

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”

MARIA HORTENCIA PELÁEZ SÁNCHEZ

GUATEMALA, ABRIL DE 2007

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARIA HORTENCIA PELÁEZ SÁNCHEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciado Helvin Orlando Velásquez; M.A.
SECRETARIO

Doctor Réne Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Brenda Julissa Chamám Pacay
Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.078-2006
CODIPs. 605-2007

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

27 de abril de 2007

Estudiante
Maria Hortencia Peláez Sánchez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEXTO (16o.) del Acta DIECINUEVE GUIÓN DOS MIL SIETE (19-2007) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de abril de 2007, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

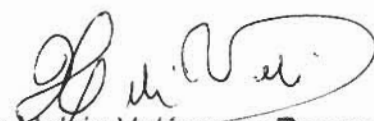
MARIA HORTENCIA PELÁEZ SÁNCHEZ

CARNÉ No.200016570

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.
SECRETARIO



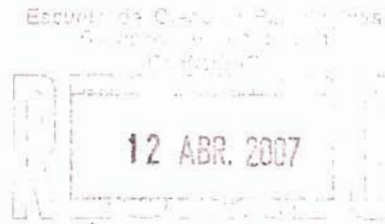
c.c.f.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 028-2007
Reg. 078-2006

11 de abril de 2007



Firma: *[Handwritten Signature]* No. 19:40 Reg. 078-06

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Maria Hortencia Peláez Sánchez**, carné No. 2000-16570, titulado:

"APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
COORDINADORA DE EPS



/Gladys
c.c. Control Académico
Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 028-2007

Reg. 078-2006

11 de abril de 2007

Licenciada

Claudia Rossana Rivera Maldonado

Coordinadora del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Maria Hortencia Peláez Sánchez**, carné No. **2000-16570**, titulado:

"APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Revisor



/Gladys

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 028-2007

Reg. 078-2006

11 de abril de 2007

Licenciada

Claudia Rossana Rivera Maldonado

Coordinadora del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Señores:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Maria Hortencia Peñáz Sánchez** carné No. **2000-16570** titulado:

"APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada **Sonia del Carmen Molina Ortiz**
Asesora-Supervisora



/Gladys

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg. 078-2006

CODIPs. 279-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

17 de febrero de 2006

Estudiante

María Hortencia Peláez Sánchez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEXTO (16º) del Acta CERO SEIS GUIÓN DOS MIL SEIS (06-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de febrero de 2006, que literalmente dice:

"DÉCIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"APOYO PSICOLÓGICO A NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, Y ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MARÍA HORTENCIA PELÁEZ SÁNCHEZ

CARNÉ No. 2000-16570

Dicho proyecto se realizará en esta capital, ubicándose a la Licenciada María Teresa Gaytán como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y a la Licenciada Sonia Molina por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yañes
SECRETARIA



/Gladys

TELEFONOS

20318

23741-44

530423-32

530443-45

24834

Hospital General "San Juan de Dios"

Guatemala, G. A.

CALLE
"HOSPGRAL"
GUATEMALA

OFICIO NO _____

Guatemala, 2 de febrero del 2,007.

Licenciada.
Maria Teresa Gaitan
Jefe Sección de Psicología
Hospital General San Juan de Dios
Presente

Licenciada Gaitan:

De manera atenta tengo el agrado de dirigirme a usted, para manifestarle lo siguiente:

Con fecha 2 de febrero del año 2,006 usted me asignó la tarea de orientar, asesorar y supervisar el Ejercicio Profesional Supervisado de la estudiante MARIA HORTENCIA PELAEZ SANCHEZ en el Programa de Problemas de Aprendizaje y Discapacidades Múltiples de la Consulta Externa de la Pediatría a cargo de la Sección de Psicología.

Por lo anterior expuesto es para mi muy grato informarle que un año después de autorizado el proyecto por la Escuela de Ciencia Psicológicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, la Señora Peláez Sánchez, en esta fecha finalizó su E.P.S. y cumplió satisfactoriamente las expectativas que se tenían con respecto a la atención de las necesidades de la población, así como se tuvo siempre presente que en su trabajo se incluyeran áreas de aplicación de la Psicología en los sub-programas de enseñanza-aprendizaje, investigación y servicio. Tampoco escapó dentro de la práctica la creación de sub-programas como: Síndrome Down, Discapacidades Múltiples, Problemas de Aprendizaje, Desarrollo, Autismo, Educación en el servicio a Padres y Personal Hospitalario y otros que aparecerán en el Informe final.

No me resta más que dar las gracias en nombre del Programa de Problemas de Aprendizaje y Discapacidades Múltiples de la Consulta Externa de Psicología en la Pediatría a mi cargo por el valioso trabajo realizado por la Señora Maria Hortencia Peláez Sánchez y la colaboración que su Jefatura nos brindó para que se cumplieran las metas del mismo. Proyectos como este nos fortalecen para continuar mejorando el servicio en beneficio de nuestra población.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,



Miriam E. Morales Reinoso

Licda. Miriam Morales Reinoso de Martínez
Psicóloga de la Consulta Externa de la Pediatría y
Encargada a Clínica de Crecimiento,
Desarrollo y Estimulación Temprana.

Licda. Miriam E. Morales Reinoso
PSICOLOGA
COLEGIADA NO. 1863



*Recibi conforme
juene 08-02-07
Gaitan*

MADRINAS

LICENCIADA ARGELIA MAYORGA
Colegiada No. 542
Psicóloga

LICENCIADA MIRIAM MORALES REINOSO DE MARTÍNEZ
Colegiada No. 1263
Psicóloga

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS Por brindarme su amor y sabiduría, permitiendo realizar una de mis metas importantes.
- A MIS PADRES Por su apoyo y amor, para continuar con mis sueños.
- A MIS HERMANAS Bianka, Griselda y Johana, por su cariño.
- A MI ESPOSO Por el inmenso amor que habita entre nosotros, por su apoyo y su ternura, gracias!!!
- A MI HIJO Aleksí, por su amor, alegría y ser la luz de mi vida.
- A MIS AMIGAS En especial a Armida, Maricel, Nancy, Luvia e Ingrid, por su cariño y apoyo y a las compañeras de práctica.
- A LOS PROFESIONALES Licenciada Maria Teresa Gaitán, Licenciada Argelia Mayorga, Licenciada Miriam Morales de Martínez y el Dr. Carlos Orellana por su amistad, cariño y formación de los cuales les estaré muy agradecida.
Licenciada Sonia Molina y Licenciado Estuardo Espinoza, por su cariño y orientación.
- AGRADECIMIENTO A la Universidad San Carlos de Guatemala, al Hospital General San Juan de Dios y a mis pacientes.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	
1.1. Breve descripción Monográfica.	7
1.2. Breve descripción de la Institución.	8
1.3. Descripción de la población atendida.	10
1.4. Planteamiento del problema o problemas.	11
CAPITULO II	
REFERENTE TEÓRICO - METODOLÓGICO	
2.1. Abordamiento.	13
2.2. Objetivos.	29
2.2.1. Objetivos generales y específicos por subprograma.	29
2.2.2. Descripción de la metodología de abordamiento.	30
2.2.2.1 Subprograma de Servicio.	30
2.2.2.2. Subprograma de Docencia.	31
2.2.2.3. Subprograma de Investigación.	32
CAPITULO III	
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
3.1. Subprograma de Servicio.	33
3.2. Subprograma de Docencia.	37
3.3. Subprograma de Investigación.	39

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Subprograma de Servicio.	41
4.2. Subprograma de Docencia.	43
4.3. Subprograma de Investigación.	44
4.4. Análisis de Contexto.	45

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. Subprograma de Servicio.	49
5.1.2. Subprograma de Docencia.	50
5.1.3. Subprograma de Investigación.	50

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1. Subprograma de Servicio.	50
5.2.2. Subprograma de Docencia.	51
5.2.3. Subprograma de Investigación.	51

ANEXOS

• Bibliografía.	53
-----------------	----

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

El presente informe final del Ejercicio Profesional Supervisado, describen los antecedentes generales del lugar, la institución y la población donde se efectuó el mismo, el cual tuvo como fin, detectar y por lo tanto brindar atención y orientación psicológica a niños (a) de 7 a 12 años de edad y a los padres de familia que estuvieron involucrados con problemas de aprendizaje, de conducta, de desarrollo y emocionales, que asistieron a psicología, neuropsicología, la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana y otras clínicas del área de consulta externa del departamento de Pediatría. Con la modalidad integral del grupo multidisciplinario para lograr mejores resultados y beneficios del paciente.

La ejecución del E.P.S. tuvo como objetivo incorporar un programa de detección, evaluación, diagnóstico, atención y orientación psicológica, a pacientes con problemas de aprendizaje, principalmente, sin embargo se atendió problemas de lenguaje, familiares, de conducta y desarrollo, etc.

En la metodología de abordamiento se dividió en subprogramas los cuales se describen a continuación:

En el Subprograma de Servicio, se brindó la atención y apoyo psicológico a niños (a) y padres de familia en la clínica de psicología II, en donde se trabajó aspectos emocionales, físicos y sociales que intervenían en la dinámica familiar del paciente.

En el Subprograma de Docencia, se efectuaron charlas educativas e informativas a los asistentes en las consultas externas de pediatría y en el Programa de Discapacidades Múltiples. También como parte del apoyo se brindó orientación psicológica a los padres de familia que asistieron a la clínica de psicología II atendiendo sus diversas necesidades favoreciendo el proceso terapéutico.

El Subprograma de Investigación, tuvo como fin el recabar información de los niños (a) de 7 a 12 años de edad que asistieron por problemas de aprendizaje y por lo tanto detectar cuáles eran las causas reales que les afectaban en su rendimiento escolar, efectuando para esto observaciones, historias clínicas, entrevistas y pruebas

neuropsicológicas. Y por lo tanto concientizar a los padres de familia de la problemática de su hijo y al mismo tiempo proponer la búsqueda de soluciones.

INTRODUCCIÓN

Actualmente Guatemala aún no llena los requisitos necesarios para lograr una mejoría a nivel educativo, ya que continúa el alto índice de analfabetismo, deserción escolar, falta de infraestructura e insuficientes maestros capacitados y preparados con mejores métodos educativos, esto conlleva una estrecha relación con la incidencia de problemas de aprendizaje, que se detectan cuando los niños (as) ingresan a nivel primario, lo cual se trunca con la dificultad para aprender o le es difícil el aprendizaje, por lo que el rendimiento en lectura, escritura y cálculo son inferiores a los esperados por su edad y escolarización; por lo que muchos de estos niños (as) forman parte de la población que asistieron a la consulta externa de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios; en donde se desarrolló el Ejercicio Profesional Supervisado, con el fin de apoyar y orientar psicológicamente tanto a los niños (as) como a sus padres, en los tipos de problemas de aprendizaje (Dislexia, Disortografía, Disgrafía y Discalculia) sus causas y tratamiento terapéutico, y en los sentimientos de frustración, inseguridad, culpa y baja autoestima que sufren los niños (as) al no ser apoyados principalmente por la familia.

Sin embargo como ente social, el niño (a) se ve involucrado dentro de la familia, la escuela y la sociedad, que son tres pilares que intervienen en la estabilidad emocional del infante y que muchas veces son los factores que están interfiriendo en el buen funcionamiento del niño (a), lo que repercute en la disminución de sus destrezas y habilidades.

Y podemos mencionar los altos índices de violencia intrafamiliar, maltrato, abuso infantil y violencia en general, entre otros, que se suman a los factores que inciden en este grupo de población.

Por lo que se consideró importante brindar orientación a los padres de familia, ya que son entes importantes para las alternativas de solución o acompañamiento para mantener el equilibrio físico, social y emocional de los niños con problemas de aprendizaje que muchas veces son rechazados por la familia y no digamos por la escuela y la sociedad. Todo esto siendo parte integral de un grupo multidisciplinario, que tiene como objetivo el bienestar de los pacientes.

El E.P.S. se realizó en la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana, con una temporalidad de un año a partir de Febrero 2006 a Febrero 2007.

CAPITULO I ANTECEDENTES

1.1. Monografía del lugar.

La República de Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 Km.²; cuenta con diferentes climas que van desde el cálido hasta el frío, el suelo es predominantemente montañoso, el idioma oficial es el español, con la diversidad de idiomas mayas. La unidad monetaria es el Quetzal y el catolicismo es la religión predominante.

La agricultura juega un papel determinante en la economía del país ya que los principales cultivos son el café, el banano, la caña de azúcar y el algodón; también se cultiva maíz y otros cereales para el consumo interno. Entre los productos industriales se encuentra la producción de azúcar, cerveza, cemento, tejidos de algodón y productos farmacéuticos.

Administrativamente, Guatemala se divide en 22 departamentos y son: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Quetzaltenango, Petén, El Progreso, El Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa.

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en el Departamento de Guatemala, el cual tiene una extensión territorial de 2,253 Km.² y se encuentra a 1,458 metros sobre el nivel del mar, con 2,521,470 habitantes aproximadamente. Sus límites territoriales son al Norte con Baja Verapaz, al Este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa, al Sur con Escuintla y Santa Rosa y al Oeste con Chimaltenango y Sacatepéquez. Su clima es templado y es el departamento más poblado del país. La cabecera departamental es la ciudad de Guatemala y se divide en catorce municipios. Las principales funciones del departamento son la administración, la industria, la comercial y la cultura; la producción es variada.

Este departamento fue creado en 1,825 y su fiesta titular es el 15 de Agosto, Día de la Virgen de la Asunción.

1.2. Descripción de la institución u organismo requirente.

El Hospital General San Juan de Dios está ubicado en la 1ra. Avenida 10-50 de la zona 1 de esta ciudad. Dicha institución es de dependencia nacional, con carácter asistencial, docente y de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el Dr. Ludwin Ovalle es el director de dicha institución, el departamento de medicina está a cargo del Dr. Rómulo López, y la Jefatura de Psicología es parte de dicho departamento, por lo que el Ejercicio Profesional Supervisado está bajo la supervisión de la Licda. María Teresa Gaitán y como jefe inmediato la Licda. Miriam Elida de Martínez. El Hospital presta atención médica, psicológica, social y educativa, especializada a niños, adolescentes, adultos y ancianos, de sexo masculino y femenino, procedentes de las áreas rurales y urbanas, de bajo nivel económico, con servicios públicos precarios y problemas de analfabetismo. Para visualizar los cambios que ha tenido dicho hospital desde su inicio hasta nuestros días describiremos a continuación la monografía hecha por el Periodista Lic. José Vicente Salazar, la cual se origina a lo largo de la historia de las ciudades fundadas por el tiempo como capitales de Guatemala, que debido a las catástrofes fueron trasladadas de un lugar a otro y así surgió la necesidad de atender los enfermos españoles y a sus descendientes, los cuales estaban en la calle y morían; entonces, el Obispo Francisco Marroquín se compadeció de ellos, a eso se acuña la fundación del Hospital Real de Santiago, pero no había quien lo atendiera ni médicos ni paramédicos, entonces los sacerdotes compadecidos llevaban consuelo a los enfermos y algunos cuidados empíricos para aliviarlos. Los hermanos San Juaneros, así llamados, participaban en el cuidado de los enfermos y en la administración de hospitales improvisados y del Hospital de Santiago.

El 27 de septiembre de 1669 se le cambió el nombre al Hospital Santiago, por HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. A raíz del cambio el hospital mejoró notablemente, por lo que la Universidad de San Carlos de Borromeo había sacado los primeros médicos que fueron los bastiones en la medicina preventiva y curativa.

En 1773, surgió el terremoto que causó destrozos en todos los edificios del Hospital, por lo que se improvisó con ranchos de paja por los médicos y hermanos San Juaneros, y así, no dejar de atender a heridos y enfermos, luego se decidió el traslado de la ciudad al Valle de la Virgen ó de la Ermita y se decide iniciar la

construcción del edificio en la parte del terreno que actualmente ocupa con vista a la Avenida Elena, donde se encontraba el cementerio, el cual fue trasladado a la ubicación actual. El hospital empezó a funcionar cinco años después de dar inicio la construcción, que fue en el año 1778. Las operaciones quirúrgicas eran un verdadero calvario, tanto para el paciente como para los médicos, ya que no se usaba anestesia. En 1847, del 30 de octubre, se hace la primera operación con anestesia por medio de éter, pero era necesario mejorar dicha técnica y para ello se ofrecieron dos voluntarios estudiantes de medicina “Felipe Arana y Juan José Cañas”, siendo esto un éxito. Según los estatutos del hospital se estableció que la atención sería gratuitamente en la consulta para los pobres, quedando en desuso por falta de médicos. Sin embargo, en 1882, se reanuda la consulta que favoreció a muchas personas de escasos recursos económicos. Y en el mismo año vino el primer grupo de enfermeras especializadas en administración y manejo de los hospitales, las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, también se introdujo el primer aparato de rayos X para diagnosticar fracturas y otras enfermedades y así dar un mejor tratamiento. Luego se dio la primera transfusión de sangre por el Dr. José Monte Rosal. En 1905, se inauguró el pabellón de operaciones asépticas, llegando a ser la mejor sala de operaciones de Centro América. En el terremoto de 1976, el hospital sufrió grandes daños en sus estructuras viéndose en la necesidad de trasladarse al Parque de la Industria, trabajando durante siete años consecutivos en sus salones. Gracias a fundaciones, el departamento de Pediatría fue el primero en trasladarse a la Avenida Elena, en 1978, siguiendo con maternidad; las áreas restantes continuaron la atención en dicho parque hasta 1982, que fue, cuando se terminó el edificio y se inauguró el 24 de mayo de 1983. Desde entonces sigue prestando sus servicios, contando en la actualidad con notorios avances tecnológicos, lo que permite la atención profesional a las diversas necesidades de la población y específicamente en la atención psicológica y social formando así grupos multidisciplinarios lo que coadyuva al bienestar psicobiosocial de la misma.

Los servicios que presta el hospital general San Juan de Dios a la población se dan en el área de Pediatría, Gineco - Obstetricia y adultos,

El Ejercicio Profesional Supervisado, es un factor importante en los departamentos de investigación y docencia de dicho hospital por lo que es necesario saber y conocer

sus objetivos, misión y visión, ya que van encaminados a brindar un servicio de atención integral de calidad, oportunidad, eficiente y eficaz, a la población guatemalteca.

1.3. Descripción de la población de trabajo.

El Hospital General San Juan de Dios presta atención especializada a la población guatemalteca y extranjera, siendo el español el idioma predominante, en su mayoría de escasos recursos económicos, con servicios públicos precarios; muchos de los hogares están integrados físicamente, pero desintegrados o disfuncionales en cuanto a su dinámica familiar, los lugares donde viven muchas veces se perciben vulnerables o de alto riesgo, ya que sus casas se encuentran en laderas, asentamientos y colonias sin seguridad, por lo que son víctimas de grupos antisociales y la violencia en general. De toda la población que atiende dicho hospital nuestro objetivo es la atención psicológica a niños (as) que oscilan entre las edades de 7 a 12 años los cuales presentan problemas de aprendizaje, esto quiere decir el bajo rendimiento académico del individuo ya sea en la lectura, cálculo o expresión escrita y que es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, estos niños (as) asisten a escuelas primarias en diferentes jornadas, en algunos casos son ente de ingreso a sus hogares o mano de obra en diferentes actividades del hogar, por lo regular no tienen espacios ni tiempo de recreación. Estos niños (as) son detectados en la consulta externa de pediatría por médicos, trabajadoras sociales, personal de enfermería y psicólogas. Por lo que el proyecto de EPS dirige su atención a este sector de niños (as), dichos pacientes también son víctimas de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual, abandono, embarazos precoces, traumatismo, lo que coadyuva a una inestabilidad emocional que repercute en el nivel y rendimiento académico. Los problemas de aprendizaje causan en los niños (as) la dificultad de aprender lo cual afecta diversas áreas como la lecto-escritura, ortografía, atención y el razonamiento, que son efectos de diferencias en el funcionamiento del cerebro y la forma en la cual éste procesa la información, esto no quiere decir que estos niños (as) no tengan ninguna visión de desarrollo tanto social como académica. Muchas veces son marginados y rechazados por la familia, la escuela y la sociedad lo cual llena a estos mismos de

sentimientos de frustración y fracaso que conlleva a la deserción escolar.

1.4. Planteamiento del problema.

De acuerdo al diagnóstico realizado luego de la visita de reconocimiento del Hospital General San Juan De Dios y la información obtenida por medio de observaciones y entrevistas al personal médico, enfermería, psicólogos, padres de familia y demás población que asiste a dicha institución, se logró evidenciar la necesidad y demanda de formar un programa específico para la atención psicológica a niños (as) entre 7 y 12 años de edad, que presentan problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, retraso mental, hiperactividad, hiperactividad con déficit de atención y/o impulsividad y problemas de conducta, que a nivel médico son definidos e identificados a través de su historia o antecedentes médicos del proceso del embarazo, pudiendo encontrarse los problemas en 3 maneras: a) Pre-natal: enfermedades y cuidados de la madre, b) Peri-natal: anoxia, sufrimiento fetal, trabajo de parto más de 18 horas, placenta previa, ingesta de meconio, parto post-maduro (más de 38 semanas), ingesta de sustancias, embarazo de alto riesgo, preclamsia y calcificación de matriz y cordón umbilical y c) Post-natal: prematurez, bajo peso, desnutrición y enfermedades que causen fiebres altas por períodos prolongados, entre otros, y en la opinión psicológica se creó, que uno de los factores determinante que coadyuvan a dichos problemas, provienen de la familia, la cual es la base fundamental de la sociedad y la que dirige los procesos fundamentales del desarrollo psíquico, la organización de la vida afectiva y emotiva del sujeto. Lo anterior muchas veces se ve reflejado negativamente, ya que los niños (as) cada día son víctimas de maltrato, abuso, violencia intrafamiliar, deficiente nutrición, lo cual provoca anemia y otras enfermedades, padres con adicciones (alcohol y drogas) y problemas de desarrollo debido al poco estímulo ambiental, cultural y social. Por lo que se pretende en este proyecto brindar apoyo psicosocial a los niños (as), que debido a los factores anteriormente mencionados, se ven afectados en su estabilidad emocional y autoestima, como también surgen sentimientos de temor, culpa, fracaso, frustración y ansiedad, y como entes importantes para el mejoramiento del niño (a) se dará orientación psicológica a padres, con el fin de orientarlos a buscar mejores alternativas para la educación, desarrollo y funcionamiento de sus hijos. También

como parte del proceso de E.P.S. se pretende el seguimiento, en el fortalecimiento y orientación a padres y niños del programa de Síndrome Down y discapacidades múltiples, con el fin de continuar el crecimiento de dicho programa.

Debido a que el niño (a), demanda diversas intervenciones hospitalarias, se pretende ser parte de un grupo multidisciplinario, con el propósito de una atención psicobiosocial, que será más beneficiosa para la evolución de los pacientes.

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO - METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento teórico - metodológico.

Guatemala es uno de los países con altos índices de fracaso y deserción escolar, lo cual preocupa a padres de familia por el tiempo y el gasto económico al que se enfrentan cada año. De lo cual las víctimas más afectas son los niños en el nivel primario, mas no se percibe que muchos de estos casos, son causa de incapacidad o problemas de aprendizaje, los cuales son detectados con frecuencia al ingresar al nivel escolar primario, esto conlleva una detección, porque el niño no aprende o le es difícil el aprendizaje, lo que hace que los padres y maestros perciban que no está rindiendo como se esperaba. Hay tres factores, que se han evidenciado que son entes fundamentales en el funcionamiento y desarrollo del niño, los cuales son: El hogar, la escuela y la sociedad, los cuales se describen a continuación: “la familia que es la institución social que dirige y prepara la formación física, moral y espiritual del niño”. (Nieto H., Margarita, 1987; Pág.9).

La influencia del hogar puede acelerar o detener la evolución infantil; un niño, bien estimulado, al que se le habla mucho, se quiere y se atiende como necesita, aprenderá a hablar, a caminar, a leer y escribir con facilidad y su desarrollo cognoscitivo y psicomotor será más firme, que del niño al que le faltó estimulación y apoyo. De esto surge la pregunta, “¿Es posible que niños con alguna incapacidad de aprendizaje de origen neuropsicológico superen parte de sus dificultades en un clima familiar adecuado? Sí, un clima familiar acogedor, afectuoso y comprensivo contribuye a reforzar la autoestima del niño en sus capacidades y lo impulsa a vencer sus propias deficiencias”. (Nieto H., Margarita, 1987; Pág.11). De lo anterior se ha observado que cuando en el hogar surgen dificultades en la integración y funcionamiento del mismo, provocan en el niño inestabilidad emocional y cambios de conducta a nivel neuropsicológico, que es cuando los padres de familia busca ayuda o alternativas de solución e inician un proceso de orientación psicológica, y, sí lo llevan a la práctica, se logra percibir un mejor funcionamiento en la dinámica familiar con cambios positivos en cada uno de los integrantes de la familia, y no digamos en los niños, los cuales muchas veces reflejan diversos problemas a causa del rechazo

o la falta de afecto, cariño, atención, seguridad, estímulo; lo cual se reflejará en el futuro, en la aceptación de sí mismo, su adaptación, desenvolvimiento y solución ante situaciones que se le presente a lo largo de su vida.

Otro de los entes importantes es la escuela, que influye en el desarrollo educativo y social del niño por la acción que ejerce sobre él la maestra (o), sus condiscípulos, las autoridades y los métodos de educación. Ya que la maestra es la que permite hacer, la que enseña como hacer, pero que al mismo tiempo señala al niño los límites de sus capacidades. Que muchas veces no lo hace adecuadamente, ya que surge la clasificación y exclusión de los niños, lo cual causa en ellos sentimiento de frustración, baja autoestima, aislamiento, agresividad y por lo tanto deserción escolar. Otro de los factores que provocan reacciones o problemas en los niños son los bajos niveles administrativos, estructurales y materiales que hay dentro de los servicios educativos, como la falta de escuelas y aulas, falta de maestros, el número de alumnos por aula, el deterioro y falta de mobiliario escolar entre otros. El porcentaje de problemas de aprendizaje es más alto en los niños que en las niñas.

Y por último tenemos a la sociedad formada por vecinos, amigos, la iglesia, los agentes informativos que difunden la cultura, propaganda comercial, la economía y la política (la radio, la televisión, el periódico, revistas y libros) que influyen diariamente en la formación cultural y social del ser humano durante toda su vida; y la sociedad a su vez su principal finalidad es encauzar al niño hacia su mejor adaptación social, formar la conciencia social del niño e influir hacia la vida, fomentando los valores positivos que pueden guiarle a su integración en la sociedad. Pero muchas veces esto se ve interrumpido a causa de la violencia, inseguridad, grupos antisociales, el nivel económico y estatus social, que día a día sufre la población guatemalteca y que repercute grandemente en la evolución de los niños.

La formación de la familia, la educación, la sociedad y la cultura como tal, vienen de generación en generación, como lo son los patrones de crianza, que “es todo el trabajo diario que la madre, el padre o encargados realizan con sus hijos, desde que nacen hasta que llegan a la juventud, estas formas de enseñanza, las madres y los padres las han aprendido de sus padres u otras personas que ayudaron en su educación, es decir que están modelando algo que han aprendido” (Rodas, Belia. Pág. 2). Manuel García y Nidia Saizo en el Manual de Patrones de Crianza, nos dicen

que tipo de patrones de crianza, puede tener cada familia, entre ellos: 1) Rígido, es donde hay poca relación entre los miembros de la familia, con reglas severas y rígidas, donde los hijos tienen muy poco espacio para expresar sus pensamientos, sentimientos y frustraciones. 2) Flexible, existe comunicación y reglas claras, este busca el beneficio de la familia. 3) Permisivo, las reglas las imponen los hijos, no se tiene control ni supervisión de los padres. 4) Inconsistente, en este tipo no hay reglas claras, no hay equilibrio entre los castigos y los límites, es confuso.

¿Por qué hablamos de patrones de crianza? Los mencionamos ya que forman parte importante en la educación, comunicación, aceptación, expresión de sentimientos, pensamientos y frustraciones, que los padres debería de dar la libertad a sus hijos de expresarse, o viceversa, para la comprensión de los problemas familiares y/o educativos, como lo es buscar soluciones o alternativas ante la presencia de problemas de aprendizaje, que muchas veces los padres no logran comprender que los niños tienen un problema y por sí solos no lo pueden resolver, y es lo que está afectando su desenvolvimiento académico y que algo en su desarrollo cognoscitivo y/o familiar que no está bien, para introducirnos en el desarrollo normal de un niño buscamos a Piaget, el cual propone las etapas del desarrollo cognoscitivo, las cuales se describen: *La etapa sensoriomotriz se da aproximadamente de 0 a 2 años, empieza a hacer uso de la imitación, la memoria y el pensamiento. Empieza a reconocer que los objetos no dejan de existir cuando son ocultados. Pasa de las acciones reflejas a la actividad dirigida a metas. *La etapa de preoperacional se da entre 2 a 7 años, el niño desarrolla gradualmente, el uso del lenguaje y la capacidad para pensar de forma simbólica, es capaz de pensar lógicamente en operaciones unidireccionales y por fin le resulta difícil considerar el punto de vista de otra persona. *La etapa operaciones concretas de 7 a 11 años, es cuando el niño es capaz de resolver problemas concretos de manera lógica (activa) y entiende las leyes de la conservación, es capaz de clasificar, establecer series y entiende la reversibilidad, y por último *La etapa de operaciones formales de 11 años a la adultez, el individuo es capaz de resolver problemas abstractos de manera lógica, su pensamiento se hace más científico y desarrolla interés por los temas sociales y de identidad. (Woolfolk, Anita E. 1999. Pág.30).

Pero a la vez intentaremos definir lo anormal de por qué un niño tiene dificultad para aprender. La incapacidad para el aprendizaje, “es un término genérico que se refiere a un grupo heterogéneo de trastorno manifestado por dificultades significativas en la adquisición y uso de las habilidades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar y matemáticas. Estas perturbaciones son intrínsecas al individuo y se cree que son causadas por una disfunción en el Sistema Nervioso Central. Aunque una incapacidad para aprender puede suceder de manera concomitante con otros trastornos de minusvalía (como deterioro sensorial, retraso mental, perturbaciones emocionales y sociales), o influencias ambientales (diferencias culturales, institución deficiente o inapropiada y factores psicógenos), no es resultado de aquellas condiciones o influencia”. (Gearheart, Bill R. 1987. Pág.14).

En los niños con problemas de aprendizaje interviene el procesamiento cognoscitivo, el cual difiere de aquéllos procesos cognoscitivos y conductas normales en la solución de problemas. Es bastante frecuente, que los niños con problemas para aprender puedan desarrollar estructuras mentales incorrectas, en las cuales intentan incorporar información nueva o modificar estructuras mentales inexistentes, que es cuando los procesos de atención, percepción, memoria, organización, cognición y codificación tienen un efecto significativo en la adaptación de estructuras mentales. Esto se ha podido observar con el trabajo que se realiza conjuntamente con el neuropsicólogo tanto en la historia como en las pruebas específicas que se aplican, con el fin de determinar cuál o cuáles son las áreas afectada en el niño que le provocan la dificultad en su desenvolvimiento cognitivo y psicomotriz entre otros.

Un problema de aprendizaje puede causar que una persona tenga dificultad aprendiendo y usando ciertas destrezas; cada problema de aprendizaje puede variar dependiendo la persona, tanto puede afectarle uno (lectura) y diferentes (lectura y ortografía) al mismo tiempo. “Los investigadores creen que los problemas de aprendizaje son causados por diferencias en el funcionamiento del cerebro y la forma en la cual este procesa la información, los niños con problemas de aprendizaje no son “tontos” o “perezosos”. De hecho, ellos generalmente tienen un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio, lo que pasa es que sus cerebros procesan la información de una manera diferente.” (www.psicopedagogia.com).

“No hay ninguna “cura” para los problemas del aprendizaje. Ellos son para toda la vida. Sin embargo, los niños con dichos problemas pueden progresar mucho y se le puede enseñar a sobrepasar el problema, con la ayuda adecuada los niños pueden llegar a aprender con éxito.” (www.psicopedagogía.com).

“Las incapacidades específicas de aprendizaje se manifiestan como grados de falta de realización académica y es indudable que contribuyen de manera considerable al gran número de niños -que Kessler estimó (1956) que son las tres cuartas parte de los alumnos en edad de escuela primaria- a los que se envían para que se realice en ellos estudios y tratamientos individuales, debido a sus malas realizaciones en la escuela. Se descubren incapacidades específicas de aprendizaje por medio de un estudio casuístico en el que se evalúa la capacidad intelectual del niño, el desarrollo emocional, la madurez social y los antecedentes de experiencias”. (Harvey F. Clarizio. 1998. Pág.182).

Un examen de la diversidad de términos refleja el interés en esos problemas por parte de las personas adiestradas en campos tales como: la medicina general, la neurología, la psiquiatría, la educación y la psicología en el campo general de los trabajos clínicos. Según el autor Harvey F. Clarizio, propone 9 características que identifican a los niños con problemas de aprendizaje; de las cuales otros autores tienen distintos o similares puntos de vista según el enfoque que los explique.

1. Incapacidades visuales: se menciona con frecuencia las dificultades visuales (especiales) en las que hay incapacidad para diferenciar las figuras y el fondo, reconocer la inversión de letras y formas y/o percibir formas con consistencia visual, frente a la agudeza visual, medida como “normal”.

2. Incapacidades motoras: tales como la de escribir o reproducir figuras con precisión. La coordinación motora bruta y/o torpeza e ineptitud para realizar tareas motoras finas.

3. Incapacidades del lenguaje: entre ellas se incluyen condiciones que van del mutismo, la omisión o la sustitución de sonidos y palabras, a la confusión de los tiempos verbales y las disposiciones aceptables de la sintaxis.

4. Incapacidades auditivas: se encuentra la de discriminar sonidos, cuando se le presentan como elementos aislados, tales como los sonidos de las sílabas que

constituyen una palabra. El examen audiológico, con un audímetro demuestra que el oído, evaluado en esa forma, es “normal”.

5. Hiperactividad: un término que se refiere a la inquietud del niño, su falta de atención, su distracción, su excitabilidad, las dificultades disciplinarias y la falta de tolerancia a las frustraciones. La hiperactividad se subdivide en: hiperactividad con déficit de atención, hiperactividad con impulsividad, hiperactividad con déficit de atención e impulsividad.

6. Incapacidades emocionales: un gran número de incapacidades de aprendizaje se pueden reconocer sobre la base de una condición emocional que daña al funcionamiento eficaz. En esta categoría se encuentran los trastornos que se asocian a características tales como: la impulsividad, la destructividad, la ensoñación, la agresividad, la inestabilidad emocional, el negativismo y la falta de cooperación.

7. Incapacidades sociales: Un grupo poco comprendido y probablemente no reconocido con frecuencia de deficiencias de aprendizaje se puede clasificar en conjunto, porque parece representar deficiencia de organización o relación de los ambientes sociales.

8. Incapacidades cognoscitivas: Muchas autoridades en la materia consideran la inteligencia normal como una característica de los niños con deficiencias de aprendizaje y creen que los descubrimientos contrarios reflejan fallas de diagnóstico.

9. Combinaciones de incapacidades: No es poco frecuente que las deficiencias observadas incluyan varios campos de funcionamiento, con el resultado de que la incapacidad de aprendizaje se dice que es visual-motora, social-emocional o de lenguaje y comunicación. (Harvey F. Clarizio. 1998. Pag. 184 - 187).

Debido a la información, datos que se obtuvieron y observaciones del contacto con la población en la clínica de psicología y neuropsicología, hay una diversidad de problemas de aprendizaje, pero nuestra atención estará en la dislexia, disortografía, disgrafía y discalculia, que son los problemas o casos mas frecuente que se detectaron en los niños, después de realizar observaciones, entrevistas, historias clínicas y aplicación de pruebas específica. Haciendo la salvedad, de que no todos los pacientes que acuden por problemas de aprendizaje, tienen un diagnóstico positivo, ya por medio de las técnicas anteriormente mencionadas se logra detectar otros tipos de problemas, aledaños o totalmente distintos a los mismo. Y todo este

proceso conlleva a elaborar un plan de tratamiento con el fin de brindar apoyo psicológico y orientación tanto a los niños como a los padres de familia, y si fuera posible a los maestros, los cuales están en estrecha relación con niños y son entes para un cambio en la problemática del mismo. En el intento de delimitar y definir los diferentes tipos de problemas de aprendizaje antes mencionados los describiremos:

LA DISLEXIA: LECTO-ESCRITURA.

Etimológicamente la palabra dislexia quiere decir dificultades de lenguaje, se refiere a trastorno en la adquisición de la lectura. Dislexia es el problema para aprender a leer que presentan niños cuyo coeficiente intelectual es normal y no aparecen otros problemas físicos o psicológicos que puedan explicar dichas dificultades. Una buena definición la da M. Thomson " es una grave dificultad con la forma escrita del lenguaje, que es independiente de cualquier causa intelectual, cultural y emocional. Se caracteriza porque las adquisiciones del individuo en el ámbito de la lectura, la escritura y el deletreo, están muy por debajo del nivel esperado en función de su inteligencia y de su edad cronológica. Los síntomas disléxicos son inversiones en la escritura y / o en la lectura, adiciones, omisiones, escritura en espejo, vacilaciones, repeticiones. Entre las causas, las hipótesis explicativas se agrupan principalmente en dos grandes áreas o tipos de problemas: neurológico y cognitivo. El nivel neurológico de explicación se refiere a la manera en que el cerebro procesa la información y cómo se diferencian los disléxicos en este campo. La organización neuropsicológica, es la base en la que se asienta el funcionamiento cognitivo, que es el aspecto al que se le presta más atención por ser directamente observable en pruebas de lectura y en trabajos de observación en laboratorios. Otro modo de clasificar las explicaciones de la alteración disléxica es entendiéndola como una deficiencia neurológica, una alteración de la memoria a corto plazo o de codificación o como un problema lingüístico de algún tipo.

Para el diagnóstico se puede empezar a sospechar la existencia de una dislexia en un alumno, vuelvo a insistir en que lo fundamental es la dificultad para aprender a leer y escribir correctamente en ausencia de problemas intelectuales o de otro tipo que den una explicación alternativa al problema presentado.

Así, hay que descartar: defectos de visión, audición, un C.I. por debajo de lo normal, la existencia de una perturbación emocional primaria, que el problema sea debido a mera falta de instrucción, que haya problemas de salud graves que mediaten el aprendizaje, que no se den lesiones cerebrales diagnosticables y que puedan afectar al área del lenguaje.

Algo que puede guiar en el diagnóstico, además de las dificultades de lecto-escritura, es la existencia de dificultades similares en la familia. Las dificultades fonológicas (de correcta repetición de determinadas palabras) y las dificultades de pronunciación, si no hay una dislalia clara, pueden orientar hacia la dislexia.

El psicopedagogo escolar o privado, fundamentalmente tratará de establecer, además del historial personal, médico y pedagógico del alumno, su C.I. y las características de su perfil.

Cuando se habla del tratamiento de la dislexia generalmente se piensa en fichas de lateralidad, orientación espacial, grafomotricidad, orientación temporal, seriaciones, etc. Sin embargo no está demostrado que todo esto sea necesariamente previo al aprendizaje de la lecto-escritura, para poder avanzar y recuperar las dificultades disléxicas. Lo que recomienda Thomson es el "sobreaprendizaje". Volver a aprender la lecto-escritura, pero adecuando el ritmo a las posibilidades del niño, trabajando siempre con el principio rector del aprendizaje sin errores, propiciando los éxitos desde el principio y a cada paso del trabajo de sobreaprendizaje. Se trata de hacer el reaprendizaje correcto de las técnicas lecto-escritoras, haciéndolas agradables y útiles para el niño, propiciando como digo el éxito, en lugar del fracaso que está acostumbrado a cosechar.

DISORTOGRAFÍA

Etiología: Conciene a las perturbaciones de la utilización escrita de la lengua; frecuentemente va unida a los retrasos del lenguaje oral, resultante de un aprendizaje defectuoso o de un medio cultural desfavorable, como falta de atención o de lectura comprensiva. Hay cuatro tipos de faltas de ortografía: 1) Las fallas referidas a la transcripción puramente fonéticas de la formación del lenguaje hablado. 2) Las faltas de uso que varían según la complejidad ortográfica de la

lengua, cuando las palabras se sobrecargan de letras no pronunciadas. 3) Las faltas de gramática. 4) Las faltas referidas o palabras homófonas.

Entre los principales factores causales de las dificultades de ortografía encontramos: Hábitos defectuosos de estudio (muchos niños proceden de manera poco afectiva al estudiar palabras de ortografía dudosa, debido a la enseñanza inadecuada de esta materia y de la composición escrita), falta de interés y actitudes favorables, limitaciones en conocimientos básicos sobre la fonética y estructura de la palabra, lenguaje deficiente, especialmente anomalías de pronunciación, escritura lenta e ilegible, defectos visuales, discriminación auditiva insuficiente y bajo rendimiento intelectual.

Estas dificultades se pueden detectar en las producciones escritas las cuales delatarán los errores cometidos por el niño, y para no confundirlo con un error de escritura, el docente deberá tener claro que se manifiesta como una particular dificultad para la expresión lingüística gráfica, conforme a las reglas del idioma. Es importante detectar, que clase de disortografía es, para luego articular el tratamiento adecuado.

Observar si se trata de mala ortografía que afecta la articulación del lenguaje. Son niños inteligentes que cometen faltas corrientes y sintácticas, que desconocen en mayor o menor grado la estructura gramatical de la lengua

Niños que desfiguran la lengua, que parecen no haber aún automatizado la adquisición de la ortografía

Cuadro disortográfico de niños con bajo nivel intelectual, concomitante a retraso en la lecto-escritura.

Al momento de un diagnóstico se dará paso, luego de realizar la corrección minuciosa de las producciones escritas del niño y confeccionar el registro de errores ortográficos para individualizarlos. Para diagnosticar, las técnicas son: dictado, copia fiel de un texto, copia de un texto con otro tipo de letra (pasar de imprenta a cursiva), elaborar redacciones libres.

A la hora del tratamiento de la ortografía, los involucrados en el mismo, deberán tener en cuenta:

- Que el aprendizaje ortográfico: es un proceso que requiere una dirección hábil y experta, porque los alumnos aprenden con distinto ritmo y de manera diferente, los métodos deben adaptarse a la variedad.
- Que debe ayudar a cada niño a descubrir métodos que faciliten la fijación y evocación de la forma correcta de escribir las palabras.
- Que la corrección debe adaptarse a las necesidades de cada niño y a las características de las faltas.
- Que para asegurar la retención son necesarios los períodos de práctica y ejercitación. Los principales objetivos de la enseñanza de la ortografía son: facilitar al niño el aprendizaje de la escritura correcta de una palabra de valor y utilidad social, proporcionar métodos y técnicas para el estudio de nuevas palabras, habituar al niño al uso del diccionario, desarrollar una conciencia ortográfica, es decir, el deseo de escribir correctamente y el hábito de revisar sus producciones escritas, ampliar y enriquecer su vocabulario gráfico.

DISGRAFÍA

Escritura defectuosa sin que un importante trastorno neurológico o intelectual lo justifique. Hay dos tipos de disgrafía:

Disgrafía motriz: Se trata de trastornos psicomotores. El niño disgráfico motor comprende la relación entre sonidos escuchados, y que él mismo pronuncia perfectamente, y la representación gráfica de estos sonidos, pero encuentra dificultades en la escritura como consecuencia de una motricidad deficiente. Se manifiesta en lentitud, movimientos gráficos disociados, signos gráficos indiferenciados, manejo incorrecto del lápiz y postura inadecuada al escribir.

Disgrafía específica: La dificultad para reproducir las letras o palabras no responden a un trastorno exclusivamente motor, sino a la mala percepción de las formas, a la desorientación espacial y temporal, a los trastornos de ritmo, etc., compromete a toda la motricidad fina.

Los niños que padecen esta disgrafía pueden presentar: rigidez de la escritura: Con tensión en el control de la misma, grafismo suelto: Con escritura irregular pero con pocos errores motores, impulsividad (escritura poco controlada, letras difusas, deficiente organización de la página), inhabilidad: (escritura torpe, la copia de

palabras plantea grandes dificultades) y lentitud y meticulosidad: (escritura muy regular, pero lenta, se afana por la precisión y el control).

El Diagnóstico dentro del aula consiste en precisar el grado de alteraciones y puntualizar el tipo y frecuencia del error gráfico. Para este procedimiento se necesitará corregir diariamente las producciones del niño, destacando las fallas para reeducar con la ejercitación adecuada. De forma individual, se realizarán pruebas tales como:

Dictados: de letras, sílabas o palabras. Se dicta un trozo de dificultad acorde con el nivel escolar del niño. Lo más simple consiste en extraerlo del libro que habitualmente usa el niño, correspondiente al grado que cursa. Realizar el análisis de errores

Prueba de escritura espontánea: destinada a niños que ya escriben. La consigna es: “escribe lo que te guste” o “lo que quieras”. Del texto se señalarán los errores cometidos, siguiendo la clasificación de errores frecuentes señalada en la etiología de esta patología

Copia: de un trozo en letra de imprenta y de otro en cursiva, reproducir el texto tal cual está, y luego otros dos textos, uno en imprenta para pasar a la cursiva, y otro en cursiva para pasar a la imprenta.

Aquí observamos si el niño es capaz de copiar sin cometer errores y omisiones; o bien si puede transformar la letra (lo que implica un proceso de análisis y síntesis). Si el niño no logra copiar frases, se le pide que copie palabras, sílabas o letras.

El tratamiento de la disgrafía abarca una amplia gama de actividades que podrán ser creadas por el docente al tener el registro de errores que comete el niño. Se recomienda llevar un cuadernillo o carpeta aparte de la del trabajo en aula, para facilitar la inclusión de nuevos ejercicios y la corrección minuciosa. El tratamiento tiene por objetivo recuperar la coordinación global y manual y la adquisición del esquema corporal; rehabilitar la percepción y atención gráfica; estimular la coordinación visomotriz, mejorando el proceso óculo - motor; educar y corregir la ejecución de los movimientos básicos que intervienen en la escritura (rectilíneos, ondulados) así como tener en cuenta conceptos tales como: presión, frenado, fluidez, etc., mejorar la ejecución de cada una de las gestalten que intervienen en la escritura, es decir, de cada una de las letras; mejorar la fluidez escritora; corregir la

postura del cuerpo, dedos, la mano y el brazo, y cuidar la posición del papel. El tratamiento de la disgrafía abarca las diferentes áreas:

1. Psicomotricidad global - Psicomotricidad fina: La ejercitación psicomotora implica enseñar al niño cuales son las posiciones adecuadas.

Sentarse bien, apoyando la espalda en el respaldo de la silla

- No acercar mucho la cabeza a la hoja
- Acercar la silla a la mesa
- Colocar el respaldo de la silla paralelo a la mesa
- No mover el papel continuamente, porque los renglones saldrán torcidos.
- No poner los dedos muy separados de la punta del lápiz, si no este baila y el niño no controla la escritura.
- Si se acerca mucho los dedos a la punta del lápiz, no se ve lo que se escribe y los dedos se fatigan.
- Colocar los dedos sobre el lápiz a una distancia aproximada de 2 a 3 cm. de la hoja
- Si el niño escribe con la mano derecha, puede inclinar ligeramente el papel hacia la izquierda; y viceversa

2. Percepción: Las dificultades perceptivas (espaciales, temporales, visoperceptivas, atencionales, etc.) son causantes de muchos errores de escritura (fluidez, inclinación, orientación, etc.) se deberá trabajar la orientación rítmico temporal, atención, confusión figura-fondo, reproducción de modelos visuales.

3. Visomotricidad: La coordinación visomotriz es fundamental para lograr una escritura satisfactoria. El objetivo de la rehabilitación visomotriz es mejorar los procesos óculomotrices que facilitarán el acto de escritura. Para la recuperación visomotriz se pueden realizar las siguientes actividades: perforado con punzón, recortado con tijera, rasgado con los dedos, ensartado, modelado con plastilina y rellenado o coloreado de modelos.

4. Grafomotricidad: La reeducación grafomotora tiene por finalidad educar y corregir la ejecución de los movimientos básicos que intervienen en la escritura, los ejercicios de reeducación consisten en estimular los movimientos básicos de las letras (rectilíneos, ondulados), así como tener en cuenta conceptos tales como: presión, frenado, fluidez. Los ejercicios pueden ser: movimientos rectilíneos, movimientos de

bucles y ondas, movimientos curvilíneos de tipo circular, grecas sobre papel pautado, completar simetría en papel pautado y repasar dibujos punteados.

5. Grafoescritura: Este punto de la reeducación pretende mejorar la ejecución de cada una de las gestalten que intervienen en la escritura, es decir de las letras del alfabeto. La ejercitación consiste en la caligrafía.

6. Perfeccionamiento escritor: La ejercitación consiste en mejorar la fluidez escritora, corrigiendo los errores. Las actividades que se pueden realizar son: unión de letras y palabras, inclinación de letras y renglones, trabajar con cuadrículas, luego realizar cualquier ejercicio de rehabilitación psicomotor. Se debe disponer de 10 minutos para la relajación.

Relajación.-

Tocar las yemas de los dedos con el dedo pulgar. Primero se hace despacio y luego a mayor velocidad. También se puede hacer con los ojos cerrados.

Unir los dedos de ambas manos, pulgar con pulgar, índice con índice. Primero despacio y luego a mayor velocidad. También se puede hacer con los ojos cerrados.

Apretar los puños con fuerza, mantenerlos apretados, contando hasta diez y luego abrirlos.

DISCALCULIA

Etiología: Independiente del nivel mental, de los métodos psicopedagógicos empleados, y de las perturbaciones afectivas, se observa en algunos niños la dificultad de integración de los símbolos numéricos en su correspondencia con las cantidades reales de objetos. El valor del número no se relaciona con la colección de objetos. Se constatan igualmente dificultades en efectuar una buena coordinación espacial y temporal, relación que desempeña un papel importante en el mecanismo de las operaciones y dificulta o imposibilita la realización de cálculos. Por lo general, el niño disléxico que rota, transpone o invierte letras o sílabas, repite los errores con los números (6 x 9); (69 x 96); (107 x 701). Esto, como es lógico, puede retrasar notablemente el aprendizaje numérico y aritmético, y desencadenar una discalculia.

Dificultad en el grafismo de los números o la interpretación de las cantidades.

Dificultad en los mecanismos matemáticos y en las operaciones y actividades de comprensión aritmética.

Los primeros indicios de discalculia se puede observar en el niño que, ya avanzado en su primer grado, no realiza una escritura correcta de los números y que, no responde a las actividades de seriación y clasificación numérica o en las operaciones.

En los niños de grados mayores está afectado el razonamiento, resultando imposible la resolución de los problemas aritméticos más simples. El maestro debe alertarse principalmente si en el área de lecto-escritura no aparecen fallas ni retraso alguno.

Para diagnosticar, ante la sospecha de una discalculia observada en el trabajo diario escrito y oral del niño, o ante reiterados fracasos en las evaluaciones de matemáticas, se debe realizar un sondeo de dificultades numéricas en forma individual con el niño.

Se puede administrar: dictados de números, copiados de números, cálculos no estructurados mediante juegos o gráficos, situaciones problemáticas - lúdicas.

Estas actividades apuntan a diferenciar el tipo de error cometido: gráfico - Numérico, del cálculo y del razonamiento.

En este caso, el tratamiento es individual en un primer momento, el niño deberá realizar actividades junto a un maestro de apoyo o bien con la familia (previo entrenamiento escolar). Después de un período de trabajo conjunto, se impulsará al niño a la práctica. Todos los ejercicios de rehabilitación matemática deben presentar un atractivo interés para que el niño se predisponga al razonamiento, en primer término por agrado o por curiosidad, y luego, proceder al razonamiento matemático. En ausencia de trastornos orgánicos graves, hay que proceder a la reeducación, con el empleo progresivo de objetos que se ponen en relación con un símbolo numérico, para instaurar en el individuo la noción de cantidad y la exactitud del razonamiento.

La adquisición de destreza en el empleo de relaciones cuantitativas es la meta de la enseñanza a niños discalculicos. A veces es necesario comenzar por un nivel básico no verbal, donde se enseñan los principios de la cantidad, orden, tamaño, espacio y distancia, con el empleo de material concreto.

Los procesos de razonamiento, que desde el principio se requieren para obtener un pensamiento cuantitativo, se basan en la percepción visual, por bloques, tablas de clavijas. Además, hay que enseñar al niño el lenguaje de la aritmética: significado de

los signos, disposición de los números, secuencia de pasos en el cálculo y solución de problemas.

De toda la información obtenida acerca de la etiología, causas, diagnósticos y tratamientos, de las incapacidades de aprendizaje, lleva como objetivo la detección, evaluación y apoyo psicológico a los niños y padres de familia, que están inmerso en una situación, de la cual necesitan una intervención médica, educativa, social y primordialmente psicológica, ya que muchos de estos niños y padres de familia no encuentran salida o solución a dichos problemas y esto causa en ellos sentimientos de frustración, fracaso y culpa, mas no saben que con esfuerzo y educación especial, los niños con problemas del aprendizaje u otros problemas pueden aprender y así lograr autonomía personal. Por lo que se darán una serie de consejos tanto para padres como a maestros para lograr un mejor desenvolvimiento en el niño o (a).

Los consejos para padres van encaminados a la búsqueda de soluciones a nivel familiar como institucional para que el niño obtenga la atención necesaria en la dificultad que presente en el proceso enseñanza aprendizaje. Y estos son:

- Investigue más sobre los problemas del aprendizaje. Mientras más sabe, más puede ayudarse a sí mismo y a su niño.
- Elogie a su niño cuando a él o ella le vaya bien. Los niños con problema del aprendizaje rinden bien en una variedad de cosas. Averigüe cuáles cosas le gustan a su niño, tales como bailar, jugar fútbol o grupos sociales como scout. Déle oportunidades a su niño para percibir sus fortalezas y talentos.
- Averigüe cómo su niño aprende mejor. ¿Aprende por medio de experiencias prácticas, o por medio de mirar o escuchar? Ayude a su niño a aprender por medio de sus áreas de fortaleza.
- Deje que su niño ayude con las tareas domésticas. Estas pueden aumentar su confianza y destrezas concretas. Mantenga las instrucciones simples, divida las tareas en pasos pequeños.
- Haga de las tareas escolares una prioridad. Lea o que le lean más acerca de cómo puede ayudar a su niño a tener éxito con las tareas.
- Dedique atención a la salud mental de su niño (¡y a la suya!). Esté dispuesto a recibir asesoramiento, el cual puede ayudar a su niño a tratar con las

frustraciones, sentirse mejor acerca de sí mismo y aprender más sobre sus destrezas y habilidades.

- Hable con otros padres cuyos niños tienen problemas del aprendizaje. Los padres pueden compartir consejos prácticos y apoyo emocional.
- Establezca una relación de trabajo positiva con el maestro de su niño. Por medio de la comunicación regular, pueden intercambiar información sobre el progreso de su niño en casa y en la escuela.

Las escuela y por lo tanto sus maestros son entes importantes en el desarrollo de los niños, ya que pasan gran parte de tiempo con los mismo y pueden lograr avances en el desarrollo y desenvolvimiento dentro y fuera del aula. Por lo que se dan consejos para los maestros con el fin de concientizarlos y motivarlos a engrandecer esos niños que muchas veces son clasificados, rechazados y quebrantados emocionalmente. Y estos son:

- Aprenda sobre los diferentes tipos de problemas del aprendizaje. Y promoverá la detección del mismo.
- ¡Aproveche la oportunidad de hacer una gran diferencia en la vida de este alumno! Averigüe cuáles son las potencialidades e intereses del alumno y concéntrese en ellas.
- Proporcione al alumno respuestas positivas y bastantes oportunidades para practicar.
- Fortalezca la autoestima y seguridad en sí mismo.
- Proporcione instrucciones y acomodaciones para tratar con las necesidades especiales del alumno.
- Promover actividades con el fin de elevar la seguridad, confianza en sí mismo.

Es importante recordar que el niño puede necesitar ayuda tanto en la casa, en la escuela como en la sociedad. Y si todos están conectados con el mismo fin se logrará un mejor beneficio en el niño (a).

2.2. Objetivos.

2.2.1. Objetivo General.

Brindar apoyo psicológico a los niños (as) entre 7 y 12 años de edad y orientación a padres de familia o encargados, que se identifiquen con problemas de aprendizaje, en el área de consulta externa de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

2.2.2. Objetivos Específicos

♣ Subprograma de Servicio.

- Brindar atención psicológica a niños (as) de forma individual y familiar, que permita la integración familiar, para la comprensión y alternativas de solución de problemas de aprendizaje y así mantener la estabilidad emocional del niño (a).
- Apoyar con la evaluación y diagnóstico de pruebas específicas al Neuropsicólogo.
- Darle seguimiento al programa específico de Estimulación Temprana, “Atención personalizada a niños con Síndrome Down y diversas discapacidades”. Para continuar el fortalecimiento y crecimiento de dicho programa.

♣ Subprograma de Docencia.

- Realizar talleres con las estudiantes de Psicología y Educación Especial, que realizan prácticas en este centro asistencial, con el propósito de lograr una mejor atención al niño hospitalizado.
- Dar talleres y/o charlas a padres de familia y personal de enfermería sobre temas de salud mental, superación personal, patrones de crianza y autoestima, para lograr una mejor intervención en el tratamiento del niño (a) y otros.

♣ Subprograma de Investigación.

- Identificar los problemas de aprendizaje que más intervienen en el proceso escolar del niño (a) y/o la reacción en la dinámica familiar ante el problema presentado por el niño (a).

2.2.3. Metodología y estrategias de abordamiento.

Con la intención de alcanzar los objetivos propuestos, en el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado se promovió insertarse directamente en la población para la promoción de atención y orientación individual y familiar, realizando charlas y talleres, observaciones, entrevistas, historias clínicas, aplicaciones de pruebas específicas; con el fin de realizar un plan de apoyo psicológico al niño (o), para lograr una mejor estabilidad emocional, salud mental y autoestima, etc...

Para llevar un orden y registro de las actividades, se hizo uso de un cuaderno de citas, F4 (registro diario de pacientes de consulta y reconsulta), diario de campo, registros internos dentro de la clínica y realización de evoluciones en los expedientes del hospital.

Debido a la situación del paro total y parcial de las consultas externas de pediatría, se limitó el programa de docencia en las charlas y baja temporal de paciente en la clínica.

♣ Subprograma de Servicio.

El subprograma de servicio se creó con la finalidad de brindar la atención y apoyo psicológico individual y familiar de cada paciente, que asistía por problemas de aprendizaje, entre las edades de 7 y 12 años de edad, los cuales asistían por interconsultas y por sí mismos a la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana, donde se atendió como Psicología II, para pedir cita. El horario de atención fue de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 durante 1 año. Al iniciar el proceso fue necesaria la revisión de expedientes clínicos internos, efectuar la historia clínica, y observación a padres de familia. Al concluir se iniciaba el plan terapéutico, que fuera desde la orientación, plan de evaluaciones psicológicas (Figura Humana, Test de la Familia), interconsultas, intercomunicación con el o la maestra del paciente a través de los padres, terapia lúdica, terapia ocupacional, arte en papel y el respectivo seguimiento cada mes por medio de citas.

El fin era determinar si las dificultades escolares eran por problemas de aprendizaje o factores secundarios, o sea por hiperactividad con déficit de atención, CI bajo, emocionales, entre otros.

También se brindó apoyo a los pacientes que integraban el programa de Síndrome Down y discapacidades múltiples y asistentes de la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.

Para concluir con el subprograma se realizaron cierres de casos de la atención y orientación psicológica a los padres y pacientes, promoviendo el seguimiento en la clínica de psicología.

Durante el proceso se considera una baja en asistencia de los pacientes a sus citas, debido al paro del área de salud pública en las consultas externas (de junio a octubre del 2006).

♣ **Subprograma de Docencia.**

El subprograma de docencia estuvo enfocado a los padres de familia que asistían a la clínica de psicología II, asistentes en las consultas externas de pediatría y al programa de Síndrome Down y discapacidades múltiples. Por lo que se organizó y planificó la cronología de los temas y así impartir las charlas y talleres educativos en forma magistral, en pro de las necesidades de la población en contacto, durante el tiempo de observación y primeros meses de atención. Coordinando con la Licda. Miriam de Martínez; algunos temas fueron: autoestima, motivación, estimulación temprana, violencia intrafamiliar, patrones de crianza, problemas de aprendizaje, entre otros. Los días martes, cada dos semanas, brindando trifoliales con la información. Se logró identificar casos, promover salud mental y el área de psicología, participación de los asistentes.

También se intervino en el taller de inducción a estudiantes de educación especial.

El subprograma se vio afectado debido al paro del área de salud pública en las consultas externas.

♣ Subprograma de Investigación.

Este subprograma está enfocado en la búsqueda de las dificultades de los niños (as) con problemas de aprendizaje, lo cual se detectó al momento de realizar las observaciones, indagaciones y contacto con la población.

Debido a esto se inició la recolección de referencias bibliográficas a través de libros, folletos, Internet, comentarios y experiencias.

Se trabajó conjuntamente con el doctor Carlos Orellana, Neuropsicólogo, para el plan de evaluaciones neuropsicológicas; con los pacientes; las cuales coadyuvaron a la detección, orientación y plan terapéutico de los pacientes. Ya que se evaluaba procesos cognoscitivos.

Al finalizar el proceso se brindaron informes por escrito para los padres, con copia al expediente clínico e interno de la clínica.

CAPITULO III

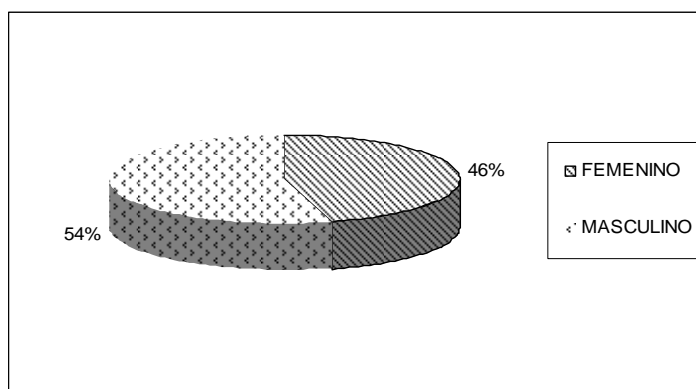
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1. Subprograma de servicio.

Atención a la población infantil atendida en la clínica de Psicología II, en la Consulta Externa de Pediatría de lunes a viernes.

Cuadro y gráfica # 1
Sexo de la población atendida.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	119	46 %
MASCULINO	142	54 %
TOTAL	261	100 %



Fuente: E.P.S. realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante el 2006 - 2007

INTERPRETACIÓN:

De los pacientes atendidos en la Consulta Externa de Pediatría se tuvo más asistencia de niños, lo cual concuerda con el marco teórico, donde se describe que son más niños que niñas los que presentan dificultades escolares. Sin embargo la diferencia no es muy significativa. Estos resultados son de la atención brindada a los pacientes en la clínica de psicología, de los cuales se obtuvieron muchos resultados favorables para su atención multidisciplinaria y psicopedagógica, con el acompañamiento psicológico; logrando así un óptimo desarrollo en los niños.

Durante el proceso de atención a los pacientes se atendieron los pacientes por primera vez y luego se continuaba por medio de reconsultas para dar seguimiento a la atención y apoyo psicológico de cada paciente.

Cuadro y gráfica # 2
1ra. Consulta y reconsulta de la población
atendida en la clínica de psicología II
Consulta Externa de Pediatría

MES	1ra. CONSULTA	RECONSULTA
FEBRERO	30	41
MARZO	39	92
ABRIL	23	78
MAYO	39	98
JUNIO	8	20
JULIO	38	19
AGOSTO	31	47
SEPTIEMBRE	11	30
OCTUBRE	12	35
NOVIEMBRE	23	40
DICIEMBRE	7	26
ENERO - FEB	-	50
TOTALES	261	576

Fuente: E.P.S. realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante el 2006 - 2007

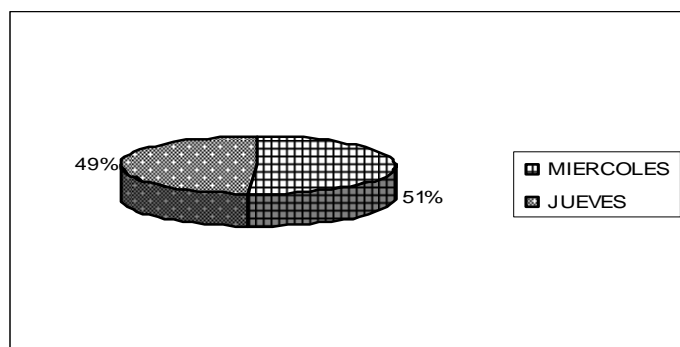
De los pacientes atendidos se logró percibir que al momento de iniciar un proceso de atención y apoyo psicológico, la dinámica familiar, los patrones de crianza, inestabilidad emocional, el desarrollo y crecimiento de los niños no era el más favorable. Por lo que a través de la atención, apoyo y seguimiento se logró que los padres visualizaran mejor las alternativas de solución, lo cual promovió un cambio tanto en la afectividad y mejores modos de crianza de los padres hacia sus hijos.

Los pacientes descritos a continuación fueron atendidos en el Programa de Discapacidades múltiples los días miércoles y en la clínica de Neuropsicología los días jueves de cada semana durante febrero - noviembre 2006, en la Consulta Externa de Pediatría.

Cuadro y gráfica # 3

1ra. Consulta y reconsulta de la población
atendida en la clínica de psicología II
Consulta Externa de Pediatría

MES	MIÉRCOLES	JUEVES
FEBRERO	23	22
MARZO	60	41
ABRIL	38	32
MAYO	30	30
JUNIO	21	8
JULIO	0	4
AGOSTO	0	25
SEPTIEMBRE	0	19
OCTUBRE	0	5
NOVIEMBRE	0	36
DICIEMBRE	0	3
TOTAL	171	225



Fuente: E.P.S. realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante el 2006 - 2007

INTEPRETACION.

-El seguimiento psicológico al Programa de Discapacidades Múltiples promovió conocer el proceso de crecimiento y desarrollo de los pacientes nuevos y los que ya estaban en proceso de atención, de los cuales sus padres se sentían frustrados, sin salidas y esperanzas, lo cual mediante el apoyo y atención psicológica los padres observaban el cambio en la recuperación de sus pacientes y esto los instaba a continuar con las terapias.

-Apoyar el proceso de evaluación y diagnóstico neuropsicológico; permitió tener un criterio más amplio de las causas y/o efectos de los niños con problemas de aprendizaje, y por lo tanto brindarles un mejor tratamiento a nivel psicológico, psicopedagógico y médico entre otros.

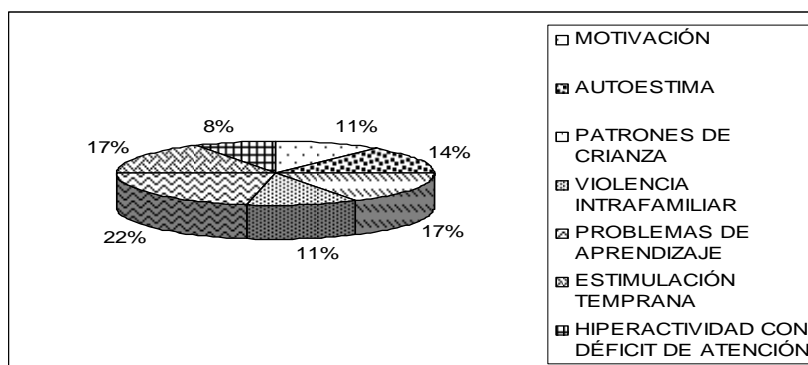
3.2. Subprograma de docencia.

La información que a continuación se describe está plasmada la cronología de las charlas impartidas a los padres de familia, médicos enfermeras y personas en general que asistían a la Consulta externa I y II de Pediatría durante 8 meses.

Cuadro y gráfica # 1

Charla a padres en la Consulta Externa de Pediatría

CHARLAS	# PARTICIPANTES	PORCENTAJE
MOTIVACIÓN	101	11 %
AUTOESTIMA	125	14 %
PATRONES DE CRIANZA	150	17 %
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	100	11 %
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	200	22 %
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	150	17 %
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN	75	8 %
TOTALES	826	100 %



Fuente: E.P.S. realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante 2006 - 2007

INTERPRETACIÓN:

Estos resultados nos visualizan la asistencia en el programa de charlas educativas e informativas dadas en la Consulta Externa de Pediatría a padres, enfermeras y doctores; promoviendo así el campo de la Psicología y las diversas problemáticas

detectadas en la clínica a través de los pacientes, de las cuales están expuestas las más frecuentes quedando más por mencionar.

Al iniciar el programa se obtuvo muy buena aceptación y respuesta de los participantes, ya que aparte de formación e información, se acercaron a la clínica en busca de apoyo psicológico mostrando la necesidad de la atención psicológica en nuestra población.

3.3. Subprogrma de investigación.

En el siguiente cuadro se reflejan las problemáticas que se atendieron durante el proceso de evaluación y diagnóstico neuropsicológico; lo cual se realizó integrado a las acciones de neurología.

Cuadro y gráfica # 1
 Problemáticas más frecuentes de la población
 atendida en la clínica de psicología II
 Consulta Externa de Pediatría.

PROBLEMÁTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	61	22 %
RETRASO EN EL DESARROLLO	51	20 %
HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN	26	10 %
CAMBIOS DE CONDUCTA	23	9 %
PROBLEMAS DE LENGUAJE	17	7 %
SÍNDROME EPILÉPTICO	16	6 %
PROBLEMAS INTRAFAMILIARES	14	5 %
DÉFICIT COGNITIVO	13	5 %
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	12	5 %
DÉFICIT DE ATENCIÓN	11	4 %
SOBREPROTECCIÓN	8	3 %
ENURESIS Y ENCOPRESIS	4	2 %
AUTISMO	3	1 %
ABUSO SEXUAL	2	1 %
TOTAL	261	100 %

Fuente: E.P.S. realizado en el Hospital General San Juan de Dios durante 2006 - 2007

INTERPRETACIÓN:

Este cuadro presenta las diversas problemáticas que se encontraron en los niños atendidos en la clínica de Psicología, en el Programa de Discapacidades Múltiples y la clínica de Neuropsicología, de los cuales se observó un alto índice en problemas de

aprendizaje y retraso en el desarrollo, sin embargo durante el proceso se logró detectar que se mezclan unos con otros. De esto obtuvimos como resultado la atención necesaria para cada pacientes a través de equipo multidisciplinario dentro y fuera de la institución.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Llevar a cabo el ejercicio profesional supervisado, es una de las experiencias más enriquecedoras tanto a nivel personal, social y profesional, ya que se conoce las distintas problemáticas que preocupa a la población (niños, adolescentes y adultos) que asistieron a la clínica de Psicología de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, en donde el objetivo fue brindarles alternativas de solución acorde a su ambiente cultural, social y económico en búsqueda de un mejor estilo de vida; trabajando integralmente la atención, orientación e investigación de cada caso; por lo que seguidamente se desarrolla el análisis de los hallazgos importantes durante el proceso en cada uno de los subprogramas.

4.1. Subprograma de Servicio.

Para iniciar el programa de problemas de aprendizaje, el lugar ya estaba instalado para dar consulta y los pacientes estaban citados con anterioridad, por lo que se inició a trabajar; coordinando con anterioridad los días de servicio, docencia e investigación.

Para promover el crecimiento de la clínica, se daba información al momento de impartir las charlas en las Consultas Externas de Pediatría; con el objetivo de informar del que hacer de la misma a los padres, enfermeras y doctores.

Al momento de la atención de los paciente se abría un expediente que contenía la historia clínica, la cual fue reacomodada a la que se usaba con anterioridad, para recabar más información; esta contenía datos generales, historia medico familiar, historia pre, peri y post natal, historia del desarrollo, enfermedades, conducta, carácter y escolaridad; también notas de evolución, tests y otros documentos (notas de las maestras o escuelas). Y así se fueron registrando 261 pacientes durante el tiempo correspondiente al E.P.S., llevando el control y orden a través de citas, utilizando el carné hospitalario y registrado en un cuaderno de citas el nombre y teléfono de cada paciente.

La entrevista coadyuvó para establecer el rapport, confianza, acercamiento y conocimiento de la problemática que afectaba en ese momento al niño (a) y su familia y por lo tanto, visualizar el plan terapéutico. La entrevista, observación, ludoterapia,

terapia ocupacional y arte en papel fueron las herramientas que se utilizaron durante el proceso. La observación permitió evaluar el desenvolvimiento conductual, afectivo y social durante la consulta ya sea acompañado o a solas. La ludoterapia favoreció el acercamiento entre el paciente y la epesista antes, durante y después de la sesión y así lograr introducirse en los diferentes ambientes en que se desenvuelve y por lo tanto identificar la o las problemáticas que le afectan; en la Terapia Ocupacional, se realizaron actividades con el fin de la derivación y descarga de tensiones y el mejoramiento del contacto interpersonal al igual que el arte en papel; y también se utilizó para crear en el paciente sentimientos y pensamientos de confianza, motivación y logro.

También se realizaron pruebas proyectivas, como el Test de la Figura Humana y el Test de La Familia, los cuales aportaron información emocional, familiar y social de cómo los pacientes se visualizan y el ambiente en que se mantienen. Y fueron estas técnicas las que brindaron en cierto momento, si en casa había violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, abandono, autoestima entre otros. Estas pruebas se realizaron en las primeras sesiones con el paciente, con el fin de visualizar parte del plan terapéutico.

Se trabajó multidisciplinariamente (neurólogos, terapeutas de lenguaje, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, medicina general y otros) para poder encontrar mejores alternativas de solución a los pacientes. También se orientó en educación especial y lugares de referencia de la misma. La experiencia de compartir pacientes en un grupo de profesionales conlleva en muchos de los casos a un desenlace satisfactorio para el niño, ya que trabajando en equipo se obtienen diversas opiniones y estrategias de seguimiento para un mejor funcionamiento del desarrollo psicobiosocial; sin embargo también surgen apropiamiento de los casos, en los cuales algunos profesionales creen solucionar la dificultad del paciente sin necesidad de otros profesionales y esto no favorece la recuperación de los pacientes, ya que teniendo las diversas alternativas de apoyo en la institución se debería de hacer uso de las mismas.

Se apoyó el programa de Síndrome Down y Discapacidades Múltiples con charlas, atención específica a niños (as) y orientación a las madres. Se logró observar la recuperación de los pequeños paciente paso a paso, lo cual dependió en gran medida de sus cuidadores, ya que después de la orientación y demostración del

trabajo con el niño (a), ellos son los responsables de realizarlos en casa según se indicó (todos los días), y al llevarlos a cabo ellos mismo se dieron cuenta en el desarrollo y crecimiento de sus niños (as) y así mismo en otros pacientes, el proceso de rehabilitación fue más lento, ya que hubieron casos en que los padres esperaban ver la recuperación de sus niños con la terapia impartida una vez por semana, la cual no era suficiente para llenar las expectativas de los mismos, y esto provocó un desenvolvimiento más lento o sin ningún resultado favorable. Los problemas que más se observaron fueron síndrome Down, retraso psicomotor, síndrome epiléptico, hipotonía, entre otros.

4.2. Subprograma de Docencia.

Este subprograma se efectuó tomando en cuenta las problemáticas que se encontraron en los distintos pacientes de la clínica; Motivación, Autoestima, Patrones de Crianza, Violencia Intrafamiliar, Problemas de Aprendizaje y Estimulación Temprana; fue así como se programaron los temas que se impartieron en las Consultas Externas de Pediatría I y II, en donde asistían padres, madres, abuelos, tías, etc., también el mensaje llegó a las enfermeras y doctores.

Se hizo con el objetivo de ampliar el conocimiento en general y concientizar acerca de las causas y efectos de las problemáticas psicológicas, físicas y sociales que afectan a los niños (as) y promover la atención en la clínica de Psicología.

Cada charla se realizaba los días martes, se daba una introducción amistosa con lluvias de ideas, se impartía el tema correspondiente y luego se realizaban reflexiones, preguntas y respuestas; también se elaboraron trifoliales para cada uno.

Al iniciar las charlas fue un reto captar la atención de la población a la cual iba dirigida, ya llegan con el propósito de ser atendido y salir, y para ellos, era sorpresa cuando iniciaba con un amistoso saludo en voz alta, pero agradable para llamar su atención, al frente, a un costado o paseándome alrededor del grupo, tratando de sobresalir del murmullo, las llamadas de los médicos, los juegos de los niños entre otros; sin dejar de mencionar los nervios al iniciar. Con el correr de los minutos estaba más tranquila y satisfecha de captar la atención de la mayoría de ellos y que al final se iniciara una serie de dudas y preguntas para responder, también que observó que se interesan por el material escrito que se repartía, y como

agradecimiento a su atención una pequeño estímulo. Esperando que el mensaje cumpliera su propósito, no necesariamente con todos.

En la clínica también se orientó a madres de familia en diferentes temas promoviendo un mejor estilo de vida y visualización en los patrones de crianza, que conlleven el entender al paciente y ayudarlo en su crecimiento integral.

4.3. Subprograma de Investigación.

En este subprograma se logró conocer realmente cuáles eran los problemas que incidían en la problemática escolar de los niños (as) de 7 a 12 años de edad que acudían a la clínica.

Los niños con problemas de aprendizaje muchas veces son rechazados por la sociedad, debido a que no reconocen realmente la dificultad que maneja el niño, que la mayoría de los pacientes con estos problemas van acompañados muchas veces por factores psicológicos, sociales, fisiológicos, neurológicos, nutrición, entre otros. Y es aquí donde surge el encasillar o etiquetar a las niños (as) dejándolos sin oportunidad de desarrollo.

Otros factores a los que se enfrentan los niños es la mala alimentación, (gaseosas, azúcares, productos embolsados y más), el analfabetismo de padres o encargados que tanto los frustra a ellos como al niño, la falta de atención, cuidados, juegos, hábitos de lectura y otros.

Los factores emocionales más frecuentes que afectan al niño (a) son violencia intrafamiliar, incompreensión, inadecuados patrones de crianza, inadecuadas formas de castigos, de autoestima, inseguridad entre otros.

Durante el proceso se colaboró con el neurólogo realizando evaluaciones neuropsicológicas (K-Kit, Test Breve de Inteligencia de Kaufman, Figura Compleja de Rey, Test de Percepción de Diferencias, Test de Matrices Progresivas Raven, Figura Humana De Goodenough, Laberintos del WISC, Peabody). Con las cuales se evaluaba a los pacientes el área de procesos cognoscitivos (atención, memoria, percepción y planificación), inteligencia y viso-espaciales, y así delimitar la problemática que le afectaba en su rendimiento escolar.

4.4. Análisis de contexto.

Debido a la posible inconsistencia de parte de los padre y pacientes en el proceso terapéutico ya sea por circunstancias personales o la inestabilidad social que se viven en las comunidades, zonas o colonizas se acudió a la Psicoterapia Breve, la cual permitió expresar el o los problemas emocionales, físicos, sociales y familiares que afectan el desenvolvimiento psicobiosocial de los pacientes; por lo tanto se inició el apoyo y la orientación que fuese necesaria en cada caso como Patrones de Crianza, Modificadores de Conducta, Violencia Intrafamiliar, Establecimiento de límites y Reglas, Educación Especial, Estimulación Temprana, entre otros; además se utilizó como alternativa la Psicoterapia Familiar en donde se involucraba al padre de familia ya que en muchos casos era el personaje ausente en la misma, también se tomaron en cuenta algunos familiares importantes para el apoyo y recuperación del paciente. Los problemas anteriormente expuestos son situaciones que se viven diariamente en los hogares de nuestra sociedad debido a un arraigamiento de culturas y costumbres, como lo es el machismo, el alcoholismo, el educar con golpes, etc, que surgen de la desvaloración constante a la figura femenina y en muchos casos a los niños (as), provocando situaciones vulnerable y de riesgo para la familia. En el proceso se utilizó la Ludoterapia, con la cual se logró visualizar en qué ambiente familiar, escolar y social se desenvolvía el paciente, y se dio desde un ambiente sano y afectivo hasta golpes, gritos, desprecios, rechazos, burlas, abusos, etc..., de los cuales se expresaba con llantos, temores y aislamiento entre otros. Esto se complementó con los Test de La Figura Humana y La Familia lo que permitió una visión más amplia de la dinámica familiar (lazos importantes, visualización dentro y fuera, de los pros y en contra de la familia) y cómo se ve a sí mismo el paciente o en quién se proyecta y por lo tanto trabajar con él. Y a través de la Terapia Ocupacional y Arte en Papel se observó como los pacientes al inicio tendían al “no puedo, no se, no me va a salir bien”, o sea el miedo al rechazo, temor a la torpeza de movimiento, inseguridad lo cual, conforme se iba trabajando esos obstáculos desaparecían convirtiéndose en seguridad, alegría, risas y entusiasmo por el logro realizado. Y fue aquí donde el ver las lagrimas, el miedo, el temor, la culpa, la frustración de los niños

(as) impactó y sensibilizó y aun más sabiendo que los niños que se atendieron son una mínima parte de la necesidad que exige nuestro país.

En cada nueva cita se observaban las evoluciones anteriores, para verificar el avance, regresión o estancamiento en el proceso terapéutico del paciente y de los padres. Se logró detectar que la mayoría de los padres iniciaban un nuevo estilo de vida, tanto para ayudar al paciente como a sí mismo; se observó en el vestuario, expresión, gestos, reconocimiento de logros, relaciones interpersonales, conducta, etc.

Al finalizar el proceso que fue después de 10 sesiones en promedio, se logró evidenciar que la mayoría de consultas por problemas de aprendizaje, realmente eran por otras causas, evidenciándose en la dificultad escolar, las cuales se mostraban al realizar las diversas pruebas neuropsicológicas; las cuales tenían como objetivo saber el área de dificultad (trastorno de déficit de atención con hiperactividad, bajo rendimiento académico, factores emocionales, retraso mental, síndrome epiléptico, problemas de lenguaje, anemia, etc.) del paciente, pero también sus puntos fuertes que le ayudarían a avanzar como por ejemplo: el optimismo, el apoyo familiar y escolar, buenas relaciones interpersonales, conjuntamente con la atención psicobiosocial y así integralmente lograr un desarrollo óptimo del mismo. Por lo que después de ser atendido, apoyado y orientado se buscaron alternativas para que los padres buscasen la mejor solución a sus posibilidades, tomando en cuenta, cuan importante era para el paciente.

Se percibió que la problemática se acrecentaba debido a que ni los maestros, ni padres de familia sabían en realidad qué era lo que sucedía con su hijo (a), y por lo tanto surgían las clasificaciones de "Problemas de Aprendizaje" y por lo tanto no llegan a comprender y valorar el o los esfuerzos que sus hijos hacen para lograr ganar el grado aun con bajas calificaciones o en un rango normal. Durante el proceso se pudo constatar que no los estimulan a seguir adelante sino que expresan su poca satisfacción por las calificaciones, lo cual causa frustración en ellos (as), por lo que se ha concientizado el valorar y darse cuenta de las dificultades que tienen los niños (as) para el aprendizaje y también sus habilidades o destrezas que pueden tener los niños (as). Debido a esto se intentó establecer una comunicación con los maestros a

través de los padres donde comunicaron el desenvolvimiento del paciente en la escuela (conducta, atención, amistades, rendimiento, puntos fuertes y débiles) y colaborar para el tratamiento. No obteniendo respuesta de todos. Y los que si se interesaron enviaron sus notas correspondientes solicitando ayuda y atención a los pacientes, ejemplo “el niño (a) X es muy inquieto y distraído en la clase y creo que eso le afecta en su rendimiento escolar”, “El niño (a) X tiene poca relación con sus compañeros y no trabaja en clase”, “el niño (a) X no se le queda nada, no aprende”, y así fueron algunas de las frases enviadas por los maestros (as).

Durante el proceso terapéutico se logró evidenciar la mejoría de los pacientes, observada por la familia y los maestros, cuando mejoraban su atención, sus tareas, las relaciones interpersonales dentro y fuera del salón de clases y en su casa, y por lo tanto su rendimiento escolar mejoró, ya que en muchos casos los supuestos “problemas de aprendizaje” eran por otras circunstancias que provocaban la problemática. Y por supuesto ver al paciente después de varias citas y haber mejorado autoestima, autoseguridad, el darse cuenta de su problemática y por lo tanto colaborar para mejorar, fue un logro a nivel personal, como epesista y profesional. Y también surgieron limitantes debido al desinterés de los padres, poca estimulación, el trabajo, el lugar de procedencia, el analfabetismo, la cultura y el no aceptar la problemática y por lo tanto las necesidad del paciente, no se logró realizar el tratamiento con óptimos resultados provocando consecuencias a corto, mediano y largo plazo para el paciente.

Con la mayoría de los pacientes se logró cerrar los casos y se motivó a continuar el seguimiento en Psicología, centros de educación especial, neurólogos, terapeuta de lenguaje entre otros); en un 50 % de los casos.

Durante el proceso además se realizaron lecturas y búsquedas de conceptos importantes y de las problemáticas cercanas a la investigación. Ya que la formación académica con la práctica son dos cosas muy diferentes, es necesario continuar alimentando nuestros conocimientos tanto en nuestra profesión o las aledañas para una mejor formación y desenvolvimiento profesional.

En lo particular el trabajo realizado colaboró en el crecimiento personal, por lo que el orgullo de haber realizar un año de E.P.S. en la institución antes mencionada es muy

grande y grato, ya que el haber colaborado para el crecimiento emocional de los niños (as) es muy satisfactorio y significativo.

Creyendo de ante mano que el trabajo realizado creó un medio para el propio aprendizaje pero sobre todo, colaborar con muchos de los niños que por falta de atención e información se quedan sin ningún tipo de ayuda o educación y por lo tanto marginados.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de realizar los objetivos de cada subprograma durante el E.P.S., los cuales de una u otra forma colaboraron para mejorar la convivencia y rendimiento escolar de los pacientes, surgieron conclusiones y recomendaciones que son expuestas a continuación.

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. CONCLUSIONES GENERALES

- La atención psicológica es indispensable para generar la salud mental de los pacientes que asisten al Hospital General San Juan de Dios y así fortalecer los procesos de atención.
- El proceso de mediación y colaboración obtenido de las autoridades superiores, de los médicos y enfermeras de esta institución contribuyó para llevar a cabo las metas y objetivos planteados para la ejecución del ejercicio profesional supervisado.

5.1.2. Subprograma de Servicio.

- La atención psicológica realizada en la clínica de Psicología II, a los pacientes con problemas de aprendizaje, permitió la modificación de patrones de crianza, modificadores de conducta y búsqueda de soluciones.
- La Ludoterapia, Terapia Ocupacional y arte en papel son indispensables para obtener una mejor relación y respuesta de los pacientes y así fortalecer su proceso de tratamiento y pronóstico.
- El realizar el trabajo multidisciplinariamente coadyuvó a mejorar la atención y evolución de los pacientes, así mismo para la realización del E.P.S., porque se intercambiaban opiniones y búsqueda de soluciones en pro de los mismos.

- El seguimiento a trabajos anteriores es de mucha importancia para continuar el apoyo psicológico, debido a que la población está en espera de la continuidad de un programa ya establecido.

5.1.3. Subprograma de Docencia.

- La orientación que se brindó en la clínica a padres de familia, ayudó a mejorar las relaciones con el paciente y por lo tanto visualizar las alternativas de solución.
- Las charlas impartidas en las consultas externas de pediatría a padres, enfermeras y doctores, permitieron el crecimiento del conocimiento de diversas dificultades tanto de los padres como de los niños y por lo tanto buscar ayuda psicológica.

5.1.4. Subprograma de Investigación.

- De los resultados obtenidos se logró evidenciar que la mayoría de los problemas de aprendizaje de los niños entre 7 y 12 años de edad, son por diferentes causas tanto psicológicas, físicas y sociales. (trastorno de déficit de atención con hiperactividad, bajo rendimiento académico, factores emocionales, retraso mental, síndrome epiléptico, problemas de lenguaje, anemia).
- Colaborar en la clínica de neuropsicología fortaleció el trabajo realizado con los niños de problemas de aprendizaje y así tener mejor conocimiento de las problemáticas o sus causas.
- Los conflictos intrafamiliares son uno de los problemas que más acosan a los niños (as) que por lo tanto limitan su estabilidad emocional.

5.2. RECOMENDACIONES.

5.2.1 Subprograma de Servicio.

- Debido a necesidad y demanda de atención de los niños con problemas de aprendizaje o sus causas se debe continuar el trabajo de parte de Psicología.

- Utilizar Ludoterapia, Terapia Ocupacional y Recreativa ya que facilita tanto para el niño como a la epesista el trabajo en la clínica, en el rapport, interacción y facilidad de expresión.
- Seguir trabajando multidisciplinariamente en pro de la salud de los pacientes, y con ello lograr un desarrollo integral.
- Continuar el apoyo al programa de Discapacidades Múltiples y Síndrome Down, ya que las madres necesitan atención y orientación psicológica.

5.2.2 Subprograma de Docencia.

- Continuar con la orientación y apoyo psicológico a los padres de familia y así contribuir al mejor desenvolvimiento familiar, escolar y social.
- Promover las charlas y talleres en las consultas externas de pediatría a padres de familia, enfermeras y doctores, para contribuir a la salud mental de la población.

5.2.3. Subprograma de Investigación.

- Seguir el proceso de investigación en la búsqueda de los factores, causas y efectos psicológicos, físicos y sociales de los niños con problemas de aprendizaje y así dar un mejor tratamiento. Para dar una mejor expectativa de vida a estos niños (as) y por lo tanto que sean hombres y mujeres productivos.
- Continuar con el apoyo en la clínica de Neuropsicología para la atención de los niños con problemas de aprendizaje y/o sus causas para brindar un mejor tratamiento.
- Brindar información sobre los efectos negativos que promueven los problemas intrafamiliares en los niños (as), los cuales entorpecen el buen desarrollo emocional de los mismos.

Durante el tiempo y trabajo realizado, se logró percibir la demanda de la necesidad de un programa permanente en la atención, orientación e investigación de los niños con problemas de aprendizaje; ya que se obtuvieron muchos frutos positivos por lo que se hace énfasis en el seguimiento de dicho programa y así contribuir al desarrollo de la niñez guatemalteca

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra, J. 1996. Psicopatología del Niño. (3ra. ed). MASSON, S.A. Barcelona, España.
2. Ávila, B. 1993. Tesis Psicodinamismo de la familia en niños con problemas de aprendizaje. USAC. Guatemala.
3. DSM -IV-TR. BREVARIO. Criterios Diagnóstico. 2002. Editorial MASSON. España.
4. De Zelaya, B. Problemas de Aprendizaje. UNESCO. 2004. Editorial Piedra Santa. Guatemala.
5. Documento De Licda. Rodas, Belia. de Patrones de Crianza.
6. Gearheart. B.1987. Incapacidades para el aprendizaje. Estrategias educativas. (1ra.ed). El Manual Moderno, S.A. México D. F.
7. Harvey, C. 1998. Trastornos de la Conducta del Niño. (7ma. reimp). El Manual Moderno, S.A. México D. F.
8. Howe, M. 2000. Psicología del Aprendizaje. Una guía para el profesor. (1ra. ed.). Oxford. México D. F:
9. Mayer, R. 2002. Psicología de la Educación. El Aprendizaje de las Áreas de Conocimiento. (1ra. ed). PEARSON EDUCACIÓN, S.A. Madrid, España.
10. Mérida, E.1993. Tesis Influencia de los padres en el bajo rendimiento escolar de los adolescentes. USAC. Guatemala.

11. Nieto, M. 1987. ¿Por qué hay niños que no aprenden? (2da. ed). Ediciones Científicas. México D. F.
12. Nieto, M. 1999. Casos clínicos de niños con problemas de aprendizaje. Reimp. Editorial El Manual Moderno México, D.F. - Santafé de Bogotá.
13. Otero, Jorge Lorenzo. 2004. Fundamentos de Neuropsicología Clínica. FEFMUR. Monte Video.
14. Papalia, D.1999. Psicología del Desarrollo. (7ma. ed). McGrawHill. México.
15. Revista Despertar. Ayuda para los niños con Trastornos de Aprendizaje. 1997.
16. www.psicopedagogia.com
17. Woolfolk, A. 1999. Psicología Educativa. (7ma. ed.). Printice Hall. México D.F.