. Aún así, la finca El Carmen se encuentra a 10 Kms. de la carretera asfaltada y se tiene acceso por carretera de terracería solo en vehículos apropiados para malos caminos. Esto limita en alguna medida a la comunidad a este espacio físico.

Partiendo de la definición de salud mental como: el equilibrio emocional en individuos y colectividades, que les permite estar y sentirse bien, por medio de la atención de la comunidad al malestar funcional y de las dificultades psicológicas y

objetivas que las personas tienen en común (27, 29), debe considerarse que, ambas comunidades presentan factores en común que influyen en el ajuste emocional de los individuos que las conforman, siendo estos: el factor socioeconómico en aspectos tales como: alto costo de la vida, bajos salarios, pobreza extrema, marginación, violencia, alcoholismo. El factor educativo en aspectos como el analfabetismo o bajo nivel educativo de los padres, patrones de crianza que muchas veces no son favorables al desarrollo de los niños. En el factor cultural por la desvalorización de la cultura nacional, migración, racismo. En el factor biológico por desnutrición, falta de higiene, infecciones diarreícas y respiratorias, difícil acceso a los servicios de salud, falta de recreación.

Además existen diferentes condiciones o factores que afectan a las comunidades en estudio. La comunidad del cantón San José está afectada por el desempleo, hogares desintegrados, drogadicción, presencia de maras y aculturación. La comunidad de la finca San José El Carmen, está influida por falta de cosechas y de generación de ingresos, discriminación étnica, y su condición de desarraigados que estuvieron en el refugio y retornaron en forma reciente al país.

Sin embargo, no existen diferencias significativas en los indicadores emocionales más frecuentes que presentan ambas comunidades, ya que x2 es menor de 0.05= x2= 3.84 en todos los indicadores emocionales.

Orden confuso:	x2 = 3.2	menor 0.05 = x2= 3.84
Tamaño pequeño:	x2 = 0.91	menor 0.05 = x2= 3.84
Repaso del dibujo:	x2 = 0.17	menor 0.05 = x2= 3.84
Línea ondulada:	x2 = 0.19	menor 0.05 = x2= 3.84
Segunda tentativa:	x2 = 0.06	menor 0.05 = x2= 3.84

La identificación de los indicadores emocionales más frecuentes y los niños con problemas emocionales, debe conducir a la investigación de los factores subyacentes que contribuyan al desajuste emocional del niño.

Según Koppitz, se ha observado que los niños pueden desarrollar problemas emocionales como consecuencia de problemas en la percepción visomotora, ya que experimentan frustración y fracasos y en consecuencia, actitudes negativas e inadaptación emocional. Pero no todo niño con percepción visomotora pobre, desarrolla inevitablemente problemas emocionales. El ajuste emocional de un niño depende en parte de su capacidad de integración pero mucho más de sus experiencias sociales y emocionales con las personas significativas de su vida. Un niño emocionalmente seguro puede aprender a tolerar las frustraciones provocadas por el déficit de su percepción visomotora. (11, 12)

En los antecedentes neonatales de los niños no retornados, hubo 35.21% de falta de información debido a que no fue posible localizar a las madres. En el resto de la población que proporcionó datos no se encontró ningún caso de menos de 2500 gramos al nacer y se obtuvo 4.23% (3 casos) que reportaron de 5000 a 5499 gramos de peso al nacer, por lo que pueden considerarse de alto peso al nacer. (Cuadros 12 y 13)

En los niños(as) retornados se identificó 15% con peso al nacer de 2000 a 2499 gramos, que se considera bajo peso al nacer, la información fue proporcionada por el 100% de las madres que disponían de una tarjeta o carnet que los servicios de salud les proporcionaron en los campamentos de refugiados.

En ambos grupos de estudio todas las madres dieron lactancia materna a los niños. En el grupo de retornados tuvieron como mínimo 6 meses de lactancia y en el de no retornados 3 meses. (Cuadros 14 y 15)

En los niños no retornados se tuvo la limitante de no obtener información en 33%. Sin embargo, con los datos disponibles (47 casos) se indica que más de las ¾ partes de las madres de los niños no retornados (91%) dio lactancia materna por más de un año. De la misma forma más de ¾ partes de las madres de los niños retornados (85%) dio lactancia materna por mas de un año.

Según el análisis estadístico $x2 = 0.87$ que es menor de $0.05 = x2= 3.84$, por lo que no hay diferencia significativa en el período de lactancia de ambos grupos.

En teoría la lactancia materna es un factor protector del estado nutricional y la afectividad de los niños (2,9). Este es uno de los factores que explica el hecho de que ambos grupos no presenten diferencias significativas en su estado nutricional y emocional.

X. CONCLUSIONES

1. El estado nutricional de los niños(as) retornados y no retornados, de las comunidades en estudio, presenta problemas relacionados con el retardo en el crecimiento lineal, en 43 y 51% respectivamente. Sin embargo no existe diferencia significativa entre dichos porcentajes y tampoco la hay con respecto al 48%, que las estadísticas nacionales refieren (ENSMI-95).

2. Los indicadores más frecuentes hallados en ambos grupos son: ORDEN CONFUSO, que se relaciona con pobre organización y confusión mental; TAMAÑO PEQUEÑO, que se relaciona con ansiedad, constricción y timidez; REPASO DESCUIDADO DEL DIBUJO, con impulsividad y agresividad. Estos indicadores están relacionados con maduración visomotora pobre y sentimientos de minusvalía y restricción en el entorno físico y social.

3. Los niños(as) retornados presentaron los mismos indicadores emocionales que los niños(as) no retornados y no hay diferencia significativa en la frecuencia con que se encuentran en ambos grupos.

4. Según el test Bender/Koppitz, los niños(as) retornados y no retornados presentan desajuste emocional (4 indicadores emocionales) en 10 y 14% respectivamente. Estos resultados no presentan diferencia significativa entre sí, pero sí la hay respecto al 3.6% esperado en una población sin problemas emocionales.

5. Los niños(as) retornados disminuyeron los indicadores nutricionales y presentan similar estado nutricional y emocional que los niños(as) no retornados, posiblemente debido a la atención de diferentes organizaciones en el refugio y como retornados. Los niños(as) no retornados no pasaron las duras condiciones de desarraigo pero se desarrollan en medio de otros problemas sociales que afectan su salud física y mental. Por lo que en ambos grupos deben realizarse acciones para mejorar dichos indicadores.

XI. RECOMENDACIONES

1. Implementar programa de control y monitoreo de crecimiento y desarrollo de los niños que presentaron riesgo de desnutrición aguda en el grupo de retornados.

2. Elaborar un programa de salud mental para mejorar y/o recuperar la estabilidad emocional de los niños de ambos grupos que presentaron 3 o más indicadores emocionales.

3. Referir al puesto de salud del municipio de San Francisco Zapotitlán a los niños del grupo de no retornados que presentaron desnutrición aguda para realizar monitoreo de crecimiento y desarrollo.

4. Presentar los resultados de esta investigación y orientar a los maestros de las escuelas y personal de salud de las comunidades que fueron objeto de estudio.

5. Gestionar apoyo para desarrollar las acciones que permitan mejorar el ajuste emocional y por ende la salud mental de ambos grupos ante organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

6. Solicitar a estudiantes de la Escuela de Psicología que realicen el puntaje de maduración del test Bender/Koppitz para determinar si los problemas emocionales detectados en ambos grupos, se relacionan con una pobre percepción visomotora.

7. Estimular la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad como un factor protector del estado nutricional y afectivo de los niños.

8. Continuar investigaciones similares en otros grupos escolares, urbanos y rurales.

XII. RESUMEN

Estudio transversal de tipo descriptivo, de 111 niños(as) de 5 a 8 años de edad, realizado en la Escuela 29 de diciembre de 1996, de la comunidad retornada San José El Carmen del municipio de Patulul, y en la Escuela Oficial Rural Mixta del Cantón San José del municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, durante los meses de mayo y julio de 1998.

Se determinó el estado nutricional por medio de los indicadores antropométricos talla/edad y peso/talla, y el estado de ajuste emocional por medio de los indicadores emocionales del test Bender/Koppitz.

El retardo en el crecimiento se presentó en 51% del grupo no retornado y 43% del grupo de retornados. La desnutrición aguda, no se detectó en los retornados y hay 1.4% en los no retornados.

Se identificó 10% de niños(as) retornados y 14% de niños(as) no retornados con desajuste emocional. Los indicadores emocionales más frecuentes en ambos grupos fueron: orden confuso, tamaño pequeño, repaso del dibujo, relacionados con maduración visomotora pobre y sentimiento de minusvalía y restricción del entorno físico y social.

Según el análisis estadístico de chi-cuadrado, no existen diferencias significativas en el estado nutricional y emocional de ambos grupos.

XIII) BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association DSM-II-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson S.A., Washington 1988, pp. 485-486.

2. Bermeo Orellana, Angela María. Crecimiento Físico de Niños Alimentados con Lactancia Natural, Hijos de Nodrizas que Recibieron Suplemento Alimentario en Comunidades Urbano Marginales y Rurales de Quetzaltenago. Tesis de Post-grado en Alimentación y Nutrición. CESNA, USAC, Guatemala, septiembre de 1997, pp. 18-20.

3. Bern Caryn, Hernández Beatriz, Klein Robert. Encuesta Epidemiológica, Finca El Carmen, Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, Octubre de 1997. Entomología Médica, Universidad del Valle.

4. Cohen E. Raquel y Ahearn Frederick L. Manual de Atención de Salud Mental para Víctimas de desastres. Edit. Harla. México, 1989, pp. 5-20.

5. Comisión Nacional para la atención de Repatriados, Refugiados y Desplazados, CEAR. El reasentamiento en época de Paz. Guatemala, octubre, 1997.

6. Comisión Pro-convención sobre derechos del niño. PRODEN. Entre el Olvido y la Esperanza. La Niñez de Guatemala. Guatemala, noviembre de 1996, pp. 149-159.

7. FNUAP, CEAR, CTEAR, La población Desarraigada en Guatemala, Cifras Actuales y situación socio-económica. Guatemala, mayo de 1997, pp. 10-13.

8. Grajeda Boch, Heidi Magaly. La Estimulación Temprana como Medio de Prevención, Detección y Atención en el Desarrollo de Niños de 0-6 Años e Investigación de la Incidencia de los Patrones de Crianza. Informe EPS Rural, Escuela de Psicología, USAC, mayo-noviembre 1996, pp. 14-20.

9. Helsing, Elisabeth. Felicity Savage King. Guía Práctica para una buena Lactancia. Editorial Pax, México 1990, pp. 209-221.

10. INE, MSPAS, AID, UNICEF, DHS, Encuesta de Salud Materno Infantil. 1995, Guatemala 1996, pp. 70-75.

11. Koppitz, Elizabeth M. El Test Gestáltico de Bender. Investigación y Aplicación 1963-1973. Oikos Tau, Barcelona 1981, pp. 50-71.

12. Koppitz, Elizabeth M. El Test Gestáltico Visomotor para Niños. Editorial Guadalupe, Buenos Aires 1972, pp. 163-181.

13. León Martínez, Kevin Dimagio. Niñas y Adolescentes víctimas del conflicto armado. Tésis Médico y Cirujano, USAC, Guatemala, junio de 1996, pp. 20-24.

14. Ley Temporal Especial de Documentación Personal. Decreto No. 75-97, Guatemala 1997, pp. 3-15.

15. Martín Baró, Ignacio. Recopilación del libro "Psicología Social de la Guerra". Editorial U.C.A. 1990, Pp 23-40.

16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modulo de Capacitación en el Componente Psicosocial de la Salud., Guatemala, julio de 1997.

17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Mental. Plan de Acción para la Recuperación Psicosocial en zonas afectadas por el Conflicto Armado. Guatemala, 1997, pp. 1-17.

18. MINUGUA. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Verificación de los Acuerdos de Paz de Guatemala. Febrero de 1998, pp. 22-33.

19. Nelson Tratado de Pediatría. Interamericana Mcgraw Hill. Catorceava edición, Vol. 1, España 1992, pp. 15-38.

20. OMS en colaboración con el ACNUR. La Salud Mental de los Refugiados. Ginebra 1997, pp. 35-69.

21. OMS-OPS, Manual de crecimiento y desarrollo del Niño. Segunda edición, Washington DC. 1993, pp. 3-30.

22. Organización Mundial de la Salud. Medición del Cambio de Estado Nutricional. OMS, Ginebra 1983, pp. 67-182.

23. OPS, Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del niño. Curso Integrado de Salud Materno-Infantil. Cuaderno Técnico No. 18, OPS, 1988, 2-46.

24. Penados Gomez, Simón Vinicio. Estado Nutricional de los Niños Retornados menores de 5 años y factores Sociales. Tésis Médico y Cirujano, USAC, Guatemala, octubre de 1996, pp. 10-20.

25. Programa de Paz: La Oportunidad para Guatemala. Plan para la Ejecución del Acuerdo sobre Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado. Informe preparado para la Reunión del Grupo Consultivo, Bélgica, Enero 21-22, 1997, pp. 5-22.

26. PRONICE Experiencias de Trabajo de Salud Mental en Guatemala. , Guatemala, 1997, pp. 37-41.

27. PRONICE. Salud Mental Integral. Factores, Problemática, y Estrategias para mejorarla., Marzo de 1997, 1-21.

28. Schedlowski M. Hosch W Oberbeck R. y Cols. Catecholamines Modulate Human Nk Cell Circulation and Function Via Spleen-Independient B2-Adrenergic Mechanisms. The Journal Of Inmunology Vol, 156 No. 1 Enero de 1995, pp. 93-95.

29. Sisti, Elvio. Conclusiones del Libro "Salud Mental de Base". Editado por U.C.A. Editorial San Salvador, El Salvador, 1995. Pp. 159-165.

30. URNG. Cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Periódico Abril-Diciembre de 1997. Edit. URNG, Enero de 1998, pp. 19-21.

XIV) ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Grupo A

Nombre_____ Grado:_____
Lugar de Residencia_____
Escuela_____
Peso_____ Talla_____ Edad_____
ANTECEDENTES:
Peso al nacer_____ grms. Lactancia materna: Si_____ No_____
Tiempo: Meses_____ Años_____

INDICADORES NUTRICIONALES:
Talla/Edad_____ Peso/Talla_____

TEST DE BENDER KOPPITZ: (Puntuación)

1. Orden Confuso _____
2. Línea ondulado (fig. 1 y 2) _____
3. Círculos sustituidos por rayas (fig. 2) _____
4. Aumento progresivo del tamaño (fig. 1, 2, 3) _____
5. Gran tamaño _____
6. Tamaño pequeño _____
7. Línea fina _____
8. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas _____
9. Segunda tentativa _____
10. Expansión _____
11. Marcos alrededor de figuras _____
12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura _____

ESCALA DE MEDICIÓN

Presencia de 1 a 3 indicadores: _____ Ajuste emocional

Presencia de 4 o más indicadores. _____ Desajuste emocional.

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Grupo B

Nombre_____ Grado:_____
Lugar de Residencia_____
Escuela_____
Peso_____ Talla_____ Edad_____
ANTECEDENTES:
Peso al nacer_____ gms. Lactancia materna: Si_____ No_____
Tiempo: Meses_____ Años_____

INDICADORES NUTRICIONALES:
Talla/Edad_____ Peso/Talla_____

TEST DE BENDER KOPPITZ: (Puntuación)

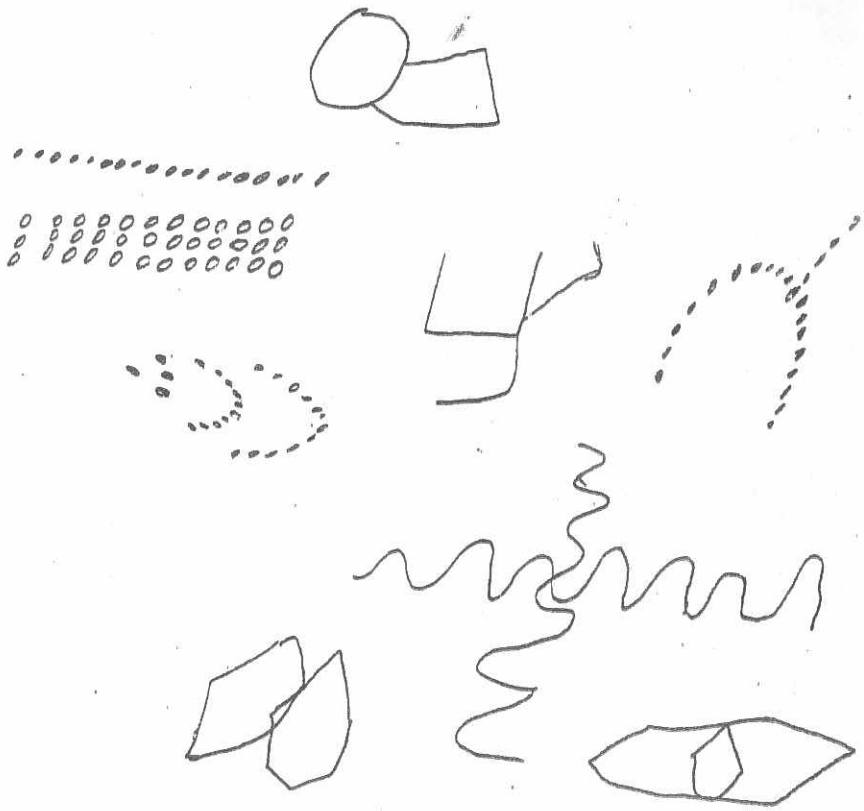
1. Orden Confuso _____
2. Línea ondulado (fig. 1 y 2) _____
3. Círculos sustituidos por rayas (fig. 2) _____
4. Aumento progresivo del tamaño (fig. 1, 2, 3) _____
5. Gran tamaño _____
6. Tamaño pequeño _____
7. Línea fina _____
8. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas _____
9. Segunda tentativa _____
10. Expansión _____
11. Marcos alrededor de figuras _____
12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura _____

ESCALA DE MEDICIÓN

Presencia de 1 a 3 indicadores: _____ Ajuste emocional

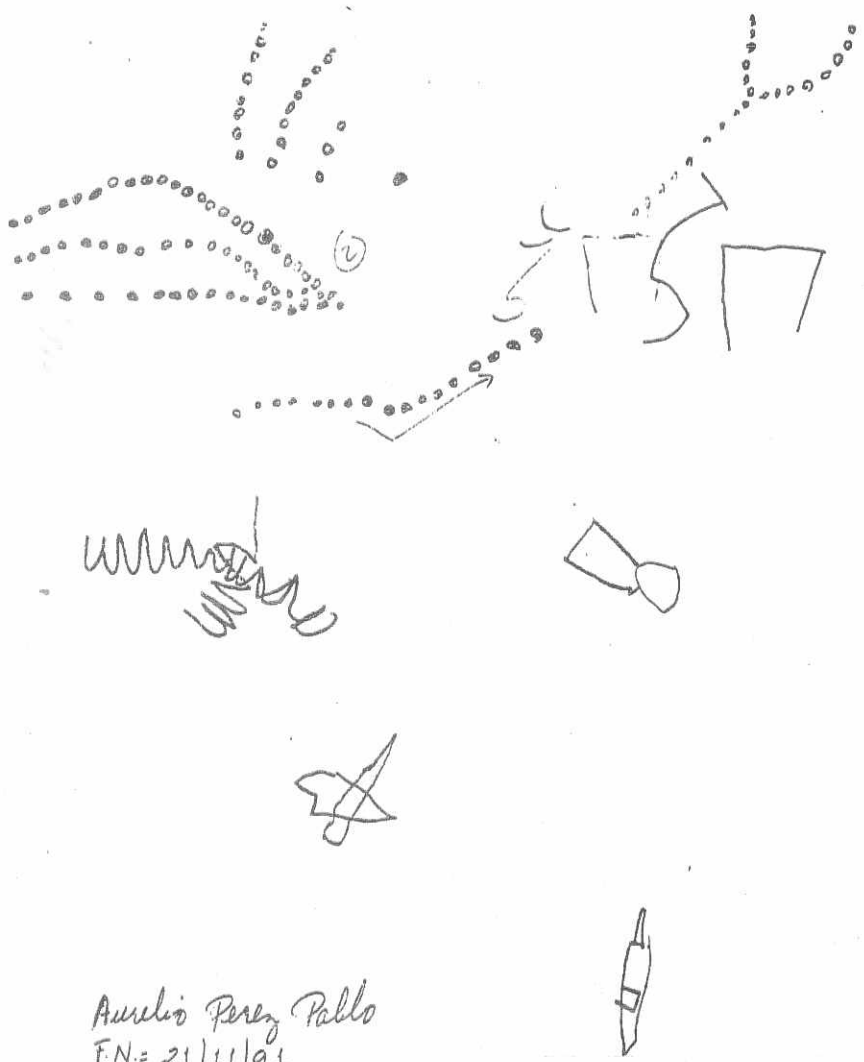
Presencia de 4 o más indicadores. _____ Desajuste emocional.

TEST BENDER/KOPPITZ CON 0 INDICADORES EMOCIONALES DE UN NIÑO RETORNADO DE LA ESCUELA 29 DICIEMBRE DE 1996



María García Paz
F.N = 18/9/90
27/5/98

TEST BENDER/KOPPITZ CON 4 INDICADORES EMOCIONALES DE UN NIÑO RETORNADO DE LA ESCUELA 29 DE DICIEMBRE DE 1996



Aurelio Perez Pablo
F.N.= 21/11/91.
19/5/98 - 12:18 - 12:30