

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS
DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLAN
Y SUS REPERCUSSIONES EN EL APRENDIZAJE

Informe final de investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

FOR

MANUEL MANFREDO ESTRADA PEÑA

previo a optar el título de

PSICOLOGO

En el grado académico de Licenciatura

Guatemala, Octubre de 1,996.

7 (1012)
C. 4

TRIBUNAL EXAMINADOR

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

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

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Académico
Depto. EPS.
archivo

REG. 785-96

CODIPs. 740-96

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL I
EPS.

28 de octubre de 1996

Señor Estudiante
MANUEL MANFREDO ESTRADA PENA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a uste el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y SEIS (39-96) de Consejo Directivo, de fecha 28 de lo corrientes, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONA SUPERVISADO -EPS, titulado: "PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRAN PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO D PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL SAN JUAN DE DIOS D AMATITLAN Y SUS REPERCUSIONES EN EL APRENDIZAJE.", de la carrer de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MANUEL MANFREDO ESTRADA PENA

CARNET No.87-1571

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Lui Roberto Mazariegos Rios y revisado por el Licenciado Eric Amilcar Gudiel Corzantes.

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

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Roey

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

E.P.S. 178/96

REG. 785/96

28 de octubre de 1996

Señores Miembros
CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

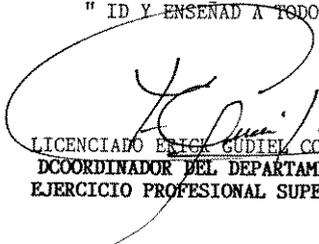
Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que el Lic. Luis Roberto Mazariegos Ríos realizó la **asesoría y supervisión** del Ejercicio Profesional Supervisado del estudiante: **MANUEL MANFREDO ESTRADA PEÑA**, con carnet: 8715713, denominado: " **PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN Y SUS REPERCUSSIONES EN EL APRENDIZAJE** ", siendo este el supervisor de la institución requiriente; por motivo de ser docente de esta Escuela y en sustitución en funciones al Lic. Luis Cifuentes Canto, quien goza de su jubilación.

Asi mismo se informa que he realizado la **revisión** del Informe Final del trabajo referido, por lo que solicito se continúe con los trámites correspondientes.

De ustedes, atento servidor.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


LICENCIADO ERICK GUDIEL CORZANTES
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

c.c. archivo

/mich



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

E. P. S. 177/96

Reg. 785/96

29 de octubre de 1996

Señores Miembros
CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estimados Señores Miembros:

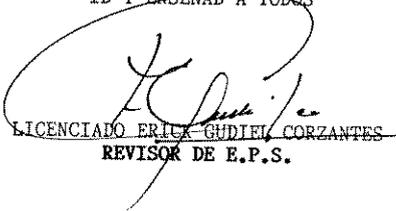
Con la presente informo que he concluido con la REVISIÓN del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por: MANUEL MANFREDO ESTRADA PEÑA, con número de carnet: 87157813 denominado: " PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN Y SUS REPECUSIONES EN EL APRENDIZAJE ".

Es de mi consideración que el presente trabajo llena los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito mi APROBACION al mismo.

Sin otro particular y agradeciendo la atención a la misma.

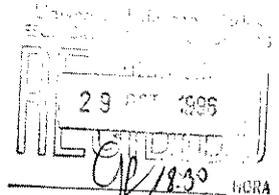
Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


~~LICENCIADO ERICK GUDIEL CORZANTES~~
REVISOR DE E.P.S.

c.c. archivo

/mich



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

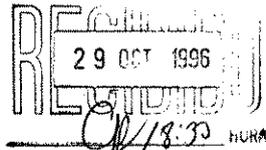
Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

E. P. S. 176/96

REG. 765/96

22 de octubre de 1996

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



Licenciado
ERICK GUDIEL CORZANTES
Ejercicio Profesional Supervisado
Edificio

Estimado Lic. Gudiel:

La presente es para informarle que he concluido con la **asesoria y supervisión** del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por: **MANUEL MANFREDO ESTRADA PEÑA**, con número de carnet: **8715713** denominado: **"PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL E INFANTIL SAN JUAN DE DIOS AMATITLAN Y SUS REPERCUSSIONES EN EL APRENDIZAJE "**.

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el departamento, por lo que emito dictamen de **APROBACION** al mismo.

Sin otro particular.

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

LICENCIADO LUIS ROBERTO MAZARIEGOS RÍOS
ASESOR Y SUPERVISOR DE E.P.S.

c.c. archivo

/mich



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

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

REG. 785-96

CODIPs. 127-96

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

8 de mayo de 1996

Señor Estudiante
MANUEL MANFREDO ESTRADA PENA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta TRECE NOVENTA Y SEIS (13-96) de Consejo Directivo, de fecha 3 del mes en curso, que copiado literalmente dice:

"**DECIMO TERCERO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN.", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

MANUEL MANFREDO ESTRADA PENA

CARNET No.87-1571

Dicho proyecto se desarrollará en Amatitlán, ubicándose al Licenciado Roberto Mazariegos, como la persona que ejercer funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Luis Cifuentes Cantó por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referenciado satisface los requisitos metodológicos, resuelve **APROBAR** la **REALIZACION** en el periodo comprendido del 1o. de febrero al 1o de septiembre de 1996." - - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Lillian

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por haberme guiado para alcanzar esta meta.
- A Mis Padres: Isabel Peña De Estrada y José Arturo Estrada
A quienes tanto les debo por sus esfuerzos y sacrificios, para que alcanzara este triunfo.
- A mis Hermanos: Rigel y Mildred que este éxito sea un ejemplo para ellos.
- A mi Abuelita: Con todo mi cariño.
- A mi Familia: Con todo mi respeto.
- A Lic. L. Roberto Mazariegos Ríos: Infinitas gracias por la formación académica que Recibí.
- A mis compañeros: María Luisa, Joel y Silvia
Que el éxito siempre les acompañe, y en especial a Carlos Marroquín (QEPD).
- A Usted: Por dedicarse a esta lectura.

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

El presente trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo del 1 de febrero al 30 de septiembre de 1996, desarrollándose los subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación.

El subprograma de servicio brindó atención a los pacientes internos y externos del Hospital Amatitlán. En pacientes internos, referidos por personal médico o paramédico, se les evaluó sintomatología para ofrecerles Impresión Clínica, Tratamiento y Recomendaciones. A los pacientes externos referidos por personal médico, maestros o por su propia voluntad, se llevó a cabo entre Vista Inicial, Aplicación de Pruebas Psicométricas e Historia Clínica, para poder obtener Diagnóstico y de esta manera ofrecer un Plan Terapéutico.

El subprograma de Docencia constituyó la implementación de clases magistrales a los estudiantes practicantes del Hospital de Amatitlán de la Escuela de Ciencias Psicológicas en los grados correspondientes a 3o., 4o. y 5o. así como también los estudiantes del curso de Psicofarmacología de la Jornada Vespertina.

Para el subprograma de Investigación se realizó un diagnóstico poblacional sobre los problemas de aprendizaje en las escuelas urbanas y rurales del Municipio de Amatitlán en los grados de 1o. 2o. y 3o. Primaria referidos por sus respectivos maestros y evaluándoles con el Test Bender Koppitz, así como también un programa de estimulación temprana en el Departamento de Pediatría del Hospital de Amatitlán.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto da a conocer las tres acciones del Ejercicio Profesional Supervisado, Servicio, Docencia e Investigación, el cual se desarrolló en el Hospital nacional e Infantil San Juan de Dios del Municipio de Amatitlán.

La acción es una forma de expresión del desarrollo. Este tiene niveles de crecimiento y al ser la praxis una evidencia de ese crecimiento cambia y se modifica en función de él. Así la acción y sus formas resultan inseparables.

Mirar, perseguir un objeto con la mirada, alcanzarlo con las manos, manipularlo, son procesos dinámicos que evidencian distintos grados de madurez regidos por leyes de evolución cuando un niño mira un objeto solo cuando lo tiene delante y no cuando se desplaza indica sobre su madurez algo muy distinto a cuando lo sigue con los ojos girando la cabeza a su alrededor.

De esta manera estimular al niño durante su primer año de vida traerá consigo un desarrollo normal.

Debido a la poca educación que se presenta en muchas partes de nuestro país especialmente en el Municipio de Amatitlán muchos niños ingresan al servicio de Pediatría del Hospital de Amatitlán sin ser estimulados adecuadamente, además de muchos factores que contribuyen en esto, no solo educación, estado económico, ambiente familiar, social y cultural. Por esto se decidió a realizarse este proyecto, para poder ofrecer así una ayuda hacia la niñez.

PRESENTACIÓN

El Soma y la Psiquis integran la unidad indivisible del hombre. La psicología como ciencia de la conducta enfoca esa unidad. Las primeras evidencias de un desarrollo mental normal no son mas que manifestaciones motrices. Durante toda la primera infancia hasta los 3 años la inteligencia es la función inmediata del desarrollo neuromuscular. Mas tarde, la inteligencia y la nutricidad se independizan rompiendo su simbiosis, que solo reaparece en los casos de retardo mental.

Los movimientos del niño, al nacer, tienen ciertas características que desaparecen o evolucionan hasta concretarse en el gesto preciso del adolescente.

En el transcurso de este trabajo se describe la importancia del desarrollo adecuado de un niño durante su primer año de vida.

A continuación se presenta la estructura metodología del Informe del Ejercicio Profesional Supervisado titulado **"Programa de Estimulación Temprana para Niños de 0 a 12 meses en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional e Infantil San Juan de Dios de Amatitlán"**.

ANTECEDENTES

A) RESEÑA HISTÓRICA DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN:

El municipio de Amatitlán forma parte del Departamento de Guatemala conformado por 17 municipios incluido el mismo. Cuenta con 32,784 habitantes. El 8 de Mayo de 1866, este mismo lugar fue designado Departamento de la República por el Presidente José Vicente Cerna, manteniendo esta categoría durante 69 años, ya que el 29 de Abril de 1,935 en Decreto 2081, el Presidente Jorge Ubico suprimió el departamento de Amatitlán y surgió el municipio.

Tiene una extensión de 204 kilómetros cuadrados y está compuesto de una cabecera municipal de segunda categoría, la que fue elevada a la categoría de Ciudad con 14 aldeas y 9 caseríos. El municipio de Amatitlán ocupa la parte sur del Departamento de Guatemala, y está limitado por el Departamento de Sacatepéquez y Escuintla. Limita al norte con los municipios de Villa Nueva, Petapa y Villa Canales, al Este con Villa Canales, Palín al Sur y al Oeste con Santa María de Jesús y Magdalena Milpas Altas.

El nombre de esta ciudad y este municipio, tiene una etimología interesante pues Amatitlán significa "Ciudad de las Letras" comúnmente aceptado. Sin embargo, autores como Tomás Gage, creen que Amatitlán en lengua pipil significa "Ciudad de las Cartas" o ciudad del correo. Otros autores se inclinan por significados mas simples como cerco de amates o lugar rodeado de amates. Se cree que por la presencia de la lengua pipil, a mediados del siglo XVI, el nombre de Amatitlán es de origen pipil. Acerca de la etimología del nombre de Amatitlán se pueden encontrar varias versiones tanto del libro "Amatitlán 432" del Profesor Efraín Guzmán Monasterio, como el libro Historia y Tradiciones de Amatitlán del Licenciado Ernesto Chinchilla Aguilar.

El valle que ocupa la ciudad de Amatitlán, tiene una extensión cerca de 17 kilómetros cuadrados. Se encuentra a 28 kilómetros de distancia de la ciudad capital y para viajar cuenta con carretera asfaltada conocida como Ruta Nacional 3 ó Carretera Interoceánica. La sección noreste del municipio está ocupada por el Lago de Amatitlán, el segundo en extensión del altiplano de Guatemala después del lago de Atitlán.

B) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN:

El Hospital Nacional de Amatitlán San Juan de Dios, es uno de los mas antiguos de la república, ha funcionado inicialmente desde el año de 1,863.

En el año de 1,849 varios vecinos distinguidos de la ciudad de Amatitlán, concibieron el proyecto de formar un hospital y un Cementerio; de acuerdo con la autoridad local, convocaron a todos los vecinos notables para formar una junta general y tratar sobre el referido proyecto. La junta se instaló el 16 de Diciembre del año 1,849 y se tituló el 16 de ese mes como Hermandad de la Caridad la que se encargo conjuntamente con el gobierno de turno de construir los edificios del Hospital y Cementerio, se solicito una suscripción de voluntad de todos los vecinos. La municipalidad de esa cabecera convencida del piadoso proyecto dio muestras del deseo del bien del público y cumpliendo con uno de los deberes de su institución donó en propiedad ocho manzanas de terreno para que se hicieran los edificios.

El Hospital de Amatitlán, basando su acción en la ponderación de los valores humanos y en el respeto de la dignidad del individuo, cumple las siguientes funciones como institución estatal:

- a) Dar atención a todas las instituciones que soliciten en relación a colaboración que este a su alcance, en lo que se refiere a enseñanza profesional dentro de sus limitaciones para que funcione Hospital-Escuela.

- b) Dar atención médico asistencial a las personas, sin discriminación de sexo, religión, nivel social o cultural.
- c) Promover la capacitación técnica del personal de las diferentes ramas para su mejor desempeño.
- d) Coordinar actividades con otros organismos internacionales en el desarrollo de la salud.
- e) Promover en el personal el interés por la investigación científica para crecimiento personal y del Hospital.
- f) Proporcionar atención médica basando su campo de acción en sus cuatro áreas básicas, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, pero a la vez extiende su atención especializada de Traumatología, Odontología y Psicología, a través de consulta externa e internación.
- g) Colaborar con las universidades en desarrollo de programas docentes acorde de convenios celebrados.
- h) Colaborar con otras instituciones en el desarrollo de programas de Formación de recursos humanos relacionados con el campo de la salud.
- i) Promover el desarrollo de actividades de investigación científicas, investigación laboral-social e investigación operacional orientada al mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de atención médica a los beneficiarios.
- j) Establecer adecuados mecanismos de coordinación con los demás establecimientos de atención médica de los departamentos en la medida de sus posibilidades.

Por ser una institución estatal tiende a cumplir con lo planificado por el sector Salud, buscando estrategia para alcanzar las metas que se requieren para el año 2,000:

- Aumento de cobertura.
- Incrementar y mejorar los servicios a la población.
- Saneamiento ambiental.
- Políticas de desarrollo administrativo.

El Hospital de Amatitlán esta organizado de la siguiente manera para su coordinación:

Dirección:

Esta tiene a su cargo velar por el buen funcionamiento del Hospital.

Consejo Asesor:

Es el encargo de tomar las decisiones mas importantes buscando siempre obtener el mejor beneficio.

Comités Técnicos:

Son los encargados de seleccionar los medicamentos que se utilizarán en los distintos servicios.

Capellanilla:

En este Hospital funciona la capellanilla que cuenta con una Iglesia y un capellán que se encarga de visitar a los enfermos reclusos en el mismo.

Secretaría:

Se cuenta con personal de secretaría en varias oficinas, las cuales se encargan de la realización de correspondencia y de algunas actividades administrativas.

Servicios Médicos:

El hospital presta sus servicios de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Maternidad, Pediatría, Odontología, Traumatología, Psicología, Consulta Externa y Emergencia, con los cuales se pretende ofrecer una atención continua, encargándose de evaluar y diagnosticar el estado físico y psíquico del paciente.

Servicios Técnicos de Apoyo:

El Hospital cuenta con los siguientes servicios: laboratorio, farmacia, rayos X, enfermería, dietética, trabajo social, estadística, morque y anestesia, cada uno de los cuales tiene sus propias atribuciones en beneficio de los pacientes.

Servicios Administrativos:

Dentro de estos se encuentran los siguientes:

- Contabilidad y Caja.
- Compras.
- Almacén.
- Personal.
- Cocina.
- Mantenimiento.
- Lavandería y Ropería.
- Limpieza y Vigilancia.
- Costurería.
- Panadería.
- Transporte.
- Admisión.

Departamento de Psicología:

El servicio psicológico es prestado por cinco estudiantes epesistas, un coordinador y varios estudiantes de los últimos años de la carrera bajo la dirección de la Jefatura del Departamento de Psicología y del Supervisor de práctica asignado al centro.

Objetivo del Servicio:

Objetivos Generales:

Promover y realizar en el departamento de Psicología los diferentes campos de acción de la misma, proporcionando una atención adecuada a los pacientes (internos y externos) que presentan enfermedades psicosomáticas.

Realizar una atención ordenada, coherente y de alta calidad técnica en el servicio.

Realizar una Psicología en recíproca interrelación con los diferentes programas que se presentan en el Hospital, concibiendo la teoría y la práctica como dos

momentos de un mismo fenómeno, complementarios y no divergentes mutuamente reforzadoras y no abstractos uno del otro, fuentes ambos de conocimientos constantes ratificados por la realidad en que se vive.

Promover y realizar en el departamento de Psicología un medio que informe, impulse y divulgue el que hacer de la psicología en el municipio de Amatitlán y que en forma conjunta con los profesionales del Hospital contribuya a la formación y fortalecimiento de un cuerpo técnico que haga posible al profesional al integrarse a la comunidad en forma crítica, constructiva y eficiente.

Coadyuvar a la solución de problemas de orden Psicosocial dentro de la realidad poblacional.

Integral el consejo Multidisciplinario de servicio para la mejor proyección de la salud de la población.

C) OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL DE AMATITLAN:

Divulgar a nivel del personal el trabajo del psicólogo y sus funciones dentro del proceso curativo del paciente hospitalizado y de consulta externa. Enfocando las distintas corrientes interpersonales explicativas y descriptivas de los trastornos del Psiquismo, así como las indicaciones terapéuticas correspondientes a sus niveles; infantil, adolescente y adulto.

Evaluar a cada paciente en su entorno psicosocial y emitir diagnósticos y tratamiento a corto plazo dependiendo del servicio a que pertenezca. Examinando detalladamente los factores individuales familiares, socioeconómicos y culturales, susceptibles de originar procesos de ajuste y de inducir alternativas en el mismo, como el empleo de esos mismos factores en la práctica correctiva.

Establecer comunicación personal entre los servicios de la casuística específica de cada unidad de servicio.

Organizar mesas redondas, simposium, talleres, conferencias, etc., extrahospitalarias para divulgar el servicio en el Hospital y de la labor psicológica dentro de la comunidad.

Atender pacientes externos y necesidades comunitarias de orden psicológico y que se encuentra al alcance. Orientar la práctica al desarrollo de las habilidades necesarias para el diagnóstico, pronóstico y manejo terapéutico de los distintos trastornos del aprendizaje, con un examen detallado de las alternativas psicopedagógicas aplicables desde una perspectiva ecológica, dinámica e integral.

Participar en forum de resolución de casos específicos en reuniones intrahospitalarias y hacer válida el área riesgo psicológico en decisiones quirúrgicas, diagnósticos, etc.

Dejar por escrito en el expediente médico (constancia de la evolución psicológica, diagnóstico y tratamiento).

Todo historial clínico es confidencial, perteneciendo dicho expediente al Departamento de Psicología y al Hospital de Amatitlán.

D) FUNCIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:

La Psicología tiene como fin detectar los aspectos de mayor relevancia, en relación al conocimiento de la enfermedad del paciente, teniendo como base fundamental el incremento progresivo de los trastornos psicológicos, dado que todo problema de salud física siempre se acompaña de manifestaciones de origen psicológico, transformándose en psicósomáticos.

Los trastornos de tipo somático deterioran físicamente al individuo y crean en los pacientes fuertes síntomas de angustia, ansiedad y/o depresión dicha sintomatología se da por el constante stress a que se ve sometido el paciente, tanto por el desconocimiento de la enfermedad y la mala orientación sobre el problema que padece, ya sea por los familiares o por una mutilación, etc.

Para disminuir los trastornos que padecen los pacientes que se encuentran hospitalizados, se elabora un plan psicoterapéutico, encaminado a comprender y aceptar de una mejor manera su problemática emocional y social, para el paciente pueda vivir y aceptar su enfermedad durante su período hospitalario y posteriormente integrarse a su núcleo familiar, en condiciones adecuadas tanto de salud física como mental.

El servicio Psicológico cuenta con recursos institucionales y los proporcionados por la Escuela de Ciencias Psicológicas a través de los estudiantes practicantes.

a) Recursos Humanos:

Un jefe del Departamento de Psicología, un jefe del mismo, cinco epesistas, un coordinador, dieciséis de tercer grado, seis de cuarto y tres de quinto.

b) Recursos Financieros:

La institución financia las actividades desarrolladas por el Departamento de Psicología, proporcionando material y equipo; el estudiante cubre sus gastos personales.

c) Recursos Físicos:

Dos clínicas psicológicas.

El departamento de Psicología presta sus servicios en el siguiente horario:

- Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 horas.

CAPITULO II

A) ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES TEÓRICO METODOLOGICAS QUE ENFOCAN LOS PROBLEMAS A TRATAR

A causa de la importancia legal de la etiqueta de Retraso Mental, es muy importante que sea definida con claridad, confiablemente y de tal manera que puedan diferenciarse los programas especiales que se organizan para la población con este tipo de problema, para que queden excluidas aquellas personas por las cuales el posible daño que pudiera resultar de recibir dicha etiqueta supera sus beneficios. Los intentos tradicionales por definir el retraso mental se pueden reducir a tres categorías:

Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia, definiciones basadas en un mal rendimiento social y definiciones basadas en la causa o naturaleza esencial del retraso mental, como por ejemplo la lesión cerebral.

Las pruebas basadas en inteligencia se diseñaron específicamente (descubrir a los niños que podían beneficiarse de un programa escolar), en otras palabras para descubrir a los retrasados mentales y siempre se han usado principalmente con este fin. Algunos han definido el retraso mental exclusivamente en función de rendimiento en estas pruebas estandarizadas, es decir, todo aquel que tenga un C.I. inferior a cierto nivel general fijado en 70, estará considerado como retrasado mental. La deficiencia mental es un estado de desarrollo mental incompleto, de tal naturaleza y hasta tal grado que el individuo sea incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus semejantes, de suerte que pueda llevar una existencia que no requiera supervisiones, control o apoyo externo. Una persona mentalmente deficiente es aquella incapaz de administrarse así misma sus cosas, o incapaz de aprender a hacerlo y requiere supervisión, control y cuidado especial por su propio bien y por el de la comunidad. Los niños mentalmente retrasados han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros días de vida, lo cual a perturbado el desarrollo normal del cerebro y ha producido serias anomalías en el desarrollo mental. El niño mentalmente retrasado se distingue marcadamente del niño normal por el ámbito de ideas que pueda comprender, y por el carácter

que tiene su percepción de la realidad.

La mayoría de la gente que no ha trabajado íntimamente con personas retrasadas tienden a concebir esta etiqueta como una categoría muy específica; según ellos un individuo es o no es un retrasado mental, y todos los retrasados mentales son muy semejantes entre si y bastante diferentes a las personas no retrasadas. El retraso mental es parte del continuo de la normalidad y un lugar en donde se marca la división entre los retrasados es algo totalmente arbitrario. La mayoría de los mentalmente retrasados no difieren cualitativamente de los no retrasados. Mas importante aún las cualidades de ambos grupos coinciden notablemente. Algunos niños que están en clases especiales para retrasados mentales funcionan mejor intelectualmente, académicamente y socialmente que algunos niños que están en clases regulares que nunca han sido clasificados como retrasados mentales. Muchas personas que llevan la etiqueta de retrasado mental, pueden como adultos llevar una vida importante, independiente y productiva, mientras que muchos otros "normales" son incapaces de conservar un empleo.

Los retrasados mentales no constituyen ningún grupo exclusivo y homogéneo y en la mayoría de los casos dichos sujetos no difieren notablemente de las personas normales. No existe una Psicología para retrasados mentales, así como no existe ninguna de James o de Enriques. Son muy pocas las practicas educativas que se puedan señalar como exclusivas para sujetos retrasados y en realidad son muy pocos los procedimientos terapéuticos de cualquier tipo que apliquen a las personas retrasadas y que no puedan aplicar también a otros tipos de personas. Es difícil hacer afirmaciones que sean verdaderas para todos los sujetos retrasados o por lo menos la mayoría de ellos.(1)

Penrous para el estudio del retraso mental lo divide en dos grandes grupos generales, uno con altos Renamente en Funciones Normales y otro con Bajo Renamente en Funciones Normales.

1. ROBERT P. INGALLS, Retraso Mental, La Nueva Era. Editorial Moderno, México, 1982, Pág. 51-55.

- a) Retraso mental con alto renamente en funciones normales:
1. Es relativamente común sobre todo en nuestro medio y la manifestación primaria mas evidente es retraso pedagógico.
 2. En su hábito físico y expresión facial no muestra ningún estigma que le indique como retraso mental.
 3. No presenta grave desviaciones en el curso estándar de desarrollo (criterios evolutivos de Gesell).
 4. Presenta una habilidad motriz adecuada.
 5. La estructura familiar muestra una desviación en el nivel cultural y social análoga a la presencia del niño.
 6. Carece de altas estigmatizaciones por ejemplo: pica, golpearse la cabeza rítmicamente. (En estos casos la falla desde el punto de vista de evolución del sistema nerviosos central se debe a una alteración de la quinta etapa evolutiva (organización cortical) los factores etiológicos mas importantes suelen ser:
 - a. Desnutrición de la madre durante el embarazo.
 - b. Ambientes extraordinariamente deprimativos.
 - c. Desnutrición severa en el niño durante la primera y segunda infancia.
 - d. Traumas cráneo encefaliucos moderados tempranos.
 - e. Horizonte cultural y social de la familia, exterior limitado.
 - f. Fallos en el proceso educativo, significativos sobre todo los aprestamientos primarios de lectura y escritura.

En estos niños es importante el diagnóstico temprano para poder suplir las deficiencias ambientales, tanto estimulativas como nutricionales.

El pronóstico de estos niños será mas o menos favorable dependiendo del ajuste del tipo social que se logre dentro de la estructura familiar y debe cuidarse la afectación emocional porque complicaría el cuadro (6o. mes de vida intrauterina hasta los 2 años). La edad crítica es aquella edad óptima para adquirir una habilidad.

- b) El retraso mental con bajo renamente de funciones normales es relativamente infrecuente y va en las estadísticas de 0.5 a 1.5% de la población general y en estos casos el factor etiológico no es ambiental sino constitucional, hay inadecuada estructura congénita de las capas de la corteza cerebral y de sus interacciones (las capas de la corteza cerebral son las siguientes: molecular, granulosa externa, piramidal, granulosa interna, grandes células piramidales y ganglionar o plexiforme).

Estos niños tienen una falla constitutiva de anatomía y fisiología encefálica; el pronóstico es malo y los déficit son altamente limitantes, las características son:

- a) Tienen estigmas faciales motores y conductuales que los caracterizan y definen.
- b) Poseen estigmas conductuales claramente tipificados, típica, golpeteo de la cabeza, masturbación excesiva, etc.
- c) Proviene de familiares normales en las cuales los niños representan una grave desviación de la media familiar.
- d) Su historia evolutiva es extraordinariamente atípica o retardada, sus habilidades se adquieren tarde y con dificultad y tiene un límite en el proceso evolutivo que no son capaces de sobrepasar.
- e) En el área pedagógica son extraordinariamente limitados y ningún

cambio metodológico es capaz de mejorar su rendimiento.

- f) Son pacientes generalmente de custodia por cuanto que tienen dificultades para sostenerse así mismos.
- g) Necesitan supervisión directa.

La conducta agresiva es muy común en los niños. Sears y Cols (1957) señalaron que casi todas las madres tienen que enfrentarse a casos de agresión dirigida contra los padres o los niños en edad preescolar. Además los maestros consideran con frecuencia que es difícil manejar estudiantes agresivos, sobre todo el caso de los varones que tienden a expresar su agresividad en modos directos, físicos y no aceptables. La agresión es tan común que se puede considerar que es casi universal. Sin embargo, para que los niños puedan llegar a ser adultos pueden llegar a abandonar cierta cantidad de su agresión o paren de nuevos modos de expresión. Una vez más el proceso de socialización de la conducta agresiva no debe ser tan buscada que inhiba gravemente su expresión, puesto que la agresión es necesaria para obtener un buen ajuste tanto en la infancia como en la vida posterior. Sin embargo, los derivados sanos de la agresión—afirmación propia, competitividad y confianza en sí mismo, el niño encontrará en desventaja clara para enfrentarse a las exigencias de la vida, porque no es el débil manso que heredara la tierra en nuestra cultura orientada al éxito.

Cierta cantidad de agresividad es un signo de personalidad vigorosa y bien balanceada. Se considera tanto normal como conveniente que el niño defienda SUS DERECHOS Y PELEE CUANDO LA SITUACIÓN LO JUSTIFIQUE. No se debe hacer que el niño se sienta un poco satisfecho consigo mismo o temeroso al ejercer su derecho de la ira justificada. Por otra parte, no se le puede dejar rienda suelta a la agrevisidad, porque esa tolerancia puede tener consecuencias igualmente poco convenientes de socialización.

El niño agresivo no está en paz consigo mismo ni con su grupo de coetáneos.

Puesto que los ataques fomentan respuestas agresivas, no es sorprendente descubrir que los niños hostiles no son populares.

Los teóricos del aprendizaje reconocen que el deseo de dañar a otros es solo uno de los factores que puedan dar lugar a actos agresivos. En el caso de la agresión instrumental, la conducta agresiva persigue finalidades diferentes de los daños de destrucción.(2)

La AGRESIVIDAD DEL HOMBRE ES ALGO INNEGABLE: somos sus externos testigos y víctimas. No obstante, largo tiempo se pensó que el niño era una criatura pura y blanda, y se minimizaron sus reacciones agresivas. En la actualidad sabemos que desde muy temprano se manifiestan las pulsiones, y que podemos analizarlas, describirlas y seguir su evolución del tiempo.

Agresión es un término que se suele muy ampliamente en el sentido de una aproximación de cosas o personas, o de trato con las fuerzas externas. Este concepto se confunde con las características generales de excitabilidad, actividad e incluso exploración. Como dice O. Klineberg, se trata de conceptos muy generales que no volaron lo positivo o negativo de la agresión y considera que el concepto de agresión lleva implícito el de hostilidad.

El concepto de hostilidad puede introducirse hasta cierto punto un valor negativo, mientras que el de agresividad "estar frente a" puede tener valor de diálogo y en determinadas condiciones, resultar constructivo.

Puede darse el caso de que haya que distinguir entre agresividad y agresión. La agresividad es uno de los componentes afectivos humanos. Entre en el hombre. La agresividad no siempre se manifiesta a través de la agresión, si esta a de ser forzosamente agresión contra otro, sino que también puede ser contra si mismo.

2. HARVEY F. CLARIZIO, Trastornos de la Conducta del Niño. Editorial Manual Moderno, México 1,978. Págs. 68-70.

Otro de los problemas de mayor relevancia detectados es el de la Euresis. Recibe el nombre de enuresis la falta de control de la emisión de orina tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que adquiere madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años.

La enuresis puede ser primaria (y su nota predominante será el retraso en manifestarse el control esfinteriano), o secundaria, al aparecer la enuresis tras un intervalo mas o menor largo de limpieza B. Hallen considera que hay enuresis secundaria cuando el niño ha estado sin mojarse durante un año o mas sin interrupción.

Euneris Primaria, es la mas frecuente, la enuresis como un defecto de crianza, aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente invertidos, se distingue de la enuresis congénita, ya que esta es el resultado de una alteración del ritmo urinario. Se piensa que si el niño se moja es porque "quienes le rodean no han aprendido su primitivo lenguaje". Se moja porque no se le comprende y se le obliga a mojarse. Mas no lo hace sin protestar, sino que grita. Estos casos de micción general se producen estando despierto.

La Enuresis Secundaria, es mas rara, habida cuenta de estadísticas referentes a la Enuresis primaria; no obstante, son muy diversos los índices que dan los diversos autores. La enuresis tardía de los niños ya mayores, aparece en unos medios socioeconómicos modestos; estos niños frecuentemente presentan retrasados, dificultades escolares y trastornos del comportamiento; muy frecuentemente también son débiles mentales.

Según el Ritmo Nictemeral, la Enuresis puede dividirse en: Enuresis Nocturna Independiente, diurna independiente y diurna-nocturna.

El diagnóstico diferencial se establece ante la incontinencia urinaria, que hace suponer la exigencia de una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por

una inflamación. Hay Enuresis cuando la emisión es involuntaria e inconsciente y hay incontinencia cuando la emisión de orina es involuntaria pero consciente, cuando todos los intentos del paciente por retener resultan inútiles y las micciones son anormales.

B) ESTIMULACION TEMPRANA:

Al principio de las investigaciones respecto al desarrollo y crecimiento del niño, señalaban que la inteligencia de un individuo estaba predeterminada gráficamente por lo tanto era fija, esta hipótesis estaba predeterminada en la teoría Darwiniana 1859, que se basa en la evolución de las especies y Darwin describe su libro "El origen de las especies". Francis Galton, primo de Darwin apoyaba esta teoría y decía que la inteligencia del hombre era hereditaria 1869, pero las investigaciones de Alfred Binet en 1900 vienen a revolucionar esta creencia, porque él piensa que la inteligencia funcional puede ser desarrollada si es estimulada y la relaciona de la siguiente manera: la inteligencia es un niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivar, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, obtengamos en su lugar una cosecha.

En base a lo anterior Eisenberg elabora un estudio denominado "El Estudio de los Niños). Extiende las investigaciones diciendo que no todos los niños son iguales por lo que se deben establecer métodos de crianza que sean necesarios sensitivos y responda a las necesidades y capacidades de cada niño, a partir de estos estudios se realizan una serie de investigaciones que van a dar como resultado en la actualidad, que el medio ambiente es un factor sumamente importante y determinante para el desarrollo y crecimiento del niño. También por esta época los pediatras se daban cuenta de que los niños institucionales; presentan un mayor número de morbilidad y mortalidad que aquellos que vivían con sus familiares biológicos. (3)

3. ARCE, SILVIA Y BEATRIZ GARCÍA. Educación Especial. Proyecto UNESCO Guatemala, 1994.

De la primera Guerra Mundial se conoce el Término de Deprivación Biológica. Shelds en 1938 demostró que en niños con Retraso Mental, mejoraran su intelecto cuidando tempranamente son trasladados de una institución a un hogar sustituto el cual le brinda al niño el efecto de estímulos necesarios para su desarrollo si esto se cumple el niño en su edad adulta, podrá integrarse satisfactoriamente a una sociedad.

René Spitzaen; comprobó el rol crucial de la madre durante el primer año de la vida del niño. En 1,965 en Estados Unidos implanta el primer programa orientado a contrarrestar los efectos de privación múltiple que sufren los niños a nivel socialmente bajo luego viene una serie de estudios e investigaciones acerca del desarrollo y crecimiento del niño.

Definimos el término de Estimulación Temprana como una serie de actividades enriquecedoras que recibe el niño en forma oportuna y sistemática en edad preescolar a través de técnicas sencillas que le relacionan con variedad de personas y objetos. Estas estimulan las áreas biológicas, psicológicas y sociales, permitiéndole desarrollar su potencial al máximo para que pueda participar en actividades en la sociedad. En niños anteriores se confunden los términos temprana y precoz en la actualidad con conceptos bien recibidos del medio para aprender nuevas maneras de hacer las cosas.

Las áreas de desarrollo son grupos de conductas que tienen una finalidad común por ejemplo, el área motora gruesa comprende todas las conductas que el niño presenta para adquirir control del equilibrio del cuerpo, de manera que llega un momento que pueda pararse, caminar y saltar sin ningún tropiezo. Área Motora Fina, abarca el proceso mediante el cual el ser humano emprende a utilizar sus manos en forma coordinada de modo que pueda valerse de un lápiz, cortar con tijeras desgranar maíz y cocer.

Las áreas de desarrollo son: A) Reflejos, B) Motora Gruesa, C) Motora Fina, D) Cognoscitiva, E) Lenguaje, F) Socio Afectiva, G) Hábitos de Salud y Nutrición.

- a) **Reflejos:** (Se valoran solamente en el recién nacido, son respuestas automáticas mecánicas que se presentan con intensidad en el recién nacido). Estas conductas dependen de la integridad del sistema nervioso central y constituyen la base de la conducta futura del niño, por esa razón es muy importante la evaluación y la estimulación.

- b) **Motora Gruesa:** Comprende las habilidades del niño va adquiriendo para movimientos armoniosamente los músculos del cuerpo de modo que pueda poco a poco a mantener el equilibrio de la cabeza, tronco y extremidades para sentarse, gatear, sostenerlos y manipularlos en forma cada vez mas precisa.

- c) **Motora Fina:** Abarca las destrezas que el niño va adquiriendo progresivamente en el uso de sus manos para tomar objetos, sosteniéndoles en forma cada vez mas precisa.

- d) **Lenguaje:** Se entiende por el lenguaje todas las conductas que le permiten comunicarse con las personas que lo rodea, incluyen los sonidos que emite, la conversación y el manejo de símbolos verbales y gráficas como la escritura que adquiere generalmente cuando entra a la escuela.

- f) **Socio Afectiva:** Esta área abarca un lado del proceso mediante el cual el niño aprende a comportarse. Con ambos compañeros de su grupo.

- g) **Hábitos de Salud y Nutrición:** Esta área, son las conductas que ayudan al niño a conservar su salud física, entre ellas la alimentación, el sueño y la limpieza, los hábitos adquiridos en estos tres campos dependen en gran medida de que los adultos que los cuidan están dispuestos a enseñárselos, en esta área la capacitación de los padres y familiares del niño es por lo tanto sumamente importante.

La evaluación de un niño se basa básicamente en los siguientes datos: a) peso

y medida del niño, b) su tamaño, c) evaluar el nivel de desarrollo del infante con ayuda de la escala selectiva para la educación del desarrollo del niño, d) planificar actividades de Estimulación de acuerdo con los resultados que se obtuvieron en las evaluaciones de crecimiento. La Escala de Edin es una escala de crecimiento selectiva para la evaluación del desarrollo del niño, consta de 115 conductas que han sido seleccionadas de la escala completa para la evaluación del desarrollo integral del niño, este instrumento fue elaborado con base a una muestra de 919 niños de Costa Rica sanos para determinar si un niño era sano. Se utilizaron criterios médicos que incluyeron antecedentes del embarazo, parto y períodos prenatal, historia clínica y estado de salud física y mental y nutricional del menor, desde su nacimiento hasta el momento en que fue evaluado, durante el estudio en esta escala se encuentran representados niños normales de todas edades, sexos procedencia y nivel socioeconómico con los cuales se puede comparar otros pequeños cuyo nivel de desarrollo se desea conocer, cada una de las conductas que aparecen en la escala son cumplidas al menos por el 70% de niños de la muestra. (4)

La guía para estimulación del desarrollo del niño es un manual donde se encuentran las actividades que deberá realizar los padres y adultos para facilitar el desarrollo de los niños, algunas de estas acciones pueden requerir de tiempo extra por parte de los padres mientras que otras se pueden llevar a cabo durante el día cuando se trabaja en el hogar o en el campo, las responsabilidades del promotor del desarrollo integral del niño será la de CAPACITAR a los padres para asegurarse que lo hace bien.

Las actividades de estimulación igual que la evaluación están divididas en fases, sin embargo, estas son para el primer año de vida, como se desarrollan las actividades de estimulación: Una característica importante de las actividades de estimulación era que se llevan a cabo aprovechando las ocupaciones de la vida diaria del adulto con el solo o con otros niños a esas actividades habituales del

pequeño cuando ayuda al adulto o cuando juega libremente se les da una orientación educativa o se explica a los padres o miembros de la comunidad la importancia que tiene por ejemplo conservar con el pequeño cuando el niño ayuda en alguna faena en el hogar dialogar con el acerca de las cosas que pasan en la familia, atiéndelo con paciencia, cuando grita, llora, cuando protesta por algo injusto imponer la disciplina y los límites a adecuados para la edad. En otras palabras se busca conocer a los niños, aceptarlos como son respetarlos sus diferencias y disfrutar con ellos mientras crecen desde luego poniéndoles límites congruentes, consistentes y adecuados desde los primeros días de nacidos.

Cualquier persona está en capacidad de aprender acerca del crecimiento y desarrollo infantil y transmitir por medio de orientaciones y recomendaciones a los padres, esta persona se convierte en el principal enlace entre los padres de familia y los lugares de atención del niño como son centros infantiles, centros o puestos de salud, líder comunitario, previamente capacitados que se han convertido en un promotor del desarrollo integral del niño. Si entendemos por promotor la persona que inicia algo procurando en todo momento sus logros se llega a la conclusión de que usted respeto del programa de estimulación del crecimiento y desarrollo de ellos rescata a los talentos especiales por falta de oportunidades no solo los demás amplias, que las fases de escala de tal manera que abarcan mas de un mes cada una.

La estimulación temprana se logra garantizando al niño una salud adecuada (Alimentación equilibrada, vacunación y evaluaciones médicas). Detectando precozmente las enfermedades y trastornos de su desarrollo y crecimiento y tratándoles las oportunidades de una relación afectiva basada en el contacto físico en el respeto de las necesidades infantiles y en el planteamiento de mensajes y límites claros. Ofreciéndoles objetos y juguetes que llaman la atención del niño y lo hagan actuar sobre ellos, explorándolos. Antiguamente se creía que el recién nacido era incapaz de aprender a interacciones con su medio ambiente e incluso se ignoraba su personalidad e individualidad; en la segunda mitad de este siglo ya hay muchas investigaciones e investigadores quienes creen que la

individualidad del infante puede tener una influencia poderosa en sus relaciones futuras con las personas que le cuidan, el recién nacido trae una capacidad neurofisiológica, que de acuerdo a la estimulación que reciba, le permitirá un mejor desarrollo, en el primer año los reflejos que se manifiestan son: succión, morder, presionar y parpadear. Del primero al cuarto mes con los reflejos ya ejercitados, el niño adquiere nuevas experiencias comienza a relacionar algunas cosas se da cuenta del mundo cuando le puede agradarle algo, repite uno y otra vez sus acciones, como deseando perfeccionar o descubrir a fondo las experiencias por medio que le aportan las cosas que le rodean. De los 0 a 4 meses explora mas su medio, por lo que descubre nuevas cosas y es capaz de reaccionar con mayor seguridad, se interesa por lo que el mismo descubre.(5)

De los 8 a 12 meses no solo se limita a imitar, sino sabe lo que quiere y lo que busca en este período, permite poseer mayor movimiento, ya es capaz de gatear o caminar sostenido, por lo tanto su campo de exploración aumenta.

A los 24 meses realiza juegos simbólicos, adquiriendo la capacidad de representar cosas ausentes, en esta etapa es capaz de caminar, de explorar la casa, subir y bajar gradas primero con ayuda y luego con escate, en su inicio apila los dos a tres cubos, después cuatro y pronuncia entre cinco y diez palabras, mas adelante asocia dos palabras y utiliza individualmente la actividad.

Todo ser humano y orgánico posee un desarrollo y crecimiento que le permiten adaptarse al medio ambiente en que vive y así llegar a un nivel de madurez adecuado para desenvolverse en el mismo. El ser humano no escapa de este proceso que es tan importante dentro de su vida, motivo por el cual se describirá el desarrollo y crecimiento del niño de 0 a 6 años, abarcando en esta síntesis únicamente de 0 a 2 años.

Los términos de desarrollo y crecimiento en muchas ocasiones tiende a confundir a las personas, porque los dos se dan simultáneamente; pero es importante hacer notar que existe diferencia entre ambos, sin embargo, no son independientes.

Así podemos decir que crecimiento es el proceso cualitativo que consiste en el aumento de peso y de tamaño así como la estructura de un ser orgánico, mientras que desarrollo es la serie de cambios cualitativos que poseen un orden de coherencia, permitiendo realizar funciones complejas con mayor facilidad: lo cual contribuye a lograr una madurez.

C) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Son diversos los problemas psíquicos por los que se atiende en la consulta externa en el Servicio Psicológico del Hospital de Amatlán, los cuales esperan encontrar solución de sus conflictos, por medio de un seguimiento de caso adecuado, estableciendo un diagnóstico correcto y dando un plan terapéutico preciso, según sea el problema a abordar.

En lo que se refiere a la consulta interna se atiende a pacientes que son referidos por el personal médico y paramédico; entre los diferentes cuadros clínicos que se atienden están: depresiones, neurosis y hasta algún tipo de psicosis.

Uno de los problemas que enfrente el Departamento de Psicología se encuentra en el servicio de Pediatría, no existe un programa establecido acerca de la Estimulación Temprana para los pacientes de tal servicio.

Debido a la falta de información y la poca escasa educación que poseen las personas que acuden a solicitar ayuda al hospital, sobre todo las personas de sexo femenino no pueden tener conocimiento de una Estimulación Temprana lo suficientemente adecuada hacia el niño, es por eso que asisten a buscar ayuda tanto al Departamento de Psicología como al Servicio de Pediatría interna o

externa como consecuencia de una inexistencia de la Estimulación.

D) OBJETIVO DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO:

Desarrollar acciones del Ejercicio Profesional Supervisado, en las áreas de Servicio, Docencia e Investigación, ejecutando el trabajo con una población meta del servicio de Pediatría del Hospital de Amatlán. Asistencia docente a los estudiantes asignados al centro de práctica del Hospital y atención a los pacientes tanto externos como internos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

SERVICIO:

- Elaborar un programa de Estimulación Temprana y aplicarlo en el Servicio de Pediatría del Hospital de Amatlán, con niños comprendidos entre las edades de 0 a 12 meses.
- Trabajar conjuntamente con los padres de los pacientes del servicio de Pediatría en la aplicación de la Estimulación en el Hogar de cada paciente.
- Dar a conocer a los padres de familia los conocimientos básicos de la Estimulación Temprana.
- Trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario para crear un programa de Estimulación estable para el área de Pediatría.

DOCENCIA:

- Asesorar a los estudiantes practicantes en la tarea de Entrevistar, Seguimiento de caso, Diagnóstico y Tratamiento.
- Implementar a los estudiantes en el conocimiento de Psicotaptologías.

Cuadros Clínicos, Psicodiagnósticos y Psicoterapias, mediante el desarrollo de programas específicos de Docencia.

- Implementar a los estudiantes en el tema de Estimulación Temprana.

INVESTIGACIÓN:

- Desarrollar una investigación descriptiva con base al tema de la Estimulación Temprana, determinando concepto, aplicaciones y una evaluación de la misma; delimitando así conclusiones y recomendaciones para aplicarlas en los pacientes del Servicio de Pediatría.
- Desarrollar un diagnóstico poblacional sobre problemas de aprendizaje en las escuelas de aprendizaje en las escuelas del área urbana y rural del municipio de Amatitlán en los grados correspondientes a 1o., 2o. y 3o. Primaria.

E) METODOLOGÍA:

El Ejercicio Profesional Supervisado titulado "**Programa de Estimulación Temprana para Niños de 0 a 12 meses de edad en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Amatitlán**" se llevó a cabo bajo la supervisión del Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos, como la parte requiriente y por parte de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Se desarrollaron los subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación en los cuales se lograron de una manera satisfactoria los objetivos planteados.

F) METODOLOGÍA UTILIZADA:

- SERVICIO:

Control administrativo del servicio en atención de pacientes internos y

externos, aplicando los conocimientos adquiridos en relación al área clínica.

Aplicación de Técnicas Psicométricas, Tratamiento y Seguimiento de Casos.

- **DOCENCIA:**

Asesoran a los estudiantes practicantes en el seguimiento de casos.

Implementar a los estudiantes practicantes de la Escuela de Psicología asignados al Hospital de Amatlán del 3o., 4o. y 5o. año en temas relacionados con la práctica.

Auxiliatura correspondiente al curso de Psicofarmacología del 5o. año de la Escuela de Psicología, Jornada Vespertina.

- **INVESTIGACIÓN:**

Realizar un diagnóstico poblacional sobre problemas de aprendizaje en los grados de 1o., 2o. y 3o. de escuelas del área urbana y rural del municipio de Amatlán.

CAPITULO III

A) PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

a.1) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Test Bender Koppitz

Antecedentes Históricos:

Con el auspicio de la American Orthopsychiatric Association en el año de 1938, la Dra. Laureta Bender publica su monografía "Test Gestáltico un trabajo de seis años de investigación que, iniciado en 1832, se realiza en el Servicio Infantil de la "División Psiquiátrica" del "Bellevue Hospital" de Nueva York.

La base sobre la cual la autora estableció la estandarización de su prueba, estuvo constituida por una muestra de 800 niños con un rango de edad comprendida entre 3 y 11 años, siendo la intención que orientó su trabajo, básicamente, de carácter clínico-evolutivo, y de estimación cualitativa, no llegando a proporcionar para el análisis de su prueba, un sistema de puntaje con correlato estadístico. El objetivo perseguido por Bender fue el de proporcionar un instrumento que fuera capaz de determinar la madurez de los sujetos evaluados, en lo referente a su capacidad perceptivo motora, y que había de expresarse en la aprehensión y ejecución de la tarea propuesta.

Los estímulos presentados al sujeto, mueve en total, fueron elegidos y adaptados por la autora de una serie mayor que publica Max Wertheimer en 1923, en su monografía "Untersuchngen zur Lehre von del Gestal", y que fueron presentados por el autor como las bases experimentales sobre las que fundamenta sus leyes sobre la percepción.

Bender, al aplicar la prueba, estimó que las respuestas del individuo evaluado estaban determinadas tanto por el escenario total del estímulo como por el estado de integración del organismo y que, por consecuencia,

el análisis de los patrones de respuesta proporcionaba un índice para la estimación del desarrollo visomotor del niño, tanto en los aspectos normales, como en aquellos en los cuales se presentaba alguna forma de perturbación en el desarrollo.

Fundamentos Teóricos:

La base científica sobre la cual estructura la Dra. Bender su prueba se deriva de las leyes que sobre la percepción, formula la escuela de la forma. En efecto, a esta corriente de la Psicología Contemporánea, se debe la comprensión de lo complejo que resulta el proceso perceptivo y la apreciación de la importancia que en ella tiene la interacción entre el estímulo y el organismo que percibe.

Cuando Bender define la función gúestáltica como "aquella función del organismo integrado, en la cual éste responde a una constalación de estímulos dados como un todo, siendo la respuesta misma una constalación, un patrón, una Gestal, responde a las leyes de la escuela de la forma tal y cual fueron propuestas por Max Wertheimer en las sucesivas publicaciones, a través de las cuales fundamentó las bases de la escuela.

Fue Wertheimer el que llamó Gestal o Forma al factor unificante que combinaba los elementos de la percepción en un todo, y el que propuso los seis principios básicos sobre los cuales esta Gestal se realizaba, estimando que todo proceso perceptivo tendía siempre, hacia un equilibrio derivado de una mejor forma.

Los principios básicos en la formación de la Gestal era, en su orden: Proximidad de los elementos, por semejanza de cierre, de continuidad, de familiaridad y de estado. En ello se expresaba no solo la importancia que tenía el proceso perceptivo la constalación de estímulos presentados, sino también, la manera global, funcional y unitaria, como el organismo reaccionaba a estos estímulos en un esfuerzo por lograr éste una mejor

Gestal con la característica de simplicidad, simetría y armonía. Por lo tanto, en el proceso perceptivo el producto final resulta siempre expresado en un patrón original por la acción del mecanismo integrador del individuo que lo ha experimentado.

La acción de este "mecanismo integrador", que actúa como factor de organización, se constituye como la premisa fundamental sobre la cual descansa la propuesta de Bender acerca del valor operacional de su prueba.

En efecto, está integrado no solo el estímulo propuesto, sino también el estado de integración del organismo, en los aspectos neurológicos estructurales, resulta de ello evidente, que el análisis de los patrones de respuesta proporcionará un índice del estado evolutivo en el cual ese factor de integración se encuentra. La validez de esta tesis, que se constituye como piedra angular de la escuela de la Gestal, y que la Dra. Bender adopta como premisa que fundamenta su investigación, está respaldada por una amplia base teórica experimental, y la aceptación que el mundo de la psicología presta a la corriente como estructura que explica los procesos perceptivos y de pensamiento, convalida las expectativas que la prueba ha despertado desde su aparecimiento.

Objetivos del Test:

Una de las ventajas mas sobresalientes que pueden señalarse a la prueba está constituida por la posibilidad de que un mismo protocolo se preste a una interpretación multidimensional.

En lo referente a la aplicación del mismo, a niños pequeños y de edad escolar, se señalan por lo menos, tres objetivos básicos:

Examen de la función gúestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones.
Examen de la función neruonal, su integración y posible deterioro. Examen

del ajuste emocional general del niño.

Debe señalarse que esta lista no agota, ni con mucho, las posibilidades de la prueba, y desde 1945, la misma ha sido empleada en adultos gracias al trabajo de Max Hutt, que combinó el teste con la técnica de la asociación libre del Psicoanálisis, con lo que inauguró una nueva etapa para la prueba en la exploración de la patología mental del adulto.

Margen de Aplicabilidad:

El test es aplicable a sujetos comprendidos desde los cuatro años, hasta la adultez.

Material de la Prueba:

Juego de nueve tarjetas blancas de 16 cms por 12 cms en cada una de las cuales se encuentra impresa, en negro, una figura geométrica más o menos compleja, y sin ninguna significación especial para el sujeto. La primera se identifica con la letra "A", y el resto se encuentran numeradas, al dorso, con los números del 1 al 8.

Normas de Aplicación:

Agrupadas las tarjetas en correcta disposición, y ubicado el niño en una mesa cuyo nivel permita, tanto la comodidad de ejecutar la tarea, por parte del sujeto, como la observación por parte del examinador de la conducta que el primero manifiesta, se procede a la aplicación de la prueba.

Las instrucciones, son simples: "aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies, aquí está el primero, haz uno igual a éste". El teste se inicia con la figura "A", y luego, sin límite de tiempo, se van presentando las ocho tarjetas restantes. Durante el trabajo el sujeto no se hacen comentarios, y a sus preguntas deberá responderse de una manera neutral, indicándole, únicamente, que su dibujo deberá ser lo más parecido posible al del modelo. No se restringirá, ni la cantidad de papel, ni el uso

del borrador, ni el tiempo de ejecución. Con relación a esto último se recomienda, sin embargo, consignar el tiempo empleado por el niño, en la copia de los nueve patrones de la prueba por el hecho de que tiempos muy cortos o muy largos, poseen significación diagnóstica.

Validez y Confiabilidad:

El test Bender a venido demostrando en la práctica, que constituye un valioso procedimiento para el diagnóstico de cuadros de gran diversidad, tanto aplicado según el modelo psicométrico tradicional como en una versión modificada para uso proyectivo. Estas últimas modalidades de empleo han dado como consecuencia el hecho de que distintos autores, en diferentes épocas, hayan realizado una serie de trabajos de estandarización con el fin de garantizar a la prueba su validez y confiabilidad.

El primer intento en ese sentido lo realiza la Dra. Bender, empleando como patrones de control correlativo las escalas de Randall, de Goodenoug y de Ptner-Paterson, escalas que ya habían pasado por el proceso de estandarización y que habían demostrado en la práctica su respectiva validez y confiabilidad. Esos controles demostraron una correlación satisfactoria entre el rendimiento clínico en el Bender y el rendimiento según las otras escalas. Desafortunadamente, por ser el propósito de la autora el de crear un instrumento clínico, no llegó a organizar su test de una manera tal que hiciera posible un riguroso tratamiento de carácter numérico, organización que posibilitaría la expresión cuantitativa del nivel de madurez.

A efecto de superar la limitación que esto representaba, en 1951 Pascal y Suttell, construyeron un nuevo sistema de variables y de puntuación para el Bender Guestral, proporcionando normas aplicables a sujetos comprendidos entre los 15 y 50 años, y que demostraron un alto valor discriminativo entre enfermos mentales y sujetos sanos.

En forma simultánea a este esfuerzo, los Psicólogos Escolares, Hilda Santucci y Nadine Gillifret-Grajon, del Laboratorio de Psicología del Hospital Henry Rousell, en un trabajo que abarcó de 1952 a 1954; propusieron una puntuación objetiva que haría posible el diagnóstico del nivel de desarrollo en niños con un rango de edad comprendida entre los 6 y 10 años. Esta modalidad ha demostrado una capacidad discriminativa en la diferenciación de niños con retardo mental global y niños con fallas en la organización perceptual y motora.

En la actualidad, la escala que en mayor medida se emplea para la evaluación de los factores de maduración del niño es la que en 1959 propuso la Dra. Elizabeth Koppitz. Esta escala de maduración consta de 30 ítems de puntuación, mutuamente excluyentes, los cuales se computan por un método simple de puntaje dicotómico, según estén presente o ausentes. A través de la práctica clínica esta escala ha confirmado su validez y confiabilidad cuando se aplica a niños en edad escolar. Datos de la prueba de Bender de la Gestalt, que sugieren con mayor fuerza las lesiones cerebrales:

Confusión Direccional. Estos comprenden: a) Rotación de las figuras de manera que sean dibujadas entre 90 7 180 grados en relación con el eje normal; b) dificultad para reproducir los ángulos, de manera que éstos resultan muy obtusos o muy agudos, o puede haber pequeñas "orejas" u otras figuras complejas en el punto en que se reúnen las líneas que forman el ángulo.

Lo que indica que el niño sentía incertidumbre con respecto a la dirección que debía seguir.

Incapacidad para reproducir las Gestalts. Esto demuestra gráficamente el defecto básico de las lesiones cerebrales, es decir, la incapacidad para organizar las partes advertidas hasta formar un todo, y la tendencia más

bien como fragmentos separados y desunidos. Este fenómeno se ve con mayor frecuencia en el "árbol de navidad", figura que está compuesta por una serie de puntos que tienen el aspecto de un árbol de navidad recostado en el suelo. El niño no puede advertir la figura en su totalidad y produce simplemente una serie de puntos acumulados sin ninguna organización. Otro error común es la imposibilidad, en la primera figura, de unir el cuadrado y el círculo de manera que son distribuidos como fragmentos desunidos.

Mala Organización. Las figuras pueden quedar espaciadas en desorden sobre toda la página, a veces superpuestas, a veces comenzando tan cerca del borde de la página que no les basta el espacio para ser dibujadas.

Perseverancia. Esto se ve en las figuras que consisten en una larga hilera de figuras repetidas, como los puntos y los círculos. El niño comienza a dibujar la figura en forma perdida y después de ello continúa hasta que llega al final de la página.

**MANUAL DE PUNTUACIÓN DE LOS INDICADORES EMOCIONALES
Y EN EL BENDER INFANTIL
DEFINICIONES Y EJEMPLOS DE PUNTUACIÓN**

I. ORDEN CONFUSO

Definición: Las figuras están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia ni orden lógico. Se considera positivo cualquier tipo de orden o secuencia lógica. Esto comprende una disposición de las figuras desde la parte superior de la página hacia abajo y nuevamente hacia arriba, de izquierda a derecha, o de derecha a izquierda. Tampoco se computa este ítem si dibuja la figura 8 en el extremo superior de la página porque no le ha quedado espacio libre al costado o al pie de la página.

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

II. LÍNEA ONDULADA (FIGURAS 1 Y 2)

Definición: dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de las Figuras 1 y 2, respectivamente. No se computa esta categoría cuando se trata de una rotación o curva continua, gradual. El cambio de dirección debe abarcar por lo menos dos puntos o círculos consecutivos. No se computa cuando hay un sólo punto o una columna de círculos fuera de línea. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de que se dé en una o ambas figuras.

Implicaciones: la línea ondulada parece estar asociada con inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores

orgánicos y/o emocionales.

III. CÍRCULOS SUSTITUIDOS POR RAYAS (FIGURA 2)

Definición: Por lo menos la mitad de todos los círculos de la Figura 2 están reemplazados por rayas de 2 mm o más. La sustitución de los círculos por puntos no se computa, pues esto no parece diferenciar entre niños con serios problemas afectivos y sin ellos.

Implicación: La Sustitución de Círculos por Rayas ha sido asociada con impulsividad y con falta de interés o atención en los niños pequeños. Se la ha encontrado en los niños que están preocupados por sus problemas o en los que tratan de evitar hacer lo que se les pide.

IV. AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO (FIGURAS 1, 2 Y 3)

Definición: Los puntos y los círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces mas grandes que los primeros. Este ítem se computa sólo una vez aunque se dé en mas de una figura.

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden normalmente a tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnóstica de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

V. GRAN TAMAÑO

Definición: Uno o mas de los dibujos es un tercio mas grande en ambas direcciones que el de la tarjeta de estímulo. Cuando el dibujo consta de dos partes, p. ej. la Figura A y la 7, ambas partes deben estar agrandadas para que se compute esta categoría. El ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras agrandadas.

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting out.¹

VI. TAMAÑO PEQUEÑO:

Definición: Uno o mas dibujos son la mitad mas pequeños que el modelo. El tamaño de cada figura se mide en ambas direcciones. Cuando un dibujo consta de dos partes, p. ej. la Figura A o la 4, ambas partes tienen que haber sido reducidas en su tamaño para que se compute esta categoría. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras que han sido reducidas en su tamaño.

Implicaciones: El Tamaño Pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

VII. LÍNEA FINA

Definición: El trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo.

Complicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez y retraimiento.

VIII. REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS

Definición: Todo el dibujo o parte del mismo ha sido repasado o reformado con líneas espesas, impulsivas. El Dibujo puede haber sido primero borrado y luego vuelto a dibujar, o puede haber sido corregido sin ninguna borradura. Este ítem se computa una sola vez independientemente de que el repaso se dé en una o varias de las figuras.

1. Acting out: forma de descargar los impulsos hacia afuera.

Implicaciones: El Repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting out.

IX. SEGUNDA TENTATIVA

Definición: Se abandona espontáneamente un dibujo o parte de él antes de haberlo terminado y se empieza a hacerlo nuevamente. Este ítem se computa sólo cuando se efectúan dos dibujos distintos de una misma figura, en dos lugares diferentes de la hoja. No se computa cuando se borra el dibujo y se lo vuelve a dibujar en el mismo lugar del primero. Si se computa cuando, después de borrarlo, se lo dibuja en un lugar diferente de la hoja.

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta el control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, p. ej. la Figura 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Figura 6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

X. EXPANSIÓN

Definición: Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras del Bender. Este ítem se computa sin considerar si cada dibujo está en una hoja diferente o si ocho dibujos están en una página y el último en el reverso de la misma.

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta acting out. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica.

B) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

En este capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos en las tres instancias del Ejercicio Profesional Supervisado del proyecto de Estimulación Temprana para Niños de 0–12 meses en el Departamento de Pediatría del Hospital de Amatlán.

b.1) SERVICIO:

- Se atendió a pacientes internos del Hospital de Amatlán, los cuales ascienden a la cantidad de 126, los cuales fueron atendidos en los diferentes servicios con que cuenta la institución, Ginecoobstetricia, Cirugías, Medicinas, Pediatría y Emergencia. Todos los pacientes referidos por personal médico y parámedico, brindándoles servicio psicológico que incluye anotaciones en las hojas de evolución de las fichas médicas de cada paciente conteniendo: entrevista, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.

- Se atendió a pacientes en la consulta externa del Departamento de Psicología del Hospital de Amatlán, referidos por personal médico, parámedico, trabajo social, maestros, o por voluntad propia, se les brinda ayuda, conteniendo: entrevista inicial, aplicación y análisis de pruebas, impresión clínica, diagnóstico, así poder elaborar un plan terapéutico y su aplicación, la mayoría de los cuales presentan trastornos emocionales y problemas de aprendizaje, los cuales oscilan entre las edades de 6 a 50 años.

- Se desarrollo el programa de estimulación temprana a una población de 45 niños. Esta parte del programa se llevo a cabo visitando el servicio de Pediatría del hospital y trabajando conjuntamente con los médicos y personal de enfermería, ya que ellos fueron los encargados de referir a los niños que necesitaban estimulación, de esta manera se procedió a estimular a los pacientes en sus respectivas camas, en base a los instrumentos que aparecen en el Capítulo de Anexos. Se contó con la presencia de los padres de familia los cuales colaboraron en la aplicación de dicho programa. Así como también se les implementó sobre los conocimientos básicos de una estimulación adecuada y su seguimiento en el hogar.

La distribución de niños atendidos durante el primer año de vida en el servicio de pediatría fue de está manera:

MASCULINO	29
FEMENINO	16
TOTAL	45

Se pudo notar que durante el desarrollo del programa un gran número de pacientes lograron satisfactoriamente una mejora en su adaptación a la edad de desarrollo que les correspondía. Cada paciente tuvo un seguimiento de 6 semanas aproximadamente, y se les evaluo en las áreas de: Socio Afectiva, Salud e higiene, Motora Gruesa y Fina, Cognocitiva y Lenguaje, pudiendo determinar de esta manera que las áreas más afectadas son la Motora, Lenguaje, Socio Afectiva y Cognocitiva.

b.2) DOCENCIA:

Se implementó docencia a los estudiantes practicantes del 3o. año Secciones A y B de la jornada nocturna asignados al centro de práctica del Hospital de Amatlán los siguientes temas: Genograma, Anamnesis, Psicopatología (Interpretación, Explicación y Descripción Fenomenológica), Psicoanálisis. El concepto de lo inconsciente, sentimientos inconscientes, justificación, cualidades especiales de sistema inconsciente y relaciones entre ambos, sistemas) y entre vista Psiquiátrica. Esta implementación se llevó a cabo los días martes en el salón respectivo con una población aproximada de 40 estudiantes.

Se implementó docencia a los estudiantes practicantes de 4o. y 5o. año asignados al Hospital de Amatlán. La implementación se llevó a cabo en la Escuela de Psicología los días viernes de 16 a 19 horas en el salón 201 del Edificio M5 con un total de 10 estudiantes. Los temas que se impartieron fueron: Psicopatología (concepto su especificación y delimitación, cuadros clínicos, la interpretación, explicación, fenomenología y descripción. Psicoterapia (concepto y principios, etiología, insight, transferencia, contratransferencia) Psicoterapia conductista (conceptos, etiología de sensibilización sistemática. Terapia asertiva, aversiva, condicionamiento y técnica de moldeamiento).

Se implementó docencia a estudiantes del curso de Psicofarmacología del 5o. año jornada vespertina, con una población aproximada de 50 alumnos a los cuales se le impartió sobre sistema nervioso (funciones importancia para el psicólogo del lóbulo frontal, sistema nervioso central, médula y encéfalo), Neurofisiología (micrología neurotransmisor) pasos del Neurotransmisor).

Se implementó a los maestros de primaria del área urbana y rural del área urbana del municipio de Amatlán sobre problemas de aprendizaje.

b.3) INVESTIGACIÓN:

La investigación correspondiente se llevó a cabo de la siguiente manera:

Implementación sobre el Tema de Problemas de Aprendizaje a los maestros del Área Urbana y Rural del Municipio de Amatitlán.

Distribución a los maestros de Fichas Psicopedagógicas para referir a los niños con problemas de aprendizaje.

Se procedió a visitar las escuelas el día lunes 22 de julio de 1996. Para evaluar a los niños referidos por el maestro de acuerdo a la siguiente calendarización:

Lunes 22 de Julio:	Escuela John F. Kennedy Jornada Matutina
Martes 23:	Escuela Rafael Irriarte Jornada Matutina y Vespertina
Miércoles 24:	Escuela Kennedy Jornada Vespertina
Jueves 25:	Escuela José Augusto Reynosa Escuela Licda. Aracely Pineda
Lunes 29:	Escuela San Jorge Escuela El Progreso
Martes 30:	Escuela Blandon de Cerezo Escuela El Prado Escuela Cerro Corado Escuela El Salitre
Miércoles 31:	Escuela Aldea Las Trojes Escuela Aldea Agua de la Mina
Jueves 1 de Agosto:	Escuela Aldea Calderas
Viernes 2:	Escuela Mercedes Dardón
Lunes 5:	Escuela Aldea El Rincón

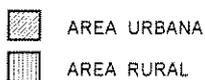
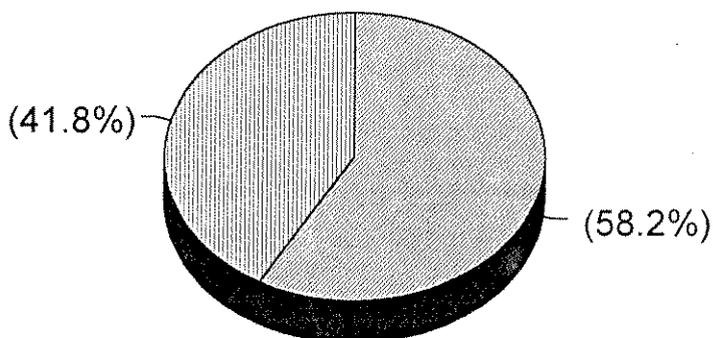
Martes 6:	Escuela Aldea El Eje Quemado Escuela Aldea Loma Larga
Miércoles 7:	Escuela Aldea El Tacatón Escuela Aldea Playa Linda
Jueves 8:	Escuela Aldea El Cerrito Escuela Aldea Los Humitos Escuela Aldea El Edén
Viernes 9:	Escuela Aldea El Cerro Escuela LLano de Animas
Lunes 12:	Escuela Aldea El Durazno
Miércoles 14:	Escuela Aldea El Pepinal
Lunes 19:	Escuela Aldea San Carlos
Martes 20:	Escuela Aldea Mesillas Bajas Escuela Aldea Mesillas Altas

Se asistió a las escuelas para evaluar a los niños referidos por los maestros para aplicarles el Test Bender Koppitz, en los grados de 1o., 2o. y 3o. Primaria.

A continuación la presentación de la población evaluada de acuerdo a tipo de escuela, grado, sexo, edad, así como también la escala de maduración grafoperceptiva, indicadores de lesión cerebral e indicadores emocionales.

**POBLACIÓN EVALUADA
DE ACUERDO A TIPO DE ESCUELA**

ÁREA URBANA	284
ÁREA RURAL	204
TOTAL	488



Se evaluó a un total de 488 niños, distribuidos en 284 del área urbana y 204 del área rural.

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EN BASE A
SEXO, GRADO Y TIPO DE ESCUELA**

GRADO	ÁREA URBANA		TOTAL	ÁREA RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	MASCU LINO	FEME NINO		MASCU LINO	FEME NINO		
Primero	64	56	120	69	48	117	237
Segundo	58	41	99	34	21	55	154
Tercero	31	34	65	20	12	32	97
TOTAL	153	131	284	123	81	204	488

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE PRIMERO PRIMARIA
DE SEXO MASCULINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	9	17	26	4	21	25	51
8á	5	7	12	2	11	13	25
9á	3	12	15	3	10	13	28
10á	0	17	7	2	7	9	16
11á o Más	1	4	5	0	8	8	13
TOTAL	18	47	65	11	57	68	133

De los 133 alumnos evaluados se puede determinar que 47 pertenecientes al área urbana obtuvieron una baja escala de Maduración Grafo perceptiva, mientras que 57 niños del área rural presentaron una baja escala de Maduración Grafo perceptiva.

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE PRIMERO PRIMARIA
DE SEXO FEMENINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	4	23	27	8	16	24	51
8á	2	12	14	3	11	14	28
9á	0	5	5	0	3	3	8
10á	0	5	5	0	1	1	6
11á o Más	2	4	6	0	5	5	11
TOTAL	8	49	57	11	36	47	104

De los 104 alumnos evaluados se puede determinar que 49 pertenecientes al área urbana presentan una baja escala de Maduración Grafoperceptiva, mientras que 36 del área rural presentaron una baja escala de Maduración Grafoperceptiva.

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE SEGUNDO PRIMARIA
DE SEXO MASCULINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	0	1	1	1	0	1	2
8á	9	6	15	2	5	7	22
9á	1	11	12	2	3	5	17
10á	1	17	18	0	6	6	24
11á o Más	1	11	12	1	14	15	27
TOTAL	12	46	58	6	28	34	92

De los 92 alumnos evaluados se puede determinar que 46 pertenecientes al área urbana presentan una baja escala de Maduración Grafoperceptiva, mientras que 28 del área rural baja escala de Maduración Grafoperceptiva.

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE SEGUNDO PRIMARIA
DE SEXO FEMENINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	3	2	5	1	0	1	6
8á	8	6	14	1	2	3	17
9á	0	12	12	0	4	4	16
10á	0	5	5	1	5	6	11
11á o Más	0	4	4	0	8	8	12
TOTAL	11	29	40	3	19	22	62

De los 62 alumnos evaluados se puede determinar que 29 pertenecientes al área urbana presentan una baja escala de Maduración Grafoperceptiva, mientras que 19 del área rural obtuvieron una baja escala de Maduración Grafoperceptiva.

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE TERCERO PRIMARIA
DE SEXO MASCULINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	0	0	0	0	0	0	0
8á	0	2	2	0	0	0	2
9á	0	6	6	1	2	3	9
10á	6	4	10	1	5	6	1
11á o Más	3	10	13	1	10	11	24
TOTAL	9	22	31	3	17	20	51

De los 51 alumnos evaluados 22 pertenecientes al área urbana mostraron una baja escala de Maduración Grafo perceptiva, mientras que 17 del área rural presentaron una baja escala de Maduración Grafo perceptiva.

**ESCALA DE MADURACIÓN GRAFOPERCEPTIVA
EN NIÑOS DE TERCERO PRIMARIA
DE SEXO FEMENINO**

EDAD	URBANA		TOTAL	RURAL		TOTAL	GRAN TOTAL
	NORMAL	BAJA		NORMAL	BAJA		
7á	0	0	0	0	0	0	0
8á	2	3	5	0	0	0	5
9á	1	4	5	0	0	0	5
10á	3	8	11	0	3	3	14
11á o Más	0	13	13	2	7	9	22
TOTAL	6	28	34	2	10	12	46

De los 46 alumnos evaluados 28 pertenecientes al área urbana presentan una baja escala de Maduración Grafo perceptiva, mientras que 10 del área rural obtuvieron una baja escala de Maduración Grafo perceptiva.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE PRIMERO PRIMARIA
DEL ÁREA URBANA**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	4	2	21	20	3	1	51
8á	0	0	9	17	2	0	28
9á	0	0	10	4	1	0	15
10á	0	0	3	2	0	0	6
11á o Más	0	0	12	7	1	1	20
TOTAL	4	2	55	50	7	2	120

Se puede determinar que de los 120 alumnos el mayor número presentan indicadores significativos de Lesión Cerebral en ambos sexos.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE PRIMERO PRIMARIA
DEL ÁREA RURAL**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	6	1	19	20	0	3	49
8á	0	0	12	12	2	2	28
9á	2	0	8	3	3	1	17
10á	0	0	10	1	0	0	11
11á o Más	1	0	5	5	1	0	11
TOTAL	9	1	54	41	6	6	117

Se puede determinar que de los 117 alumnos el mayor número presentan indicadores significativos de Lesión Cerebral en ambos sexos.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE SEGUNDO PRIMARIA
DEL ÁREA URBANA**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	0	1	1	4	0	0	6
8á	0	1	12	13	3	1	30
9á	0	0	10	11	2	1	24
10á	1	0	16	5	1	0	23
11á o Más	0	0	11	4	1	0	16
TOTAL	1	2	50	37	7	2	99

De los 99 alumnos evaluados se puede determinar que el mayor número de niños presentan indicadores significativos de lesión cerebral en ambos sexos.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE SEGUNDO PRIMARIA
DEL ÁREA RURAL**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	0	0	0	1	1	0	2
8á	3	0	4	3	1	0	11
9á	1	0	4	3	1	0	9
10á	0	1	6	4	1	1	13
11á o Más	0	1	10	5	3	1	20
TOTAL	4	2	24	16	7	2	55

De los 55 alumnos evaluados el mayor número presentan indicadores emocionales significativos.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE TERCERO PRIMARIA
DEL ÁREA URBANA**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	0	0	0	0	0	0	0
8á	0	0	0	2	0	0	2
9á	0	0	9	5	1	0	15
10á	1	0	9	10	2	0	22
11á o Más	2	0	7	15	0	2	26
TOTAL	3	0	25	32	3	2	65

De los 65 alumnos evaluados se puede determinar que el mayor número de niños presentan indicadores de Lesión Cerebral significativos.

**INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL EN
EN NIÑOS DE TERCERO PRIMARIA
DEL ÁREA RURAL**

EDAD	COMÚN		SIGNIFICATIVOS		ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
7á	0	0	0	0	0	0	0
8á	0	2	1	0	0	0	3
9á	0	0	5	3	0	0	8
10á	0	0	7	2	1	1	11
11á o Más	1	0	3	4	2	0	10
TOTAL	1	2	16	9	3	1	32

De los 32 alumnos evaluados se puede determinar que el mayor número de niños presentan indicadores de Lesión Cerebral significativos.

**INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO MASCULINO
DEL ÁREA URBANA**

INDICADOR EMOCIONAL	No.	%
I	52	16.10
II	26	8.05
III	02	0.62
IV	17	5.26
V	23	27.12
VI	41	12.69
VII	08	2.48
VIII	100	30.96
IX	36	11.15
X	18	5.57
TOTAL	323	100.00

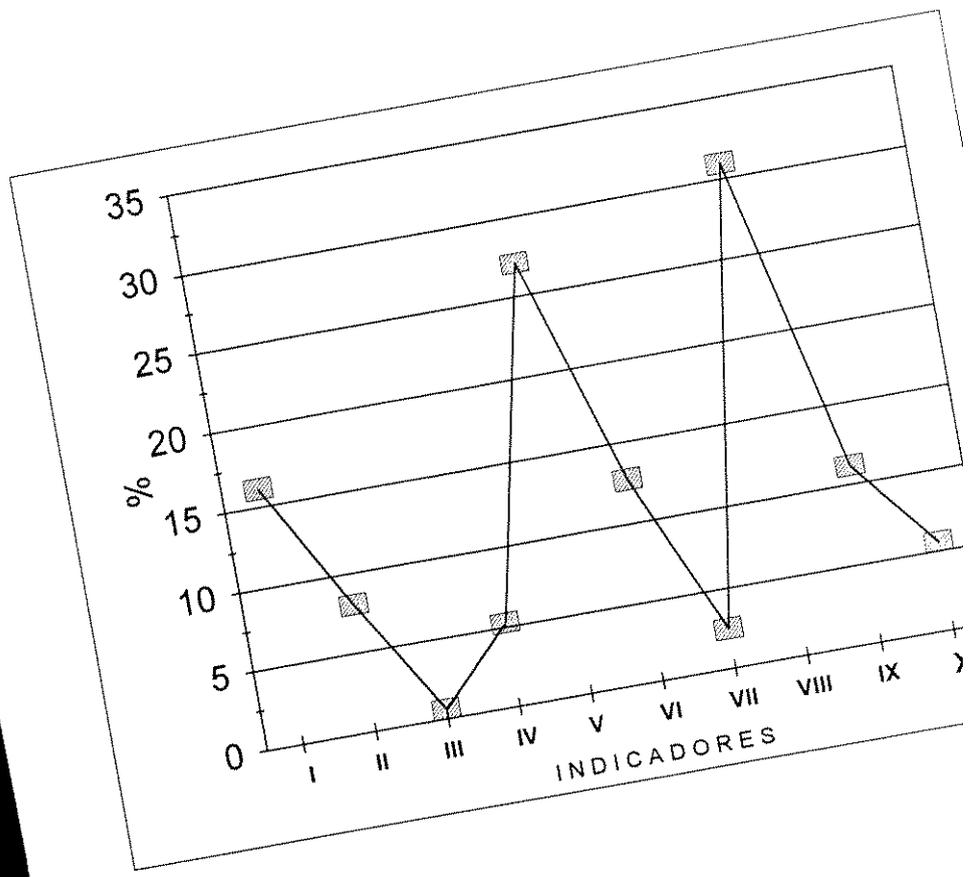
Se puede determinar que de los alumnos evaluados los Indicadores Emocionales mas relevantes son:

VIII: relacionado con impulsividad y agresividad.

I: asociado con planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material.

VI: asociados con ansiedad, conducta retraída constricción y timidez.

GRÁFICA
INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO MASCULINO
DEL ÁREA URBANA



ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO FEMENINO
DEL ÁREA URBANA

INDICADOR EMOCIONAL	No.	%
I	24	9.09
II	37	14.02
III	2	0.76
IV	13	4.92
V	19	7.20
VI	33	12.50
VII	5	1.89
VIII	78	24.54
IX	42	15.91
X	11	4.17
TOTAL	264	100.00

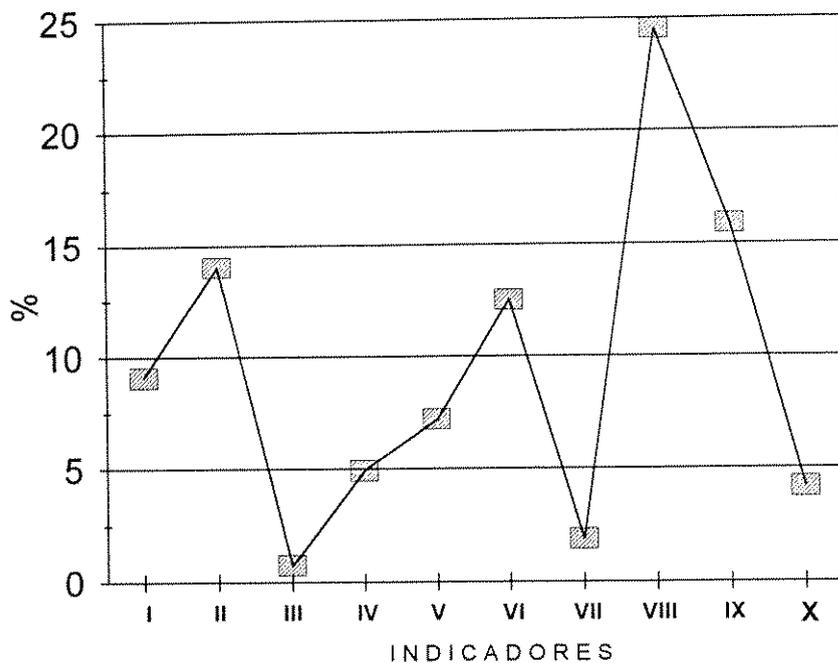
eliminar que de los alumnos evaluados los Indicadores Emocionales mas
1:

ado con impulsividad y agresividad.

1 con impulsividad y ansiedad.

do con inestabilidad en la conducta motora y en la personalidad.

GRÁFICA
INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO FEMENINO
DEL ÁREA URBANA



**INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO MASCULINO
DEL ÁREA RURAL**

INDICADOR EMOCIONAL	No.	%
I	42	17.35
II	23	9.50
III	5	2.07
IV	13	5.37
V	16	6.61
VI	30	12.40
VII	8	3.31
VIII	71	29.34
IX	25	10.33
X	9	3.72
TOTAL	242	100.00

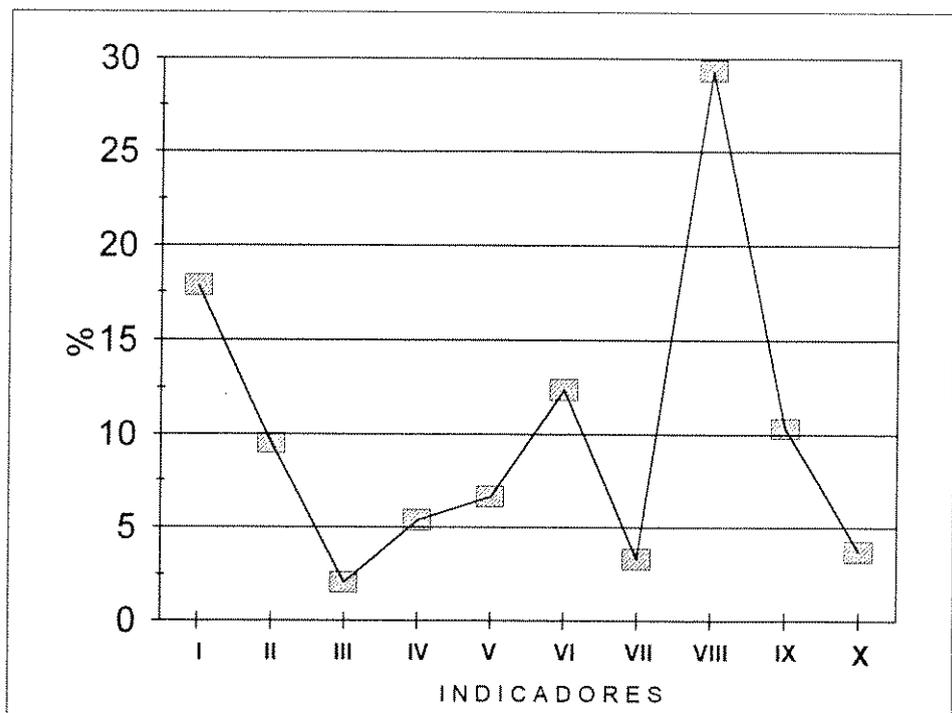
Se puede determinar que de los alumnos evaluados los Indicadores Emocionales mas relevantes son:

VIII: relacionado con impulsividad y agresividad.

I: asociado con planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material.

VI: asociados con ansiedad, conducta retraída constricción y timidez.

GRÁFICA
INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO MASCULINO
DEL ÁREA RURAL



**INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO FEMENINO
DEL ÁREA RURAL**

INDICADOR EMOCIONAL	No.	%
I	27	17.36
II	20	13.16
III	03	1.97
IV	07	4.61
V	12	7.89
VI	23	15.13
VII	04	2.63
VIII	39	25.55
IX	15	9.87
X	02	1.32
TOTAL	152	100.00

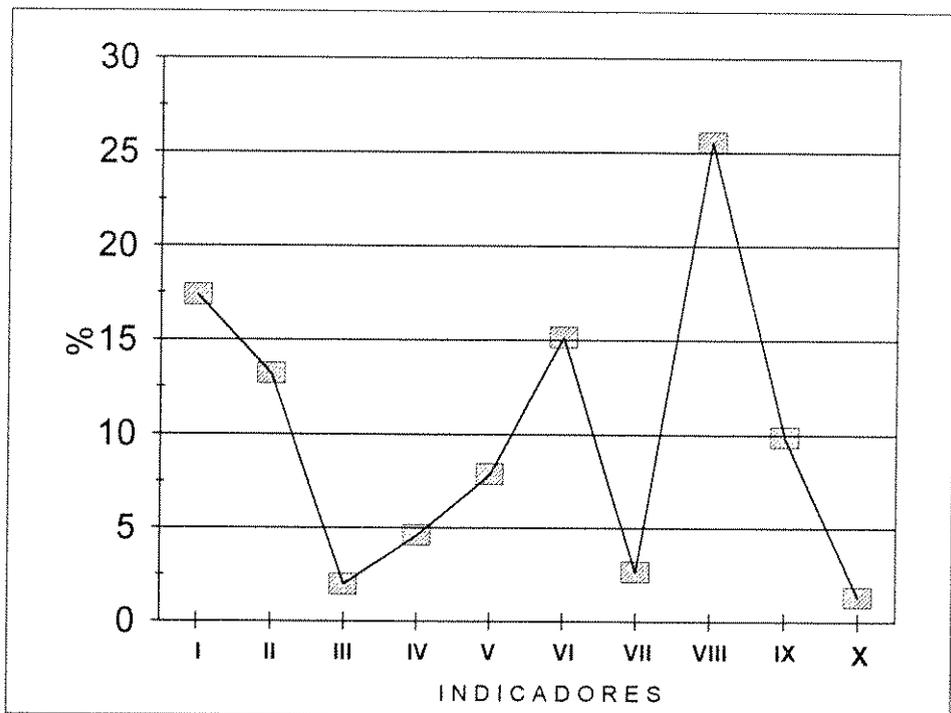
Se puede determinar que de los alumnos evaluados los Indicadores Emocionales mas relevantes son:

VIII: relacionado con impulsividad y agresividad.

I: asociado con planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material.

VI: asociados con ansiedad, conducta retraída constricción y timidez.

GRÁFICA
INDICADORES EMOCIONALES EN ALUMNOS EVALUADOS DEL SEXO FEMENINO
DEL ÁREA RURAL



CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo contempla los logros que se alcanzaron durante el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado, así como también las limitaciones que existieron a lo largo del mismo.

A) SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

Durante el desarrollo de esta instancia, se lograron varios objetivos planteados, los cuales son una mayor y mejor relación entre el Departamento de Psicología y sus epesistas, con el equipo multidisciplinario, la aplicación de los conocimientos adquiridos durante los 2 años de práctica en el hospital por parte del supervisor, la adquisición de conocimientos debido a la atención de pacientes internos y externos para hacer enriquecedora la experiencia, de la psicología clínica, una mayor cobertura del servicio psicológico en los diferentes servicios con que cuenta la institución. Se desarrolló satisfactoriamente el programa de estimulación temprana. Como resultado de esta aplicación se pudo notar que muchos niños atendidos no pertenecían a la edad de desarrollo normal debido a muchas causas, las más relevantes son la desnutrición estado económico bajo y la ausencia o poco conocimiento de estimular al niño desde su nacimiento, también se detecto que el área del desarrollo como lo es la Motora Fina y Gruesa no está estimulada en la mayoría de los niños evaluados lo cual se debe a la poca disponibilidad de tiempo por parte de los padres debido a su posición económica lo cual hace que el niño esta aislado y alejado de una estimulación motora adecuada, otra área que no es estimulada adecuadamente y que presentaron la mayoría de los pacientes por debajo de lo normal es el área cognocitiva y el área Socio Afectiva en menor escala.

De esta manera podemos decir que un niño que no esta estimulado adecuadamente es un niño con ALTO RIESGO AMBIENTAL, en otras palabras,

niños con este tipo de problema presentan dificultades en:

- Control
- Disciplina
- Afecto

Las repercusiones que tendrá el niño para adaptarse a sus primeros años de escuela se verán reflejados posiblemente en:

- Dificultades de Escritura
- Dificultades de Lectura
- Dificultades de Cálculo
- Dificultades de Relaciones Interpersonales

En resumen un niño con un pobre desarrollo a causa de una mala o inexistente estimulación tendrá dificultades en su rendimiento académico, lo cual nos hará suponer que es un niño con "PROBLEMAS DE APRENDIZAJE". De esta forma la estimulación temprana viene a jugar un papel importante para que el aprendizaje sea para el niño satisfactorio y que le permita adaptarse a su nuevo ambiente, en este caso el ambiente es su escuela y poder así obtener un mejor rendimiento académico y una mejor adaptación a la sociedad.

Debido a la poca disponibilidad de tiempo, a la falta de recursos económicos, materiales y humanos no se logró concluir con dejar establecido un programa de estimulación temprana en el servicio de pediatría.

B) SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Las actividades desarrolladas en esta instancia permitieron un mayor aprendizaje de la rama clínica de la psicología así como también la educativa. Los estudiantes practicantes de este grupo se les implementó sobre la Entrevista Instrumental esencial en el Ejercicio Clínico Profesional, medio que les permitiera mayores conocimientos sobre los pasos a seguir y la importancia de llevar a cabo una historia clínica del paciente correcta, también se les implementó el tema de

Psicopatología y la detección de un trastorno emocional, de esta manera también se les dio a conocer la importancia de la aplicación de la Psicoterapia conductiva y la forma más adecuada de tratar a un paciente con este tipo de psicoterapia.

Se les implementó a los estudiantes acerca de la estimulación temprana para poder así continuar con este tipo de proyectos para beneficio de la niñez de Amatlán.

C) SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

En esta instancia se evaluaron un total de 488 niños comprendidos entre las edades de 7 a 11 años de 34 escuelas del Área Urbana y Rural de ambos sexos, de los tres primeros grados de primaria.

Como resultado de esta investigación se puede determinar que:

El 80% de los niños referidos del área urbana y rural referidos por problemas de aprendizaje presentan una baja escala de maduración grafoperceptiva. El 70% de los niños evaluados del área urbana y rural presentan indicadores significativos de Lesión Cerebral. El mayor porcentaje de niños del área urbana y rural presentan como indicadores emocionales el VIII, I, VI, IX y el II asociados con impulsividad, timidez, ansiedad, agresividad, conductas motoras anormales y planeación de actividades.

En base a la información recabada por las fichas psicopedagógicas, muchos niños del área rural tienen este tipo de problema debido a que trabajan junto con los padres, sufrieron algún tipo de complicación durante el parto y durante la etapa de gestación, hogares desintegrados, desnutrición y maltrato infantil. Mientras que en el área urbana un mayor porcentaje de niños, las causas que inducen a este bajo rendimiento académico son, desnutrición, complicaciones durante el embarazo, maltrato infantil, hogares desintegrados y falta de motivación hacia el estudio.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A) CONCLUSIONES GENERALES:

- Después de haber concluido el Ejercicio Profesional Supervisado se puede determinar que el objetivo general se alcanzó de manera satisfactorio.
- Se puede observar que los objetivos planteados para cada uno de los subprogramas se alcanzaron en un buen porcentaje.
- La colaboración solicitada al personal médico y paramédico del servicio de pediatría del Hospital de Amatitlán fue buena permitiendo el desarrollo de este programa, así como también a la Supervisión Educativa y las Escuelas visitadas.

a.1) SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Se obtuvieron resultados satisfactorios en la atención a pacientes internos del Hospital de Amatitlán.
- Se mejoró la atención a pacientes externos gracias a la ampliación del espacio físico.
- Se mejoró la calidad de atención al paciente gracias a los conocimientos implementados por el Supervisor.
- Se desarrolló el Programa de Estimulación Temprana en el servicio de pediatría.

- Se trabajó conjuntamente con los padres de los pacientes para un seguimiento del programa de estimulación temprana en el hogar, así como también la adquisición de estos conocimientos.
- Una mayor cobertura de pacientes internos.
- Se mejoraron las relaciones del Departamento de Psicología con el equipo multidisciplinario.

a.2) SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- El programa de docencia permitió la introducción de los estudiantes en el área clínica de forma satisfactoria.
- Se obtuvieron mayores conocimientos sobre el área clínica con los estudiantes practicantes de 3o. año.
- Los canales de comunicación utilizados con los estudiantes permitieron una mejor realización del trabajo.
- Se asesoró adecuadamente a los estudiantes practicantes de 4o. y 5o. en la tarea de entrevistar, seguimiento de caso, diagnóstico y tratamiento.
- Se dio a conocer la calidad de trabajo del Departamento de Psicología en la Supervisión de Educación de Amatitlán.
- Los maestros del Municipio de Amatitlán área urbana y rural adquirieron los conocimientos sobre problemas de aprendizaje en un gracias a las charlas impartidas por el Departamento de Psicología.

a.3) SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- La investigación se desarrolló de una manera satisfactoria.
- La colaboración por parte de la supervisión de educación, así como también la del maestro fue excelente.
- Un mayor porcentaje de niños evaluados presentan una baja escala de maduración grafo perceptiva.
- Los indicadores de lesión cerebral significativos son los mas relevantes presentados por la población evaluada.
- La ansiedad, timidez, agresividad, retraimiento son los indicadores emocionales mas acentuados en la población evaluada.
- Existe una mínima diferencia entre el área urbana y rural en lo referente a problemas de aprendizaje y su etiología.

B) RECOMENDACIONES GENERALES:

- Equipar adecuadamente con instrumentos necesarios el Departamento de Psicología para poder ofrecer un mejor servicio.
- Implementar correctamente a los estudiantes antes de ingresar a la práctica psicológica en Amatitlán.
- Mantener siempre un contacto adecuado de parte de Psicología, con el equipo multidisciplinario.
- Ofrecer al epesista, asignado al Hospital de Amatitlán apoyo y colaboración para un mejor rendimiento en el mismo.

b.1) SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Que se amplié el servicio psicológico interno en el Hospital de Amatitlán.
- Continuar con la colaboración prestada hacia la Supervisión de Educación de Amatitlán.
- Desarrollar actividades para beneficio de los pacientes reclusos en el Hospital de Amatitlán.
- Asignar estudiantes practicantes en la rama de Educación especial y problemas del habla para el Departamento de Psicología del Hospital de Amatitlán.
- Establecer un programa de estimulación temprana en el Departamento de Pediatría.

b.2) SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Ampliar los conocimientos de psicología clínica a los practicantes asignados al Hospital de Amatitlán.
- Realizar actividades en las que haya mas participación del practicante y del Supervisor para obtener mayores conocimientos.
- Ampliar el horario de implementación del Curso de Práctica IV Y V.
- Que el Departamento de Práctica Supervisada de la Escuela de Ciencias Psicológica proporcione materiales necesarios para la realización de la misma.

- Que el estudiante practicante haga un esfuerzo mas para la adquisición de conocimientos en la práctica extramuros.

b.3) SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:

- Implementar al maestro sobre los problemas de rendimiento académico del niño.
- Ofrecer ayuda psicológica clínica/educativa en la supervisión de educación.
- Apertura de por lo menos 2 clínicas con practicantes de psicología, terapia del habla y educación especial.
- Elaborar actividades divididas al niño para motivarlo a estudiar.
- Continuar con los grados superiores esta investigación así como también el tratamiento a los niños evaluados.
- Velar por la educación, la salud física y mental del niño amatitlaneco y su adaptación a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- ARCE, SILVIA Y BEATRIZ DE GARCÍA
"Educación Especial"
Proyecto UNESCO
Guatemala, 1,994.

- AZCUAGA, JUAN.
"Alteraciones de Aprendizaje Escolar"
1a. Edición, Buenos Aires, Argentina
Editorial Paidos, 1983.

- CHIAVADA, JOSÉ A. Y TURNER, MARCOS
"Los Trastornos del Aprendizaje"
1a. Edición, Buenos Aires, Argentina
Editorial Paidos, 1978.

- DE LEÓN ESTRADA, CATARINO JABOCO
"Alcoholismo y sus Complicaciones"
Revisión Retrospectiva de 7 años
Hospital de Quetzaltenango
Facultad de Ciencias Médicas de la USAC. 1,973-1,979.

- ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA OCÉANO
Diccionario.

- GESSEL, ARNOLD
"El Niño de 1 a 4 años"
2a. Edición, Editorial Paidos, 1981
Barcelona, España.

- GONZALES GUERRA BEATRIZ
"La Estimulación Temprana como Prevención de Alto Riesgo"
Temario de Educación Especial, USAC.
Guatemala, 1985.

- HARVEY F. CLARIZIO
"Trastornos de la Conducta del Niño"
Editorial Manual Moderno.
México, 1,968.

- HERNÁNDEZ PORTUGUES RITA
"Manual Operativo para la Evaluación y Estimulación y Crecimiento del Niño"
Costa Rica, 1,987.

- J. DE AJURIAGUERRA
"Manual de Psiquiatría Infantil"
Barcelona-México, 1,983.

- KIPPITZ, ELIZABETH M.
"El Test Gestaltico Visomotor para Niños"
Buenos Aires, Argentina
Editorial Guadalupe 1976.

- KOLD, LAURENCE.
"Psiquiatría Clínica Moderna"
La Prensa Mexicana, S.A.
México, 1,985.

- MADEN, J.S.
"Alcoholismo y Farmacodependencia"
Editorial Moderno
México, 1,988.

ROBERT P. INGALLS

"Retraso Mental, La Nueva Perspectiva"

Editorial Moderno

México, 1,982.

A N E X O S

PRIMA DE AMATILAN
PTO. DE PSICOLOGIA

Perfil de Desarrollo

Nombre _____ Edad _____

Fecha de Nac _____

Nº _____

Edad del Niño	Areas de Desarrollo						Fecha
	SOCIO-AFECTIVA	MOTORA FINA	SALUD Y NUTRICION	COGNOS CITIVA	LENGUAJE	MOTORA GRUESA	
10 a 12	<ul style="list-style-type: none"> 1. DEMUESTRA CARINO CON ABRAZO 2. SIENTE MIEDO, CARISO Y ANSIEDAD 	<ul style="list-style-type: none"> 1. METE Y TACA CUBOS DE TAZA 2. SOSTIENE DOS OBJETOS PEDIEROS EN UNA MANO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. COME CON LA FAMILIA 2. DUERME 7 HORAS POR LA NOCHE 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ENCUENTRA EL CUBO 2. DESENVUELVE LA PELOTTA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. VOCALIZA EN EL JUEGO 2. DICE 2 PALABRAS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. PARA DE VOSTRADO A SENTADO 2. SE PARA APOYADO 	
9 a 10	<ul style="list-style-type: none"> 1. REACCIONA CON ENOJO SI LE QUITAN ALGO 2. BOCA ABAJO SE BALANEA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOCA OBJETO CON INDICE 2. GOLPEA UN CUBO CONTRA OTRO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. METE MANOS EN EL PLATO DE LA COMIDA 2. DUERME DE 2 A 4 HORAS DURANTE EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SE DESPLAZA Y AGARRA LA PELOTA 2. RESPONDE A LA ORDEN NO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. DICE "ADIOS" CON LA MANO 2. VOCALIZA CON RITMO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SE SIENTA SOLO 2. CAMINA DE LA MANO 	
8 a 9	<ul style="list-style-type: none"> 1. SIGUE EL RITMO DE LA MUSICA 2. APERTE ACTIVIDAD QUE GUSTA A LOS ADULTOS 3. MIRA EL ESPEJO Y LO FRGA 4. TIRA DE LA ROPA PARA LLAMAR LA ATENCION 	<ul style="list-style-type: none"> 1. METE DEDO EN BOCA DE FRASQUITO 2. SOSTIENE ARO COLGANDO OTRO 3. AGARRA OBJETOS ENTRE DOS DEDOS 4. SACUDE CAMPANILLA CON FUERZA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. PRUEBA USAR LA CUCHARA Y EL PLATO 2. DUERME DE 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. UNAS COMIDAS LE GUSTAN, OTRAS NO 4. SI DUERME 2 HORAS POR LA NOCHE 5. SI DUERME 2 HORAS POR LA NOCHE 	<ul style="list-style-type: none"> 1. RETIENE EL CUBO Y MIRA LA TAZA 2. TIRA PARAL PARA AGARRAR LA GALLETA 3. COCE CAMPANILLA Y LA MIRA 4. QUITA PARAL Y TOMA LA PELOTTA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. PRONUNCIA CLARAMENTE 2 SILABAS 2. RESPONDE A 3 ORDENES 3. DICE "ADIOS" CON LA MANO 4. COMPRENDE SU NOMBRE 	<ul style="list-style-type: none"> 1. GATEA FACILMENTE 2. DE SENTADO A GATEO 3. SENTADO SIN APOYO 4. DE SENTADO A BOCA ABAJO 	
7 a 8	<ul style="list-style-type: none"> 1. JUEGA CON LOS ADULTOS 2. MIRA LA GENTE Y A LOS ANIMALES 	<ul style="list-style-type: none"> 1. COCE DOS OBJETOS UNO EN CADA MANO 2. PASA UN OBJETO DE UNA A OTRA MANO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. MASTICA LA COMIDA 2. TOMA AGUA DE UN VASO CON AYUDA 3. UN PEDAZO DE PAN SE LO LLEVA A LA BOCA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. BUSCA AL EXAMINADOR DETRAS DE UN PANAEL 2. BUSCA OBJETOS ESCONDIDOS 3. JUEGA CON UN PAPEL 	<ul style="list-style-type: none"> 1. DICE "ADIOS" CON LA MANO 2. COMPRENDE SU NOMBRE 3. INICIA COMPRESION DEL NUNO 4. HACE GESTOS PARA COMUNICARSE 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TRATA DE ALCANZAR OBJETOS 2. SOSTENIDO SE PARA BREVEMENTE 3. DE SENTADO A BOCA ABAJO SE APOYA SOBRE MANOS 	
6 a 7	<ul style="list-style-type: none"> 1. LLORA SI LA MAMA SE VA 2. SE LLEVA EL PIE A LA BOCA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. AGARRA CON PRESION 2. TRATA DE COGER LA PELOTTA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. UN PEDAZO DE PAN SE LO LLEVA A LA BOCA 2. SABE PARA QUE SIRVE UNA CUCHARA O VASO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. RECUPERA OBJETO QUE CAE 2. JUEGA CON UN PAPEL 	<ul style="list-style-type: none"> 1. CUANDO LLORA PRONUNCIA "M", "N" 2. HACE GESTOS PARA COMUNICARSE 3. VOCALIZA 2 SILABAS EN LA MANO 4. ENTE SONIDOS CUANDO JUEGA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. BOCA ABAJO SE APOYA SOBRE MANOS 2. SE PARA BREVEMENTE SOSTENIDO 3. DE ESPALDA LEVANTA CABEZA 4. VUELTA DE BOCA ABAJO A BOCA ARRIBA 	
5 a 6	<ul style="list-style-type: none"> 1. TIENDE LOS BRAZOS 2. TOCA LA CARA DE SU MAMA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. PASA OBJETO DE UNA A OTRA MANO 2. NO PUEDE COGER UNA BOLA 3. AGITA SONAJERO Y LO DEJA CAER 	<ul style="list-style-type: none"> 1. INICIA MASTICACION 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. OBSERVA ANTES DE AGARRAR 2. FUA MIRADA EN LA MANO Y PUEDE VER OTRO OBJETO 3. MIRA SUS MANOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. VOCALIZA 2 SILABAS EN LA MANO 2. ENTE SONIDOS CUANDO JUEGA 3. ENTE SONIDOS D-DEU 	<ul style="list-style-type: none"> 1. VUELTA DE BOCA ABAJO A BOCA ARRIBA 2. VUELTA DE BOCA ABAJO MANTIENE CABEZA FIRME 3. SOSTENIDO APOYA PUNTAS DE LOS PIES 4. SENTADO AGOLTA LA ESPALDA 	
4 a 5	<ul style="list-style-type: none"> 1. SI MIRA EN EL ESPEJO 2. JUEGA SOLIC 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOMA EL PECHO BIEN 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SABE PARA QUE SIRVE UNA CUCHARA O VASO 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. VUELVE CABEZA SI OYE SU NOMBRE 2. MIRA SUS MANOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. BUSCA EL SONIDO 2. ENTE SONIDOS D-DEU 	<ul style="list-style-type: none"> 1. CON APOYO CABEZA MANTIENE CABEZA FIRME 2. SOSTENIDO APOYA PUNTAS DE LOS PIES 3. SENTADO AGOLTA LA ESPALDA 4. ACOSUADO SE DA MEDIA VUELTA 	
3 a 4	<ul style="list-style-type: none"> 1. SACUDE OBJETOS 2. RECONOCE LA VOZ DE SU MAMA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SIGUE CON LA MIRADA BOLA QUE SE MUEVE 2. MANOS ABIERTAS 3. MASCAN LOS OBJETOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOMA EL PECHO 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. MUEVE CABEZA DIRECCION SONIDO 2. DEJA CAER SONAJERO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ENTE SONIDOS D-DEU 2. ENTE SONIDOS D-DEU 	<ul style="list-style-type: none"> 1. CON APOYO CABEZA MANTIENE CABEZA FIRME 2. SOSTENIDO APOYA PUNTAS DE LOS PIES 3. SENTADO AGOLTA LA ESPALDA 4. ACOSUADO SE DA MEDIA VUELTA 	
2 a 3	<ul style="list-style-type: none"> 1. SONRISAS POR CARICIAS 2. PONE ATENCION A LAS PERSONAS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SIGUE UNA BOLA CON LA MIRADA 2. MANOS CERRADAS 3. MASCAN LOS OBJETOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOMA EL PECHO 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. MUEVE CABEZA DIRECCION SONIDO 2. DEJA CAER SONAJERO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ENTE SONIDOS D-DEU 2. ENTE SONIDOS D-DEU 	<ul style="list-style-type: none"> 1. CON APOYO CABEZA MANTIENE CABEZA FIRME 2. SOSTENIDO APOYA PUNTAS DE LOS PIES 3. SENTADO AGOLTA LA ESPALDA 4. ACOSUADO SE DA MEDIA VUELTA 	
1 a 2	<ul style="list-style-type: none"> 1. CARA INEXPRESIVA 2. PARA EL CLANTO AL TOMARLE EN BRAZOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. AGARRA Y DEJA CAER 2. MANOS CERRADAS 3. MASCAN LOS OBJETOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOMA EL PECHO 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SIGUE OBJETOS ELIMINATIVOS 2. POR PRESENCIA DE PECHO DEJA DE LLORAR 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ENTE SONIDOS D-DEU 2. ENTE SONIDOS D-DEU 	<ul style="list-style-type: none"> 1. CON APOYO CABEZA MANTIENE CABEZA FIRME 2. SOSTENIDO APOYA PUNTAS DE LOS PIES 3. SENTADO AGOLTA LA ESPALDA 4. ACOSUADO SE DA MEDIA VUELTA 	
0 a 1	<ul style="list-style-type: none"> 1. ROSTRO INEXPRESIVO 2. LLORA POR DESAGUADO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. DOS MANOS CERRADAS 2. MASCAN LOS OBJETOS 3. MASCAN LOS OBJETOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1. TOMA EL PECHO 2. SI DUERME 2 A 4 HORAS EN EL DIA 3. SI DUERME 2 HORAS EN EL DIA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. FUA MIRADA EN LOS OBJETOS 2. BUSCA RUIDO 	<ul style="list-style-type: none"> 1. LLORA POR DESAGUADO 2. BUSCA RUIDO CON LA MIRADA 	<ul style="list-style-type: none"> 1. SUCESIONA 2. AGARRA CON TOTA LA MANO 	

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Edad: _____

Peso: _____
 Talla: _____
 C.C. _____

Próxima cita. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 1 MES

	CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Piernas y brazos en flexión. -En posición prona levanta momentáneamente la cabeza. -Reflejo de Moro presente. -Mano con puño cerrado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Extiéndale suavemente los brazos y las piernas. -Coloque al bebé boca arriba sobre una mesa firme o en sus rodillas y muévale suavemente la cabeza de un lado a otro.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Mueve la cabeza o extremidades ante estímulo sonoro. -Solo mira objetos dentro de su campo visual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Háblele a un lado de su cara, o ponga música suave, mientras está ocupado con su actividad postural, notará que ésta cesa para atender el sonido.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Emite ruidos guturales. -El llanto es fuerte y vigoroso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mientras baña al bebé, lo cambia de pañal o lo viste, háblele y juegue con él.
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Duerme la mayor parte del tiempo y permanece quieto cuando está satisfecho. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acaricie al bebé y háblele cariñosamente, cuando lo bane, lo vista, lo alimente o juegue con él.

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Edad: _____

Peso: _____
 Talla: _____
 C. C. _____
 Próxima cita. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 2 MES

CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
<p>MOTORA</p>	<p>Con el niño boca arriba, suspenda un objeto de una cuerda y cuando lo haya enfocado, muévalo en diferentes direcciones. -Mueva suavemente brazos y piernas. -Agite objetos sonoros cerca de su cara, para que el niño trate de voltear su cabeza. -Coloque el niño boca abajo y ágilale un sonajero frente a su cabeza para que el niño la levante.</p>
<p>ADAPTATIVA</p>	<p>Cuando tenga sus manos abiertas se le coloca un objeto sonoro muy liviano en una de sus manos. Ayúdalo a realizar movimientos buscando repetir los sonidos. -Acueste al niño boca arriba y suspenda de una cuerda un juguete liviano. Cuando el niño lo haya enfocado, muévalo en diferentes direcciones.</p>
<p>LENGUAJE</p>	<p>-Háblele utilizando palabras cortas.</p>
<p>PERSONAL SOCIAL</p>	<p>-Llame la atención del niño riendo y hablando, hasta cuando el niño fije la mirada.</p>

Responde con movimientos de pedaleo (piernas y brazos) ante estímulo.
 -En posición prona levanta la cabeza 45 grados.
 Cierra la mano al contacto con objetos.
 Fija la mirada.
 Mira a los ojos.
 Lento.
 Emite sonidos guturales.
 Sonríe ante estímulo especialmente de la madre.

Nombre:

Peso:

Fecha:

Talla:

Edad:

C.C.

Próxima cita.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 3 MES

CONDUCTAS

ESTIMULACION DE CONDUCTAS

MOTORA

- Sostiene la cabeza al enderezario.
- Manipula burdamente objetos.
- Patelea boca arriba.
- Comienza a desaparecer reflejo de moro.

- Levante al niño en posición erecta y sosténgale su espalda con un mano.
- Acostado boca arriba flexiónele alternadamente las piernas a modo de pedaleo.
- Cuando el niño sostenga un juguete y se le escape de la mano ayúdelo a tratar de cogerlo.
- Ayúdelo en sus primeros intentos de voltearse, cruzándole suavemente las piernas hacia un lado.

ADAPTATIVA

- Sigue momentáneamente con los ojos un objeto en movimiento.
- Intenta tomar objetos.
- Juega con las manos.

- Muévale los objetos y busque que siga el objeto con su mirada.
- Permita que el niño juege con las manos y las llave a la boca.

LENGUAJE

- Llanto diferencial por hambre, sueño, etc.
- Emite sonidos guturales y grita.

- Repita los sonidos que el niño emite.
- Si no los emite procure hablarle con sonidos guturales.

PERSONAL SOCIAL

- Observa sus manos.
- Tira de sus ropas.
- Atende a estímulos físicos y verbales.

- Muéstrele y juegue con las manos del bebé.
- Acaricie y háblele no solo cuando está llorando, sino cuando este tranquilo.

Nombre:

Peso:

Fecha:

Talla:

Edad:

C.C.

Próxima cita.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 4 MES

CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
<p>MOTORA</p>	<p>-En posición boca abajo, agítale objetos hasta que levante la cabeza y los hombros. -En posición boca arriba, ayúdalo a voltearse empujándolo de la cadera. -Tírole el objeto con el que está jugando a una corta distancia y déjelo hacer esfuerzo para que trate de cogerlo. -Trate de levantarlo suavemente sosteniéndolo de las manos.</p>
<p>ADAPTATIVA</p>	<p>-Deje objetos grandes para que los tome con ambas manos. -Con un objeto sonoro en la mano del niño, muévalo hasta repetir el sonido y golpéelo contra una superficie.</p>
<p>LENGUAJE</p>	<p>-Siga repitiendo los sonidos que el niño emite. -Háblele frecuentemente.</p>
<p>PERSONAL SOCIAL</p>	<p>-Muéstrele los alimentos en taza y cuchara antes de dárselos, sonríale y háblele</p>
<p>-Identifica personas y objetos conocidos. -Expresa agrado ante situaciones placenteras.</p>	

Nombre:

Peso:

Fecha:

Talla:

Edad:

C.C.

Próxima cita.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 MES

CONDUCTAS

ESTIMULACION DE CONDUCTAS

MOTORA

- Halado por las manos se levanta.
- Se volteo con facilidad.
- En posición prona, rasguña la superficie de la mesa.

- Acostado boca arriba sujetele sus manos, levantándolo lentamente hasta quedar sonriado. Vuélvalo lentamente a la posición inicial.
- Colocando al bebé boca abajo sujetele objetos a corta distancia.

ADAPTATIVA

- Trata de pasar el sonajero de una mano a otra.
- Trata de localizar la procedencia de un ruido.

- Cuando el niño está jugando con un objeto muéstrelle otro para que pase el objeto que tiene a la otra mano.
- Encienda el radio y apáguelo hasta cuando el niño inicie la búsqueda.
- Llámelo por su nombre a distancia.

LENGUAJE

- Llanto intencionado.
- Emite sonidos guturales.

- Siga repitiéndole los sonidos que el niño emite.
- Háblele frecuentemente.

PERSONAL SOCIAL

- Identifica personas y objetos conocidos.
- Expresa agrado ante situaciones gratas.

- Sonríale y háblele cuando le vaya a dar los alimentos.

Nombre: _____ Peso: _____
 Fecha: _____ Talla: _____
 Edad: _____ C.C. _____
 Próxima cita: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 6 MES

	CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Al sentarse con ayuda, permanece firme momentáneamente. -Se voltea ágilmente. -Coge juguetes con la palma de la mano. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acostado boca arriba sujételo de las manos y levántelo suavemente hasta quedar sentado. Sujételo momentáneamente. -Ofrezcale objetos cilíndricos o redondos hasta cuando el niño los tome con la palma de la mano.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Sostiene un objeto con una mano y agarra otro con la otra. -Localiza la fuente de un ruido. -Toma un objeto, lo pasa a la otra mano y lo lleva a la boca. -Imita ruidos con objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ruede frente al niño objetos redondos o cilíndricos, déjeles finalmente a su alcance. -Entregándole objetos sonoros, demuéstrele como obtener ruidos.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Gorjea y balbucea espontáneos. -Intenta repetir monosilabos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pronúnciele monosilabos (ba, ja, pa, má).
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Emplea a distinguir personas extrañas. -Juega con pies y manos. -Juega con objetos 	<ul style="list-style-type: none"> -Déjele objetos a su alcance.

Nombre: _____ Peso: _____
 Fecha: _____ Talla: _____
 Edad: _____ C.C. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 9 MES
 Próxima cita.

CONDUCTAS		ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Se sienta sin ayuda y permanece sentado solo. -Código de las manos se sostiene de pies brevemente. -Realiza movimientos de gateo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sujetándolo de las manos, ayúdelo a ponerse de pie por unos segundos. -Permitale movilizarse con gateo.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Teniendo objetos en su mano, selecciona el de mayor interés. -Mueve objetos circulares o cilíndricos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Al darle los alimentos enséñele a coger utensilios como taza, cuchara, etc. -Déle objetos redondos llevándole las manos hasta cuando lo agarre. -Déle una caja para que introduzca y saque objetos.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Pronuncia sílabas como, ta, pa, ma, ba. 	<ul style="list-style-type: none"> -Enuncie palabras simples de dos sílabas como tete, mamá y estimule cualquier sonido que emita para que lo repita.
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Si el niño se está alimentando con biberón, lo sostiene con sus manos. -Imita con mayor intención, palmoteos y movimientos de cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> -Juegue con él, pasándole objetos palmoteando. -Aléjese de su vista y llámelo por su nombre hasta cuando él la busque.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 CURSO: PRACTICA PSICOLÓGICA

Nombre: _____ Peso: _____
 Fecha: _____ Talla: _____
 Edad: _____ C.C. _____
 Próxima cita: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 7 MES

CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
<p>MOTORA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Permanece sentado, inclinado hacia delante, apoyándose en las manos. -Apoyado intenta ponerse de pie. -Ante estímulos realiza movimientos intencionales del tronco, cabeza y pies. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acostado boca arriba sujétale sus manos levantándolo lentamente hasta quedar sentado. Lívele las dos manos hacia adelante para que se apoye en ellas. Coloque al frente un objeto llamativo de tal forma que el niño lo trate de agarrar. Repita varias veces este ejercicio.
<p>ADAPTATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Localiza la fuente de un ruido. -Coge un objeto lo pasa a la otra mano y lo lleva a la boca. -Sostiene un objeto con una mano y toma otro con la otra. -Imita ruidos con objetos. -Se le da una galleta y la lleva a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> -Llame al niño por su nombre, palmotee o encienda la radio o agite un objeto sonoro hasta cuando el niño busque la fuente del ruido. -Si el niño todavía no logra pasar objetos de una mano a otra, déjelo jugar con varios objetos y demuéstrele como hacerlo.
<p>LENGUAJE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Continúa con gorgoros y balbuceos. -Vocaliza sílabas (ma, ma, ma). 	<ul style="list-style-type: none"> -Estímule imitando los balbuceos e inicie vocalizaciones simples como, papá, mamá, etc.
<p>PERSONAL SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reacciona con emotividad al ver su imagen en un espejo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Llámelo por su nombre. -Juegue con él, palmoteando, moviendo su cabeza para decir "NO" o "SI"

Nombre: Peso:
 Fecha: Talla:
 Edad: C.C.
 Próxima cita.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 10 MES

CONDUCTAS		ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Se pone de pie con apoyo. -Gatea. -Puede dar pasos con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ayúdelo a ponerse de pies. -Ayúdelo a dar pasos cortos.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Introduce objetos pequeños dentro de otros. -Entrega el juguete a otra persona. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ofréscale objetos, pídalelos por su nombre para que se los entregue. -Entréguele varios objetos y observe que los pase de una mano a otra e introduzca en un caja. -Lance objetos livianos para que él la limite.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Pronuncia y repite sílabas consecutivamente (pa, pa, ma, ma, ta, ta, ta). 	<ul style="list-style-type: none"> -Enuncie palabras simples de dos sílabas y estimule la repetición de las que emite
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Imita la despedida con la mano. -Juega haciendo palmas con las manos. -Juega con objetos y otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Enseñele a decir "adiós" con la mano, realizando usted el movimiento y llevándole la mano para que la limite. -Haga lo posible por participar con él en los juegos (escondidas, palmas, etc).

Nombre: _____ Peso: _____
 Fecha: _____ Talla: _____
 Edad: _____ C.C. _____
 Próxima cita. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 8 MES

CONDUCTAS		ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Sentado permanece firme momentáneamente. -Cogido de las manos se sostiene de pie brevemente. -En posición prona, intenta realizar un movimiento de gateo. -Sentado se inclina hacia adelante y vuelve a su posición inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acostado boca arriba, sujetele las manos, levantándolo lentamente hasta quedar sentado, permítale recostarse sobre una superficie (almohada, etc) para que permanezca en esa posición. -Acostado boca abajo estimule sus movimientos colocando objetos fuera de su alcance y que lo lleven a moverse.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Tiene un objeto y busca otro. -Se introduce los objetos a la boca con intención de morder. -Introduce objetos dentro de un recipiente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Manténgale objetos blandos y limpios para que muerda. -Con varios objetos a su alcance vea que se interesa por varios de ellos y los tome con sus manos.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Pronuncia sílabas simples, ta, pa, ma, ba. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si pronuncia sílabas simples (ta, ma, pa, ba) repítale ante el objeto o persona la combinación de sílabas, te, te, para tetero, ma ma para mamá.
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Participa en juegos. -Emplea a imitar acciones (palmoteo, movimientos de cabeza). -Entiende cuando se le llama por su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> -Haga palmas, si el niño no la imita, tómele las manos y díjale la acción para que la repita.

Nombre: _____

Peso: _____

Fecha: _____

Talla: _____

Edad: _____

C.C. _____

Próxima cita. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 11 MES

CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
<p>MOTORA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoyado se empuja sobre las puntas de los pies y vuelve a su posición inicial. -Con apoyo realiza pasos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sujetándolo de las manos, dé pasos con él. -Acérquelo a sifos donde el niño pueda apoyarse, para mantenerse de pie solo.
<p>ADAPTATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con mayor intención introduce y saca objetos sin soltarlos. -Lanza objetos con intención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entréguele un objeto liviano y pídale que lo lance, devuélvaselo en la misma forma. -Desde una altura lance objetos dentro de un recipiente y haga que él intente la acción. -Haga sonar objetos ruidosos, escondalos y pídale que los busque.
<p>LENGUAJE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dice mamá, papá. 	<ul style="list-style-type: none"> -Repita palabras de objetos que estén a su alrededor.
<p>PERSONAL SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hace Imitación en Juegos más complejos (escondidas, organiza objetos). -Juega solo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimule el movimiento de manos para decir "adiós". -Realice juegos infantiles o permita que otras personas lo hagan. Por ejemplo (aserrín, tope, tope, tum).

Nombre:

Peso:

Fecha:

Talla:

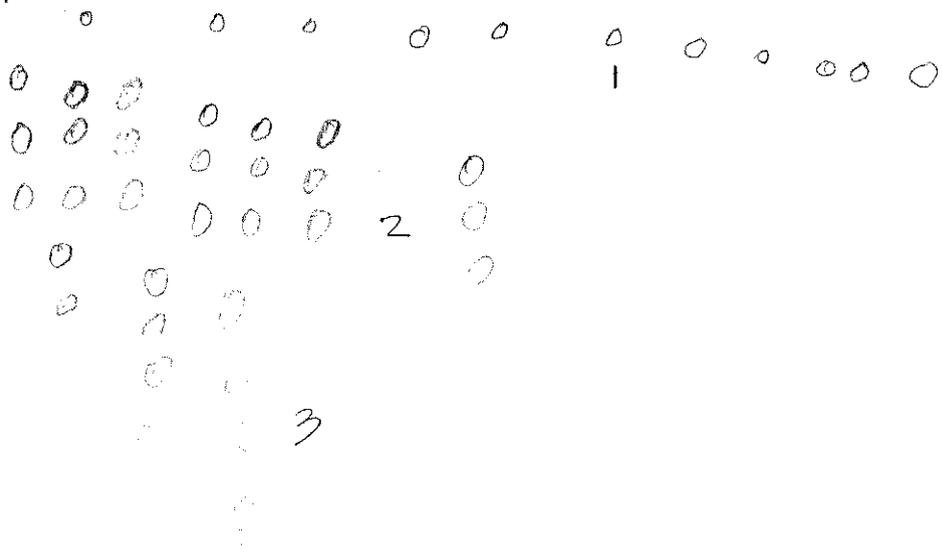
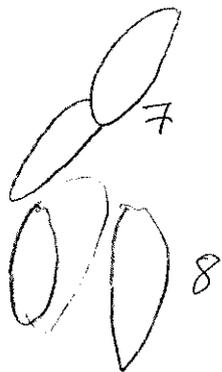
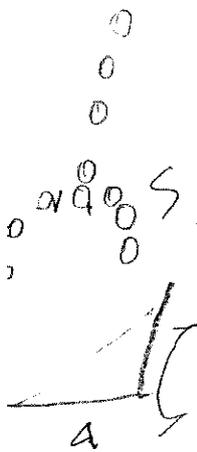
Edad:

Próxima cita.

C.C.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 12 MES

	CONDUCTAS	ESTIMULACION DE CONDUCTAS
MOTORA	<ul style="list-style-type: none"> -Intenta pararse con apoyo. -Se levanta y se sostiene parado agarrándose a los muebles. -Se para y da pasos con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acercue el niño a sillón donde él pueda apoyarse para pararse. -Sujételo de las manos y dé pasos con él.
ADAPTATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Saca objetos de una caja y juega con ellos. -Lanza objetos con intención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acercuele una caja que contenga juguetes para que el niño los saque. -Entréguele una pelota y pídale que la lance, devuélvasela en la misma forma.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Pronuncia 3 palabras. -Niega con movimientos de cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> -Repita palabras familiares a niño MAMA, PAPA, TETE. -En respuestas negativas mueva la cabeza para decir NO.
PERSONAL SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Se acerca a personas familiares. -Responde cuando se le llama por su nombre. -Dice "Adios" con la mano. -Con ayuda bebe en taza o vaso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Llámelo por su nombre cuando de le acerque. -Agite su mano diciendo "Adios" cuando se retire. -Ofrezcale bebidas en taza o vaso tratando que las tome por sí solo.



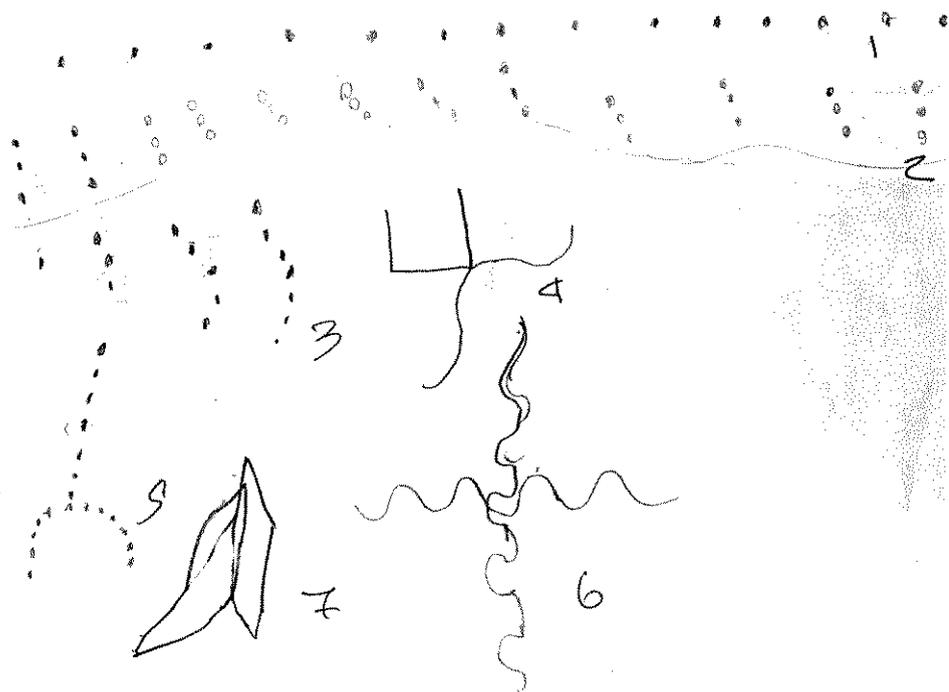
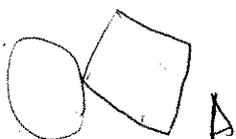


FIGURA A:

1. Distorsión de la forma

a. _____
b. _____

2. Rotación

3. Integración

FIGURA B:

4. Distorsión de la forma

5. Rotación

6. Perseveración

FIGURA 2:

7. Rotación

8. Integración

9. Perseveración

FIGURA 3:

10. Distorsión de la forma

11. Rotación

12. Integración

a. _____
b. _____

FIGURA 4:

13. Rotación

14. Integración

FIGURA 5:

15. Modificación de forma

16. Rotación

17. Integración

a. _____
b. _____

INDICADORES EMOCIONALES:	
1. Orden confuso	_____
2. Línea ondulada (2,3)	_____
3. Círculos sust. x rayas (2)	_____
4. Aumento prog. de tamaño (1,2,3)	_____
5. Gran tamaño	_____
6. Tamaño pequeño	_____
7. Línea fina	_____
8. Repaso del dibujo	_____
9. Segunda tentativa	_____
10. Expansión	_____

FIGURA 8:

18. Distorsión de la forma

a. _____
b. _____

19. Integración

20. Perseveración

FIGURA 7:

21. Distorsión de la forma

a. _____
b. _____

22. Rotación

23. Integración

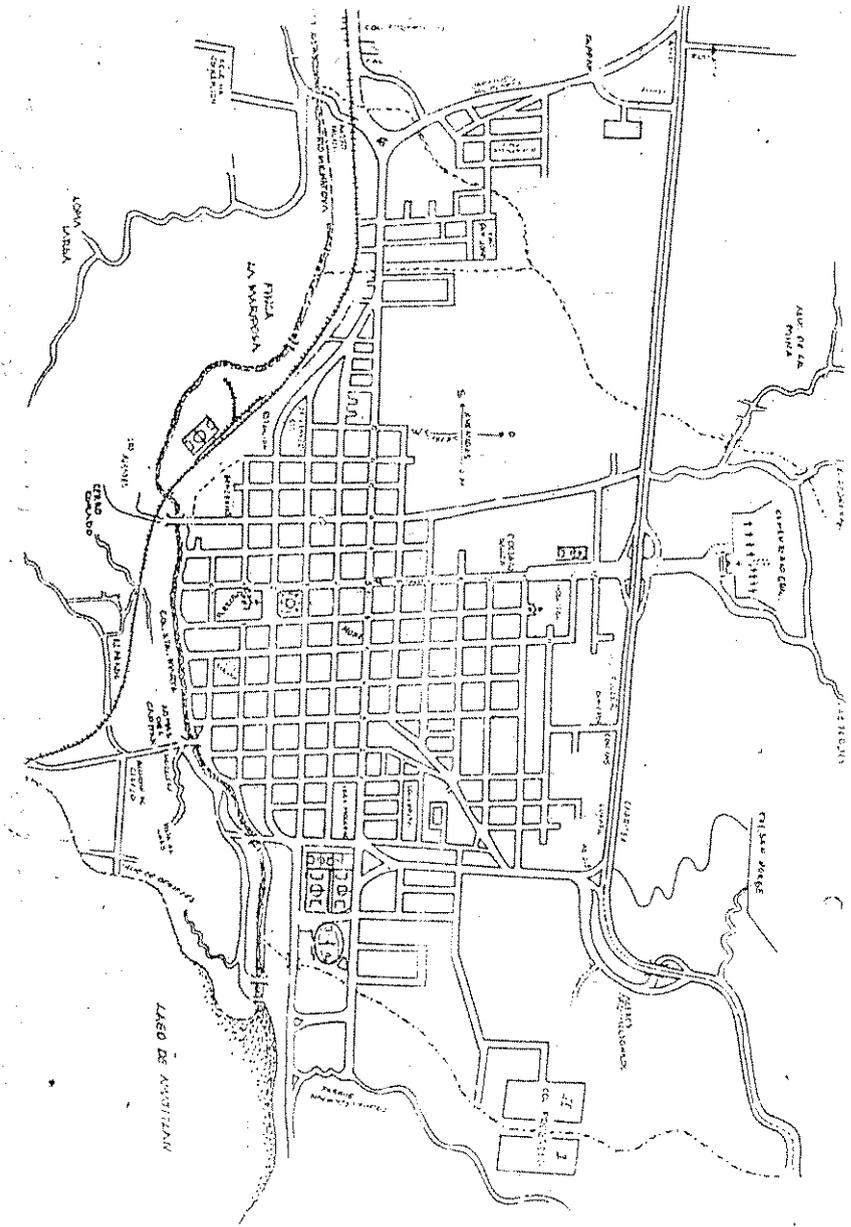
FIGURA 8:

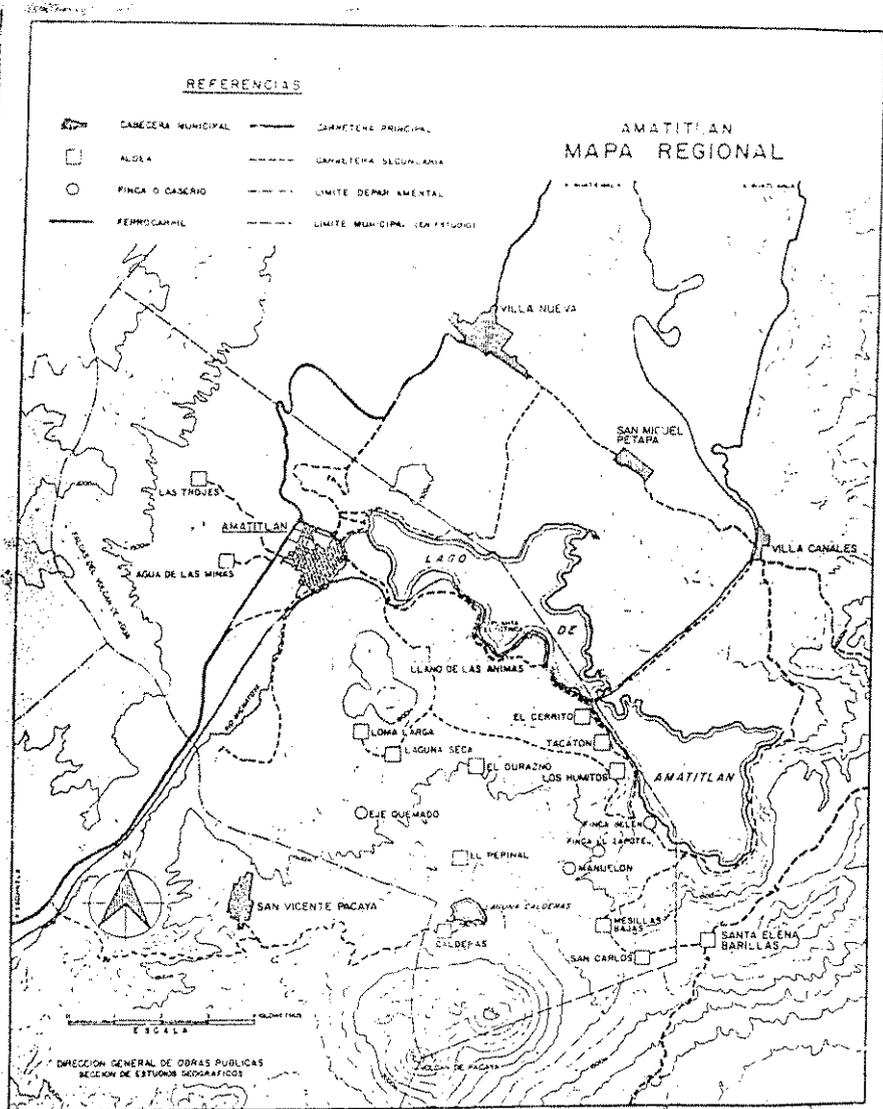
24. Distorsión de la forma

25. Rotación

TOTAL: _____

INDICADORES DE LESION CEREBRAL: INDICION U OMISION DE ANGULOS	
Fig. A	"
Fig. 7	C
Fig. 8	C (8 ã) * (+8 ã)
SUST. CURVAS X ANGULOS	
Fig. 8	"
SUST. CURVAS X LINEAS RECTAS	
Fig. 6	**
DESPROPORC. DE LAS PARTES	
Fig. A	C (8 ã) * (+8 ã)
Fig. 7	C (7 ã) * (+7 ã)
SUST. 5 PTS. X CIRCULOS	
Fig. 5	"
Fig. 3	*(+8 ã)
Fig. 5	*(+8 ã)
Rotación 45	
Fig. 1	**
Fig. 4	**
Fig. 8	**
Fig. A	*
Fig. 5	*
Fig. 7	*(+8 ã)
Fig. 3	*(+7 ã)
Fig. 2	*(+8 ã)
INTEGRAC. NO LOGRADA	
Fig. A	"
Fig. 4	"
Fig. 8	"
Fig. 7	C (8 ã) * (+8 ã)
OMISION/ADIC. HILERA CIRCUL	
Fig. 2	C (8 ã) ** (+8 ã)
PERDIDA GESTALT.	
Fig. 3	*(+5 ã)
SERIE PTS. SUST. X LINEA	
Fig. 3	**
Fig. 5	**
PERSEVERACION	
Fig. 1	C (7 ã) ** (+7 ã)
Fig. 2	C (7 ã) ** (+7 ã)
Fig. 6	C (7 ã) ** (+7 ã)





INDICE

CONTENIDO	PÁG.
CAPITULO I	
1) Reseña Histórica del Municipio de Amatitlán	1
2) Descripción General del Hospital de Amatitlán	2
3) Objetivos Específicos del Departamento de Psicología del Hospital de Amatitlán	6
4) Funciones Generales del Departamento de Psicología del Hospital de Amatitlán	7
CAPITULO II	
1) Abordamiento Científico de las Bases Teórico Metodológicas que enfocan los problemas a tratar	10
2) Estimulación Temprana	17
3) Planteamiento del Problema	23
4) Objetivos del Ejercicio Profesional Supervisado	24
5) Metodología de Abordamiento	25
6) Metodología utilizada	25
CAPITULO III	
1) Presentación e Interpretación de Resultados y Análisis Estadísticos	28

CONTENIDO	PÁG.
B) Presentación de Resultados	39
CAPITULO IV	
A) Subprograma de Servicio	67
B) Subprograma de Docencia	68
C) Subprograma de Investigación	69
CAPITULO V	
A) Conclusiones Generales	71
B) Recomendaciones Generales	73
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	79

