

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MORBILIDAD FISICA Y CONDUCTUAL EN NIÑOS
DESPLAZADOS AL AREA URBANA



MARIELA DEL CARMEN VASQUEZ MEJIA

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I	Introducción	Pag. 1
II	Definición y Análisis del Problema.....	3
III	Justificación.....	5
IV	Objetivos.....	6
V	Revisión Bibliográfica. (Marco Teórico)	
A.-	Migración.....	7
B.-	Desplazamiento al área urbana y sus efectos en los menores.....	11
C -	Desarrollo del niño. Importancia de su estudio.....	16
D-	Trastorno de la Vinculación en la Infancia	23
VI	Metodología.....	26
VII	Presentación de Resultados.....	33
VIII	Análisis e Interpretación de Resultados.....	41
IX	Conclusiones.....	44
X	Recomendaciones.....	46
XI	Resumen.....	48
XII	Bibliografía.....	49
XII	Anexos.....	53
	Boleta de recolección de datos.	

I. INTRODUCCION

La migración es una alternativa que tiene una larga historia, misma que ha ocurrido por diversas razones; en múltiples zonas del país, dentro y fuera de sus fronteras; y en diversos grupos sociales.

Hace más de treinta años una de las causas masivas de migración en Guatemala fué el conflicto armado interno, afectando varios departamentos del país (12,28).

Actualmente se considera al factor económico causal del desplazamiento de varias familias guatemaltecas (10,29) trasladándose a zonas marginales no aptas para vivir, en busca de mejores expectativas de vida.

De toda la población desplazada se debe considerar a la población infantil como la más vulnerable y afectada, por lo que este estudio tiene como finalidad establecer el estado de salud físico actual, el desarrollo psicomotor, así como diagnosticar en ésta población en riesgo, el trastorno de vinculación en la infancia como problema conductual, puesto que es necesario que todo profesional relacionado con las Ciencias de la Salud conozca la realidad sociopolítico-económica y cultural del país ya que esto le permitirá tener una mejor relación médico-paciente y dar una mejor atención a la población.

Estudios como éste permite concientizar sobre la magnitud del problema y las repercusiones de tipo social, psicológico y somático en los menores migrantes desplazados al área urbana. Por tal motivo se decidió efectuar la presente investigación de tipo transversal descriptiva en las guarderías del C.A.M. (Centro de Atención al Migrante) pertenecientes al Arzobispado de Guatemala, ubicadas en el Mezquital y Villa Lobos II, mismas que tienen a su cargo niños migrantes de diferentes zonas rurales del país.

El trabajo de campo fué realizado durante cuatro semanas, tiempo durante el cual se observó la conducta de los menores, se realizaron pruebas de desarrollo, examen físico, y entrevista a los padres de familia; y cuya información se anotó en boletas elaboradas previamente (ver anexos 1 al 4). Para el efecto se obtuvo colaboración del personal que trabaja en las guarderías, del C.A.M. (Trabajadora Social y Psicóloga), así como de los especialistas que asesoraron este trabajo.

De la evaluación clínica, de los niños migrantes que asisten a dichas guarderías, se determinó como problema de salud más frecuente el relacionado con el estado nutricional, evidenciándose desnutrición crónica y aguda leve; siendo la mayoría patologías restantes, de tipo infecciosas. Con respecto a los problemas en el desarrollo, se encontraron niveles abajo del promedio en todas las áreas, siendo principalmente las relacionadas al aspecto personal social, motor fino y cognitivo.

De los 65 niños estudiados, trece se diagnosticaron con trastorno de vinculación en la infancia, aunque toda la población es de alto riesgo de presentar cambios conductuales posteriormente.

De las encuestas a los padres de familia, se determinó que la búsqueda de un mejor nivel de vida fué la única causa que motivó a migrar a las familias, situación que además favoreció la decisión para que los niños dejen el estudio y salgan a las calles en busca de trabajo, incrementando con ello el número de menores trabajadores.

Aunque todos los padres refieren amar a sus hijos, no tienen tiempo para compartir con ellos ni demostrárselo, pues por su trabajo se ven en la necesidad de dejarlos a cargo de las guarderías o con otras personas.

Los resultados del estudio, demuestran la importancia de que se realicen o promuevan iniciativas de ley, que promulguen la protección, oportunidad, capacitación y readaptación de los migrantes y sobre todo de los niños, en quienes dicho fenómeno es devastador en sus vidas.

II. DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Se define para este trabajo migrantes a las personas que han abandonado su lugar de origen en busca de una vida mejor en otro lugar.

Hay migrantes internos y externos, dentro de los migrantes internos existen los llamados desplazados, que son aquellos que al abandonar sus tierras no salieron de las fronteras de este país si no que se ubicaron en las montañas y en las zonas marginales y populares de extrema pobreza del área urbana, a este grupo se enfoca esta investigación, específicamente a la población infantil que por causas demográficas, económicas, y conflicto armado (anteriormente) migraron con su familia a esta capital (18,28).

Se estima que los menores desplazados internos en 1,984 eran 132,000 a 215,000 de las cuales entre 1,984 y 1,986 retornaron de 40,000 a 65,000 y como resultado 92,000 a 150,000 menores desplazados internos continúan buscando refugio en las montañas y en áreas urbanas importantes del país (9), haciendo frente a grandes restricciones físicas y sociales tanto si se encuentran en asentamientos, refugios o en zonas marginales.

Esto se explica por la incapacidad de los menores a adaptarse a un medio urbano organizado y excluyente, debido a su monolingüismo, analfabetismo, baja calificación como fuerza de trabajo, así como a la marginación que esta población ha sufrido en el último siglo.

En cuanto a su ubicación física en el medio urbano, están condenados a ser pobladores de áreas precarias donde afrontan riesgos de carácter ecológico, hacinamiento, falta de agua potable, luz eléctrica, letrinas, drenajes etc., incrementando así el riesgo de enfermedades, problemas psicológicos como experiencias traumáticas, (ya sea vivencia directa o indirecta de familiares violados, asesinados o secuestrados) emociones graves, carencias de afecto, miedo permanente, desconfianza, deficiente desarrollo y aprendizaje.

Por lo mencionado anteriormente, es importante reconocer que en la infancia los graves impactos psicosociales y culturales del desplazamiento, aún no han sido medidos y lo más grave es que aún son incipientes los programas que pueden dar atención a sus problemas tanto físicos como psicológicos (9,29).

A cinco años de ratificada la convención sobre los derechos del niño por la procuraduría de los derechos humanos y varias ONGs aun resta mucho trabajo por realizar y una innumerable población por cubrir, dentro de estos, los niños desplazados al área urbana(19,29,30).

La amplitud y profundidad que se esperan a partir de la firma de la paz no es cuestión que dependa de una firma... a secas existen diversos acuerdos los cuales deben conocerse y analizarse para formar parte de estrategias orientadas a la atención de grupos mas afectados, identificando problemas y dando solución al mismo.

El Arzobispado cuenta con un programa llamado CAM (Centro de Atención al Migrante), que se encarga de atender social y pastoralmente la problemática de los migrantes externos e internos estando a cargo de los misioneros extranjeros, cuenta con dos guarderías en los asentamientos, Villa Lobos II y Mezquital, donde asisten niños desplazados del país al área urbana. Debido a que es un problema en pleno siglo XX de gran magnitud, de trascendencia nacional, deben investigarse cada uno de los factores de riesgo que intervinieron en el déficit de desarrollo y de conducta de la población estudiada. Estos programas de atención deben ser integrales e identificar los trastornos de desarrollo, y aspectos clínicos que redundarán en la conducta de estos niños y poder modificarlos o solucionarlos. El hecho de no existir estudios en la población concentrada en estas guarderías, permite aportar no solamente beneficios para la atención pronta y oportuna de estos niños, sino la manifestación clara de quienes son las verdaderas víctimas de todo el proceso de la migración y el costo de consecuencias y complicaciones en sus vidas.

III. JUSTIFICACION

Debido a los diferentes problemas políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales que muchas familias guatemaltecas han presentado, la migración hacia al área urbana, ha sido una alternativa para la modificación de su calidad y estilo de vida.

Si bien, la migración del área rural a la ciudad capital es un fenómeno que ha existido desde hace mucho tiempo, las proporciones de este flujo, fueron modestas hace algunos años, sin embargo la migración a centros urbanos ha tenido un crecimiento significativo, ubicándose en áreas marginales y viviendo en condiciones desfavorables para su salud.

Si la población infantil es la más vulnerable a estos cambios, se comprende que será como consecuencia la más afectada tanto en salud como en su desarrollo y desenvolvimiento en el medio. Si no se realizan estrategias para controlar los efectos que la migración produce en este grupo etario, ya que estos se ven en la necesidad de enfrentarse a un ambiente hostil y desconocido, dejando atrás sus costumbres y tradiciones; enfrentando ahora como adultos, responsabilidades y condiciones inadecuadas para su crecimiento no pudiendo adaptarse al desarrollo del país ni funcionando como elementos importantes del sistema social.

Como profesionales en el campo de la salud, debemos conocer la realidad social, económica y física que el niño desplazado vive, para realizar acciones desde un punto de vista integral y con ello emprender y participar en propuestas para transformarla. Por tanto este estudio identificara la condición física y conductual en que se desenvuelve esta población, para que dentro de este contexto se planteen conclusiones y recomendaciones encaminadas a la atención de esta población.

Es importante que organizaciones Gubernamentales, no Gubernamentales, populares y no populares, inicien políticas socioeconómicas y salubristas apropiadas que merezcan la atención del niño desplazado. Pues este seguirá siendo un problema de gran magnitud, el cual tendrá que ser superado por la población infantil con tremendas dificultades.

IV. OBJETIVOS

A. General

Establecer la morbilidad física y conductual de los niños migrantes desplazados al área urbana que se encuentran ubicados en las distintas guarderías del Arzobispado, en los asentamientos Villalobos II y el Mezquital.

B. Específicos:

1. Determinar edad y sexo de los niños que asisten a las guarderías.
2. Identificar la causa más frecuente de morbilidad física en los niños migrantes que asisten a las guarderías.
3. Comparar su desarrollo psicomotor con la edad cronológica.
4. Identificar dentro del estado conductual el trastorno vinculado con la infancia.
5. Determinar la relación existente entre morbilidad física, desarrollo psicomotriz y el trastorno de vinculación de la infancia.

V. MARCO TEORICO

Para comprender la historia, magnitud y repercusiones del problema tratado en esta investigación, es importante que conozcamos algunas terminologías. Por lo que se inicia el marco teórico definiendo algunas de ellas.

A. MIGRACION

1. Definición

Se define MIGRACION: Como el abandonar su lugar de origen para establecerse en otro. La migración puede ser externa o interna. Entre la migración externa se tiene:

Inmigrantes, retornados, refugiados, deportados y repatriados.

En la migración interna: a los desplazados, trabajadores temporeros y empleadas domésticas (18).

LAS MIGRACIONES INTERNAS se consideran como un proceso social de distribución de la población, dentro del contexto de una sociedad global, caracterizada por una determinada estructura productiva.

LAS MIGRACIONES EXTERNAS son consideradas como un proceso de cambio social por la búsqueda de mejores recursos en otro país (31).

Según la ubicación geográfica en que se encuentren las personas migrantes, las razones que motivaron su desplazamiento y el reconocimiento internacional o el estatus jurídico otorgado por Naciones Unidas, mediante ACNUR, (Alto Comisionado de las Naciones Unidas) se puede definir de la siguiente forma:

DESPLAZADO : toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física o libertad ha sido vulnerada o se encuentra amenazada, debido a la existencia de cualquiera de las siguientes circunstancias: factores económicos, conflicto armado, factores demográficos, etc. De acuerdo al destino que tomaron estos grupos ha sido objeto de un trato completamente diferente, tanto por parte de organismos nacionales como de la ayuda internacional. Unos, lograron pasar la frontera del país y consiguieron el estatus de refugiados por el ACNUR, al momento de que estas personas, individual o colectivamente, deciden regresar al país, son considerados como retornados,

siendo parte de la ARDIGUA (Asociación de refugiados dispersos de Guatemala) y si regresan voluntariamente no formando parte de organizaciones, se les llama repatriados. (4,6,18)

Por ultimo las poblaciones desplazadas que no lograron pasar las fronteras y emigraron a diferentes áreas rurales y urbanas del país, son identificadas como desplazados internos; si es por causa económica, desplazados económicos; por conflicto armado existente, desplazados por violencia. A toda esta población se le reconoce como población desarraigada.

Los refugiados y desplazados internos son grupos de personas que comparten varias características: en su mayoría son campesinos indígenas del altiplano nor-occidental que comprenden el Quiché, Totonicapán, Solola, Huehuetenango, centro norte de Chimaltenango, además Quetzaltenango, San Marcos, Alta Verapaz, Baja Verapaz y Petén.

Entre la población desplazada se pueden encontrar distintas experiencias, según su lugar de desplazamiento, condiciones de supervivencia, formas de presencia del Estado y su reinstalación geográfica (4,28,31).

2. Magnitud y causas de la migración

La migración es una alternativa que tiene una larga historia, esta ha ocurrido por diversas razones; en múltiples zonas del país, dentro y fuera de sus fronteras; y, al interior de diversos grupos sociales.

Una de las causas de migración masiva en Guatemala fue el conflicto armado que se inicio hace aproximadamente treinta años, pero es en la década de los ochenta que tiene mayor connotación en el ámbito nacional e internacional.

En la década de los sesenta, el conflicto afecto algunos departamentos del nororiente del país como Zacapa, Chiquimula, Izabal, y poca presencia insurgente en la ciudad de Guatemala. La inmigración de personas provenientes de esa región a la capital, en esa época, se fundamento en la inseguridad. (28)

En la década siguiente (1970-78), con el agravamiento de las tensiones sociales internas derivadas de la tergiversación del segundo intento de democratización del país apartir de 1966, los movimientos insurgentes se localizaron en el norte y occidente, integrados por los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta y Baja Verapaz, áreas de población predominantemente rural e indígena, caracterizada por tendencias culturales y costumbres fundamentalmente pacificas. A principios de la década de los ochenta, cuando el conflicto se hace progresivo involucra a la población civil de las regiones y se producen los efectos en la población no beligerante.

Consecuencia de esta fase de conflicto interno armado se estima que produjo el desplazamiento de 1 a 1.5 millones de guatemaltecos rurales indígenas en 1981 y finales de 1982 (12,28).

En síntesis son niños que pasan de una etapa a otra sin vivir el proceso "normal" de cada una de esas etapas, pequeños adultos a quienes les a tocado enfrentar la vida permanentemente dejando en plano secundario lo que es propio del desarrollo infanto-juvenil. (23,29).

B. DESPLAZAMIENTO AL ÁREA URBANA Y SUS EFECTOS EN LOS MENORES

La experiencia del desplazamiento y la situación de los desplazados no es la misma en todos los casos; por el contrario se encuentran formas muy diversas, dependiendo del origen y causa del desplazamiento así como el medio ambiente al que los desplazados llegan.

Quizá las diferencias mas claras permitirán la siguiente clasificación:

1. Desplazados dispersos: se encuentran mezclados con la población restante, ubicándose en algunas zonas críticas del país por lo general en áreas marginales.

2. Desplazados asentados: se encuentran en grupos, por lo general bajo la protección de alguna organización o institución gubernamental o no gubernamental.

Es importante tener en cuenta esta diferencia, pues la experiencia, tanto originaria como la situación actual, puede variar en forma significativa y aún esencial.

Pero ambas guardan varios factores en común; por ejemplo: los impactos en la población infantil (28).

Los factores por los cuales son considerados estos niños de alto riesgo, son de índole diversa y compleja, sin embargo podríamos esquematizarlos en una forma resumida así: biológicos, psicológicos y socioculturales.

a. Biológicos

Según el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño, este debe disfrutar el más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

Pero existen diversos factores que contribuyen al constante empeoramiento de las condiciones de salud en los niños migrantes desplazados al área urbana haciéndose

evidente que el problema de salud debe necesariamente ser comprendido en el seno mismo de la estructura social y vinculada con condiciones higiénicas, nutrición, educación, acceso a los servicios de salud.

En 1990 de cada 100 nacimientos, 14 niños presentaban bajo peso al nacer, mientras que 36 de cada 100 menores de 5 años padecían desnutrición aguda, elevándose esta cifra en un 72 % en áreas rurales y marginales de la ciudad capital. Los problemas nutricionales de mayor envergadura, son la baja ingesta proteico calórica, deficiencia de vitamina A, deficiencia de yodo y hierro; en consecuencia la desnutrición infantil afecta al 85 % de los niños menores de cinco años de edad (29).

Para 1994 la tasa de mortalidad infantil fue de alrededor de 55 por mil nacidos vivos, en otras palabras 55 de cada 1,000 niños que nacen vivos morirán antes de cumplir 5 años. Esta tasa incrementa a 76.2 por mil nacidos vivos en los grupos mayenses, siendo la mortalidad más alta en áreas rurales y marginales de la capital (29).

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mortalidad de la población se debe en más del 64% a enfermedades infecciosas, nutricionales y perinatales. Las principales causas de mortalidad infantil son enfermedades diarreicas (30 %), infecciones respiratorias agudas (23%), enfermedades perinatales (20%) y desnutrición (4 %). Es decir el 80 % de las muertes infantiles son prevenibles (Ministerio de Salud Pública, Unidad de Información 1992).

Guatemala ofrece además condiciones favorables para la transmisión de vectores y los desechos sólidos constituyen un problema particularmente en el ámbito urbano donde se estima que solo el 20% es transportado a los rellenos sanitarios del 70 % recolectado (29).

Se conoce poca información en salud sobre los niños migrantes desplazados al área rural pero conociendo la problemática que los impulsa a migrar es evidente que sus condiciones en salud al venir a la capital no son óptimas, tendiendo a empeorar al ubicarse en esta capital, pues se ubican en asentamientos, la mayoría de ellos, de alto riesgo ecológico y carencia de servicios básicos, con viviendas no apropiadas para vivir considerándose solo un 22 % de estas seguras (29).

De acuerdo al estudio realizado por el Centro de Estudios Urbano Regional CEUR de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en mayo de 1990 existían aproximadamente 172 asentamientos, de los cuales 60 se clasificaron como precarios, 80 cercano mínimo vital y 36 mínimo vital, habitados en su mayoría por personas de áreas rurales (29).

Son, esta pobreza, malos hábitos higiénicos, hacinamiento, deficiencias nutricionales, analfabetismo, creencias y poco acceso a la salud, factores de riesgo para exacerbar las malas condiciones de salud ya existentes en esta población, reflejadas por las estadísticas anteriormente mencionadas, pues tanto en el área rural como al trasladarse a esta capital continúa siendo el grupo etéreo afectado.

Del total de la población desplazada, 200,000 personas buscaron refugio en Estados fronterizos de México con Guatemala como Chiapas, Quintana Roo, Campeche así como Honduras y Belice, en un flujo creciente que alcanza las 46,000 personas registradas oficialmente en mayo de 1983, adquiriendo estas el carácter de refugiados.

Alrededor de 154,000 personas mantuvieron el carácter de desplazados externos no registrados, sin el control ni la atención correspondiente por el gobierno del país de destino y de Naciones Unidas; de este total 81,000 corresponde a niños.

En 1982 de 0.8 a 1.3 millones de personas de esta región se consideraron como desplazados internos, constituidos en grupo de personas que huyo a las montañas a departamentos vecinos y a la ciudad capital.

Se estima que el total de menores afectados por la violencia política es de 551 a 826 mil, de los cuales 110,000 son desplazados externos y de 441 a 716 mil desplazados internos (28).

En Guatemala fue hasta septiembre de 1986, cinco años después de que ocurrieran los desplazamientos masivos, que se emitió el acuerdo para crear la Comisión Especial de Atención a Repatriados y Desplazados, implementando una política específica hacia los refugiados con el apoyo del Alto Comisionado para Naciones Unidas de Repatriados (ACNUR).

Dentro de los Acuerdos de Esquipulas II que los presidentes de Centro América, suscribieron para alcanzar la paz firme y duradera en Centro América, el 7 de agosto de 1987 en Guatemala, los gobiernos se comprometieron a atender con carácter de urgencia los flujos de refugiados y desplazados por la crisis regional, facilitando su retorno, reasentamiento o reubicación siempre y cuando fuese de carácter voluntario y se manifestase individualmente. Estos acuerdos fueron aprobados por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos en octubre y noviembre de 1987 (4,6,11)

Es importante aclarar que el desplazado interno es una categoría que no entra en el mandato de ACNUR, pues es considerado como una cuestión de carácter interno, por lo que este grupo queda excluido de la esfera de atención (4,23). Los efectos del enfrentamiento evidencian un proceso dramático de agudización de la pobreza y extrema pobreza, especialmente en el norte y occidente. Según declaraciones del procurador de los derechos Humanos Lic. Ramiro de León Carpio, a prensa libre, publicadas el 5 de octubre de 1990 se estima que en Guatemala existe un millón de desplazados internos de los cuales 92 a 150,000 son menores de edad. ¿Cuál es el factor que impulsa a la migración si el conflicto armado es un problema "resuelto con la firma de la paz"? Según la investigación realizada por la Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales AVANCSO en 1990, es la búsqueda de un ascenso social, las mejoras de las condiciones laborales y económicas (5).

Los efectos del enfrentamiento han evidenciado un proceso dramático de agudización de la pobreza y extrema pobreza particularmente

en el norte y occidente del país, afectando a más del 83% de la población nacional. De los nueve millones que para el año de 1993 nuestro país presentó cuatro millones seiscientos mil (más del 52 % de la población total) viven en extrema pobreza, de los cuales 8 de cada 10 niños son pobres, según el Primer Congreso Nacional de la Niñez realizado en el mes de julio de 1996, fenómeno que se observa principalmente en los sectores indígenas, dada la mala distribución de las tierras y carencia de medios para sobrevivir por ser una población eminentemente agrícola. Esto se confirma por el informe obtenido de la Secretaria General de Planificación Económica en febrero 1992, donde evidencia que el 65 % de la tierra fértil está en manos de un 2.2 % de la población total (4). Según datos proporcionados del INE (Instituto Nacional de Estadística) a Prensa Libre el 23 de febrero de 1999, la población en la ciudad capital se incrementó en un 3 % para 1994 y bajo un 2.5 % en el área rural, moviendo el avance de la tecnología agrícola y la pobreza en el campo a buscar mejores alternativas de vida, abandonando sus tierras y migrando a áreas urbanas pues por sus escasos recursos económicos no puede desplazarse al extranjero. Por lo tanto el factor económico una causa no solo actual sino de futuras migraciones a esta capital. Otros factores que han impulsado la migración en un menor porcentaje son problemas familiares, educación en niveles superiores o Universitarios, enfermedades y desastres naturales (terremotos, tormentas, inundaciones etc.)

La migración al área urbana ha sido una alternativa de mejorar la calidad de vida y las causas que la impulsan ha existido desde hace mucho tiempo, en diferentes partes de Centro América. La Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo, señaló en un reciente documento (según reportaje de Prensa Libre 23 de febrero 1999) que en 1980, 53 % de los centroamericanos formaba parte de la población rural; para 1996 esta proporción disminuye a 50.3%, y las estimaciones indican que para el 2030 solo el 28 % de la población tendrá carácter de rural.

En la ciudad de Guatemala, durante esta última década, la migración interna ha provocado incremento acelerado y desorganizado del área capital con el apareamiento de nuevos asentamiento y la invasión a lugares no aptos para vivir. De las 702,000 personas que habitan en estas áreas, el 40% son niños y en su mayoría migrantes o nacidos de familias migrantes, según el informe de UNICEF en noviembre de 1996 (29) formando parte del grupo de niños que viven en condiciones difíciles. Aunque la mayoría de población infantil vive en estas condiciones, este grupo lo hace en condiciones extremas por causas socioeconómicas, políticas, psicosociales o como consecuencia del conflicto armado interno siendo afectados en su proceso de desarrollo, de vida y de salud, enfrentando una serie de limitaciones para la vivencia y convivencia, siendo además expuestos a situaciones de maltrato, familias desintegradas, segundos matrimonios, tanto del padre como de la madre, hacinamiento y promiscuidad (10).

b. Sociales

El proceso por medio del cual un niño se convierte en un ser social se le llama socialización (Grusec Y Litton, 1988).

De acuerdo a los autores el proceso de socialización implica convivencia del ser humano en un mundo social.

Ello implica que la persona pertenece a un grupo que impone sus propias limitaciones y patrones de vida.

La niñez es precisamente el periodo el cual los seres humanos aprendemos estos patrones de comportamiento, que acontecen normalmente en el contexto familiar y en la interacción con los miembros que la integran. Por ello, en culturas como la nuestra y otras más se considera a la familia como el agente primario de socialización. Los padres juegan un papel importante pues ambos sirven de modelo en su desarrollo social, siendo una forma de aprendizaje: la observación y la imitación, es decir una de las formas que se da el proceso de socialización de un niño es observar lo que otros hacen (su forma de comportamiento). A medida que el niño crece aumentan sus posibilidades de relacionarse con otras personas, el contacto con otros de su misma edad y con adultos distintos a los padres amplía su mundo social, tras nuevas experiencias de éxito y fracaso, de aprobación y desaprobación, de frustración o alegría, lo ayudan a reafirmar el concepto de sí mismo (8).

En los niños desplazados estos patrones de aprendizaje han sido diferentes que el resto de la población infantil, pues algunos han sido testigos de conflictos armados, torturas y ejecuciones, han presenciado la pérdida de uno o ambos progenitores ya sea que murieron o emigraron a diferente lugar, hogares desintegrados, maltrato, ingreso a instituciones permanentes o temporales, delegando la responsabilidad a otros adultos, no teniendo ningún interés emocional con los niños. Es importante señalar que todos estos factores influyen en el desarrollo del niño, formando conductas agresivas, creando una situación de inseguridad y tensión, aumentando su ansiedad y repercutiendo en su conducta. (10,14,21).

c. Culturales

Los Estados reconocen el derecho de toda niña y niño al descanso y esparcimiento, al juego y las actividades recreativas propias de la edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes... (artículo 31 de La Convención de los Derechos del niño aprobada 26 de enero 1990 y ratificada por el Congreso de Guatemala en mayo del mismo año).

Guatemala es rica en tradiciones culturales. La cultura indígena sobretodo es conocida en todo el mundo por su historia y su resistencia para sobrevivir.

La cultura no es solo arte es la tradición independientemente de sus manifestaciones artísticas.

En Guatemala todo lo indígena se vuelve típico, se vuelve folklore ante los ojos mercantiles de los promotores del turismo. El idioma, el vestido, las creencias, la música, la religión y las costumbres, identifica a la población indígena. Pero durante siglos se ha dado una constante pugna entre la cultura ladina y la indígena cortando así estas expresiones. Es sumamente importante la influencia de la cultura en el desarrollo pues a medida que el niño va creciendo se encuentra con la necesidad de independencia, iniciativa, actividad y de autoformación por lo tanto necesita formarse hábitos y modificarlos de acuerdo a nuevas exigencias, adquiriendo la capacidad de adaptarse y por lo tanto adquirir madurez.

El desplazamiento de esta población a las áreas urbanas ha causado en los menores el dejar sus tradiciones adaptándose a una nueva forma de vida, idioma diferente, nueva vestimenta y trastornos del comportamiento, además de conductas imitadoras de modismos extranjeros perdiendo de esta forma poco a poco su identidad, y nuestra riqueza cultural(8,28,29).

d. Psicosocial

El hombre es una entidad biopsicosocial, producto de la interacción y determinación mutua de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales(15). Los niños migrantes desplazados presentan varios factores de riesgo que los hacen vulnerables, incrementando la posibilidad de padecer trastornos psíquicos.

Entre los factores de riesgo psicosocial más frecuentes descritos en la literatura encontramos:

- Huérfanos
- Padres Separados
- Padres ausentes del hogar
- Familia en extrema pobreza
- Niños que no asisten a la escuela
- Niños discapacitados o con enfermedad crónica
- Niño retornado o repatriado
- Niño cuyo hogar fue destruido o fue desplazado
- Familiares cercanos muertos en la guerra o víctimas de violencia
- Niño que sufrió directamente acciones de guerra (Niño Combatiente)

Consumo de drogas en la familia

Violencia intrafamiliar

Niño Maltratado o descuidado

Niño trabajador

Niño con trastorno de la conducta evidente o problemas sociales

Niño agresivo o violento

Problemas familiares frecuentes y significativos

Estos factores de riesgo son importantes porque indica la valorización de su conducta, es decir, 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 comunidad (1,11). Esto confirma el alto riesgo de la población infantil migrante desplazada al área rural y la importancia de la evaluación completa tomando en cuenta estas cuatro esferas.

3. Manifestaciones más frecuentes observadas en los niños como consecuencia al desplazamiento

- a. Tristeza prolongada o llanto fácil
- b. Expresiones de miedo
- c. Nerviosismo o ansiedad
- d. Temor a la separación de la familia
- e. Trastornos del sueño, pesadillas
- f. Ideas persistentes con gran carga emocional de los hechos traumáticos
- g. Temores
- h. Sentimientos de culpa
- i. Disminución de la autoestima
- j. Perdida de control de esfínteres, enuresis, eucopresis
- k. Succión frecuente del pulgar
- l. Dolor de cabeza
- m. Perdida de peso
- n. Retardo en el crecimiento y desarrollo
- o. Inadaptación o bajo rendimiento escolar
- p. Quejas o molestias en alguna parte del cuerpo, sin causa justificada.
- q. Alteraciones de la conducta (25,26).

Wstermarkc y Malinwki consideran que el ambiente y las formas de vida determinan la conducta a seguir(27).

C. DESARROLLO DEL NIÑO. IMPORTANCIA DE SU ESTUDIO

1. Concepto

El desarrollo del niño es el estudio científico de las formas cuantitativas y cualitativas normales en la que los niños cambian con el paso del tiempo. El cambio cuantitativo incluye cambios en la cantidad, como la altura, peso y cantidad de vocabulario. El estudio del cambio cualitativo es más complejo debido a que incluye cambios en la naturaleza de la inteligencia. Mediante el aprendizaje del curso normal del desarrollo, podemos observar los diferentes factores en la vida de un niño e intentar predecir el futuro comportamiento. Si nuestras observaciones aluden a problemas de este tipo, podemos tratar de modificar el desarrollo mediante el ofrecimiento de entrenamiento o tratamiento.

Los estudios del desarrollo del niño se sirven de un gran número de disciplinas incluyendo la psicología, sociología, antropología, biología, educación y la medicina.

a. Desarrollo físico

Los cambios en la estatura, peso, capacidad sensorial, habilidades motrices, desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud son todos parte del desarrollo físico y ejercen una influencia importante tanto en la personalidad como en el intelecto. (13).

b. Desarrollo Intelectual o cognitivo

A medida que el niño crece la mayoría de sus habilidades pueden caracterizarse como desarrollo intelectual. Una gran variedad de habilidades como el aprendizaje, lenguaje, memoria, razonamiento y el pensamiento, aptitudes o capacidades, cambian con el paso del tiempo y están íntimamente relacionadas con aspectos tanto motores como emocionales del ser (1).

c. Desarrollo Socio, Emocional de la Personalidad

Nuestra única forma de relacionarnos con el mundo, la manera como nos entendemos con otras personas y nuestros sentimientos, los cuales integran el desarrollo socioemocional de nuestra personalidad, afectan tanto los aspectos físicos como cognitivos de nuestra actividad (13).

d. Periodos de la Infancia

Prenatal : de la concepción al nacimiento

Infancia y la adquisición de la habilidad para caminar: del nacimiento a los tres años

Primera infancia: de los 3 a los 6 años

Infancia Intermedia : de los 6 a los 12 años

Adolescencia: de los 12-18 años (13,17,24).

Para fines de nuestro estudio se hablara hasta la Primera Infancia

i. El Período Prenatal:

Es el de mayor crecimiento físico en todas las etapas de la vida, es cuando el ser humano va desde una sola célula, hasta nueve meses después, un ser compuesto por miles de células. La estructura básica del cuerpo y de los órganos se forma, haciendo que esta época sea de gran vulnerabilidad, especialmente durante los primeros tres meses(13,17,24).

ii. La infancia y la etapa Anal

La primera parte de la segunda etapa, dura del año y medio a los dos años de vida. No obstante que los recién nacidos dependen naturalmente de los adultos sorprendentemente competentes. Pueden utilizar todos sus sentidos desde el nacimiento y son capaces de un aprendizaje sencillo. Estas habilidades mejoran rápidamente pues establecen vínculos con sus padres, hermanos y hermanas. Durante la etapa anal que van desde 18 meses a 3 años de edad aproximadamente los niños se vuelven altamente ágiles en el lenguaje y las actividades motrices y bastante independientes. Aunque los niños de esta edad la mayoría del tiempo con los adultos, muestran gran interés para con otros niños.

iii. Primera Infancia

De los 3 a los 6 años, el lenguaje se vuelve más importante para la vida de los niños les permite comunicarse mejor con sus compañeros de juego y con los adultos. En esta edad pueden pedir y obtener mejor que antes lo que desean, cuidarse por si solos y ejercitar el auto-control. Aunque ya reflejan muchas influencias de su cultura todavía tienen mucho que aprender, en su lenguaje, en el juego, en el dibujo, despliegan una gran actividad interesante de imaginación y creatividad. (13,17,24)

2. Desarrollo de la conducta

El movimiento humano constituye una realidad psico-fisiológica. Se distinguen los términos motricidad y psicomotricidad, no como tipos de actividad diferente sino como dos puntos de vista o niveles de análisis de una sola realidad.

La movilidad es considerada desde un punto de vista anatómico-fisiológico y neurológico

Movimiento considerado desde una situación estática, es la suma de la actividad de tres sistemas:

Sistema piramidal (Movimientos voluntarios)

Sistema extrapiramidal (Motricidad automática)

Sistema cerebeloso (armonía del equilibrio interno del movimiento)

Por el contrario, la psicomotricidad enfoca el movimiento desde el punto de vista de su realización, como manifestación de un organismo complejo que modifica sus reacciones motoras, en función de la historia individual, de los aprendizajes, de la situación, las motivaciones y las realizaciones interpersonales.

La realización del comportamiento motor, por el hecho de estar relacionado con la vida psíquica implica tres dimensiones, cada una de las cuales puede ser fuente de perturbaciones o trastornos de su desarrollo.

La dimensión de la función motriz, se refiere al desarrollo del tono muscular, equilibrio, control y disociación de movimientos: eficiencia motriz

La dimensión afectiva emocional considera el cuerpo como relación y destaca la manera de cómo se organiza el movimiento.

La dimensión cognitiva considera que el movimiento exige control de las relaciones espaciales, el dominio de las relaciones temporales y simbólicas.

La psicomotricidad es expresión de la personalidad porque cada vez que el niño pone en juego sus potenciales y adquisiciones psicomotrices también pone en juego su principal compromiso con la realidad, convivencia corporales y su percepción de sí mismo no solo demuestra que sabe o puede hacer sino su manera de ser o personalidad (1).

El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma como se comporta, comportamiento y conducta son términos adecuados para todas sus reacciones, sean ellas reflejas voluntarias, espontáneas o aprendidas. Así como el cuerpo crece la conducta evoluciona a medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento la conducta se diferencia y cambia, el crecimiento es por lo tanto formas o modos de conducta (3).

Gesell que no tiene una teoría de desarrollo pero elaboró una descripción de la conducta infantil, hasta los 5 años o sesenta meses de edad y hoy día se incluye entre los baby test.

Sostiene que el desarrollo incluso el mental está íntimamente ligado a la maduración del sistema nervioso y este a su vez a los rasgos y tendencias innatas que determinarán, en cierta vida futura capacidad de aprender, pero no excluye el ambiente próximo y el medio social (3).

El comportamiento tiene su raíz en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. La sincronización, uniformidad e integración en una edad predicen la conducta en otra posterior, él bebe con una corteza intacta seguirá teniendo desarrollo sano a menos que agentes orgánicos, experiencias psicológicas o acontecimientos sociales nocivos intervengan en el proceso (1).

a. Cinco campos de conducta

- i- Conducta adaptativa: que trata de la organización de los estímulos, la percepción de las relaciones la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la integración de estas en forma coherente.
- ii- Conducta motriz gruesa: Son todas aquellas reacciones posturales.
- iii- Conducta motriz fina: la constituyen el uso de las manos y principalmente los dedos, con el uso de movimiento de la pinza en coordinación con el ojo.
- iv- Conducta del lenguaje: permite determinar la organización del sistema nervioso central del niño, el lenguaje abarca todas las formas de comunicación visible y audible también incluye la imitación y expresión de lo que expresa a otras personas.

v - Conducta personal social: se refiere a las reacciones personales del niño ante la sociedad, hacia las normas de higiene, control de esfínteres, la capacidad de alimentarse etc. Pero todo depende de la madurez neuromotriz y su capacidad de adaptarse con lo que ha asimilado.

Los modos de comportamiento no son arbitrarios ni secundarias manifestaciones accidentales, constituyen auténticos resultados de un proceso integral de desarrollo que se realizan con ordenada sucesión.

El crecimiento y el desarrollo psicomotriz, no se realiza independientemente en distintas áreas o sistemas, sino que representa una continuidad de interacciones entre el potencial genético innato y el medio ambiente.

Esto en si es el desarrollo psicomotriz del niño.

Las potencialidades de cada individuo, pueden estar presentes en la sustancia genética del huevo fertilizado, pero también en cada individuo, el producto de realizaciones el grado de muchos factores y esfuerzos, como son: factor genético, nutritivos, socioeconómicos y emocionales. Así como culturales (13,24).

3. *Diagnóstico conductual en niños de cero a seis años*

El diagnóstico se basa primordialmente en la observación y su estimación mediante comparación con normas tipificadas, estas se usan para identificar y valorar la conducta que un cierto niño exhibe.

El examen de conducta no trata de deducir C.I. (cociente intelectual) o la E.M.(edad mental), ni tampoco constituye una medición de la inteligencia como tal. Es tan solo un examen en relación con la madurez y la salud. En este caso el médico ejerce su responsabilidad protegiendo el desarrollo total del niño que se encuentra a su cuidado, y entre otros recursos para lograrlo apela a un examen simple, analítico del estado de la conducta.

Desde el punto de vista del diagnóstico nos interesa saber como reacciona el niño a superficies verticales, horizontales, frente a superficies restringidas o ilimitadas y frente a la relación entre objetos y superficies (3,13).

Entre los instrumentos para evaluación de conducta a esta edad tenemos el Test de Gesell, consiste en un protocolo que indica que debe realizar el niño a partir de su nacimiento hasta los 6 años (14), teniendo este test de conducta la misma lógica que cualquier prueba funcional de clínica neurológica sirve para revelar lesiones, defectos y retardos en la organización del sistema nervioso.

Están contruidos para revelar fracasos y desviaciones en el desarrollo, así como para establecer la normalidad y también descubrir desviaciones de menor importancia en niños relativamente normales.

El material que se utiliza es muy sencillo y cabe perfectamente en una caja o pequeña maleta llamada caja de Gesell, el niño reacciona a estos objetos como si fuera material de juego. En efecto para él lo son pero para el examinador constituyen instrumentos dedicados a estimular formas de conducta.

Otra de las pruebas es la de Dember, que es un resumen de Gessel, ofrece un camino de asesoramiento sencillo para el desarrollo y conducta del infante se tipifica este estudio sobre la base de experiencias amplias realizadas entre la población de Dember en Colorado USA en 1980. De la evaluación del desarrollo que constaba de 115 conductas se seleccionó de forma selectiva una escala completa del desarrollo integral del niño (EDIN) elaborado con base a unas muestras de 919 niños costarricenses clínicamente sanos.(1,2).

a- Parámetros para la evaluación del desarrollo psicomotriz en el niño

El gráfico de desarrollo psicomotriz de Edin, consiste en una serie de casillas en donde aparecen descritas las conductas que ejecuta la mayoría de niños desde su nacimiento hasta la edad de 6 años.

En cada casetilla se puede observar un punto central, que servirá para trazar un gráfico de desarrollo al finalizar la evaluación.

Para evaluar al niño se busca en la casilla de fases la edad del niño, y en las casillas del lado hallaran las conductas esperadas que este pueda realizar de acuerdo con la edad.

Entre el procedimiento podemos describir el siguiente:

Evalúe al niño área por área. Marque con una x en el gráfico de desarrollo todas aquellas conductas que el niño pueda desarrollar; continúe evaluando todas las conductas siguientes hasta que ya no pueda continuar. Significa que en esa área el niño esta avanzando en el desarrollo.

Si el niño no realiza la conducta esperada para su edad en un área de desarrollo evaluada, evalúe la que se espera en un área inferior hasta que logre efectuar una. Quiere decir que este niño se encuentra retrasado en el desarrollo en dicha área.

En algunas casillas aparecen dos conductas esperadas en tales casos se espera que el niño realice ambas acciones para considerar que se encuentra funcionando adecuadamente, si solo realiza una, evalúe la conducta posterior.

Una vez terminado de evaluar, una los puntos de la casilla

Finalmente anote la edad que el niño tiene el día que lo evalúa. (2)

LISTA DE MATERIALES USADOS

- un sonajero (chin-chin)
- dos campanitas
- un pompon de lana roja (bola de lana)
- una pelota de hule

- 4 cubos de madera
- un jarro plástico
- una cuchara
- ocho cubos de madera
- un espejo rectangular
- un lápiz
- una lamina con dibujos
- diez cuentas para ensartar
- un metro de tela de un solo color
- un aro de madera(2).

En septiembre de 1998 se estandariza una prueba de desarrollo, siendo esta una modificación de Edin (descrita anteriormente), pero adaptada a la población rural, tomando para su elaboración, una población de niños comprendidos en las edades de 0-6 años, del interior del país, tratando de estimularlos con instrumentos conocidos y de fácil adquisición, como por ejemplo: piedras, botes, tapitas etc. Estando ya comprobada su eficacia en poblaciones rurales y avalada por la Facultad de Psicología, dicha prueba la consideramos de mayor utilidad para la evaluación del desarrollo en niños desplazados del área rural, pues conocerán los objetos utilizados, evitando de esta forma falsas respuestas al examen por desconocer los materiales de evaluación, además podrán ser usados para examinar niños que ingresen a la guardería o comparar el progreso de los que presenten retraso ya que los objetos son de fácil adquisición y la tabla de manejo sencillo. Esta prueba evalúa las siguientes áreas:

Reflejos: (solamente en recién nacidos), son respuestas automáticas, mecánicas

Motora gruesa: Comprende habilidades que el niño va adquiriendo para mover armoniosamente los músculos del cuerpo.

Motora fina: Abarca las destrezas que el niño va adquiriendo con el uso de las manos.

Cognoscitiva: Abarca el proceso mediante el cual el niño va adquiriendo conocimiento sobre sí mismo, de los demás y del mundo en que vive. Comprende el estilo que el niño utiliza para pensar, aprender e interpretar las cosas.

Lenguaje: Todas las conductas que le permiten al niño comunicarse con el medio que le rodea. Comprende los sonidos que emite y aquellos que emite e interpreta, los gestos que acompañan la conversación, manejo de símbolos verbales y gráficos.

Socioafectiva: Abarca el proceso por medio del cual el niño aprende a comportarse dentro del hogar, amigos y compañeros de la escuela

Salud y Nutrición:

Abarca conductas que ayudan al niño a conservar su salud física, entre ellas alimentación, sueño y limpieza. Estos cambios dependen principalmente de los adultos que lo cuidan. (1)

Cuando existe algún tipo de deficiencias en estas áreas debe investigarse alteraciones conductuales entre estas trastorno de la vinculación de la infancia.

D. TRASTORNO DE LA VINCULACION DE LA INFANCIA

La característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación es una relación social, que en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se manifiesta antes de los 5 años de edad y se asocia a un ambiente patológico.

Hay dos tipos de presentaciones.

En el tipo inhibido, el niño esta persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de un modo sumamente inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente (7).

En el tipo desinhibido se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación (7).

El trastorno además de un retraso en el desarrollo, por definición, se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño, relativas a bienestar, estimulación y afecto, desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño o cambios repetitivos de cuidador primario, lo que evita la relación de vínculos estables(7).

Subtipos:

Tipo inhibido: En este tipo la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto.

Tipo desinhibido: Se utiliza este subtipo si la alteración predominante de la relación social consiste en una sociabilidad indiscriminada o una ausencia de selectividad en la elección de figuras de vinculación.

1. Síntomas y Trastornos Asociados

Algunas situaciones (hospitalización prolongada, pobreza extrema o inexperiencia de los padres) predisponen a la práctica de una crianza patológica.

El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia puede asociarse a retrasos en el desarrollo, trastorno en la ingestión alimentaria, pica, trastorno de rumiación etc.

Hallazgo de laboratorio:

Puede haber hallazgos coherentes a desnutrición

Hallazgos de la exploración física y enfermedades medicas asociadas:

La exploración física puede descubrir algunas enfermedades médicas asociadas capaces de contribuir o ser consecuencia de deficiencias en el cuidado del niño (retraso en el crecimiento, maltrato).

Curso:

Suele aparecer en los primeros años de vida y, por definición antes de los 5 años. Su curso puede variar en función a factores individuales del niño y de los cuidadores, la gravedad y la privación de la sociabilización asociada la naturaleza de la intervención. Si se suministra el apoyo ambiental adecuado, pueden producirse remisiones o mejorías considerables. De otro modo el trastorno discurre según un curso continuo.

Diagnóstico Diferencial

El trastorno reactivo de la vinculación, debe diferenciarse del trastorno autista y de otros trastornos generales del desarrollo. El trastorno general del desarrollo, los vínculos selectivos o no se demuestran, o son sumamente anómalos, pero en cualquier caso esto sucede en un ambiente potencialmente razonable y acogedor. A diferencia de lo que sucede en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el comportamiento desinhibido se asocia característicamente a un intento por establecer vínculos sociales tras una relación sumamente breve.

Una crianza patológica es una característica definitoria del trastorno de vinculación. Puede quedar justificada una calificación adicional de maltrato infantil, abandono infantil o problema de las relaciones padres-hijos. Cuando una crianza intensamente patológica no provoca alteraciones relevantes de la relación social, más que un trastorno de vinculación puede hablarse de abandono infantil o de problema en las relaciones padres-hijos (7).

2. Criterios para el diagnóstico del trastorno de vinculación de la infancia

A- Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alterada e inadecuada para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puesto de manifiesto por:

1- Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel del desarrollo, manifestada por

respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o sumamente ambivalentes y contradictorias.

2- Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados.

B- El trastorno del criterio A no se explica exclusivamente por retraso en el desarrollo y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C- La crianza patológica se manifiesta por una de las siguientes características:

D- 1- Desestimación permanente de las necesidades básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.

2- Desestimación persistente de las necesidades físicas del niño

3- Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de Vínculos estables.

E- Se supone que la crianza descritas en el criterio C es la responsable del comportamiento alterado del desarrollo del niño.

Tipo inhibido: si predomina el criterio A-1 en la presentación clínica

Tipo desinhibido: Si predomina el criterio A-2 en la presentación clínica.

3. Boleta de cotejo observacional

Consiste en un instrumento elaborado por la persona que realizara un estudio de actitudes o acciones, en niños de edad preescolar, ya que la mayor parte de Diagnósticos en esta población es a base de Entrevistas y Observación. Esta boleta variara de acuerdo a los objetivos que pretenda alcanzar el investigador, y deberán estar basadas en test estandarizados, tomados entre los patrones de normalidad, según el análisis realizado por los especialistas en el campo de psicología. Para el presente estudio se ha elaborado una boleta observacional, con expertos en Psicología tomando como base para su realización los objetivos trazados en esta investigación y los Criterios del DSM - 4 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. De la American Psychiatric Association de 1995.

El DSM 4 es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos, basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Las categorías, los criterios y definiciones diagnósticas deben ser utilizadas por personas con experiencia clínica. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico. Este manual fue elaborado con el propósito de ser utilizado en poblaciones de distinto ámbito cultural. Los médicos que realizaron el manual visitaron diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales. (Incluidos inmigrantes). La amplia aceptación internacional de este manual implica que es una herramienta muy útil para identificar padecimientos en pacientes de diversas partes del mundo. Existiendo pruebas que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos, están influidos por factores étnicos y culturales. (7)

VI. MATERIALES Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de corte transversal, descriptivo.

2. SUJETO DE ESTUDIO:

Niños de ambos géneros y edades que asisten a las guarderías del Centro de Atención al Migrante ubicadas en los asentamientos Villa Lobos II y Mezquital en la ciudad capital.

3. TAMAÑO DE LA POBLACION:

Se tomó el total de los niños que asistieron a las guarderías y que cumplieron con los criterios de inclusión siendo la población estudiada 65 niños, 34 de sexo femenino y 47 sexo masculino.

4. CRITERIOS DE INCLUSION:

Niños de ambos géneros que asistieron a las guarderías del programa del Arzobispado, y migraron a áreas marginales de esta ciudad.
Niños de 3 a 6 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Niños de familias migrantes, nacidos en esta capital.
Niños con problemas psicomotrices secundarios a trauma físico, antecedentes gineco-obstetricos, neurológicos etc.

5. VARIABLES

Niño migrante desplazado al área urbana.

Morbilidad física

Desarrollo psicomotor

Trastorno Vinculado con la Infancia

Edad

Sexo

<i>variables</i>	<i>definición conceptual</i>	<i>definición operacional</i>	<i>tipo de variable</i>	<i>unidad de medida</i>
niño migrante desplazado al área urbana	niño que abandona su lugar de origen y migra en su mayoría a áreas marginales	todos los niños que migraron a esta capital referidos por padre, madre o tutor y actualmente se encuentran asistiendo a las guarderías del C.A.M.	Cualitativa	documentación de archivo de ingreso formalmente presentada en la oficina de la guardería del Arzobispado de cada niño en particular, así como el documento original (fe de edad) donde existe fecha de nacimiento y lugar.
morbilidad física	personas que enferman físicamente en una población y tiempo determinado	Evaluación clínica a todos los niños que asisten a la guardería, determinando los casos que presenten enfermedad física actual. Evaluación a realizar por investigador y pediatra durante el tiempo que dure la misma.	Cualitativa	por medio de la Historia Clínica y examen Físico se identificarán niños con ausencia o presencia de enfermedad identificando signos y síntomas y determinando su respectivo diagnóstico

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>tipo de variable</i>	<i>unidad de medida</i>
Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia	Conducta social que se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se asocia a una crianza patológica que puede adoptar la forma de desatención de las necesidades físicas, emocionales y afectivas.	Observación de la conducta del niño, por psicólogo e investigador proceso que se describe en la boleta observacional se realiza entrevista a encargado del niño para identificar factores de riesgo de un hogar patológico y con los datos obtenidos del examen físico y desarrollo psicomotor. Se realiza análisis comparativo con los criterios para él diagnóstico según el DSM-IV.	Cualitativa	la unidad de medida se basa en los criterios del DSM-IV. ambiente patológico, desarrollo bajo para la edad cronológica, morbilidad como desnutrición al examen físico, cambios conductuales. predomina criterio A-1 en la presentación clínica es tipo inhibido y si predomina criterio A-2 será tipo desinhibido.
Desarrollo psicomotor	propiedad elemental que tienen los órganos de crecer y modificarse hasta llegar a una relación sincronizada en sus efectos motores.	Examen del desarrollo motor, lenguaje y social del niño conforme edad. Resultados normal, bajo o alto.	cualitativa	La unidad de medida del desarrollo psicomotor se realiza a través de la prueba de Dubin modificada evaluando diferentes áreas.

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>tipo de variable</i>	<i>unidad de medida</i>
Edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	fecha de nacimiento referido por el padre o encargado y documentado original (fe de edad del niño)	Cuantitativa	años, meses, días.
Genero	Grupo taxonómico de especies que poseen uno o varios caracteres comunes	Evaluación Observacional de características anatómicas realizada por pediatra e investigador	Cualitativa	Hombre Mujer

6. Consideraciones éticas

Se realizó dicha investigación previa autorización del Centro de Atención de Migrante, y de las encargadas de las guarderías.

La información obtenida sobre el estado de salud y las condiciones psicosociales de niño fue de una forma voluntaria, de carácter confidencial, previa aprobación del padre o encargado del niño. Pasando a formar parte del archivo de la guardería.

7. Procedimiento seguido (ejecución)

Se estableció relación de confianza con los niños de la guardería.

Entrevista directa con los encargados de los niños en las guarderías y los padres de familia.

Observación de la conducta de los niños, durante el transcurso de la investigación.

Examen clínico y referencia de los niños evaluados cuando fuese necesario.

Evaluación del desarrollo psicomotriz del niño, de acuerdo a su edad cronológica basados en la tabla de desarrollo de Dubin, modificada para el área rural.

Recopilación de los datos obtenidos, para la implementación de un archivo de seguimiento.

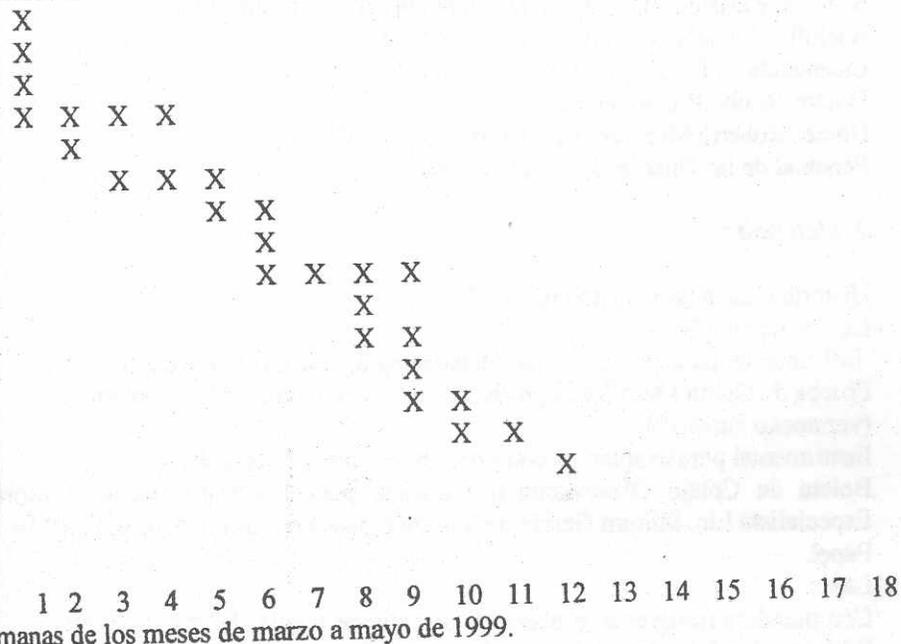
Interpretación de los resultados.

8. Análisis Estadístico

Frecuencia y Porcentajes

GRAFICA DE GANT

Actividades



ACTIVIDADES

- 1- Selección del tema y del proyecto de investigación
- 2- Elección de Asesores y Revisor
- 3- Aprobación del Proyecto por el Centro de Atención al Migrante
- 4- Recopilación del Material Bibliográfico
- 5- Aprobación del tema por la Unidad de Tesis
- 6- Elaboración del Proyecto Juntamente con Asesor y Revisor
- 7- Aprobación de Protocolo por la Unidad de Tesis
- 8- Diseño de Instrumentos para la Recopilación de la Información
- 9- Ejecución de Trabajo de campo y Recopilación de la Información
- 10- Procesamiento de Resultados y elaboración de gráficas y tablas
- 11- Análisis, Discusión de Resultados, elaboración de conclusiones
- 12- Presentación del Informe Final para Correcciones
- 13- Aprobación del Informe Final
- 14- Impresión del Informe Final y Trámites Administrativos
- 15- Examen Público y defensa de la Tesis.

B. RECURSOS

1. Humanos:

Niños que asisten a las guarderías atendidas por el Arzobispado.

Bachiller Mariela del Carmen Vásquez Mejía

Licenciada en Psicología Miriam García de Ybarra

Doctor Jacobo Ruano, Pediatra.

Doctor Roberto Morales, Epidemiólogo y Salubrista

Personal de las Guarderías y del C.A.M.

2. Materiales:

Historia clínica (ver anexo número 3.)

Curvas de NCHS.

Instrumental para examen físico (estetoscopio, otorrinolaringoscopio etc.)

Prueba de Dubin Modificada por la Lic. en Psicología Carmen Fernández.

(ver anexo número 4)

Instrumental para examen psicomotriz (botes, piedras, lana etc.)

Boleta de Cotejo Observacional realizada por el investigador y Asesoría de

Especialista Lic. Miriam García de Ybarra basados en los criterios del DSM - IV.

Papel.

Lápiz.

Computadora (programa procesador de palabras y hoja electrónica exele)

Bibliografía obtenida del Centro de Documentación del Migrante, de la biblioteca

de atención al Migrante, biblioteca USAC, biblioteca OPS, Centro de

Documentación UNICEF, PAMI, CEAR, FONAPAZ, Universidad del Valle.

3. Físicos:

Guarderías del Centro de Atención del Migrante ubicadas en Villa Lobos II

Mezquital.

Facultad de Medicina.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO N. 1

Edad y Genero de los niños que asisten a las guarderías del Centro de Atención al Migrante (C.A.M.) del Arzobispado de Guatemala, evaluadas en los meses de marzo y abril de 1999.

Edad	Genero femenino		Genero masculino		Total	
	N.	%	N	%	N	%
menor de 4 años	7	10.76	5	7.69	12	18.46
De 4 a 5 años	22	33.84	18	27.69	40	61.54
mayor de 5 años	5	7.69	8	12.30	13	20
Total	34	52.29	31	47.69	65	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO N. 2

Lugar y causa de migración en las familias de los niños que asisten a las guarderías del CAM durante los meses de marzo, abril de 1999.

Lugar de origen	Número	Porcentaje	Causa de migración	N.	%
Escuintla	8	12.3			
Santa Rosa	8	12.3			
Jutiapa	7	10.7			
Progreso	6	9.2			
Quiché	5	8			
Chiquimula	3	4.6			
Cobán	3	4.6			
Sololá	3	4.6	Factor económico	65	100
San Marcos	3	4.6	mejor ocupación		
Retalhuleu	3	4.6			
Zacapa	3	4.6			
Suchitepequez	3	4.6			
Chimaltenango	3	4.6			
Sacatepequez	3	4.6			
Huehuetenango	2	3			
Jalapa	2	3			
Total	65	100			

Fuente: Boleta de Recolección de datos

CUADRO N. 3

Estado de Salud Físico de los niños migrantes internos evaluados en las guarderías del C.A.M. durante los meses de marzo y abril de 1999.

Problema de Salud	número	porcentaje
Desnutrición crónica leve	25	34 %
Desnutrición aguda leve	20	31 %
Pediculosis capitis	16	25 %
sarcoptiosis	13	20 %
Infección respiratoria superior	12	18 %
Impétigo	11	17 %
Heridas corto contundentes	5	8 %
micosis	2	3 %
quemaduras de I y II grado	3	5 %
Celulitis en Miembro inferior	1	2 %
Herpes Zoster	1	2 %
Papilomatosis	1	2 %
Varicela	1	2 %
Disenteria	1	2 %

n = 65

Fuente: Boleta de Recolección de datos (historia Clínica).

Cuadro N. 4

Evaluación del Desarrollo Psicomotor de los niños migrantes internos comparado con su edad cronológica. Guarderías del Arzobispado, (Centro de Atención al Migrante), marzo-abril 1999.

área evaluada	acorde a la edad cronológica		arriba de la edad cronológica		Debajo de la Edad cronológica		total
área motora gruesa	28	43 %	13	20 %	24	36.9 %	65
área motora fina	25	38.46 %	11	16.9 %	29	44.6 %	65
Lenguaje	30	46 %	12	18.4 %	23	35 %	65
Cognoscitiva	29	44.6 %	8	12.3 %	28	43 %	65
Personal Social	7	10.7 %	18	27.6 %	40	61.5 %	65

Fuente: Test de desarrollo Dubin modificado para niños del área rural

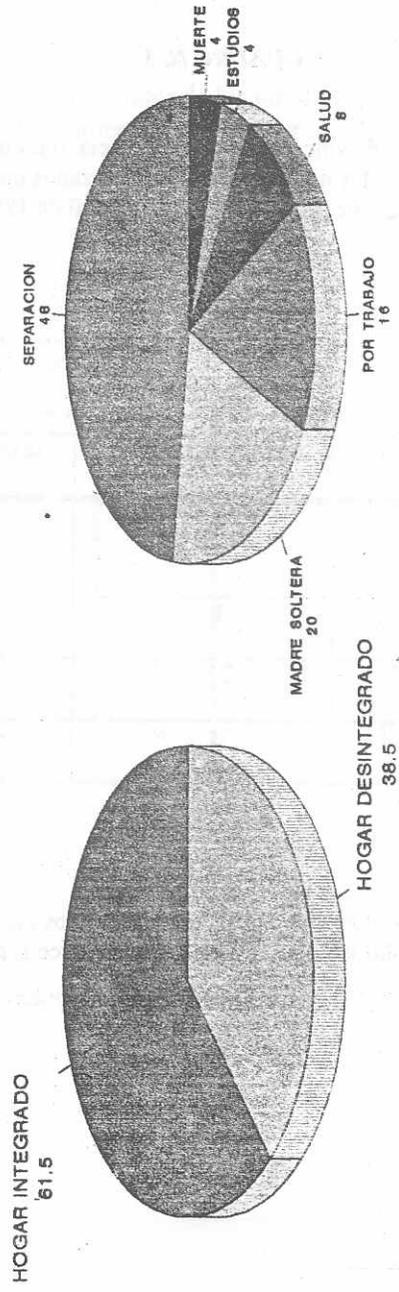
CUADRO N. 5

Diagnóstico del Trastorno de vinculación en la infancia (como problema conductual) según sexo, en los niños migrantes desplazados que asisten a las guarderías del C.A..M. durante los meses Marzo - Abril de 1999.

Trastorno conductual	sexo femenino	sexo masculino	Total %
tipo inhibido	4	1	5 (7.69%)
tipo desinhibido	3	5	8 (12.3%)
sin trastorno conductual	27	25	52 (80 %)
Total	34	31	65 (100 %)

Fuente: Boleta de Cotejo Observacional, Entrevista a los padres, Historia clínica, Prueba de desarrollo y Criterios para el Diagnóstico según el DSM-4.

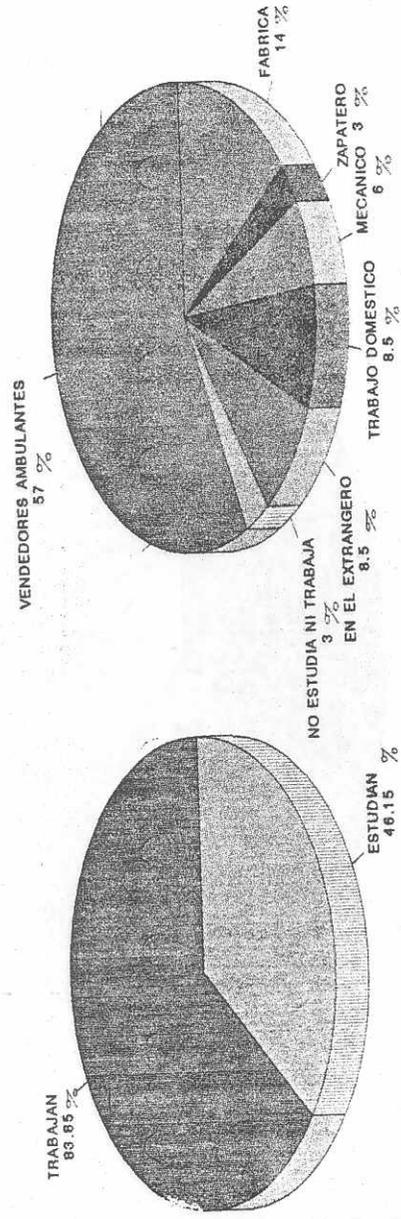
GRAFICA No. 1
ESTABILIDAD FAMILIAR Y CAUSAS DE DESINTEGRACION
EN FAMILIAS DE NIÑOS MIGRANTES QUE ASISTEN A LAS GUARDERIAS DEL C.A.M. DURANTE MARZO-ABRIL 1999.



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

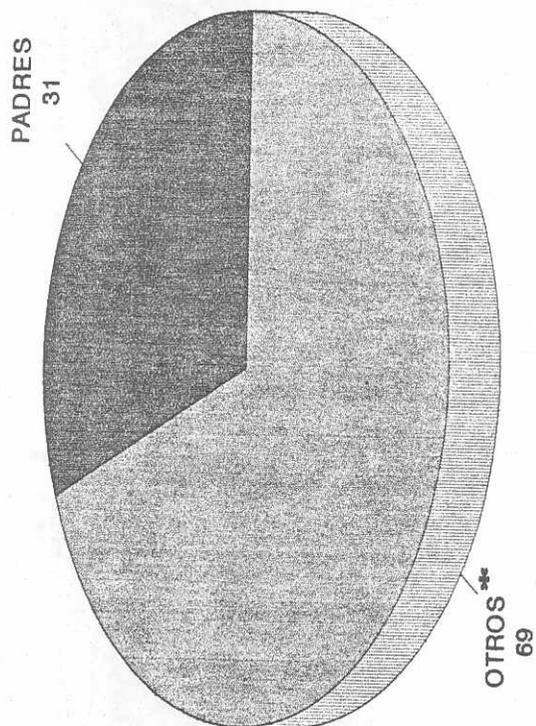
38

GRAFICA No. 2
PORCENTAJE DE HERMANOS MENORES DE EDAD DE NIÑOS MIGRANTES QUE ESTUDIAN O TRABAJAN
EN FAMILIAS DE NIÑOS MIGRANTES QUE ASISTEN A LAS GUARDERIAS DEL C.A.M. DURANTE MARZO-ABRIL 1999.



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

39



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

*HERMANOS, ABUELOS, TIOS, VECINOS.

VIII ANÁLISIS E INTRPRETACION DE RESULTADOS

El cuadro N. 1 evidencia que la mayoría de niños migrantes, desplazados al área urbana que asisten a las guarderías del Arzobispado, se encuentran entre las edades de 4-5 años, con un 61.5 %; le sigue el grupo de menores de 3 años (18.4 %) y representando ambos el 79.9 % de la población. Estos datos nos reflejan que los niños en edades tempranas permanecen con sus padres o la posibilidad de llevarlos a sus trabajos; a mayor edad los niños inician su ausentismo en las guarderías, con la posibilidad de ingresar en el aspecto productivo-económico de sus familias.

En el cuadro N. 2, se presenta el lugar y causa de migración de las familias cuyos hijos asisten regularmente a las diferentes guarderías del C.A.M. Observándose la diversidad de lugares de origen de las personas que deciden migrar a la capital teniendo como único factor causal el mejoramiento de su nivel económico. Siendo los departamentos con mayor número de migrantes ,en este estudio, Escuintla y Santa Rosa.

La evaluación de los 65 niños entre las edades comprendidas de 3 a 6 años de ambos sexos, por medio de historia clínica y examen físico, así como su estado nutricional a través de las curvas del NCHS ,demostro que el 34 % de la población migrante presenta desnutrición crónica, 31 % desnutrición aguda; encontrándose otras patologías como: pediculosis (25 %) sarcoptiosis (20 %) Infecciones respiratorias (18 %) entre las más frecuentes.(cuadro numero 3). Dichas enfermedades son en su mayoría de causas previsibles secundarias a malas condiciones higiénicas y nutricionales que por mucho tiempo familias del área rural han padecido en mayor porcentaje (29); y donde el factor cultural se ha mencionado como una gran barrera para la erradicación de estas (28). La desnutrición, con un 65% en el presente estudio, refleja las precarias condiciones de salud de esta población, sumando el desgaste sometido por el resto de patologías. Obviamente es el resultado de las condiciones y estilos de vida durante el transcurso de sus años.

Los resultados de la evaluación del desarrollo Psicomotor de los niños que asistieron regularmente a las guarderías durante los meses de marzo y abril de 1999 se presentan en el cuadro N. 4 utilizando para dicha evaluación la prueba de Dubin modificada para niños del área rural. Es evidente el retraso, según la edad cronológica, en el área personal-social en un 61.5 %, evaluando dicha área hábitos higiénicos así como la relación hacia otras personas. Esto revela el poco conocimiento que es transmitido en estas prácticas y el poco desarrollo humano en la edad de la niñez. La segunda área en orden de frecuencia mas afectada, fue el área motora fina y Cognitiva en un 44.3 y 43 %, respectivamente. Lo anterior evidencia la poca estimulación temprana que reciben estos niños por sus padres en pro del desarrollo de todo su potencial, situaciones de vital importancia para su desenvolvimiento presente y futuro.

De los niños evaluados, fueron diagnosticados 13 casos con trastorno de vinculación en la infancia (como problema conductual); siendo el tipo inhibido más frecuente en el sexo femenino y el desinhibido en el sexo masculino (cuadro numero 5)

En el 20% de la población se determinó el diagnostico del trastorno de la vinculación en la infancia, como problema conductual, no existiendo diferencia significativa entre ambos géneros, pero sí una relación en la evolución del desarrollo personal-social, lenguaje , cognitivo, así como la desnutrición leve y crónica , lo cual denota problemas de tipo social y de afecto con gran riesgo del padecimiento de mayores problemas conductuales.

Es importante hacer énfasis que el 38 % de estos niños viven en hogares desintegrados por diversas razones (grafica N. 1) siendo la causa mas frecuente la separación de la relación en padres y madres solteras ; lo cual da una inestabilidad familiar al menor en todos los aspectos.

El 69 % de los niños no se encuentran al cuidado de los padres de familia (al salir de las guarderías) ya que estos por el trabajo se ven en la necesidad de dejarlos con otras personas, entre ellas la abuela, hermanos, vecinos o solos (grafica N.2) Lo

anterior demuestra el poco tiempo que padres de familia comparten con sus hijos y la necesidad de estos de buscar modelos de conducta en otros lugares.

No todos los niños al salir de las guarderías, o por ser de edad que no permiten el ingreso a estas, asisten todos a la escuela como se demuestra en el gráfico N.3 ya que se dedican a trabajar. Lo anterior se dedujo en la pregunta realizada a los padres de familia, al interrogarles sobre los niños que no tienen en las guarderías y que aun son menores de edad. Dándonos a grandes rasgos un panorama sobre el beneficio que estos menores tienen al permanecer en lugares donde les brinden atención, pues los que no tienen la oportunidad incrementan el analfabetismo y el número de menores trabajadores.

IX. CONCLUSIONES

1. Los problemas actuales de salud físicos en niños migrantes desplazados a áreas marginales, que asisten a las diferentes guarderías, en orden de frecuencia son: Desnutrición crónica, desnutrición aguda leve, pediculosis cÁPITIS, sarcoptiosis, IRS, impétigo.
2. Los problemas en el desarrollo psicomotor revelados por la prueba de Dubín modificada en los niños de área rural evaluados en orden de frecuencia son: personal social, motor fino y cognitivo, lo que revela poca estimulación temprana en los menores.
3. En trece niños se diagnosticó trastorno de vinculación en la infancia basados en los criterios del DSM-4, que incluye un hogar patológico, presencia de morbilidad al examen físico (signos de maltrato, desnutrición o malos hábitos higiénicos) cambios conductuales, y bajos en la edad en el desarrollo psicomotris.
4. La población según el test DSM-4 aunque no presentó en el momento de la evaluación trastorno conductual tienen alto riesgo de presentarla posteriormente por tener un hogar patológico.
5. El mejorar la condición socioeconómica fue lo que motivó a las familias a migrar a la capital, evidenciando que el problema es a nivel Nacional por la diversidad de departamentos de donde proviene la población estudiada.
6. Aunque el 100% de los padres refiere a amar a sus hijos, no tienen tiempo para escucharlos y darles la atención debida.
7. Los niños no comparten mucho tiempo con sus padres, pues en la mañana son atendidos en las guarderías y cuando salen de ésta en un 68% son atendidos por otras personas.

8. Los niños que no asisten a las guarderías, hijos de familias migrantes, en un 46% asisten a las escuelas, pues por factores económicos se ven forzados a trabajar, incrementando el número de niños trabajadores.
9. Existe una estrecha relación entre morbilidad, bajo desarrollo y trastornos conductuales, como consecuencia de poca atención por parte de padres o encargados de los menores, lo que se traduce en inadecuada estimulación, descuido en la salud y a la postre (como mecanismo de defensa) desencadenamiento de Trastornos Conductuales..

General: Todos éstos niños, como muchos menores migrantes desplazados a la ciudad capital, son víctimas inocentes de la poca atención económica, física y afectiva que los padres o encargados pueden brindar a sus hijos, no de forma voluntaria, sino por la necesidad de superar el nivel económico que les hizo migrar a esta capital.

X. RECOMENDACIONES

AL GOBIERNO

1. Propiciar políticas que puedan mejorar el aspecto socioeconómico de la familia del interior del país; tomando en cuenta que es el factor que impulsa a las familias a dejar sus tierras trasladándose a zonas marginales de la ciudad capital.
2. Por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brindar un abordaje integral de estos menores, creando programas de salud, estimulación temprana y orientación psicológica.
3. Que se incorpore dentro del Sistema Educativo Nacional, aspectos educativos y técnicos de más utilidad para niños de las áreas rurales, para que los menores que no puedan seguir estudiando o migren a la capital, puedan desenvolverse en trabajos mejor remunerados.
4. Inauguración de Centros de Atención a niños migrantes para evitar, de esta forma, el número de niños trabajadores o abandonados durante el tiempo que trabajen los padres.

UNIVERSIDAD

1. Promover la participación de toda la comunidad universitaria, a efecto de contribuir en sus respectivas disciplinas, a una atención integral de los niños migrantes.

A LA INSTITUCION DE ATENCIÓN AL MIGRANTE (C.A.M.)

1. Que se realicen convenios con la Facultad de Ciencias Médicas (práctica de ambulatorio), Escuelas de Psicología, Nutrición y Trabajo Social, para que las prácticas de estudiantes se lleven a cabo en estas guarderías, para una atención integral y seguimiento de menores afectados.
2. Realizar con la Escuela de Psicología, programas de estimulación temprana y capacitaciones al personal que labora en las guarderías del C.A.M.
3. Fomentar en los menores hábitos higiénicos y llevar a cabo pláticas con padres de familia sobre la importancia de la comunicación y atención de los padres hacia los hijos.

Que el departamento de Psicología del C.A.M., brinde tratamiento y seguimiento a los niños diagnosticados con Trastorno de la vinculación de la infancia, para su mejor adaptación al medio social.

GENERAL

1. Apoyar las entidades que han priorizado la atención a los niños menores migrantes, potencializando el desarrollo humano y académico.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo observacional descriptivo, tuvo como objetivo general determinar la morbilidad física y conductual, en niños migrantes desplazados a área urbana, (identificando características socioeconómicas, sociales y culturales) Para lo cual se tomó las diferentes guarderías del Centro de Atención al Migrante (CAM) del Arzobispado de Guatemala, ubicadas en el Mezquital y Villa Lobos II.

El factor que impulso al 100 % de las familias a migrar fué la búsqueda de mejores condiciones de vida, mejorar su nivel económico; siendo de diversos departamentos del país las familias migrantes principalmente de Escuintla y Santa Rosa.

Los padres se ven en la necesidad de dejar a sus hijos por motivos de trabajo en guarderías y a los más grandes involucrarlos en el medio laboral, en su mayoría como trabajadores ambulantes, dejando así la oportunidad de superarse académicamente e incrementando el analfabetismo en los menores. Entre los problemas de salud encontrados en esta población se observó que la desnutrición crónica fué la más frecuente con 34 %; seguido de la desnutrición aguda leve (31%), siendo el resto patologías infectocontagiosas en su mayoría.

Se diagnosticaron 13 casos de Trastorno de vinculación en la infancia, así como retrasos en el desarrollo, siendo las áreas más afectadas: personal social con 61.5 % motor fino (44.6%), cognitivo (43 %) y lenguaje con 35 %.

Un análisis global a estos hallazgos, es la relación de los mismos con la desorganización del núcleo familiar, bajos recursos económicos, poca atención y tiempo de los padres a los menores, causando en ellos desconocimiento del concepto familiar y la estabilidad que genera.

A través de este estudio se establece que es importante tomar medidas de atención pronta en los niños migrantes pues al venir a la capital ya presentan morbilidad nutricional e infecciosa, así como deficiencias en el desarrollo y problemas conductuales, pudiendo éstas ser más severas en niños no atendidos en guarderías dado que son pocas las que dan atención a este tipo de población.

Siendo las personas encargadas de las guarderías quienes más tiempo comparten con estos niños, deberían ser más apoyadas por organismos nacionales e internacionales, ya que con ello se puede brindar una atención integral en cuanto a prevención, atención física y curativa así como estimulación temprana y rehabilitación de menores afectados.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado F. Carmen J. Programa de Atención en la Estimulación Temprana Investigación sobre las formas tradicionales de la población para estimular Niños menores de seis años en diez aldeas del Quiché. Informe EPS Rural. Escuela de Psicología, U.S.A.C. Guatemala 1,998.50 p.
2. Universitaria. Documento de Psicología. 15p.
3. Arnold Gesell et al. En: Diagnostico y Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Buenos Aires: Paidós, 1981. t.37-49, 121-125.
4. AVANCSO (Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala). Políticas hacia Desplazados Internos en Guatemala. Cuaderno de Investigación número seis. Guatemala: 1,990. p 82.
5. AVANCSO (Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala) "VONOS A LA CAPITAL". Cuaderno de Investigación número Siete. Guatemala: 1,991. p 47-50.
6. CEAR (Comisión Nacional para la atención de Desarraigados, Refugiados y Desplazados) CEAR y el Trabajo con la Población desarraigada. Guatemala: junio 1,998. p 6.
7. Doard P. Pichot et al. En Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona-Madrid: Masson S.A. 1,995. p120-140.
8. Fundación Esperanza para los Niños. Situación y Perspectivas de la niñez en alto Riesgo Social. Guatemala: noviembre 1,994. p 148
9. Martín B. Ignacio. Los niños desplazados en el Salvador. Problemas y Tratamiento. San Salvador El Salvador: UCA editores, 1,990. p15

10. Martínez L. Kevin Niñas y Adolescentes Víctimas del Conflicto Armado. Tesis (Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala: junio 1, 1996. p 77.
11. Mazareis M. Oti. Factores familiares que influyen en el desarrollo del niño de 0-6 años en los Asentamientos Urbanos. Informe EPS Rural. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Psicología: Guatemala 1,997. p 80
12. Medina Juan C. Sobrevivencia materna en Poblaciones Desplazadas Retornadas. Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala: 1,997. p 70.
13. Michaux L. Carlos. et. al. En Psiquiatría Infantil. Bogota Colombia: Luis Mirack Editoriales; octubre 1,972. p 14-20,53-57.
14. MSPAS (Ministerio e Salud Publica y Asistencia Social) Modulo de Capacitación en el Componente Psicosocial de la Salud. Guatemala: julio 1,997.
15. MSPAS (Ministerio de Salud Publica y asistencia Social) Modulo de Capacitación en el Componente de Salud: Plan de Acción para la Recuperación Psicosocial en zonas de Conflicto Armado. Guatemala: 1,997.
16. MSPAS (Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social) Programa Sectorial de Salud. Guatemala: 1,994.
17. Nelson, E. W. En su: Tratado de Pediatría 14ª. Ed. Barcelona: Mc. Graw Hill, 1,992. p67-76
18. ODHAG (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala) Sueño, Tierra y Camino para todos y todas. Guatemala: noviembre 1,997. p 8.

19. ODHAG (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala) Informe 1,997 Derechos de la Niñez. Guatemala: marzo 1,998. p151.
20. O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) En: La Salud Mental de los Refugiados. Ginebra: 1997. p15-38
21. O.M.S. -O.P.S. (Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud) En: Manual de Crecimiento y Desarrollo. 2ª. Ed. Washington DC: 1,993. p67-182.
22. O.P.S. (Organización Panamericana para la Salud) En análisis de Situación en Salud por Regiones. Guatemala: 1,992. p.35
23. Palma, S. Irene. Seminario de la Red Regional de Salud Mental. Efectos Psico-Sociales de las Migraciones en Guatemala. San Salvador, El Salvador: 26-27 de septiembre del 1, 993. p.13.
24. Papalia E. Diane. En Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. 5ª ed. Barcelona, España: Interamericana 1, 992. p302-307.
25. PAMI (Programa de Atención en Salud Materno Infantil). En: Denuncia Legal del Maltrato Infantil. Guatemala: Magna Editores mayo 1,998. p.3-15
26. PAMI (Programa de Atención en Salud Materno Infantil) En: Maltrato Infantil. Guatemala: Magna Editores mayo 1,998. p.10-15.
27. UNICEF Algunos Indicadores de Salud Seleccionados por Departamento. Guatemala: 1,993 p 70
28. UNICEF. En su: Análisis de situación de los Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles. Guatemala: octubre 1,991. p 90-98
29. UNICEF. En: Entre el Olvido y la Esperanza la niñez de Guatemala. Guatemala: noviembre de 1,996. p 30-45,90-98.

30. UNICEF. En: Los Niños Primero. Guatemala: 1,996. p 1-16.

31. Universidad de San Carlos de Guatemala. Implicaciones Sociales y Económicas de la Desigualdad de la Tierra en Guatemala. Facultad de Trabajo Social, Seminario Taller Guatemala: 1,996 p.57.

XIII ANEXOS

ENTREVISTA AL PADRE O ENCARGADO

(Anexo 1)

Nombre del niño: _____ edad: _____

¿Por qué decidieron venir a la capital?

¿Viven juntos todos los miembros de su familia?

¿Qué hacen sus demás hijos estudian o trabajan?

¿Quién cuida al niño los fines de semana?

¿Cuál es la forma de disciplinar a su hijo?

¿Cuándo lo Hace?

¿Tiene tiempo para escuchar a su hijo?

¿Que actividades realiza usted con su hijo en el tiempo libre y cada cuanto las realiza?

¿Cuándo su hijo hace algo bien usted la premia o lo ignora?

¿Respeto y acepta la forma de ser de su hijo o quisiera que fuera de otra forma?

¿Ama usted a su hijo y como se lo demuestra?

¿Abraza, Besa a su hijo y con que frecuencia lo hace?

¿Durante su tiempo libre usted juega o trabaja con su hijo, cada cuanto lo hace?

¿Que quiere ser su hijo cuando sea grande?

BOLETA DE COTEJO OBSERVACIONAL (anexo 2)

Ingresar a la guardería: IG con la niñera: CN hora libre: HL hora de comer: HC
 Salir de la guardería: SG nunca: N siempre: S algunas veces: A

Nombre del niño: edad:

Actividad	IG			CN			HL			HC			SG			
	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	
Actitudes generales																
tímido (a)																
liderazgo																
defensa																
sumisión																
Expresión facial																
alegría																
tristeza																
confianza																
desconfía																
asustado (a)																
tranquilo(a)																
Aspecto verbal																
callado (a)																
locuaz																
tono bajo																
grita																
habla lento																
habla rápido																
Con el grupo																
se aísla																
participa																
espontáneo																
reservado(a)																
Aspecto Físico																
bañado(a)																
sucio(a)																
lleva refacción																
no lleva																

HISTORIA CLÍNICA

(anexo 3)

DATOS GENERALES

Nombre: Sexo: Edad: Raza:
 Religión:
 Nombre del encargado:

HISTORIAL CLINICO

Motivo de Consulta:

Historia de la enfermedad:

Antecedentes:

médicos
 quirúrgicos
 traumáticos
 alérgicos

Pediátricos: tomo medicamento durante embarazo
 tipo de parto: atendido en donde y por quién
 lloró rápido al nacer: usaron fórceps
 alguna complicación antes, durante o después del parto
 Peso al nacer: edad gestacional: inmunizaciones

Revisión por sistemas:

Perfil social:
 cuántos viven en casa cuántos cuartos
 agua: luz: drenajes:
 Familia: madre soltera unida separada viuda casada
 quién sostiene la familia:

Examen Físico.

FC FR T P/T T/E P/E

GRÁFICO DE DESARROLLO

Nombre del Niño		Fecha de nacimiento		Sexo				
FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO	OBSERVACIONES
4-5 5-6	Salta abriendo y cerrando las piernas	Agorra con una mano una bolsita de maiz	Puede contar de 7 a 10 cosas	Usa palabras, en presente, pasado y futuro	Juega con man niños	Se acuesta en la cama por las noches		
4-5	Salta hacia atras algiendo a otra persona	Toca con el pulgar los demás dedos de la mano	Dibuja una figura humana con 4 partes	Emplea palabras en pasado	Cuando juego le gusta ganar	Cepilla sus dientes sin ayuda		
3-4	Salta sobre un pie 2 o más veces	Hace puente con 3 botas	Dice si una cosa es suave o dura	Oraciones de 5 a 7 palabras	Dice si es niño o niña	Se lava y seca la cara solo		
2.5-3	Se mantiene de pie con las 2 piernas juntas	Mete la pita en pedacitos de pajilla	Coloca un trapo encima y debajo de la cama	Usa algunos plurales	Dice su nombre	Avisa cuando quiere orinar o hacer popo		
2.2.5	Se para en un solo pie con ayuda	Hace una torre de 4 a 6 botas	Señala 3 partes de su cuerpo	Une palabras	Comparte juguetes y juguetes Reconoce su nombre cuando lo escucha	Ayuda cuando lo están bñando		
1.5-2	Acostado boca arriba, se pone de pie sin ayuda	Hace torres de 2 a 3 botas porque lo ha visto	Busca cosas escondidas por una persona	Sigue 2 ordenes	Hace herrinche cuando no se le da lo que quiere	Dice cuando esta orinando		