

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE  
CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA  
CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO  
BETHANCOURT”

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

POR

INGRID PAOLA SANDOVAL ZAMBONI

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
DIRECTORA

Licenciado Helvin Orlando Velásquez; M.A.  
SECRETARIO

Doctor René 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.709-2006  
CODIPs. 1086-2007

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

03 de septiembre de 2007

**Estudiante**

Ingrid Paola Sandoval Zamboni  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8o.) del Acta CUARENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL SIETE (45-2007) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de agosto de 2007, que copiado literalmente dice:

**"OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en psicología, realizado por:

**INGRID PAOLA SANDOVAL ZAMBONI**

**CARNÉ No.200113720**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz. 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



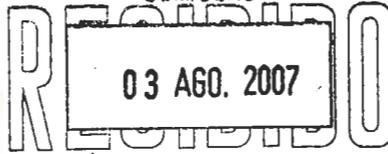
c.c.f.



ESCUELA DE CIENCIAS 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

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma:  hora: 16:00 Registro: 709-06

EPS 088-2007  
Reg. 709-2006

19 de julio de 2007

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 **Ingrid Paola Sandoval Zamboni**, carné No. **2001-13720**, titulado:

**"ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT"**

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, 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  
EPS



**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 088-2007  
Reg. 709-2006

19 de julio 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 **Ingrid Paola Sandoval Zamboni**, carné No. **2001-13720**, titulado:

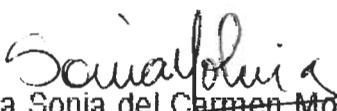
**“ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT”**

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”

  
Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz  
Revisora



/Gladys  
c.c. EPS



**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 088-2007  
Reg. 709-2006

19 de julio 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 **Ingrid Paola Sandoval Zamboni** carné No. **2001-13720** titulado:

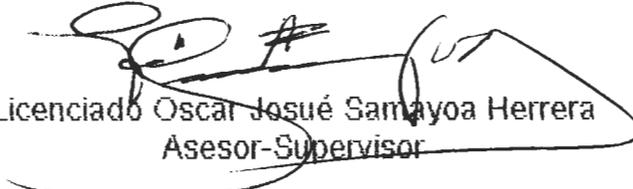
**"ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT"**

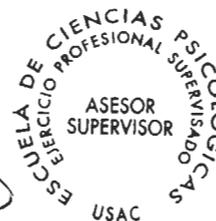
De la carrera: Licenciatura en Psicología

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"

  
Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
Asesor-Supervisor



/Gladys  
c.c. EPS



**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. 709-2006  
CODIPs. 918-2006

De Aprobación de Proyecto EPS  
Reposición

19 de julio de 2007

Estudiante  
Ingrid Paola Sandoval Zamboni  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEXTO (16º) del Acta VEINTISEIS GUIÓN DOS MIL SEIS (26-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 26 de mayo de 2006, que literalmente dice:

**"DÉCIMO SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**INGRID PAOLA SANDOVAL ZAMBONI**

**CARNÉ No. 2001-13720**

Dicho proyecto se realizará en Sacatepéquez, ubicándose a la Doctora Cynthia Akú como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Josué Samayoa 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"

Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.  
SECRETARIO



/Gladys



**Tu Salud**  
es nuestro compromiso



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT



Ministerio de Salud Pública

Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala,  
06 de Octubre, 2006

LICENCIADA  
CLAUDIA RIVERA  
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM.  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **INGRID PAOLA SANDOVAL ZAMBONI**, carné 200113720, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 06 de febrero al 06 de octubre del año 2006, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **“ATENCION Y APOYO PSICOEMOCIONAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA CON PROBLEMAS DE CONDUCTA.**

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,

**LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.**  
Jefe Depto. De Salud Mental  
Hospital Nacional de Antigua



C.c. archivo

**PADRINOS DE GRADUACIÓN:**

KARLA EMY VELA DÍAZ DE ORTEGA  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
COLEGIADO No. 4979

MARCO TULIO VALDIVIEZO ESTRADA  
LICENCIADO EN ECONOMÍA  
COLEGIADO No. 4360

SERGIO ANTONIO ZAMBONI VILLAVICENCIO  
LICENCIADO EN CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR  
COLEGIADO No. 5348

## **ACTO QUE DEDICO:**

### **A DIOS:**

Por brindarme sabiduría y acompañarme en cada momento de mis días.

### **A MIS PADRES:**

Ronaldo Amilcar Sandoval Amado  
Ana Patricia Zamboni de Sandoval  
Por su sacrificio y paciencia en mi formación.

### **A MIS HERMANOS:**

Glenda Ninneth,  
Luis Orlando y  
Ronaldo Amilcar  
Por apoyarme en todo momento de la vida.

### **A MIS ABUELITOS:**

Luis Teófilo Sandoval  
Zoila Violeta Amado  
Luis Antonio Zamboni (Q.E.P.D)  
Maria Albertina Villavicencio (Q.E.P.D)  
Con cariño.

### **A MI FAMILIA:**

En especial  
Familia Valdiviezo Zamboni  
Familia Sandoval Girón  
Sergio Antonio Zamboni Villavicencio  
Por brindarme apoyo incondicional y motivación.

### **A MIS PRIMOS Y SOBRINOS:**

Alejandra Sofía, Fernando Andres, Yari, Ileana,  
Valeri, Paula Valeria, Michelle, Melani, Dana  
Con cariño.

### **A MIS CUÑADOS:**

Karla Gutiérrez Alonzo  
Rolando Soto  
Por su apoyo.

**EN ESPECIAL:**

Karla Emy Vela Díaz de Ortega

Con mucho cariño, por orientarme, apoyarme y motivarme en el camino de mi formación y brindarme su amistad.

**A MIS COMPAÑERAS DE E.P.S**

Por las experiencias y momentos vividos, por brindarme ayuda, consejos, motivación y sobre todo amistad durante y después de todo el proceso del E.P.S.

**A MIS AMIGOS:**

Con quienes ha perdurado la amistad y por cada momento compartido.

# Índice

- Síntesis descriptiva
- Introducción

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES

1.1 Monografía del Lugar .....	1 – 9
1.2 Descripción de la Institución .....	10 – 14
1.3 Descripción de la Población .....	14 – 15
1.4 Planteamiento del o los Problemas .....	15 – 16

## CAPÍTULO II

### REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Abordamiento Científico Teórico Metodológico .....	17 – 42
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo General .....	43
2.2.2 Objetivo Especifico.....	43 - 44
2.2.3 Metodología de Abordamiento.....	44 – 48

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Subprograma de Servicio .....	49 – 64
3.2 Subprograma de Docencia .....	65 – 71
3.3 Subprograma de Investigación .....	71 – 73
3.4 Otras Actividades y Resultados .....	74

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Subprograma de Servicio .....	75 – 100
4.2 Subprograma de Docencia .....	101 – 107
4.3 Subprograma de Investigación .....	108 – 114
4.4 Análisis de Contexto .....	115 – 116

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### 5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones Generales .....	117
5.1.2 Subprograma de Servicio .....	118
5.1.3 Subprograma de Docencia .....	119
5.1.4. Subprograma de Investigación .....	120

#### 5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones Generales .....	120
5.2.2 Subprograma de Servicio .....	121
5.2.3 Subprograma de Docencia.....	121
5.2.4 Subprograma de Investigación .....	122

<b>Bibliografía</b> .....	123 – 124
---------------------------	-----------

<b>Glosario</b> .....	125 - 127
-----------------------	-----------

## SÍNTESIS DESCRIPTIVA

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en la aldea San Felipe de Jesús de Antigua Guatemala del departamento de Sacatepéquez en el hospital Nacional Pedro Bethancourt en el área de Pediatría.

El trabajo que se realizó tiene como título "Atención y apoyo psicoemocional a niños y niñas de consulta externa, hospitalizados en el servicio de pediatría con problemas de conducta del hospital Nacional Pedro Bethancourt". Así mismo el ejercicio profesional supervisado se organizó sobre la base de tres subprogramas los cuales se realizaron y son:

- Subprograma de servicio
- Subprograma de docencia
- Subprograma de investigación

En el subprograma de servicio se brindó reforzamiento en el desarrollo integral a recién nacidos y niños (a) que se encontraban en el encamamiento y presentaban un retraso en su desarrollo por lo que eran referidos por los médicos.

A la vez se dio orientación psicológica a adolescentes brindándoles y garantizándoles atención de calidad en la clínica amigable.

En el subprograma de docencia se brindó apoyo a programas establecidos del hospital los cuales fueron:

- bajo peso,
- clínica amigable,
- madre participante e
- instituto Insol.

Así mismo se dio orientación, por medio de charlas y talleres a los padres de familia que acompañan a sus hijos en el encamamiento.

Y el último subprograma que es el de investigación se llevaron a cabo dentro del área de pediatría observaciones espontáneas, entrevistas, útiles para recopilar datos en relación a como la hospitalización genera el impacto conductual en el niño y niña del servicio de pediatría.

También se tomó en cuenta al personal que labora dentro de la institución como enfermeras, médicos, encargados de área y estudiantes.

## INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se explicará sobre los problemas psicológicos que afectan la conducta del niño durante su desarrollo. Para poder explicar los problemas que afectan al niño, se debe hablar sobre el desarrollo ya que consiste en un proceso evolutivo de cambios dinámicos y continuos que se basan en lo psicológico, biológico y social, refiriéndose al hecho de que el niño se comporta de diferentes maneras y aprende nuevas conductas las cuales realiza a diferentes edades.

Es necesario tener conocimiento del desarrollo psicológico del niño y los factores que influyen e interfieren, ya que es posible un reconocimiento de retraso, desviación o de un trastorno que pueda presentarse en él, así permitiendo llevar a cabo acciones terapéuticas o modificaciones de la conducta.

En el factor de lo biológico se encuentra la conducta que es una actividad física de un organismo vivo, observable en principio por otro individuo siendo así la conducta es objetiva pudiéndose observar, describir y medirse.

Un niño que está aprendiendo conductas nuevas y que se encuentra hospitalizado tiende a mostrar características de apatía, agresividad, enuresis, déficit de atención, etc, llamándose así estas conductas como problemas de conductas que son desordenes de comportamiento de manera continua y marcadas que responden a su ambiente en una forma inaceptable y/o de manera insatisfactoria

que logran una desorganización, ruptura de relaciones e imposibilidad de adquisición.

Pero a estos niños se les puede enseñar conductas socialmente aceptables y gratificantes por medio de los métodos de modificación de conducta que son los que constituyen un conjunto de principios que se aplican a las soluciones de problemas de conductas, ya que estos métodos muestran una secuencia en la cual irán recompensando y remediando las conductas inadecuadas y las deficiencias existentes.

El Ejercicio Profesional Supervisado para su realización llevó a cabo cinco capítulos los cuales son:

En el capítulo I se describe sobre el municipio, aldea e institución donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado, tocando los aspectos históricos, los recursos, autoridades de la institución, etc. Así mismo en este capítulo se plantearán las necesidades o problemas encontradas en el área de pediatría.

En el capítulo II se expondrá el abordamiento teórico metodológico, como los objetivos deseados que se llevaron a cabo, en los tres subprogramas los cuales son: servicio, docencia e investigación por lo cual se describirán las técnicas o métodos a trabajar en los programas.

En el capítulo III se presentará un plan de actividades que se realizaron conforme a los objetivos antes descritos, y los resultados de las actividades.

En el capítulo IV se presentará un análisis y discusión de resultados del capítulo anterior de los subprogramas. A la vez se hizo un análisis de contexto que nos indicará las ventajas y desventajas que se presentaron en la realización del ejercicio profesional supervisado.

En el capítulo V se presentarán conclusiones y recomendaciones de los subprogramas, que se realizaron durante el ejercicio profesional supervisado.

Así mismo el Ejercicio Profesional Supervisado contó con un objetivo general el cual se realizó: Brindar orientación y apoyo psicológico a niños y encargados del área de pediatría, profundizando en los problemas de conducta del niño hospitalizado, el cual guió la investigación para que se realizara con eficiencia y profesionalismo.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES

### 1.1 Monografía del lugar:

#### MARCO HISTORICO ANTROPOLÓGICO

El departamento de Sacatepéquez genera su historia del surgimiento, desarrollo y destrucción de la ciudad de Santiago de Guatemala, y posteriormente de la Antigua Guatemala, es por eso que toda la actividad de este municipio y sus aldeas giran alrededor de esta alucinante ciudad en ruinas, con un pie en el siglo XVIII y otro en el siglo XXI.

La aldea San Felipe de Jesús no es la excepción ya que pertenece al municipio de Antigua Guatemala que por Acuerdo Gubernativo del 14 de marzo de 1883 se dispuso que el poblado quedara anexo al municipio de Jocotenango, luego pasó al de Antigua Guatemala por Acuerdo Gubernativo del 23 de agosto de 1935.

No hay que olvidar, que es un área de la etnia kaqchikel, que entró en contacto pleno con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior colonización en los siglos XVI y XVII. En la región del departamento de Sacatepéquez quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista. Es decir, que por un lado está presente la herencia española y occidental y por el otro la herencia de la tradición kaqchikel.

La aldea San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del muy noble ayuntamiento de la entonces metropoli del reino de

Guatemala, Santiago de los Caballeros de Guatemala. Fuentes y Guzmán por la última década del siglo XVII indicaron que era pueblo anexo a la doctrina o curato de Jocotenango, con quien se une por la parte oriental. Entre 1768 y 1770 el Arzobispo Doctor Don Pedro Córtez y Larraz realizó visitas pastorales a su diócesis. Mencionó que a la parroquia de San Sebastián pertenecía el pueblo San Felipe, sin indicar número de familias ni habitantes, por no haberlo dado el cura Don Carlos Suncin. Los frutos de este territorio son los dichos en las parroquias antecedentes, maíces, frijoles, algunas frutas y verduras que traen a Guatemala. Los indígenas hablan el idioma Kaqchikel y los ladinos el castellano.

El nombre San Felipe de Jesús se le dio para rendir homenaje a uno de los primeros Santos nacidos en el Nuevo Mundo, ya que San Felipe de Jesús nació el 1 de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, pocos meses antes, San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden Francisca y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón dando así testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que en 1760 fue consumido por el incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio, así como la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente, a iniciativa del presbítero Don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820 se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1978 se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia quedando terminada en 1984; el 1 diciembre de ese mismo año se consagró el Santuario y el altar mayor, en 1886 por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado para ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa. El 2 de mayo de 1986 es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Reverendísimo Monseñor Próspero Penado del Barrio, ex Arzobispo de Guatemala.

Esta población se encuentra situada en una quebrada, rodeada de cerros elevados. Tiene los caseríos: El Llano y Cerro de San Felipe. La altura sobre el nivel del mar es de 1535 metros, goza de un clima templado y agradable, durante casi todo el año.

#### MARCO SOCIOECONÓMICO:

Sus habitantes se dedican a la agricultura en su gran mayoría, entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras, variedad de hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases. La producción más importante es el café que se cultiva en gran escala en numerosas fincas ubicadas en esta población. Entre sus principales fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folié.

En cuanto a las artesanías populares, es una de las aldeas más importantes, pues se elaboran tejidos típicos como lo muestra la gran cantidad de trajes típicos usados por los indígenas, las mujeres son las que más lo conservan. La cerámica se puede dividir en vidriada mayólica y pintada.

La cestería es el arte de entreteter fibras de palma, tule, mimbre, cibaque, paja de trigo, bambú y corteza de cajeta para producir

recipientes y objetos planos con el propósito de guardar y acarrear diversos artículos; de la jarcia se elaboran hamacas, redes de carga, bolsas y gamarrones, para su elaboración se utiliza la fibra de maguey; se elaboran muebles de madera de pino blanco, cedro y caoba; los instrumentos musicales que se elaboran son la guitarra, violines y contrabajo; se fabrican petates de palma, productos metálicos como balcones, faroles, tocadores, aldabones y lámparas.

La orfebrería se trabaja con oro y plata realizando cadenas pulseras, anillos, esclavas y dijes; los candiles, candeleros y lámparas se elaboran de hojalata; en cerería se elaboran: velas de diferentes colores y tamaños, veladoras, palmatorias, cirios y los ex votos. Existe diversidad de trabajos y especialidades de cuero siendo algunos las bolsas, monederos, carteras, billeteras, maletines y cinturones.

La aldea cuenta con una escuela rural mixta, llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y dos colegios, uno llamado Centro Pedagógico Antigüeno que atiende nivel primario, básico y diversificado, y el otro que atiende nivel pre-primario, llamado Fantasía de colores. San Felipe de Jesús, la aldea, es un centro turístico religioso, donde se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso. Una población profundamente cristiana católica mantiene dentro de sus tradiciones las hermandades que corresponden a las distintas imágenes. No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala, la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con una alcaldía auxiliar, dicha alcaldía posee un comité pro-mejoramiento de la aldea, que coordina actividades con la municipalidad de Antigua. Una de las principales formas de pensar, de los habitantes de la aldea, está

basada en la espiritualidad, y es que los seres humanos, tienen la responsabilidad de proteger todo lo que tiene vida.

En relación a la salud, Guatemala ha estado implementando un proceso de descentralización en el sector salud en los últimos seis años. Tal proceso, ha localizado en determinadas regiones del país, donde la región metropolitana todavía no ha sido tomada en cuenta en el proceso.

Es evidente que el área urbana y pobre tiene necesidades socioeconómicas y de salud particulares que no son satisfechas a cabalidad. Es evidente que no se ha elaborado un plan específico en el sector salud para atender esta población. Existen servicios y programas que intentan atender las necesidades de salud, como centros de salud y hospitales nacionales pero estos no cubren en su totalidad las necesidades en relación a la salud de la población.

#### MARCO SOCIOCULTURAL

Existiendo excelentes artesanos; entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad. Una gran parte de sus habitantes se dedican a realizar ventas de comida típica en la plazuela central de la aldea, tales como: atol de elote, atol blanco, arroz en leche, dulces típicos del área, rellenitos así como artesanías propias del lugar. Otra minoría de la población son profesionales de los cuales algunos trabajan para el Hospital Nacional Pedro Bethancourt.

Es una población profundamente cristiana católica, otros profesan la religión evangélica, y una minoría la mormona. Dentro de las festividades que celebran está la del 1 de mayo cuando celebran la fiesta patronal de San Felipe Apóstol, con actos religiosos, culturales y deportivos, sociales y

populares. También la del jueves de Ascensión del Señor, la del Corpus Christi y la Navidad.

Existen en las comunidades diversas formas de relación en una sociedad y que se caracterizan por un elevado grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Dentro de la sociedad de San Felipe se manejan los siguientes valores observados dentro de la población: Dignidad, es grandeza, excelencia; es una calidad o bondad superior por la que algo o alguien goza de especial valor o estima. Justicia en cuanto a cualidad personal, la justicia es la virtud o hábito bueno de dar a cada uno lo suyo, lo que le corresponde, lo que se le debe otorgar. Libertad concebida como la facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, por lo que es responsable de sus actos. Respeto el cual es la base de toda convivencia en sociedad, con éste viene la pluralidad o diferencia de ideas y costumbres como la tolerancia o aceptación de esas ideas y costumbres diferentes a las nuestras. Una persona responsable toma decisiones conscientemente y acepta las consecuencias de sus actos, dispuesto a rendir cuenta de ellos. La responsabilidad es la virtud o disposición habitual de asumir las consecuencias de las propias decisiones, respondiendo de ellas ante alguien. Responsabilidad es la capacidad de dar respuesta de los propios actos. Para que pueda darse alguna responsabilidad son necesarios dos requisitos:

Libertad.- Para que exista responsabilidad, las acciones han de ser realizadas libremente. En este sentido, ni los animales, ni los locos, ni los niños pequeños son responsables de sus actos pues carecen de uso de razón (y el uso de razón es imprescindible para la libertad).

Ley.- Debe existir una norma desde la que se puedan juzgar los hechos realizados. La responsabilidad implica rendir cuenta de los propios actos ante alguien que ha regulado un comportamiento.

El núcleo familiar tiene un promedio de cinco a siete integrantes, su idioma es el español. En cuanto a servicios básicos urbanos: Cuentan con todos los servicios públicos necesarios: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos, hospital y una auxiliatura de la Municipalidad. Dentro de su infraestructura podemos mencionar su amplia plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII), y al norte de la misma, la auxiliatura municipal, en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente, un moderno mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales para turistas. Su comercio lo efectúa con la cabecera departamental y la ciudad capital.

En nuestro país, la pureza de sangre y linaje se invoca para justificar la posición que los racistas ocupan. Por eso, los indígenas sufren discriminación en el ingreso, en la salud, en la educación, en la política y en toda actividad humana que implique la búsqueda de la igualdad, la democracia y la justicia.

Reconocerle a los pueblos indígenas el ejercicio pleno de sus derechos, no implica que los no indígenas vean reducidas sus garantías cívicas; todo lo contrario. Sin embargo, una pequeña elite sí verá reducidos sus privilegios, obtenidos a sangre y fuego, con el rancio argumento de la superioridad racial. Afortunadamente, en la medida en que la ciencia avanza, se ha podido demostrar que las razas no existen en el género humano.

## MARCO IDEOLÓGICO POLÍTICO

San Felipe es una aldea que data del año 1543 y conserva una iglesia y plazas de la época colonial. Su arquitectura es altamente reconocida en esta región así como su arte religioso en el que se incluyen retablos, imágenes de santos y otras piezas. Sin embargo, muchas de estas obras de arte fueron destruidas por el terremoto de "Santa Marta" ocurrido el 29 de julio de 1773.

En la actualidad se encuentra integrado el Consejo Municipal de Desarrollo en donde se encuentran representadas las entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como todas las expresiones organizativas existentes en el municipio. Esto ha sido producto de una nueva visión de municipio y de gestión de los procesos de desarrollo que se han iniciado. Las tradiciones religiosas se enmarcan en la cultura espiritual y sus manifestaciones se realizan a través de actividades en épocas específicas o por la celebración de un evento eminentemente religioso. Por ejemplo de las festividades católicas las más importantes son las Fiestas Patronales en honor al santoral católico y se realizan con la participación de la comunidad local y dependiendo de su importancia con la presencia de visitantes extranjeros.

Durante el año, se celebran varias festividades tradicionales, principalmente el día de los Santos, Concepción, Corpus Cristi, Navidad y Año Nuevo, y otras, pero con mayor solemnidad y fervor religioso, se conmemora la Pasión de Cristo durante la Semana Santa presentando solemnes ceremonias religiosas en los templos católicos e impresionantes procesiones que recorren la ciudad, cuyas calles lucen artísticas alfombras multicolores de flores y aserrín al paso de bellas imágenes conducidas por los devotos. La religión predominante es la católica con mayor arraigo y tradición.

Esta población está marcada por la extraordinaria herencia histórico cultural de la etnia Kaqchikel así como del contacto pleno con los españoles desde la conquista y posteriormente la colonización. Por lo que esta huella histórica matiza y define el marco ideológico político de la aldea San Felipe de Jesús, del municipio de Antigua Guatemala.

El legado de la tradición oral Kaqchikel se encuentra amalgamado y sincretizado en el largo proceso histórico y la forma de transmitirla se da en velorios, acabados de novena y cuando personas mayores y jóvenes se reúnen en corredores de las viejas casonas o en los patios comunales de las casas del pueblo. Entre las que se comentan frases como: "Aquí en la Antigua Guatemala nacieron los espantos, porque aunque los españoles los trajeron, aquí entre los indios también los habían."

Don Domingo España de la calle Ancha de los Herreros, camino a San Felipe de Jesús, afirma que quienes se echan de los cheles de los perros en los ojos, pueden ver a la muerte y a los rezadores, porque tales legañas, son lágrimas que los animales derraman cuando miran y es cuando se lo cargan a uno los rezadores. Por lo que se destaca una ideología animística llena de mitos, leyendas de casos y cuentos maravillosos. En la cual predomina un pensamiento mágico.

## **1.2 Descripción de la institución:**

Cuando se realizó la erección de la Catedral de Guatemala, se dispuso que las rentas de los diezmos de la iglesia, se separaran la novena y media parte para la fabricación y manutención de un Hospital eclesiástico, se trataba de favorecer a sí a los sacerdotes, diáconos y subdiáconos pobres que enfermaran, pero como las rentas de la iglesia eran mínimas, los obispos

y el Cabildo Eclesiástico dispusieron de consumó que el producto de la disposición sirviera para repartir el dinero como limosnas manuales que daban los sábados en la misma iglesia, y así se acostumbró hasta el año de 1646 en que el Obispo Doctor Don Bartolomé González Soltero, observando ya entonces las rentas habían aumentado dispuso suprimir las limosnas manuales, construir un Hospital para Eclesiásticos, y desde luego se comprara una casa o predio donde se construye aquel y así se hizo.

No faltó sin embargo lo inesperado. El obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 16 de octubre de 1654, en el que Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándola el 3 de noviembre siguiente. Hecha la bendición de esta casa así como la de la primera piedra para la iglesia, bendiciones que hizo el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera en noviembre de 1662, en mayo 1663 comenzaron a llegar enfermos, nombrándose para primer rector del Hospital a Don Antonio Álvarez y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija. Los religiosos de San Juan de Dios se hicieron cargo de la administración del Hospital en mayo de 1663 y al 2 diciembre del mismo, tanto el Hospital como el templo ya terminados, fueron bendecidos por el mismo Obispo Fray Payo, trasladándose en seguida y provisionalmente la Catedral al referido templo, hasta el 6 noviembre de 1680, en que se estrenó la nueva. Con el terremoto de 1773 la situación varío completamente.

La casa de beneficencia sufrió trastornos, y el Hospital de San Pedro que se encontraba tan ordenado se vio en circunstancias tan aflictivas por el hecho de tener que atender no solamente el elemento clerical, sino a todas clases de personas. Sufrió aquel establecimiento pérdidas considerables en sus edificios, y especialmente su iglesia. En el año de 1847 se pensó trasladar el Hospital a una casa situada en las inmediaciones de

San Lázaro, pero no se llevó a cabo por razones de higiene; se construyó todo lo que se pudo especialmente se hizo su iglesia que se estrenó el 24 de octubre de 1869, no con el nombre de San Lázaro, sino con el nombre de San Juan de Dios por razones de que los religiosos que tendían el hospital habían sufrido pérdida de la iglesia de igual nombre en el hospital Real de Santiago y consideraron justo dar el mismo nombre a la que había surgido en su misión. A causa de tener que generalizar el servicio hospitalario, no solo para los eclesiásticos sino para todos los hombres, mujeres y niños (a) en su estado seglar, los religiosos de San Juan de Dios tuvieron que dejar la administración del Hospital de San Pedro, sustituyéndolos más tarde en 1865, las hermanas Capuchinas de la Divina Pastora. En 1869 las Hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en aquel centro y fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad fundada por San Vicente de Paúl.

Como consecuencia al terremoto de 1976 el edificio que ocupaba el hospital en el centro de la ciudad sufrió daños severos, fue necesario declararlo inhabitable, por lo que en forma improvisada el hospital atendió la emergencia en carpas de circo se instalaron en el Estadio Pensativo, se acomodó el edificio del Hotel Rancho Nimajay para que el hospital regularizara la prestación de servicio pero nunca llegó a brindar todo lo necesario. Desde 1980 se inició la construcción del moderno edificio situado en la aldea San Felipe de Jesús en donde inició sus funciones en 1993 con un nuevo sistema de atención médica especializada.

#### SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL:

Estimulación Temprana, Ginecología, Nutrición de niños, adultos, Crecimiento y desarrollo, Medicina de mujeres, Medicina de hombres, Cirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Endoscopia, Radiología, Ultrasonidos, Curaciones, Servicio Social, Farmacia

externa e interna, Odontología, Laboratorios, Rayos X, Patología, Registros Médicos, Biblioteca, Central de equipos, Quirófano, Banco de Sangre, Fisioterapia, Emergencia, Psicología y el servicio de pediatría en el cual se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado.

El servicio de Pediatría se encuentra ubicado en el segundo nivel del hospital, y cuenta con los siguientes servicios:

- El área recreativa, que cuenta con diversos columpios y resbaladero, el cual es utilizado por los pacientes solo si ya se encuentran estables de salud.
- Encamamiento, aquí se encuentra cinco salas en las cuales hay 28 camas en buen estado, tienen ventilación.
- Cuenta con cuatro servicios sanitarios funcionales, cada uno con su respectivo lavamanos el cual está colocado de acorde a la estatura de los niños ingresados.
- Puesto de enfermería, en donde se encuentran los expedientes de los pacientes, así como el personal de enfermería que este de turno.
- Oficina de jefe del área, aquí se encuentra una secretaria, así como el médico encargado y los cuatro médicos especialistas.

#### RECURSOS FISICOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL:

El hospital cuenta con cuatro niveles distribuidos adecuadamente los cuales son suficientes para cubrir cada uno de los servicios que presta, tres ascensores amplios, así como las escales de emergencia. Cada servicio cuenta con una estación de enfermería, área de limpieza, un comedor, cocina, servicios sanitarios, duchas, también el hospital cuenta con parque amplio para carros y bicicletas, salón de reuniones, áreas recreativas.

## OBJETIVOS DEL HOSPITAL:

### **1. Prevenir Enfermedades**

- Inmunización,
- Saneamiento del medio,
- Educación sanitaria,
- Control del niño sano y
- Atención de la mujer embarazada.

### **2. Curar enfermedades**

- Atención del paciente agudamente enfermo, con su tratamiento médico o quirúrgico,
- Atención del paciente ambulatorio,
- Educación para recuperar la salud.
- 

### **3. Rehabilitación**

- Educación para recuperar y mantener la salud,
- Integración del hogar y
- Seguimiento en consulta externa o en la comunidad.

## METAS DEL HOSPITAL

“Disminuir la morbi-mortalidad del área de influencia”.

## MISIÓN DEL HOSPITAL

Somos un Hospital Nacional de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estados socioeconómicos, sin distinción de preferencia, religiosa, política, en prevención, curación y rehabilitación en salud.

La atención a la salud la efectuamos en los servicios del hospital con personal calificado, con mística de servicio, en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuario, contribuyéndolo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país.

### **1.3 Descripción de la población:**

El Ejercicio Profesional Supervisado se dirigió al área de Pediatría lo que es encamamiento, consulta externa, recién nacidos y clínica amigable donde se atendieron a niños(a) ingresados de edades de 0 a 10 años, que presentan retraso psicomotor, problemas de conducta como mentira, enuresis, miedos. Adolescentes de 11 a 19 años donde se les brindó orientación psicológica individual, debido a que presentaban dificultades en el noviazgo, en amistades en el área laboral, deporte. Así mismo a las madres que permanecen al lado de su hijo se les dió talleres informativos, orientación y apoyo.

Los orígenes de las personas que ingresan al Hospital Nacional Pedro Bethancourt la mayoría provienen del municipio de San Felipe de Jesús, y de Antigua, así como de Jocotenango, San Lorenzo, Tecpán, Alotenango, Patzicía, Ciudad Vieja y en ciertas ocasiones de la ciudad capital, por lo que la población se divide en indígenas y ladinos, donde la familia mantiene una condición socioeconómico medio – bajo, ya que los trabajos que manejan son de agricultura, comedores, pilotos, etc.

El nivel educativo de la mayoría de los padres es bajo ya que no poseen recursos y viven en comunidades alejadas en donde los centros educativos son muy escasos.

En ocasiones se platicaba con los estudiantes de medicina sobre ética profesional para que hicieran conciencia acerca de la forma más adecuada para dirigirse a los pacientes y personal. Debido que en ocasiones daban diagnósticos psicológicos de la conducta y del desarrollo del niño no siempre acertado, los estudiantes no conocen con amplitud los problemas que afectan la conducta del niño.

#### **1.4 Planteamiento del o los problemas y necesidades:**

En la observación que se realizó en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt, en el área de Pediatría se pudieron constatar diversos problemas emocionales, como de conducta los cuales pueden estar vinculados a negligencia de los padres, violencia intrafamiliar, patrones de crianza inadecuada que es el problema más común que se observó.

Las madres que permanecen al lado de su hijo el tiempo que están hospitalizados cuidándolos mantienen una actitud de angustia, ya que han tenido que abandonar el hogar para cuidar a uno de sus hijos, dejando a los demás al cuidado de su padre, tío (a) o abuelos que tienen que trabajar y no pueden dedicarle el tiempo necesario al cuidado de los niños. Las madres necesitaban apoyo debido que necesitaban descargar esos sentimientos por los cuales estaban pasando. La dificultad era que no se contaba con un espacio adecuado para que las madres descargaran sus emociones.

Cuando un niño se mantiene largo tiempo hospitalizado, tanto el niño como la madre sufren de una depresión debido al encierro, incomodidad

por no conciliar el sueño, por el medicamento y abandonó de sus familiares.

Las madres pertenecen a aldeas donde no tienen sistema educativo o sus recursos económicos para la educación son demasiado bajos no pudiendo asistir, por lo tanto no adquieren imprescindibles conocimientos.

Esto hace que no muestren interés en la educación de sus hijos, que no exista comunicación en el hogar, dando así como consecuencia problemas al corregir la conducta del niño, ya que se ha observado uno de los problemas y angustias más frecuentes que enfrentan los padres; es con la conducta de sus hijos, porque no conocen como es el desarrollo de los mismos, debido a que presentan problemas tales como: agresividad, enuresis, encopresis, negativismo, etc.

Se observó la necesidad de brindar orientación psicológica utilizando las técnicas de modificación de conducta ya que son una solución y un proceso de enseñanza donde existen diferentes programas para que la conducta sea aprendida, espontánea y voluntaria.

La falta de personal capacitado para trabajar en el área de pediatría, debido a que no se cubría totalmente todo el área.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO**

## **2.1 Abordamiento científico teórico metodológico:**

Guatemala, al igual que todos los países del mundo, ha sufrido a través de los años el aumento de la violencia, la desintegración familiar, la deshumanización, la pérdida de valores, dando como resultado el SINDROME DEL MALTRATO. Como se dió el caso en el Hospital, de una madre que refirió a su hija por hiperactividad, la madre al presentar conflictos con la pareja y no poseer la paciencia y atención a la hija, su método de corrección era los golpes, lo cual hacía que la niña se mostrara con miedo hacia la madre. En nuestro país el maltrato, fue atendido antes de 1986 como un problema en los diferentes hospitales, cuando los niños y mujeres se presentaban agredidos para recibir atención médica, sin embargo no se investigaba ni se ponía en duda la historia que contaban los padres o esposos, se trataba de un simple accidente. Fue hasta el mes de Febrero del mismo año, cuando los médicos residentes del departamento de pediatría del hospital general San Juan de Dios, preocupados por el aumento de niños maltratados que se presentaban cada día a los servicios de emergencia de consulta externa por ejemplo, decidieron dar a conocer este problema a otros profesionales a través de un simposium llamado, "el niño maltratado" con el fin de buscar en conjunto, alternativas de solución a este problema.

En Guatemala actualmente se ha creado leyes para erradicar el problema de la violencia intrafamiliar el más actualizado es el Decreto 97-96, "Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar" y el nuevo Código de la Niñez y el Adolescentes, no vigente y que actualmente se encuentra pendiente de revisión.

Además varias instituciones que atienden los casos de maltrato han formado la Comisión Nacional contra el Maltrato, entre ellas están:

Procuraduría General de la Nación,

Procuraduría de los Derechos Humanos,

Ministerio Público,

Tribunales de Familia

y algunas organizaciones, instituciones y ONG.

Durante la visita realizada en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt, se pudo observar que en el servicio de pediatría, asisten varios pacientes niños y niñas que se encuentran hospitalizados que presentan una conducta diferente a la que presentan en su casa, ya que se encuentran aislados de su familia, amigos, escuela, y juegos. Las madres que se encuentran con los niños hospitalizados se muestran angustiadas, preocupadas y ansiosas ya que son separadas de su familia y no hay quien los atienda y el otro motivo por que muestran este sentimiento es por la salud de su hijo o hija ya que por tantos aparatos y la desinformación de los mismos se desesperan y se asustan más.

A las madres de los niños que se les dió egreso y regresaron por una consulta o los que llegan a primera cita dentro de la consulta externa se les realizó una encuesta dirigida a ellas, donde refirieron que la conducta del niño o niña ha cambiado después de salir del hospital, ya que se muestran agresivos, muy inquietos, hacen rabietas, se orinan en la cama, etc. Los padres no saben que es lo que les está sucediendo ya que les molesta la actitud del niño y niña, los empiezan a lastimar con expresiones verbales soeces o golpes, lo cual hace que presenten una conducta problema, lo cual se atribuye también a los problemas de pareja, por lo tanto les dan maltrato (negligencia) a sus hijos y en varios casos que es muy frecuente existe violencia intrafamiliar, rechazo por algún miembro de

la familia y los hijos están en la expectativa de todo lo que sucede en el ambiente familiar, lo antes mencionado indica la necesidad de abordamiento u orientación psicológico a los padres y los niños. Es esencial definir la familia como una organización formada por individuos que viven bajo el mismo techo, considerada como la base fundamental de la sociedad. Tiene funciones claramente definidas como lo son la reproducción, formación de los hijos, transmisión de cultura y sobreprotección a los ancianos. La familia entonces opera en todo tiempo y lugar como el mejor instrumento de formación de los hijos, teniendo en cuenta que la vida y el trabajo de estos se determinarán por los patrones o normas así transmitidos por los padres.

Una de las tareas más difíciles es la de criar una familia, sin embargo la mayoría de personas que inician un nuevo hogar no se prepara para esta tarea por lo que regularmente las familias conflictivas forman personas conflictivas. "La mayoría de factores que originan los conflictos en esta familia, han sido aprendidas en sus núcleos familiares, es una cadena que viene de muy atrás, puesto que las relaciones que originan conflictos se han aprendido, pueden desprenderse y nuevas relaciones pueden ser aprendidas en su lugar acompañado de la decisión y deseo de cambio"

Indudablemente, no es de extrañar que las personas al contraer matrimonio y formar con su pareja una nueva familia fusionan las formas de relaciones que aprendieron en sus propios hogares, como las formas de actuar, hablar, pensar, sentir, comunicarse, además de las tendencias a la violencia. Cada una de estas formas de actuar o relacionarse cuando no son adecuadas puede originar relaciones conflictivas un hogar inestable. En el hospital se pudo observar que los padres al no recibir educación no muestran interés, en que sus hijos aprendan lo que ellos no aprendieron,

ya que prefieren continuar con lo que se llama Patrones de Crianza que son modelos utilizados por los padres de familia para la instrucción, educación y dirección de sus hijos para dotarlos de urbanidad y cortesía, instruyéndolos sobre las reglas de la vida en sociedad, garantizándoles con ello la convivencia social y erradicando en ellos a través de las funciones directiva, formada o modeladora y preventiva de los sentimientos de autodestrucción y conductas antisociales con el objetivo que se valga por sí mismo sin necesidad de otra persona que los dirija o los apoye, para que estos se inserten adecuadamente en los distintos aspectos de la vida social. También puede decirse que los patrones de crianza son las prácticas cotidianas dentro de la familia y que están orientadas a la enseñanza de valores, costumbres, normas y prácticas religiosas para que los niños puedan desenvolverse en la sociedad en la que viven.

Dentro de los patrones de crianza inadecuados se encuentran:

El Rechazo: "es no aceptar, contradecir, resistir y criticar el contacto con otra persona. Si pensamos en una madre que fue rechazada, tiende a rechazar a sus hijos. Si el rechazo viene por parte del padre puede mostrarse indiferente, apático a tal punto que no le importa el bienestar físico y emocional del niño o bien se mostrará violento y agresivo, provocando un hostigamiento constante en los miembros de la familia". El rechazo puede producir en una persona inseguridad, aislamiento, baja autoestima, desvalorización. (Ramírez, María, 1984:9) El ejemplo que se podría describir sobre el rechazo en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt, es un paciente de seis años que el padre lo rechazaba debido a que no se encontraba preparado para comprometerse, o tener obligaciones de padre o esposo.

Machismo: es la exageración de las características masculinas y las creencias de que el hombre es superior a la mujer. Aspecto que en su mayoría es inculcado por el padre y reforzado por la madre.

En nuestro país se observa que a los niños se les enseña y refuerza los roles sexuales tradicionales "llorar es de nenas", "las tareas de la casa son cosas de mujeres", "la calle es de los hombres". (Ferreira, Graciela, 1988:221)

Injusticia: es no dar a cada quien como en derecho y razón lo que les corresponde. Por ejemplo la actitud de un esposo que deja a cargo de la esposa la educación, disciplina de los hijos y trabajo de la casa. Cada uno de estos patrones de relación interpersonal y de actuación parecen más bien normas rígidas que posteriormente rigen la relación de pareja y alimentan el conflicto (Ramírez, Maria, 1984:11).

Como resultado de usar los patrones de crianza inadecuados surge la violencia intrafamiliar que no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que han sido una característica de la vida familiar desde tiempos remotos. Ya que algunas décadas atrás, expresiones tales como "niños maltratados", "mujeres golpeadas", o abuso sexual eran toleradas y aceptadas, pero no consideradas como sinónimos de graves problemas sociales. Es probable que la violencia familiar sea un patrón de crianza con raíces profundas, que caracteriza la relación entre los más fuertes los más débiles desde tiempos remotos.

La mayoría de las veces se ha idealizado a la familia, como formadora de hábitos y valores, que cubre las necesidades básicas de vestuario, comida, techo, amor y cariño. En Guatemala en muchos hogares no es

así, por el contrario los padres mantienen una relación inadecuada entre sí que incluye insultos, intimidación, golpes, abuso sexual, abandono y otros.

Desde muy temprano aprenden que la violencia es una forma eficaz para resolver conflictos interpersonales, especialmente si la han padecido dentro del hogar, ya sea como víctimas o como testigos la violencia se transforma lentamente en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales tales como enojo, frustración y miedo.

Muchos niños y niñas se avergüenzan de su situación como si fuesen responsables del maltrato que reciben, mientras que muchos agresores, lejos de advertir que están cometiendo un error grave, un delito creen que ejerce un derecho que les corresponde.

Violencia Intrafamiliar: valores, normas de comportamiento y acciones provenientes de un miembro de la misma familia que daña la integridad psíquica y social de cada miembro de la familia. La violencia ejercida sobre la familia va desde las amenazas, la agresión y las lesiones, lesiones graves, abusos deshonestos, homicidio, siendo todo acto físico de violencia que lleva consigo un efecto psíquico y físico. La violencia tiene un ciclo o patrón que repite cada vez que se produce y este se divide en tres episodios, el primero, acumulación de tensión en el cual se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la familia, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad, el segundo denominado como el momento agudo en el cual toda la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio. El tercero denominado luna de miel o arrepentimiento por

parte del agresor sobreviene un periodo de disculpa y las promesas de que nunca más volverá a ocurrir.

El fenómeno de la violencia y el maltrato dentro del ámbito familiar comenzó a tematizarse como problema social grave a comienzos de los años 60 cuando algunos autores describieron el síndrome del niño golpeado, redefiniendo los malos tratos hacia los niños. Una forma de maltrato hacia los niños es la negligencia, cuando hablamos de negligencia nos referimos a los niños y niñas que no reciben atención y cuidados necesarios y oportunos, con serios peligros para su salud física y emocional a nivel individual favoreciendo la reproducción generacional de la violencia en el plano social.

La enfermedad forma parte de la vida del niño de forma particular y su familia la vive de manera compleja. "Reca, menciona que la enfermedad puede causar trastornos psíquicos si ataca al sistema nervioso central, pero cualquier enfermedad que cause cambios en la vida del niño y en sus relaciones familiares, es capaz de dar nacimiento a problemas de conducta". En algunos casos incluso deberá separarse de su familia para entrar en el contexto de una nueva institución, es decir el hospital. Ya que en algunas ocasiones se da la separación brusca de los familiares, el engaño sobre las finalidades de una visita médica o la interacción de un hospital figuran entre las causas más frecuentes en la producción de neurosis y angustia. La hospitalización puede ocasionar reacciones inmediatas en el mismo momento de "gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital", o bien reacciones posteriores a la hospitalización, actitudes de rechazo o agresión, problemas alimenticios, alteraciones del sueño, regresiones esfinterianas, estados depresivos, o trastornos del comportamiento.

Estos tipos de reacciones dependen del grado de información del niño sobre la hospitalización y de la actitud del personal hospitalario, por una parte de la edad, y duración de la hospitalización, de la personalidad del niño, del tipo de relación padre-hijo, de los lazos familiares que es donde se toma en cuenta la reacción de los padres frente al hecho de tener un hijo enfermo, por los lazos familiares debido a que cuando son fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortifica, y el niño va a ser fuerte incorporándose al interior de la familia unida, pero el fortalecimiento de los lazos de la pareja puede provocar exclusividad. Cuando los lazos son débiles, tienden a debilitarse, en otros casos cuando el niño es rechazado se puede crear un vínculo, los niños por debajo de 3 años, son más capaces de comunicar necesidades y por concepciones irreales del hospital son más susceptibles de reaccionar con angustia.

Consecuencias de las enfermedades en el primer año de vida, según M. Loosli ha demostrado que otros niños se apegan a su madre, mostrándose fácilmente agresivos, al mismo tiempo, que con ella son acaparadores. La naturaleza de la relación madre e hijo, si la hubo anterior a la privación parece tener escasas influencias en el curso de la enfermedad. Puede verse en estos niños se hace presente un retraso motor, los niños se tornan pasivos por completo, mostrando un descenso progresivo del índice, a tal grado que existe niños que no pueden sentarse, estar en pie, o hablar, teniendo edad para ello.

Los niños hospitalizados tienden a desarrollar apatía, indiferencia y superficialidad en las relaciones interpersonales, también parecen caracterizarse por una menor capacidad para aceptar normas sociales, junto a un deficiente desarrollo del sentimiento de culpabilidad, mayor agresividad e impulsividad, en ocasiones se ha observado manifestaciones aparentemente opuestas pero que se reflejan igualmente una conducta

socio- emocional anormal,<sup>1</sup> en algunos niños se logra efectos positivos que son los que viven en una relación de dependencia abusiva en una familia hiper protectora encontrando la hospitalización como un lugar de posibilidad de contactos sociales y culturales, creando un mundo nuevo de relación.

Cada año nacen en Centro América un millón de niños, de ellos cerca de 100.000 morirán antes de cumplir los seis años. De los que sobreviven 600.000 sufrirán alguna desnutrición y cerca de 100.000 presentaran retraso en su desarrollo psicomotor, es decir solamente una quinta parte de los niños nacidos tienen la posibilidad de crecer y desarrollarse en forma sana de los 200.000 restantes aproximadamente 100 niños presentan talentos especiales que nunca podrían desarrollarse si no se les proporciona las adecuadas oportunidades. En un medio pobre destacan la privación ambiental y afectiva como la incapacidad de los servicios de salud y educación para ayudar a todos los niños del área. El panorama de nuestras sociedades es claramente pesimista sobre todo cuando pensamos que los niños de ahora en adultos de mañana y en sus manos estará el manejo de nuestras naciones.

Al principio de las investigaciones respecto al desarrollo y crecimiento del niño señalaban que la inteligencia de un individuo estaba predeterminada gráficamente por lo que era fija, esta hipótesis establecida en la teoría Darwiniana 1859.

---

<sup>1</sup> Secretaria AINI Cuatro Temas Importantes Sobre el Niño UNICEF, Pág.65

Basándose en la evolución de las especies, Francis Galtón, primo de Darwin apoyaba esta teoría y decía que la inteligencia del hombre era

hereditaria 1859, pero las investigaciones de Alfred Binet en 1900 vienen a revolucionar esta creencia, porque él piensa que la inteligencia puede desarrollarse si es estimulada y la relaciona de la siguiente manera: la inteligencia en un niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivar, de tal manera que en lugar de tener como resultado tierra desierta, obtengamos una cosecha. En base a los anteriores Eisenberg elabora un estudio denominado "El estudio de los niños" extiende las investigaciones diciendo que no todos los niños son iguales por lo que se debe establecer métodos de crianza que sean sensitivos y respondan a las necesidades y capacidades de cada niño, a partir de estos estudios se realizan una serie de investigaciones que dieron como resultado, que el medio ambiente es un factor sumamente importante y determinado para el desarrollo y crecimiento del niño. También por esta época los pediatras se daban cuenta de que los niños institucionales presentaban un mayor número de morbilidad y mortalidad que aquellos compartían con sus familiares biológicos.

Se concluyó que el desarrollo del niño está sujeto a innumerables influencias originadas con:

La herencia: influencia innata en el desarrollo transmitida por los genes heredados de los padres.

El ambiente: totalidad de la influencia que no son de carácter genético sobre el desarrollo, externas al individuo mismo.

Madurez: secuencias natural del cambio físicos y patrones de comportamiento, a menudo incluyendo la rapidez, para dominar nuevas habilidades.

Todo ser orgánico posee y desarrolla un crecimiento que le permiten adaptarse al medio ambiente en que viven y así llegar a un nivel de

madurez adecuado para desenvolverse en el mismo. El ser humano no se escapa de este proceso que es tan importante dentro de su vida, motivo por el cual se describirá el desarrollo y crecimiento del niño. Los términos de desarrollo y crecimiento en muchas ocasiones tienden a confundir a las personas porque los dos se dan simultáneamente; pero es importante hacer notar que existe diferencia entre ambos y sin embargo no son independientes.

El desarrollo consiste en un proceso evolutivo de cambios dinámicos y continuos que se basa en hechos biológicos, psicológicos y sociales. Es también el aumento de capacidades y funciones desempeñadas por el niño conforme aumenta la edad. Abarca las funciones de la inteligencia y aprendizaje por medio de las cuales el niño entiende y organiza su mundo. También incluye la capacidad de comprender y entender su idioma, la de movilizarse y manipular objetivos como la de relacionarse con los demás y el modo de sentir y expresar sus emociones. Crecimiento se refiere al proceso cualitativo que consiste en el aumento de peso, volumen corporal y proceso de moldeamiento.

Una complejidad del desarrollo del niño es que el cambio y la continuidad que ocurren en varios aspectos de sí mismo como el desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial que pasa en cada período de la niñez. No obstante en la realidad estos aspectos del desarrollo están interconectados, a lo largo de la vida de cada uno, cada uno afecta a los demás.

El crecimiento del cuerpo y del cerebro, las capacidades sensoriales, las destrezas motrices y la salud son parte del desarrollo físico y pueden influir

en otros aspectos del desarrollo. Los cambios en las habilidades mentales, como aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad constituyen el desarrollo cognoscitivo, y están muy relacionadas con el crecimiento físico y emocional. La personalidad es la forma consistente y única de sentir, reaccionar y comportarse que tiene una persona, el desarrollo social se refiere a las relaciones con los demás, un conjunto de personalidad y desarrollo social constituyen el desarrollo psicosocial que puede afectar el funcionamiento cognoscitivo o físico.

Es necesario tener conocimiento del desarrollo psicológico del niño y los factores que influyen o interfieren, ya que hace posible el reconocimiento de un retraso, desviación o el trastorno que pueda presentarse en el, así permitirá llevar a cabo acciones terapéuticas o modificar los factores.

Cuando el niño nace, trae consigo un conjunto de posibilidades reaccionales preformadas o reflejos incondicionados entre los que se encuentran el reflejo de succión, el bebé inicia el chupeteo ante el contacto con los labios y la lengua; el reflejo de prensión palmar que es cuando el niño cierra los dedos sobre un objeto que toque la palma de la mano, el lactante fija la vista preferentemente sobre el rostro humano y responde apaciguándose ante el sonido de la voz humana en tonos suaves. El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma como se comporta, así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona. Orientar a la niñez, para el logro de una conducta socialmente aceptable, requiere como condición inicial, el conocimiento de los factores que determinan la conducta.

Los factores primarios que determinan la conducta humana son: 1. las influencias socioculturales a que está sujeto el individuo, 2. la naturaleza

biológica del organismo, 3. la historia de la conducta del individuo, 4. índole del objeto- estímulo con el que el organismo se relaciona recíprocamente, 5. el medio del acontecimiento de la conducta <sup>2</sup>.

La conducta de las personas resultará, como producto de la actuación conjunta de los cinco factores mencionados. Al referirse a los factores socioculturales se observa, que a pesar de que cada persona es en cierto sentido única, existen en ella características propias a un determinado grupo sociocultural.

Así por ejemplo, nos escandalizamos ante el sistema de sacrificios de nuestros antiguos mayas como parte del culto a sus dioses. Para los miembros de la comunidad de aquellas épocas, en cambio, este sistema de sacrificio era algo natural, porque, era lo aceptado por el grupo. Se puede describir otro ejemplo más cercano, la forma de vestuario adoptada por la señorita de una comunidad indígena cerrada, es bastante diferente a la forma adoptada por una señorita que pertenezca al grupo ladino y que viva en la ciudad. Es más, no solo habrá diferencia en el vestuario sino en otras formas de proceder. Es decir que la conducta de las personas va a estar condicionada en parte, por las influencias socioculturales en que se ha desarrollado.

---

<sup>2</sup> Swart Paul, Psicología Editorial Continental S,A México D.F 1986 Pág 81

En cuanto a los factores biológicos se dirá que cada acontecimiento de la conducta está necesariamente condicionado por el carácter

biológico del órgano que implica. Un ejemplo de esta, se puede ver en el papel que desempeña el sistema nervioso, en la actividad del organismo. Sabido es que la función fundamental del sistema nervioso es integrar actividades de las diversas partes del cuerpo. Por esta coordinación el organismo funciona como ser total. Como este sistema nervioso ha alcanzado su más alto nivel de desarrollo en el hombre, se hace evidente que el organismo humano tenga comportamiento más complejo, que el resto de los seres.

Otra forma en que se puede ver la incidencia de los factores biológicos en la conducta, se encontrará en las necesidades corporales básicas. Así ante el hambre que insatisface nuestra conducta puede ser afectada en gran manera. Por ejemplo en aquellos casos en los cuales ante la ausencia total de alimento, después de muchos días, una persona ha caído en el canibalismo, lo cual si no fuera por una necesidad tal, nunca hubiera imaginado hacerlo. Entonces esto quiere decir que los factores biológicos influyen en la conducta que se observa.

La conducta humana tiene su base tanto en las características biológicas del individuo como en aquellas que han influido en él. Para explicar los entornos y elementos en interacción se parte del siguiente esquema:

El nivel 4 (macrosistema) se define como el contexto global en el que se desenvuelve el individuo (su contexto socio- cultural, geográfico, acontecimientos mundiales)

El nivel 3 (exosistema) se refiere a la influencia externa al sujeto tales como influencias familiares, círculo de amigos, fuentes de trabajo, etc.

El nivel 2 (mesosistema) se refiere al entorno del centro conformado por elementos físico y materiales, actividades de enseñanza- aprendizaje, modalidades metodológicas, docentes, terapistas, diseño del currículo, etc.

El nivel 1 (macrosistema) lo constituye el individuo en su ámbito bio-psicológico (condiciones físicas, condiciones psicológicas, situaciones de discapacidad...)

La historia de la conducta del individuo, como factor que la determina, cada persona tiene una manera de ser que le es muy peculiar y por ende le diferencia de los demás.

Esta manera de ser, es producto de las experiencias ante las cuales la persona se ha enfrentado durante toda su vida, lo cual va a construir en sí, la historia de la conducta del individuo.

Al respecto Paul Swartzen psicólogo muestra un ejemplo al señalar que, dos soldados que se encuentran ante la misma situación en el campo de batalla, puede reaccionar en forma bastante diferente. Estas reacciones dependerán de la forma en que se sientan o se amolden a determinada norma. Si el soldado ha sido formado en un sistema de vida cuya filosofía es pacifista, tal vez pueda negarse a matar a otra persona aunque ello implique perder su propia existencia. Otro soldado en cambio, cuya experiencia a través del ambiente familiar y otros, no le llevaron a tener este tipo de sensibilidad y valorización, puede matar al enemigo sin sentir por ello ninguna molestia.

En cuanto a la índole del objeto – estímulo, el autor lo describe así: un objeto estímulo “es una cosa, objeto, acontecimiento, otro organismo o condición de la persona que adquiere un sentido o tener un significado para el individuo y que, por este motivo, puede suscitar una actividad del cualquier especie. Los objetos adquieren su carácter de estímulo mediante el contacto del organismo con las cosas y sucesos de su mundo”. Dicho en palabras más sencillas, todo aquello que adquiere un sentido o significado para el individuo, razón por la cual puede suscitar una actividad de cualquier naturaleza, viene a constituirse en un objeto estímulo. La conducta puede verse afectada en gran parte cuando la persona ha estado limitada en su temprana edad de experiencias con objetos estímulos, que son básicos para su desarrollo.

Los modos de comportamiento no son arbitrarios ni secundarias manifestaciones accidentales: constituyen un auténtico resultado de un proceso integral de desarrollo que se realiza con ordenada sucesión.

Conducta: Dorsh (1981) define la conducta como “la actividad física de un organismo vivo, observable en principios por otro individuo, a diferencia del curso de la actividad psíquica interior” la conducta es objetiva. Se puede Observar, se puede describir, se puede medir.

El diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1995) define la conducta como “la actividad global de un organismo que hace posible la adaptación a su medio específico y le proporciona control e independencia frente a dicho medio”; además afirma que “la actividad conductual o comportamental está determinada por interacciones de una pluralidad de factores” entre los que menciona tanto aspectos intrínsecos como extrínsecos.

El organismo humano es un complicado sistema de acción y un diagnóstico evolutivo adecuado requiere el examen de cuatro campos de conducta, representativos de los diferentes aspectos del crecimiento: tomando como base la clasificación de Arnold Gesell, que se definen a continuación; la primera es la Conducta adaptativa esta de mayor importancia, ya que comprende la organización de los estímulos, la percepción de las relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la reintegración de estas de un modo coherente. Se incluye aquí las más delicadas adaptaciones sensoriomotrices oculares o manuales para alcanzar a manipular objetos.

La *conducta adaptativa* es propulsora de la futura inteligencia que utiliza la experiencia previa para la solución de nuevos problemas. La segunda es la *Conducta Motriz* que se desarrolla a partir de los reflejos arcaicos o automatismos y evoluciona a la diferenciación coordinada y ejecutora del movimiento, que más adelante esta conducta adquiere un carácter exploratorio y va permitiendo, a la persona a través de ellos que adquiera información acerca de sí mismo y del mundo que le rodea. Este se divide en *Gruesa* que abarca actividades aptas para desarrollar los grupos de músculos grandes que se emplean en movimientos gruesos tales como reacciones posturales, equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse. La *conducta motriz Fina* que consiste el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

La tercera *Conducta de Lenguaje* adquiere así mismo, formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Usamos el término lenguaje en el sentido más amplio, abarcando toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, frases u oraciones. La conducta del lenguaje incluye además la imitación y comprensión de los que expresan otras personas, el lenguaje articulado es una función socializada que requiere la existencia de un medio social, pero que también aprende de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensoriomotrices. La cuarta *Conducta Personal Social* comprende las reacciones del niño ante la cultura – social en el que vive, por ejemplo la micción, defecación (control de esfínter), quehaceres domésticos, vestirse solo, etc. Estas reacciones son tan múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente, que parecieran escapar del diagnóstico evolutivo.

Los factores de conducta también son importantes ya que los niños con problemas de comportamiento, son aquellos de manera continua y marcada responden a su ambiente en una forma inaceptable y/o de manera personalmente insatisfactoria, pero a quienes se puede enseñar conductas socialmente aceptables y gratificantes.<sup>3</sup>

El niño con problemas conductuales, es aquel que después de recibir servicios de apoyo educacional y asistencial de los consejeros, todavía muestra discapacidades conductuales serias o severas de manera consistente y persistente, que llegan a interferir en sus procesos de aprendizaje.

---

<sup>3</sup>Kaufman y Jm, Educación de Adultos Excepcionales, Psicología Moderna Pág.130

Los niños con desordenes de comportamiento frecuentemente son distraídos en su habilidad de establecer y mantener atención en su tarea, la cual interfiere en su trabajo escolar. Los desordenes de la conducta están relacionados estrechamente con la falta de destrezas sociales apropiadas en el adecuado desarrollo emocional en el niño.

Shea (1986) afirma que la expresión emocionalmente trastornada ha sido reemplazado por otros términos entre los que se encuentran: desadaptado socialmente, con problemas de adaptación, mentalmente enfermo o perturbado, educacionalmente incapacitado, problemas de conducta.

Cabe señalar aquí que la conducta ideal debe lograr un equilibrio satisfactorio entre las demandas personales y los requisitos que le impone su condición de ser social. El problema de conducta es una desarmonía entre la conducta esperada y la conducta real. Es muy difícil definir los problemas de conducta, lo cual es normalidad de la misma forma que se hace difícil definir lo que es anormalidad. Normalidad y anormalidad son dos términos tan contrapuestos como el bien y el mal.

Heward y Olansky (1992) inicia diciendo que la niñez se supone que es una época feliz. Sin embargo, para algunos niños "la vida parece estar en estado constante de agitación. Están en conflicto, con frecuencia grave, con los otros y consigo mismos. O son tan tímidos y están tan ensimismados que parecen vivir en sus propios mundos"

Lewis, Cohn (1998) presenta algunos factores comunes que de las definiciones de problemas de conductas:

Conductas inapropiadas del individuo cuando se comparan con las conductas esperadas.

Grado de severidad o intensidad del problema del comportamiento.

Frecuencia con que ocurre el comportamiento.

Tiempo que el problema ha existido.

Personas que no han respondido positivamente al tratamiento normal disponible.

Eliminación de otros posibles factores que afecten el comportamiento.

Efectos del comportamiento en el empleo de rendimiento académico, aprendizaje, satisfacciones personales o relaciones sociales con otros.

Ajuriaguerra afirma que los problemas de conducta, en el niño son todavía mas complejos ya que el niño es un ser en desarrollo. Un problema de conducta, por lo tanto puede causar una gran desorganización que provocará una ruptura de relaciones y una imposibilidad de adquisición.

Un análisis más actualizado de la situación indica que aquellos aspectos del temperamento del bebé que dan lugar a la clasificación difícil, como el llanto frecuente y la irritabilidad aumentan la probabilidad de que los padres reaccionen ante el niño de forma poco adecuada, ansiosa, creándose alteraciones en la relación niño-cuidador y, finalmente problemas de conducta.

En la mayor parte de los casos este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones es intencionado. Para establecer un diagnóstico de enuresis debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioró social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del niño.<sup>4</sup> Otro problema de conducta frecuente es la *encopresis* de esta la característica esencial es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados. En la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones inadecuada. El hecho debe ocurrir por lo menos una vez al mes durante tres meses como mínimo, y la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de cuatro años.<sup>5</sup>

*La agresividad* es un patrón de respuesta que proporciona un estímulo nocivo a una persona u objeto. Los niños agresivos parecen estar en conflictos con las figuras de la autoridad, discuten sin razón alguna y saben lo que quiere decir cooperar. Para ellos, los adultos representan el principal obstáculo para lograr ocupar su posición de mando y rechazan su relativa dependencia de ellos. No reaccionan bien a medidas de disciplinas normales. También se da que los niños que no ven modelos agresivos en la vida real suelen verlos en la televisión.

En realidad, la investigación realizada sugiere que los niños reciben más influencia de los modelos de violencia que aparecen en las películas que en su propia vida.

---

<sup>4,5</sup> Pierre Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Pág 111 y 114

Las investigaciones realizadas desde la década de 1950 demuestran que los niños que ven violencia se comportan más agresivamente consigo mismos (NIMH, 1982). Esta apreciación es válida a través de zonas geográficas y niveles socioeconómicos, para niños y niñas normales, así como para quienes presentan problemas emocionales. Claro está que estas correlaciones no comprueban que la violencia en la televisión cause agresión, aunque los resultados lo sugieren fuertemente. Resulta posible que los niños que ya presentan una inclinación hacia la agresividad vean televisión más violenta y sean más agresivos de ver violencia en la pantalla, de hecho la investigación sugiere que los niños agresivos ven más televisión que quienes no lo son, ya que se identifican más con los personajes agresivos y es más probable que crean que la agresividad que ven en la televisión se refleja en la vida real (Eron, 1982). Entonces también puede existir un tercer factor: quizá los niños que ven y reaccionan con agresividad ante la violencia televisiva reciban más castigos que otros niños.

La agresividad puede estar acompañada del negativismo que es una actitud que se caracteriza por una fuerte resistencia a la sugerencia que procede de otros, hasta el punto de hacer lo contrario, puede ser algo general o solo relacionado con una clase especial de actos. Los niños *negativos* dicen No a todo, no realizan tareas que no les gustan, solo hacen cosas que obtienen privilegios.

Muchas veces dentro de la clínica los padres refieren que sus niños mienten, entonces es importante definir que *las mentiras* son declaraciones o afirmaciones que a sabiendas del niño que la dice, es contraria a los hechos, y se emite con el objeto de procurar que otros crean que es cierto.

Los niños mentirosos son inseguros y manipulan a los demás para ocultar la inseguridad.

*Los temores* pasajeros son comunes en la niñez temprana. Muchos niños entre dos y cuatro años temen a los animales, en especial a los perros. Hacia los seis años, es más probable que sientan miedo a la oscuridad. Otras causas comunes de temor son las tormentas y los médicos (DuPont, 1983), y la mayoría de ellos desaparecen a medida que van creciendo y pierde su sentido de indefensión.

Los temores de los niños surgen de su intensa vida de fantasía y su tendencia a confundir apariencia con realidad. En ocasiones, su imaginación se desborda, haciendo que sienta miedo a ser atacados por un león, a un lugar o ser abandonados. Los pequeños tienden a amedretarse ante algo que parece intimidante, como el monstruo de una tira cómica, que por algo capaz de causar daño.

En la conducta se puede observar que existen algunos reforzadores o modificadores para establecer dicha conducta. Sus orígenes se encuentran en la parte aplicada de la psicología experimental, basada en la teoría del aprendizaje que trabajaron Iván Pavlov y B. F. Skinner, aportando el desarrollo de técnicas para medir y registrar conductas observables.

Toda persona que está involucrada en la socialización, guía y educación de los niños estará integrado en el proceso de mejorar o modificar determinadas conductas, pues estas modificaciones son un proceso de enseñanza aplicable a todas las conductas. Por lo tanto cada modificador deberá fundamentarse básicamente en función de las consecuencias de la conducta.

Ya que si se requiere cambiar esta deberán cambiarse las consecuencias.<sup>6</sup>

Es decir que los modificadores constituyen un conjunto de principios que se aplican a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, psicología, clínica y la educación especial.<sup>7</sup>

Todo tipo de modificador debe tener una secuencia que vaya compensando y remediando las conductas inadecuadas y las deficiencias existentes. Cuando se habla de modificadores de conducta se refiere al conjunto de técnicas que se aplican a la resolución de problemas, así como también a la prevención y mejoramiento.

Emplea los principios del condicionamiento operante para moldear o modificar la conducta humana con fines terapéuticos, se utiliza con éxito en personas deficientes mentales, en la enseñanza de nuevas destrezas, para ayudarles a recordar las que han aprendido y para obtener la conducta deseada. Se utiliza en establecimientos como instituciones para deficientes mentales, clínicas psicológicas, centros de atención, hospitales, escuelas, etc.

Todas las personas en algún momento aplican principios de la conducta o también utilizan procedimientos conductuales, por ejemplo: cuando el niño termina de realizar su tarea escolar la madre le deja ver su programa favorito de televisión; la madre no está consciente de que utiliza los principios adecuados de la conducta, pero de cualquier manera lo hace.

---

<sup>6</sup>Fred Sélter y Emilio Ribes Iñesta, Modificación de Conducta, Editorial Trillas México, Pág., 111-112. <sup>7</sup> Edgar Galindo, Modificación de Conducta en la Educación Especial, Editorial trillas, Pág.22

Los modificadores de conducta son intervenciones derivadas de los principios del análisis conductual diseñados para cambiar el comportamiento de una forma medible y aplicable con exactitud. Abarca la sección de metas, los objetivos, selección de los sistemas de observación, registros de intervalo, aplicación implementación de procedimientos seleccionados y evaluación de los resultados.

Los modificadores se componen de tres fases:

1. línea base,
2. tratamiento y
3. seguimiento

Trata de forma directa con la conducta observable y los que reciben los beneficios están y son consientes de lo que hacen y pueden verificar los cambios, ya que su tarea es mejorar las conductas a nivel social e individual.

Existen diferentes tipos de modificadores de conducta los cuales son:

- Para fortalecer una conducta nueva.
- Para desarrollar una conducta nueva.
- Para mantener una conducta nueva.
- Para poner fin a la conducta inadecuada.
- Para modificar la conducta emocional.

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado, y se aplican a la solución de problemas de conducta, siendo u procedimiento de enseñanzas.

Algunos de ellos son: la disciplina que se refiere al método para enseñar a los niños autocontrol y un comportamiento aceptable. Puede ser una herramienta de socialización.

Refuerzo y castigo: en ocasiones los padres castigan a los hijos para detener un comportamiento indeseable, pero la investigación demuestra que los niños suelen aprender más si se refuerza su buen comportamiento. Los refuerzos externos pueden ser tangibles (dulces, dinero, juguetes o fichas) o intangibles (una sonrisa, una palabra de aliento, abrazo). Cualquiera que sea el refuerzo el niño, debe verlo como un premio y recibirlo de manera consistente después de demostrar el comportamiento deseado.

A pesar de los efectos potencialmente negativos del castigo, en ocasiones parecen necesarios. Los niños tienen que ser reprendidos de inmediato.

Cuando se debe usar el castigo, los siguientes factores influyen en su efectividad:

*Inmediatez:* cuanto menor sea el tiempo entre el mal comportamiento y el castigo, más efectivo será éste.

*Explicación:* el castigo es más efectivo cuando está acompañado por una explicación corta y sencilla.

*Consistencia:* cuanto más consistente sea el castigo que recibe un niño por el mismo mal comportamiento.

*La persona que castiga:* cuanto mejor sea la relación entre el adulto que impone el castigo y el niño.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 Objetivo general:

- Brindar orientación y apoyo psicológico a niños, niñas, adolescentes y padres de familia o tutores del servicio de pediatría, del Hospital Nacional Pedro Betancourt. Profundizando en los problemas de conducta del niño y niña de consulta externa y hospitalizado.

### 2.2.2 Objetivos específicos:

- SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Reforzar el desarrollo integral a Recién Nacidos por medio de atención psicológica a los niños y niñas de consulta externa y hospitalizados para un adecuado desarrollo.

Proporcionar orientación psicológica individual a adolescentes.

- **SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

Proporcionar apoyo y orientación a las madres de los pacientes hospitalizados, según programas de “Madre Participante y Bajo Peso” por medio de charlas de educativas.

Apoyar el Programa del Adolescente “Clínica Amigable” a través de, charlas educativas y talleres, dirigidas a las alumnas del Instituto INSOL.

- **SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

Conocer el impacto conductual que genera la hospitalización en el niño y la niña del servicio de pediatría.

### **2.2.3 Metodología de abordamiento**

#### **SUBPROGRAMA DE SERVICIO:**

Se inició con la presentación con el jefe del departamento de psicología quien asignó en que servicio laborará cada epesista. Se continuó con la presentación de las dos compañeras psicólogas que laboran en el lugar, así mismo con el director del hospital.

Se estableció comunicación con las autoridades del servicio de pediatría para la presentación. Y el abordamiento para conocer las necesidades que tiene dicho servicio.

Se hizo un recorrido general para conocer la estructura física del hospital, el servicio de encamamiento de pediatría, teniendo contacto físico con los pacientes y el personal de enfermería.

Se estableció el horario con el cual se trabajó en el encamamiento de pediatría.

Se trabajó en el área de Recién Nacidos utilizando la técnica de estimulación temprana, para reforzar el desarrollo integral, siendo los días Lunes y Viernes a temprana hora.

Se atendió a consultas de encamamiento con la brevedad posible, los cuales fueron depositados en el archivo específico.

Trabajando con el niño y la niña individual, utilizando la técnica de la entrevista con la madre, para observar el problema que le está afectando en la conducta; siendo los días Lunes, Martes y Viernes.

Se trabajó una vez a la semana con el niño, la niña, adolescente y madre o tutor en la clínica amigable del cuarto nivel observando y modificando el problema psicológico que le afectaba al adolescente.

Una vez por semana se realizó visita a los pacientes con el equipo multidisciplinario.

Se evaluó y se brindó estimulación y orientación a niños especiales que son del servicio de consulta externa y son referidos.

Entre las técnicas que se utilizaron se encuentran la observación, se realizó en las diferentes áreas, tomando en cuenta criterios para identificar cambios conductuales así como la influencia de los padres en la conducta de los niños y niñas. La entrevista era el punto inicial de conocimiento del paciente; y programas de modificación de conducta que se referían a métodos para corregir o reforzar la conducta del niño o niña.

### SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Se inició con la presentación del doctor encargado de la clínica amigable y con una reunión con los médicos, estudiante de medicina, de pediatría, donde se presentó el proyecto y el trabajo que se realizó durante los ocho meses.

Se realizó una planificación para llevar a cabo los ocho meses de duración del ejercicio profesional supervisado por medio de pláticas, talleres que se realizaron.

Se impartieron pláticas y apoyo a los programas establecidos por el Hospital Nacional Pedro Bethancourt los cuales son:

- madre participante,
- bajo peso,
- clínica amigable y
- instituto insol.

Se dio programas y talleres a padres de familia en los cuales se informaron sobre estimulación temprana donde se mostró el cuidado del niño, depresión infantil, temores infantiles, la conducta y disciplina, problemas de conducta como el nacimiento de un hermanito, enuresis y a

la vez se dio orientación a padres sobre el niño hospitalizado, una guía para padres de niños agresivos, en el programa de madre participante.

Se reunían a las madres de post parto en un área que permitía realizar varias charlas de estimulación temprana y ejercicios que se deben realizar a niños recién nacidos para un mejor desarrollo.

Se invitaron a las madres a participar de los talleres de relajación y de los temas que se impartieron fueron: modificación de conducta, como apoyo al programa de madre participante y la consulta externa. Lo cual, se desarrolló en el área del comedor de pediatría y consulta externa.

Se contó con la técnica de relajación, que es la que se utilizaba para expresar sus emociones, descargar sus penas y se sintieran cómodas. Material de apoyo en el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado se contaba con una caja psicopedagógica que se utilizaba para desarrollar técnicas de estimulación temprana, y evaluación de la prueba del Denver.

## SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Se inició con observar en el área pediatra la conducta del niño, para diagnosticar los problemas psicológicos que afectan la conducta del niño.

Se entabló conversaciones con las madres de los niños hospitalizados, para conocer el desarrollo del niño y su conducta en su hogar. Para conocer el desenvolvimiento en el ambiente familiar, escolar y social.

Se investigó sobre el tema de problemas de conducta y sus modificadores. Se elaboraron programas de modificación de conducta como instrumento.

Se implementaron los programas a niños de consulta externa y hospitalizados antes descritos.

Se registraron y observaron los resultados obtenidos o logrados de la investigación, uno de los resultados que se obtuvieron fueron de las encuestas que se pasaron a los médicos, externos, internos y enfermera, que es el personal que convive con el niño, debido a que diariamente le hacen visita, observándolo y evaluándolo.

Algunos externos e internos se identifican o se encariñan con un niño, al cual le prestan la mayor atención, pudiéndole ayudar a adaptarse en el ambiente y esto hace que puedan describir en la encuesta lo que observan en el paciente.

Se ordenó la información recaudada, las encuestas, las observaciones, las conversaciones con las madres y se realizó un análisis de la información.

Se realizarón conclusiones y recomendaciones.

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron durante la investigación fueron: observación se realizó para conocer el impacto conductual que genera la hospitalización en el área de pediatría y consulta externa, la entrevista debido a que el objetivo era el punto de comparación de observación de la conducta del niño en el ámbito hospitalario.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

#### 3.1 Subprograma de Servicio

- En base al objetivo planteado en el subprograma de servicio que es:  
Reforzar el desarrollo integral a Recién Nacidos por medio de atención psicológica a los niños y niñas de consulta externa y hospitalizados para un adecuado desarrollo.

Los días lunes y viernes a temprana hora se realizó la visita al segundo nivel, del área de pediatría en el lado derecho se encontraba el cubículo de recién nacidos donde se ingresaba a lavarse las manos, cambiarse la bata, quitarse las argollas y anillos. Al ingresar a la sala se encontraban tres cubículos de recién nacidos, se preguntó a la enfermera profesional o los internos si deseaban que se estimulara a un neonato, o si tenían alguna referencia. Los materiales que se llevaron para trabajar fueron: tabla donde se apuntaban los datos del bebé, caja que contenía tres sonajeros, pelota pequeña suave y lisa, pelota con bolitas alrededor, almohadón, aceite de bebé, grabadora con música clásica y un cepillo suave. Los materiales eran atractivos, de diversas formas y colores la mayoría, lavables, resistentes, de fácil manejo para que los agarre, y se los introduzca a la boca.

Al trabajar los ejercicios de estimulación la epesista se encontraba tranquila mostrando una actitud de interés, motivación y alegría ya que el

recién nacido tiende a percibir tanto el estado emocional como las afectivas y los estados de ánimo de las personas. El momento ideal para trabajar con ellos era cuando el neonato se encontraba despierto, tranquilo y alerta.

Al dar estimulación temprana o adecuada se tiene que conocer el desarrollo del niño y las leyes generales del desarrollo, ya que cuando un bebé nace su comportamiento es en base a reflejos y movimientos involuntarios y poco a poco con los juegos de estimulación los hace a voluntad.

Se ponía la música para que ayudara al bebé a relajarse, se desvestía completamente, si el ambiente se encontraba muy frío o húmedo, se usaba una cobija para cubrir aquellas partes del cuerpo que no se encontraban siendo masajeadas. Se colocaba al bebé en una superficie suave, que era donde los médicos les sacaban muestra o las enfermeras los cambiaban, para que el bebé se sintiera seguro y ambos pudieran trabajar con comodidad.

Se untaba aceite de bebé en las manos frotándolas para que estuvieran suaves y tibias, básicamente el masaje fluía desde la cabeza hasta los dedos de los pies (esto se hacía conforme a ley del desarrollo llamada cefalocaudal), con delicadeza y suavidad se trabajaba con suaves toques en la cabeza, cara, mejillas (aquí se trabaja a la vez con el reflejo de moro, búsqueda y succión), pecho, estómago (siguiendo con la ley llamada próximo distal) hombros, brazos, (reflejo de prensión palmar), y piernas (reflejo de babinski, marcha), al mencionar las extremidades se habla de la ley de lo general a lo específico.

Finalizaba el contacto en la parte anterior del bebé con largos y ligeros toques desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Mientras se acariciaba, se observaba dulcemente, al mismo tiempo que las manos entraban en contacto con su piel. De este modo se estimulaba en el recién nacido todos los sentidos y se establecía una comunicación más intensa, visual y táctil.

La descripción de los masajes paso a paso son los siguientes en posición supina, LA CABEZA; Se daban toques suaves en la coronilla, las sienes, la región occipital y la base del cráneo, la frente, las cejas, los párpados, la nariz, mejilla, los oídos, el área alrededor de ellos y el área de la boca que es donde se mira el reflejo de moro, búsqueda y succión. Al terminar con el masaje se estimulaba la visión y audición se movían objetos llamativos de un lado a otro y se observaba si el bebé los seguía con la mirada eso era para la visión, en cambio para la audición accionar sonajeros cerca de cada oído observando las reacciones que podían ser de movimientos de brazos, ojos, piernas y variaciones en la respiración.

LA MANDÍBULA, La región anterior al cuello, con pequeños toques se masajeaba la parte de atrás del cuello con movimientos suaves y lentos desde la garganta hasta los hombros, se acariciaba en dirección al pecho desde el cuello hasta los hombros.

ESTÓMAGO, Se masajeaba en forma circular el área del estómago, acariciando el vientre, moviendo las manos en forma circular en el sentido de las agujas del reloj y empezando siempre debajo de las costillas.

HOMBROS Y BRAZOS, Se formaba un anillo con los dedos índice y pulgar de la epesista en torno al brazo del bebé, empezaba la caricia por la zona

de la axila y seguía hacia abajo a lo largo del brazo, se tenía cuidado, al llegar al codo ya que es una región sensible, en la muñeca se practicaba movimientos giratorios.

Para ejercitar el reflejo prensión palmar, se colocaba el dedo o un objeto alargado en la palma de la mano del bebé, así como se tocaba su mano provocando y logrando su actividad de abrir y cerrar la mano. Se cargaba y se balanceaba de izquierda a derecha y de derecha a izquierda, para ejercitar su reflejo de prensión.

PIERNAS, Se acariciaba cada pierna con toda la mano, presionando ligeramente los músculos, haciendo movimientos giratorios solo en los tobillos. Flexionando ligeramente las piernas y las rodillas ejerciendo una presión suave en los músculos sobre el tronco.

ESPALDA, Se colocaba al recién nacido en posición prona, comenzando con movimientos largos y lentos en la espalda con la pelota suave, en una sola dirección, después con el dedo se incluía la cabeza, el cuello, la espalda y las piernas, siempre se hacía en una sola dirección.

Se suministraba unos pequeños golpecitos suaves en los hombros y la espalda masajeando suavemente con las yemas de los dedos, con movimientos en pequeños círculos. No se masajeaba la columna, sino que a su alrededor se hacían círculos a lo largo.

NALGAS Y PIERNAS, Cuando se llegaba a los pies, se empezaba desde arriba, se tenía cuidado al pasar por la zona posterior de la rodilla, pues si se apretaba demasiado le podía doler. Con movimientos lentos y suaves, finalizaba el masaje, ejercicio o caricias, bajando desde la cabeza y la espalda los dedos de los pies, calida y amorosamente (reflejo de babinski).

Se vestía de nuevo al bebé, se le agradecía por su colaboración y se envolvía como lo hacían las enfermeras y se regresaba a su cuna. se anotaban en el expediente del neonato todos los datos que requería la hoja de control que llevaba el departamento, si se observaba un retardo o una deficiencia en el bebé se anotaba en la hoja de evolución.

### Departamento de Pediatría de Recién Nacidos.

Tabla No. 1

No de pacientes	Masculino	Femenino
48	28	20
<b>Total</b>	<b>48</b>	De cero meses

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de Febrero al mes de Octubre.

Se trataba de estimular dos bebés por día, cada vez que se iba a estimular a otro recién nacido se lavaban los juguetes y las manos para no pasar ningún virus, por limpieza y régimen del hospital.

En algunas ocasiones se encontraban a mamás esperando entrar al área de recién nacidos, y la enfermera profesional les avisaba que ingresaran, ya que se les instruía sobre la estimulación temprana y así cuando visitara de nuevo a su hijo lo estimulara para que no solo estuviera cargada o metida en la cuna o incubadora. Se instruía a las madres ya que la estimulación temprana son ejercicios, masajes o caricias que presentan un objetivo claro que es el de ayudar al bebé en el desarrollo, para conocer cada paso del proceso de formación de la estructura cerebral y así brindándole oportunidad de ser estimulado, ya que el bebé tiende a ser motivado, y compensado en afecto.

El diagnóstico que se les daba a los recién nacidos era F82.0 que es el trastorno no específico del desarrollo psicomotor (La CIE- 10).

En el servicio de encamamiento de la pediatría se pasaban a traer las hoja de consulta, ya que en el mostrador se colocó un cajón de psicología para que los médicos, internos y externos, depositaran las hojas de consulta o referencia para el departamento, debido que el diagnóstico que daba la mayoría del personal paramédico era: retardo psicomotriz, depresión.

Se llegaba al servicio, que se encontraba en el segundo nivel del lado contrario de recién nacidos, se tomaba la hoja de consulta se buscaba el expediente y se leía la enfermedad que el paciente presentaba para conocer su diagnóstico e historia, se buscaba la cama donde se encontraba el paciente, se le explicaba a la madre que era del departamento de psicología y que se iba trabajar un momento con su hijo (a). Cuando era estimulación temprana se quedaba la madre ya que era necesario que ella aprendiera los ejercicios, cuando el niño (a) presentaba una edad que su lenguaje era entendible se llevaba al comedor para trabajar con él.

La mayoría de los pacientes que se encontraban en el servicio de pediatría eran de cero a seis años, por lo que se evaluaban con una prueba que estableció el hospital llamada prueba selectiva del desarrollo de Denver.

Esta prueba mide las diferentes áreas del desarrollo las cuales son:

Área motora,

Motores finas adaptables,  
Área de lenguaje y  
Área personal social.

La prueba del Denver presentaba en que edad cronológica se encontraba el niño, conforme a los ejercicios y juegos que se le realizaban, se observaba los movimientos del paciente para identificar la ley de desarrollo que el paciente manejaba. Se iban conociendo los resultados de la prueba, ya que se iban calificando, se dejaban los ejercicios de estimulación para que la madre los fuera conociendo y los trabajara, ya sea en el tiempo que se encontraba hospitalizado el paciente y en su casa debido a que se les explicaba que eran indispensables.

Se entrevistaba a la madre sobre algunos datos generales de su hijo, de su vivienda, situación económica, ya eran esenciales para observar que algunos pacientes asistían por negligencia de los padres y patrones de crianza.

A los pacientes que se encontraban en el rango de 7 años en adelante se llevaban al área del comedor de la pediatría para hablar, jugar o dibujar con ello, dependiendo de la hoja de consulta que referían los médicos.

## Departamento de Pediatría Encamamiento

Tabla No. 2

Edades	Femenino	Masculino	Total
0-5	38	33	
6-10	3	18	
11-15	2	1	
<b>total</b>	43	52	<b>95</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, del mes de Febrero al mes de Octubre.

A la vez se atendió a pacientes de consulta externa de edades de cero a diez años, por lo que se atendían en la clínica del cuarto nivel llamada clínica amigable. En la primera visita que realizaban se entrevistaba a la madre realizando una historia clínica establecida por el hospital que se encontraban clasificadas por edades, en donde se anotaban los datos más relevantes y generales del paciente, y a la vez se conocía el motivo de consulta del paciente. Los padres que asistían a la entrevista de la consulta referían que el motivo de consulta del paciente era: "no hacen caso", enuresis, problemas padres e hijos, conducta inadecuada, "no me gusta pegarle, ya que a mi me lo hacían", mentira, fantasía, etc.

En la consulta externa asistió una paciente de seis años, la madre se encontraba angustiada, ya que había puesto en práctica los consejos de amigos y parientes. Pero los resultados eran los mismos, en que debía seguir lavando sábanas y ropa de cama casi que todos los días, y que su hija presentaba enuresis.

El primer día que asistió se pasó una historia clínica, comentando que le “ha dado medicamento, la ha llevado con el doctor, pero no es biológico, por lo cual había buscado ayuda al departamento de psicología”. Se trabajó el primer día con la niña utilizando la terapia de juego, jugando de armar los números de fomi, hablando constantemente la paciente,

Se explicó a la madre por que se puede dar la enuresis, debido a que existen varias teorías, con las cuales se va reconociendo en el proceso de la terapia, ya sea por sobreprotección, conflicto familiar, llamada de atención, o la que es muy común que es cuando el paciente en toda la mañana frecuentemente asiste al baño a orinar en cantidades pequeñas, siendo de suma urgencia y esto hace que su vejiga se haya acostumbrado a retener escasas cantidades de orina que ponían inmediatamente a funcionar el músculo detrusor de la vejiga. Por esta razón, la paciente no había aprendido a sentir las presiones de ese músculo durante las noches, mismas que normalmente se perciben en llenarse completamente la vejiga.

Una vez explicado a los padres las razones por la que su hija se orinaba en la cama, se prosiguió en la enseñanza del programa que por fin suprimiría la conducta conflictiva de la paciente.

El primer paso era que los padres tenían que anotar en una hoja de registro, si la paciente había amanecido seca (S) o mojada (M), y la fecha correspondiente durante dos semanas seguidas. Esto permitió conocer exactamente cuales fueron las noches en que la paciente mojó la cama y cuantas veces por semana no lo hizo. Se intentó durante dos semanas ya que consistía en sacar un dato exacto e intentar modificar esa conducta.

Una vez terminado el registro quincenal se inicio con el programa que ayudaría a la paciente a mantenerse completamente seca durante la noche. Ahora bien, teniendo presente que tanto los niños como los adultos reciben cosas (refuerzo, consecuencia), por lo que realizan bien, y estos ayudan a que se interese más por aprender, se invitó a los padres de la paciente a descubrir cuales eran estas en su caso.

Así se advirtió que las recompensas podían ser: dulces, chocolates, botonetas, helados, algo especial que deseara, (zoológico, parque), etc. Buscando el interés que un niño tiene por ser recompensado cuando realiza algo bien, se hizo una lista de todo lo que le gustaría "ganar" o hacer, en caso de que no mojara la cama. Siendo el segundo paso del programa, haciéndose la lista de incentivos que la paciente deseaba y estaban al alcance de sus padres, de las actividades que les gustaría realizar; se dio un valor a cada una de las actividades e incentivos listados. Este valor no se estableció en dinero, sino en fichas que la paciente debía ganar por cada noche que no mojara la cama, solo con estas fichas podía conseguir lo que deseaba.

Al realizarlo en su casa los padres explicaron a la paciente las reglas del juego las cuales fueron:

Por cada noche seca obtendría cinco fichas.

Para conseguir los premios tendría que reunir las fichas de acuerdo a la lista.

Por cada noche mojada, la paciente tenía que devolver a sus padres fichas de las que había ganado (lo que quiere decir es que el cobro empezaría después de cuatro o cinco días de iniciado el programa). Las fichas que la paciente fuera obteniendo quedarán guardadas y no se podrían conseguir por medios (copiándolas) distintos a los ya establecidos.

Cuando la paciente recibía las fichas se le explicaba por que las ganaba, haciendo una gran importancia, con elogios como "estamos orgullosos", "que alegría" u otras frases similares que agradaran a la niña. En una ocasión la madre comentó que la maestra mostró interés para apoyar a la paciente, para que ya no mojara la cama, y de la forma en que colaboró fue elogiándola. A la vez con el programa se fue trabajando con la madre, para que no sobreprotegiera a la paciente y le diera libertad, reforzando así con el programa independencia.

El padre se preocupó preguntando si la paciente ¿no se iba acostumbrar a los premios? Se le explicó que luego de treinta días consecutivos de no mojar la cama, deberían entregar las fichas cada dos noches, durante dos semana seguidas. Después las fichas se deberían entregar ya no por las noches secas, si no por otras conductas ejemplo mantenerse limpia, lavarse los dientes, etc, siempre durante dos semanas (esta modificación es para que la paciente, no comenzara a mojar la cama nuevamente debido al cambio brusco en las reglas del juego). Y el siguiente paso consistió en suspender la entrega de fichas, se esperó y se constató que mantenía seca su cama. Al realizar el programa siendo largo, y con respuestas positivas y satisfactorias de lado de la paciente, ya que ella refirió "ya puedo dormir tranquila e irme a quedar a otras casas debido a que ya no mojo la cama", y los comentarios de los padres fueron que "por el momento no iba ser necesario asistir a psicología, debido a

que el problema que los tenía angustiados se había solucionada por el método de modificación de conducta". Este es uno de los casos que asistían a consulta externa. Es elevado el número de niños que mojan la cama de noche. Siendo un método efectivo y real para trabajar con pacientes colaboradores que les emociona ganar, y jugar con los padres. Si se diera el caso de que el paciente y los padres mantuvieran una relación inestable, les ayudaría a tener una comunicación e interés en el mejoramiento de la conducta.

A la vez asistían pacientes que la mayoría comprendía la edad de cero a tres años, siendo referidos por los médicos para estimulación temprana o por que escuchaban las charlas que se daban en el segundo nivel a las madres de post parto de estimulación temprana.

A los pacientes de estimulación temprana se evaluaban conforme a la prueba del Denver y se le mostraban a la madre los ejercicios que debía realizarle en su casa, se trataba de citar cada mes para cambiarle los ejercicios. En los pacientes que presentaban problemas de conducta por llamarlos así, se trabajaba tanto con el niño, como con los padres, ya que en la mayoría de casos los problemas venían de la relación de pareja o de la atención que ellos le brindaban al paciente. Se trabajaba terapia de juego no directiva con el paciente, debido a que la terapia de juego es un enfoque psicodinámico, que no solo implica el inconsciente del niño, sino la conducta observable, sistema familiar, sistema social y el escolar. Se trabajó con los padres algunos métodos de modificación de conducta, formando así que trabajaran en equipo, logrando un ambiente familiar y adecuado para el niño, corrigiendo así la conducta problema del paciente.

## Departamento de Clínica Amigable

Tabla No. 3

edades	femenino	masculino	Total
0-5	22	24	
6-10	13	49	
<b>Total</b>	35	73	<b>108</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de Febrero al mes de Octubre.

- Luego de describir el desarrollo de actividades para alcanzar el primer objetivo del subprograma de servicio, se describirán las actividades que se realizaron en el segundo objetivo que consistía en proporcionar orientación psicológica individual a adolescentes.

Algunos médicos percibieron que los adolescentes al asistir a sus clínicas y no presentar ninguna enfermedad física, concluyeron que tendrían que pasar a consulta en el departamento de psicología para evaluación. Dentro del hospital existe un espacio designado para "clínica amigable", esta clínica es parte del servicio de pediatría en donde se trabaja especialmente con los adolescentes en dicha clínica.

Los rangos de edades de adolescentes establecidos por el hospital eran de once años a diecinueve años. La mayoría se presentaban con su madre y deseaban, que la madre estuviera en la entrevista que se les realizaba, para ayudarles en las respuestas. El motivo de consulta de la mayoría de pacientes adolescentes era de ansiedad, inseguridad, problemas relacionados en el ámbito familiar, social, y escolar, estrés, miedo, etc.

Esta etapa es una de las más difíciles que pasa el adolescente, ya que suele tener una afectividad muy rica pero inestable; extremista en sus estados de ánimo (grandes alegrías y "nostalgias"), fantasías (el adolescente que durante la noche se imagina que "sus padres no son sus padres", "que se mueren y él se queda solo", etc.).

La terapia que se utilizó en los adolescentes fue la terapia de apoyo, ya que se iniciaba señalando al paciente con autoridad y profesionalismo. Y presentaba la especialista un plan de tratamiento. Se continuaba apoyando y haciendo que el paciente se sintiera realmente cómodo, trabajando con herramientas psicoterapéuticas como frases u oraciones sugestivas que detuvieran la tormenta interior que él vivía en ese momento. Pretendiendo descargar las emociones, sentimientos, preocupaciones que él llevaba consigo mismo y que ya no era capaz de soportar dicha carga.

Asistió una paciente con la que se trabajó terapia de apoyo, su motivo de consulta es que "presentaba varios problemas en su hogar", tenía la edad de catorce años, por lo que su expresión era de angustia y tristeza. Al trabajar terapia de apoyo se esperaba que ella descargara las emociones que sentía, al trabajar con ella se pudo observar que manifestaba una baja autoestima a consecuencia de una incapacidad en la pierna, por lo que se reforzó la autoestima en sus cualidades y habilidades, en dos o tres sesiones la paciente refirió comentarios como "me siento mejor, solo con el hecho de ser escuchada" siendo así la terapia presentó un camino exitoso, debido a que la paciente asistió cinco meses a la clínica.

La segunda que se utilizaba, era una técnica que era la de relajación haciendo diferentes ejercicios en la clínica, aprovechando que se contaba con una camilla, y radio. El objetivo de la técnica de relajación era que el paciente saliera satisfecho y tranquilo. Se le sugería que los trabajara en su casa, ya que varios ejercicios eran de concentración y movimientos del cuerpo. Un ejemplo es un adolescente de quince años que asistió por que se encontraba angustiado y con miedo. Por lo que decidió trabajar técnicas de relajación, se acostó al paciente, se colocó la radio con bajo volumen para que se escuchará la voz de la epesista, se le comento que cerrara los ojos y que estirara todo su cuerpo. Se le indicó que despejara su mente, al hacerlo se fue diciendo que parte del cuerpo se apretara y poco a poco la fuera soltando, iniciando con el lado derecho y terminando con el lado izquierdo, se hacía dos veces cada parte del cuerpo, hasta hacerlo en todo el cuerpo. En cada cambio, de las parte del cuerpo, se le sugería que respirara profundo unas tres veces contando con él, al terminar se espero unos segundos y se dijo que lentamente fuera abriendo los ojos y que se estirara, cuando estuviera listo se colocaba en posición sentada. El paciente al regresar al escritorio comentó que se sentía bien, asistió dos meses a terapia por lo que comentó "me siento satisfecho por como he ido mejorando"

Para hacer rapport en los adolescentes se jugaba con memoria o dominó, para que se sintieran en confianza y se charlaba mientras se jugaba.

## Departamento de Clínica Amigable (Adolescentes)

Tabla No. 4

Edades	femenino	Masculino	Total
11-15	26	16	
16-20	20	16	
<b>Total</b>	46	32	<b>78</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de Febrero al mes de Octubre.

En ocasiones se daba la oportunidad de entrevistar a la madre y conocer como, el adolescente se comportaba en el área familiar, algunas de las madres comentaban que "la televisión era el pasatiempo del adolescente y que no lo hacían mover de ahí", en otros "las peleas entre hermanos o amigos," por marcar territorio (siendo un mecanismo de defensa que era el de regresión), o ser el más popular en la escuela. En la adolescencia los amigos son en general una red de apoyo y emocional, que ayudan a luchar por alcanzar una mayor independencia respecto a los adultos y buscar su identidad personal. El noviazgo es uno de las inquietudes de los adolescentes, en los hombres su pensamiento es "yo lo sé todo", y en las mujeres "les da pena y vergüenza tocar el tema de sexualidad", al pasar esto los adolescentes no se informan de las consecuencias que trae, es por eso que existe muchas adolescentes embarazadas que no se encuentran preparadas, ya que no han terminado el estudio, que los novios pertenecen a pandillas, drogas o adicciones, nivel económico, siendo el más esencial para brindarle al bebé una atención adecuada.

### 3.2 Subprograma de Docencia

- Proporcionar apoyo y orientación a las madres de los pacientes hospitalizados, según programas de “Madre Participante, y Bajo Peso” por medio de charlas educativas.

Los días que se daban las charlas de bajo peso era lunes y viernes, después de dar estimulación temprana al área de recién nacidos, siendo en el segundo nivel en área de bajo peso (es donde los médicos pesan a los bebés), las madres de post parto se encuentran en el encamamiento de maternidad por lo que se turnaba con el interno a llamar a las madres, debido a que después de la plática, que daba el departamento de psicología, los médicos pasaban un video de lactancia.

Se les daba diez minutos para que llegaran al área de bajo peso, se esperaba que se sentaran (ya que se contaba con unas sillas que prestaba el área de ginecología), algunas madres les era difícil llegar ya que padecían de mucho dolor, se quejaban, caminaban despacio, y cuando pasaban los diez minutos se empezaba la charla, se iniciaba preguntando si alguien conocía el tema de estimulación temprana, como en dos ocasiones de los ocho meses fueron dos mamás que dieron respuesta de lo que ellas pensaban, y la respuesta era “cuidados para el bebé”.

Al dar ellas sus opiniones, se explicaba que era estimulación temprana, cual es el objetivo, y en el fondo se escuchaba música de bebé, para que las madres a la vez se relajaran. Se les explicaba con un lenguaje simple y entendible, debido a que la mayoría de las madres carecen de educación.

Se les explicaba que la estimulación temprana era darle oportunidad al niño para que conozca, experimente y juegue con las cosas a su alrededor, se decía que eran masajes, caricias o ejercicios que se le brindaba para que el niño se desarrollara mejor en su ambiente; y ayuda al niño a desarrollar sus habilidades.

Se les motivaba a hacerlas, se decía que el estado de ánimo de las madres para realizar estos ejercicios de estimulación se daban con motivación, paciencia y continuidad, ya que la estimulación temprana es sinónimo de felicidad.

El segundo punto era presentar los materiales que se usaban para dar los masajes de estimulación, que era una muñeca (que se suponía que era el bebé de ellas), un almohadón, aceite de bebé, música, sonajeros, pelota suave, objetos brillantes, cepillo con dientes suaves, móvil, se les explicaba que no necesariamente son esos materiales, sino que los podrían construir ellas, por ejemplo, los sonajeros los podían hacer con botes introduciendo objetos para obtener sonidos y en la parte de afuera unos dibujos, se les daba unos ejemplos debido a que la mayoría de familias eran de bajos recursos.

El tercer punto era sostener la muñeca y enseñarles todos los ejercicios de estimulación temprana, el masaje, en todo el cuerpo, de cabeza, mandíbula, cuello, hombros, brazos, estómago, piernas, a las vez también estimulando los sentidos como la vista, el oído y los reflejos como de búsqueda, succión, marcha, babinski, se les decía que estos eran en posición boca arriba (supina), después se les enseñaba como colocar al

bebé boca abajo (posición prona), y se seguía con la cabeza, espalda, nalgas y piernas.

Se mostraba que si no tenían música, se le hablaba al bebé, en todo el procedimiento de los ejercicios, ya que la comunicación es una forma de mostrar afecto, al terminar se tapaba al bebé con la sábana que se llevaba y se meneaba de derecha a izquierda y de izquierda a derecha estimulando el reflejo de palmar de prensión.

**Charla de Bajo Peso**  
**Departamento de Maternidad**

**Tabla No. 5**

<b>Edades</b>	<b>Femenino/ Total</b>
17-45	182

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de Febrero al mes de Octubre.

Al terminar se agradecía por su asistencia y se sugería tener un seguimiento en los ejercicios y se promocionaba el departamento de psicología. Se preguntaba si alguien tenía dudas y algunas madres preguntaban cada cuanto se daba al día, otras se alegraban al haber recibido la charla.

La charla de madre participante se daba los días viernes, pero como la licenciada de planta también daba charla, era cada quince, eso fue en los primeros seis meses, debido a que la licenciada de planta se fue del

hospital y por lo tanto asignaron a la epesista para que diera la charla todos los viernes.

La charla se daba después de la de estimulación temprana en el servicio de bajo peso, la charla de madre participante se daba en el comedor de la pediatría, con todas las madres y padres que se encontraban en el encamamiento.

Las charlas que se impartieron en madre participante fueron los temas sobre estimulación temprana, donde se mostró el cuidado del niño, depresión infantil, temores infantiles, la conducta y disciplina, problemas de conducta, como la llegada de un hermanito, enuresis y a la vez se dio orientación a padres sobre el niño hospitalizado, una guía para padres de niños agresivos, en el programa de madre participante.

En las guías que se trabajó con los padres, más que todo eran actividades que se deben realizar cuando el niño egresa del hospital, para ayudar a hacer que la experiencia de la hospitalización no sea un acontecimiento tan duro en la vida del niño(a), y de esta manera tener una vida lo más normal posible. En la del niño (a) agresivo, se daban actividades para que el niño(a) controlara su temperamento manteniendo la calma y aprendiera a controlarse, se explicaba que estas actividades se realizaban con mucha paciencia, amor y comprensión y de esa forma los padres podían ayudar a sus hijos.

En la charlas de niño(con enuresis y problemas de conducta ) se les explicaba porque los niños presentaban estas conductas ejemplo: nacimiento de un hermano, ingreso al colegio, falta de atención, etc, estas eran una de las posibles causas en la que el niño presentaba conductas

como, berrinches, no hacer caso, hacerse pipí, pegarle a la madre, escupir, etc.

Al explicarles las causas se comentaba que hay métodos para modificar la conducta, siendo un procedimiento que el niño(a) tendría que pasar, se daban también algunas actividades que se podían realizar con los niños(a), se explicaba que si los padres no podían trabajar con ellos que buscaran profesionales para trabajar con su hijo.

**Charlas de Madre Participante**  
**Departamento de Pediatría (encamamiento)**

**Tabla No. 6**

<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
79	3	<b>82</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de Febrero al mes de Octubre.

Siempre se preguntaba si tenían dudas, el grupo de madre participante, era un grupo muy colaborador que prestaba atención y se tardaban aproximadamente como 25 minutos en la resolución de dudas, ya que ellos ponían a sus hijos de ejemplo, o lo que le ocurría a la hermana etc.

Se agradecía por asistir, en varias ocasiones se dió que los padres se acercaron a pedir cita, ya que querían asistir al departamento de psicología. Al terminar se iba a la jefatura del servicio de pediatría se agarraba el cuaderno de madre participante en donde se anotaba el número de participantes, el tema de la charla, quien la explicaba y la firma.

Estas charlas era una de las más alentadoras que se daban en el hospital, debido a que los padres que asistían presentaban toda la atención a la epesista, haciendo preguntas y conociendo temas que eran desconocidos, ya que referían algunos padres “no sabíamos que el juego era importante para el niño, ya que en ocasiones no los dejamos hacerlo”, al explicarles los padres se mostraban alegres de haberse informado de la charla educativa para el bienestar de su hijo, e interés por seguir conociendo.

- Apoyar el Programa del Adolescente “Clínica Amigable” a través de, charlas educativas y talleres, dirigidas a las alumnas del Instituto INSOL.

El primer día que se realizó la charla, fue un día lunes con la licenciada de planta, como apoyo a la charla del tema el noviazgo. Se llegó al instituto, se presentó con la directora, personal del instituto, se ingresó al salón, donde se encontraban las alumnas de primero básico, se presentaron y la licenciada realizó una dinámica para hacer rapport, dio la charla, se pasó asistencia para llevar el conteo del número de alumnas que participaron en la actividad, se anotaron a cuatro de las primeras en anotarse en la lista para sacarles carne del hospital.

### Charla Instituto Insol

Tabla No. 7

Femenino / Total
82

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado del mes de marzo.

No se pudieron realizar las dos charlas que estaban calendarizadas, debido a que el Instituto, se unió a la huelga, en donde manifestaron las de la carrera de magisterio. Se realizaron reuniones con el médico a cargo del programa, en donde se continuaron realizando planificaciones de lo que se llevaría a cabo dentro de este programa.

### **3.3 Subprograma de Investigación.**

- Conocer el impacto conductual que genera la hospitalización en el niño y la niña del servicio de pediatría.

Se inició asistiendo al servicio de pediatría, observando a los niños(a) que se encontraban en el encamamiento, se platicaba con las madres y con algunos pacientes, se aprovecha con los pacientes que eran referidos por el personal paramédico.

A las madres se les platicaba acerca de que era lo que sentían, que le había pasado a su hijo, como era el trato en el hospital, y como reaccionaba su hijo al estar hospitalizado.

Se pasó encuestas a las enfermeras sobre las conductas que observan en el niño(a) hospitalizado, a los internos, externos y médicos que son los que pasan la mayoría de tiempo con los pacientes. Se tomó en cuenta los comentarios de algunos médicos, ya que hicieron unas observaciones.

La encuesta presentaban las siguientes preguntas:

¿Qué conductas observa en el niño al estar hospitalizado?

¿Qué conductas presentan los padres ante los niños hospitalizados?

¿Por qué cree que el niño presenta esa conducta?

¿Usted cree que el trato que le brinda el hospital al niño influye en la conducta de él, por qué?

¿Usted cree que al estar hospitalizado el niño cambia su conducta y como la cambia?

Debido a las encuestas que se pasaron y las repuestas expuestas que son las siguientes: tanto como en la pregunta 1 y como en la número 3 van relacionadas, porque en la pregunta 1 son las conductas y en la pregunta 3 es el por qué de estas conductas, el resultado expuesto fue: Irritabilidad, angustia, temor, felicidad, apatía, incomodidad, ansiedad, decaimiento, tristeza y refiriéndose a la pregunta tres los resultados fueron: ambiente desconocido, fuera y lejos de su casa, familiares y amigos, no conocen a nadie.

En la pregunta número 2 los resultados fueron los siguientes: comprensivos, colaboradores, sobreprotectores, indiferencia, duda.

En la pregunta 4 los resultados fueron: la respuesta fue que si debido al trato que le den, si es amable, cuidadoso, o si no se trata bien. Debido al trato que le brinde el personal al niño, va ser su conducta, la mayoría respondió que si, porque el trato es con amor, amabilidad, estas atenciones hacen que el niño se muestre con confianza, cómodo, que reaccione mejor, tenga una mejor adaptación en el hospital.

Si el trato fue agresivo, apresurado, el niño va mostrar una conducta de temor a que lo lastimen, a no sentirse cómodo, querer retirarse del lugar.

La pregunta 5 los resultados fueron: si, su conducta cambia, por el cambio de ambiente que está pasando el niño, ya que en el hospital no tienen la misma libertad de su casa o presenta límites, lo cual hace que su conducta puede sea la de tímido, aislado, temerosos, y agresivos. Algunos mencionan que tienen que ver la edad del paciente y por ser traídos al hospital unos niños cambian su conducta de forma adecuada ya que se comportan colaboradores, tranquilos, amigables.

Se tomó en cuenta las opiniones del personal paramédico, ya que día tras día pasan visitando al paciente, y se a dado el caso de que algunos externos e internos se encariñan con algunos pacientes, haciendo que compartan más tiempo y dedicación con ellos.

Una de las dificultades que se presentaron en el subprograma de investigación fue el desconocimiento de las madres sobre el tema de conducta. Debido a que las entrevistas estaban dirigidas a ellas, por lo tanto se tuvo que dirigir al personal médico y de enfermería.

Otra dificultad que se observó y que retrasó el proceso de la investigación fue que el personal médico y de enfermería no entregaban de manera inmediata las entrevistas, debido al exceso de trabajo, cambios de turno, extravío de las mismas.

### 3.4 Otras actividades y Resultados

Una de las actividades que se realizaron extras, fue de brindar charlas en el área de consulta externa, en los dos pasillos se daban a temprana hora, antes de que los médicos empezaran su consulta. Los temas que se ejecutaron era para promocionar el departamento de psicología los cuales fueron: relaciones familiares, ansiedad, depresión, separación de pareja, duelo y problemas de conducta, en este tema se acercaron algunos padres al terminar la charla, ya que se mencionaron conductas que el niño(a) presentaba, y para poder así asistir al departamento. El número de participación aproximadamente era como de doscientas personas que se encontraban en el área de consulta externa.

La segunda actividad que se dió fue de evaluar a niños especiales para que ingresaran a las olimpiadas especiales, clasificándolos por categoría dependiendo del retraso que presentaban, ya sea leve, moderado o profundo. El número de niños especiales que asistieron a la evaluación fue de ocho participantes.

La tercera fue dar la presentación a los médicos del proyecto para que conocieran el trabajo que iba a realizar la epesista durante los ocho meses, el número de participantes fue de 35 externos y 9 médicos que eran los jefes de los departamentos.

La cuarta actividad fue unas conferencias que se organizaron con las compañeras del departamento, sobre la importancia de la psicología en el ámbito hospitalario, en donde asistieron médicos, externos, internos, enfermeras, trabajo social, laboratorio y personas ajenas al hospital.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Subprograma de Servicio

En la semana se empezaba en el área de recién nacidos, utilizando la técnica de estimulación temprana. Que es adecuada para el recién nacido, hasta la edad de cinco años, es esencial, debido a que se va conociendo el proceso de formación de la estructura cerebral del recién nacido y para brindarle afecto desde temprana edad.

La mayoría de las madres que se encontraban ingresadas en el hospital no recibieron estimulación prenatal, ni conocen el tema de estimulación temprana. Debido a que no se encontraban informadas, se planteó un objetivo, el cual era enriquecer al recién nacido en su desarrollo físico y psíquico, estableciendo una relación entre niño y adulto que es expresado mediante gesto, murmullos, objetos con los que se estimulaba, música, caricias, palabras.

Se les aclaraba a las madres que el recién nacido no es un ser vegetativo, que no ve, que no oye, ni reconoce. Sino que el recién nacido oye, ve, desde que nace.

Desde el nacimiento inicia el reconocimiento del ambiente en que se encuentra y de las personas que lo rodean. El aprendizaje es lento, pero es un esfuerzo sostenido y continuo que cada uno debe facilitar, ya que la habilidad no se adquiere en una edad determinada.

Al iniciar el trabajo con los recién nacidos en la mañana, siempre fue con motivación, para que la estimulación fuera sinónimo de felicidad,

debido a que el cerebro humano es tan dinámico, es muy fácil formar personas llenas de conocimientos o habilidades; pero sin motivación, ni pasión, o personas que al ser estimuladas incorrectamente no son lo que sus estimuladores quisieron que fueran (deportistas, músicos, etc.) sino por el contrario serán (anti-deportistas o anti-artistas) lo que realmente sería el producto de la también existente estimulación inadecuada, que origina los "sabelotodo" pero incapaces de crear, organizar y gestionar, sin pasión ni felicidad. Todo ser humano siente el afecto o no afecto que la otra persona le brinda, ya que el adulto transmite lo que siente.

Se trataba de estimular a los bebés que se encontraban despiertos, algunos casos de neonatos que se trabajaba en incubadora, que presentaban desnutrición, sepsis, problemas de succión, debido a que hay varios factores interrelacionados, (siendo el estatus socioeconómico que sobrepasa a todos), por lo que la enfermera refería estimularlos. Al inicio los recién nacidos, se mostraban inquietos al tocarlo, llevaban días o semanas de haber nacido, habían ocasiones que los padres no los habían visitado, por lo que solo se acostumbraban a ser inyectado, cambiados, bañados, etc.

No se trabajó fuera de la incubadora, debido a los aparatos, pero al acariciarlos los recién nacidos se estiraban con fuerza, las manos, los pies, el pecho y bostezaban. Se trataba de trabajar largo tiempo, se les decía palabras animadoras, de cariño, en lo que se realizaban todos los ejercicios. En ocasiones no se pudieron realizar todos los ejercicios por los aparatos. Al terminar se dejaban cerradas las incubadoras y la reacción de los recién nacidos era dormir. Se trataba de pasar algunos días con ellos, sino se podía brindar estimulación temprana se les hablaba por un momento, se les ponía música.

Se conocieron casos, donde se comprendía porque las madres no visitaban a los bebés, al entender esa situación lo que se hacía, era estimularlos continuamente, ya que desde el periodo prenatal los recién nacidos pudieron haber recibido rechazo, lo que viene afectándoles; esta es una de las razones que hace que los bebés no respondan adecuadamente a la estimulación temprana. Los recién nacidos después de haber luchado a través de un difícil paso, se enfrentan más situaciones las que les ayudan en su vida a aprender, un lenguaje, unas costumbres y la independencia hacia su madre. Todo recién nacido responde ante un rostro, la voz, el contacto físico humano, debido a que es una capacidad de supervivencia.

Al explicarles a las madres y brindarles estimulación temprana a los recién nacidos se, está dando oportunidad de que exploren, experimenten, conozcan el mundo que les rodea, tratando que el ambiente fuera cálido y afectuoso.

El logro que se obtuvieron en estos casos fue que las madres aceptaran a los recién nacidos, que establecieran comunicación, que fueran atentas, afectuosas y constantes con el niño(a) durante su nacimiento y desarrollo. Mediante paciencia y continuidad, trayéndoles una satisfacción de autorrealización, debido a que la estimulación temprana, se concibe como un acercamiento directo, simple, satisfactorio, para gozar y conocer al niño, ampliando las alegrías de maternidad y ensanchando el potencial de aprendizaje. Fue interesante y bonito atender y brindar conocimientos y enseñanza tanto a las madres como a los recién nacidos, logrando así los objetivos propuestos y satisfaciendo las referencias de los médicos y enfermeras.

Debido a los logros que se obtenían en el trabajo con los recién nacidos, las enfermeras, externos, internos y médicos que observaban cuando se trabajaba estimulación temprana con ellos daban crédito al trabajo y referían pacientes confiando en el trabajo realizado y comprendiendo la importancia de la estimulación temprana.

Debido a todo el proceso que se realizaba con los recién nacidos se observaba que los reflejos son innatos, son arcaicos, pero indispensables, algunos desaparecen en un año, otros se desarrollan más adelante. Cuando los bebés parpadean ante una luz brillante, ellos están actuando involuntariamente, pero estas respuestas automáticas e innatas ante el estímulo se llaman comportamientos de reflejos. Los seres humanos tienen distintos reflejos, muchos de los cuales están presentes al momento al nacer o poco después. Algunos reflejos primitivos, o reflejos de recién nacidos, como el de búsqueda, succión para alimentarse, son necesarios para la supervivencia inicial.

La desaparición de algunos reflejos, como es el de moro es una señal de que la corteza está madurando y desarrollándose normalmente, lo que permite el cambio del comportamiento reflejo, al comportamiento voluntario.

Aunque la gran mayoría de nacimientos son bebés normales y saludables, para una pequeña minoría de recién nacidos el paso a través del canal del nacimiento es una jornada particularmente perturbadora. Ya que alrededor de dos nacimientos de cada 1,000 recién nacidos sufren de lesiones durante el proceso. Siendo un trauma de nacimiento el sufrir anoxia (falta de oxígeno), enfermedades, infecciones, o daño físico.

En ocasiones el trauma deja lesiones permanentes en el cerebro que ocasiona retardo mental, problemas de comportamiento e inclusive la muerte.

Estos son casos relevantes en los cuales es esencial tratarlos, obteniendo logros y mejoría en el trabajo realizado, se trabajó con varios recién nacidos los cuales eran referidos, la mayoría de recién nacidos que egresaban a los dos días, los cuales por motivos de salida se les daba una o dos veces estimulación, eran casos especiales como el que permanecían largo tiempo. Se demostró que la estimulación temprana es una técnica que demuestra que es posible aplicarla en los tiempos reales, disponibles y que enriquece con un intercambio de comunicación entre el niño y el adulto, en que ambos encuentran su propio entrenamiento y múltiples satisfacciones. Esta técnica siempre va a involucrar objetos y la relación entre el niño y el adulto; siendo necesaria para el crecimiento saludable del cuerpo, la mente, desarrollando las condiciones motoras, las finas y las gruesas para que el niño se prepare para un avance gradual, por medio de masajes, balanceos, movimientos y juegos, tomando en cuenta que es un proceso natural.

La técnica de estimulación temprana también se trabajó con los niños que se encontraban hospitalizados en el área de pediatría donde eran cuatro cuartos, los niños que se encontraban en esta área permanecían ingresados algunos días, de una a dos semanas, era excepcional el caso que se prolongaba hasta un mes. (Dado que si existían los casos).

Se trabajaba en esta área por hojas de referencia, la mayoría de médicos presentaban un diagnóstico el cual era retardo psicomotriz, se llegaba a observar los casos que recomendaban, entrevistando a la madre, leyendo el expediente para conocer con amplitud al paciente.

En los ocho meses que se realizó el ejercicio profesional supervisado se observó que los pacientes que se encontraban hospitalizados, evidenciaban mucha negligencia, abandono, maltrato infantil, etc.

Se dió el caso de unas gemelas que nacieron en el hospital, y a los meses regresó una de ellas. Este es uno de los casos que fue referido por un externo que se encontraba angustiado, debido al trato y abandono que presentaba la paciente.

La paciente presentaba la edad de seis meses y al evaluarla con el Test Denver, el resultado fue de cero meses, ya que no respondió a ningún estímulo que se le presentó. Los resultados fueron preocupantes y angustiosos, debido a que la paciente se observaba mal de salud y por los resultados se pudo constatar que la paciente no se encontraba acorde a su edad. Se habló con el padre para que fuera el que observara los ejercicios que se iban a trabajar con su hija para que los enseñara en su casa y lo pudieran trabajar ya sea con su pareja o individual la intención es que la paciente a la vez los fuera reconociendo.

Cuando se pasó entrevista al padre, se le preguntó por la madre, siendo la respuesta "ahí está en la casa", se preguntaba porque no la visitaba, el padre decidió quedarse callado en ese momento, como a los tres minutos respondió, "cuida a los demás niños". Nos comentó que la paciente se mantenía todo el día acostada sin ningún movimiento.

El padre no quería colaborar en la entrevista, ni alejarse de la paciente ya que mostraba una actitud de desconfianza y molestia, un comentario fue que salieran al comedor de la pediatría para platicar con agrado (para que él escuchara, respondiera adecuadamente y no se sintiera intimidado por las demás personas que se encontraban en la habitación). El padre no tuvo ninguna intención de moverse, no colaboraba y su expresión facial era de estar serio y molesto.

Se entrevistó hasta donde el padre permitió, se explicó que era importante que el estimulara a la bebé y que la visitaran más seguido ya que habían comentarios que pasaba días y no asistían al hospital. Al terminar con la estimulación y entrevista se salió del área de pediatría se realizó la hoja de evolución, varios externos se acercaban y comentaban que la paciente se encontraba muy mal que le brindaran ayuda.

Algunos refirieron que el trabajo de estimulación temprana es efectivo, y estaban contentos cuando se le realizaban los ejercicios, ya que observaban que era una oportunidad que se le brindaba al paciente para establecerse y salir adelante como la hermana.

Este es uno de los casos que asistían al hospital por mal trato en su hogar, por lo que hace que al niño no le afecte estar en el hospital, sino que al contrario le ayuda en su desarrollo, a desenvolverse en las áreas afectivas, social, educativas, salud, etc. Casos como estos son los que más preocupaban por que se trataba de ayudarlos y mejorar su situación de vida, pero al regresar a su hogar los padres no pueden incrementar las técnicas o afectos que se les recomendó realizar por el bienestar tanto de sus hijos como de su hogar. Para algunos padres es difícil reconocer que

necesitan ayuda de otra persona, y al ver que las personas que les están brindando ayuda son menores de edad que ellos ponen resistencia, ya que los primeros comentarios son “pero si es más joven”, “no ha tenido hijos”, “como nos puede ayudar”, al ver los padres trabajar con la técnica como la de estimulación temprana y conocer los logros y beneficios que sus hijos tendrán más adelante es cuando daban confianza para trabajar con sus hijos y apoyaban y colaboraban.

Es usual que en estos tiempos los padres y familiares del niño(a), promuevan dinámicas que mantienen al niño(a), quieto, como ejemplo: como está pequeña, solo la mantienen en la cama en posición acostada y algunas sentadas si bien les va, otros usan la televisión que es el medio de distracción más nocivo, etc. Por eso era necesario que se conociera el caso de cada paciente (leyendo el expediente, entrevistando a los padres, observando las necesidades del paciente) que se estimulaba o que se evaluaba, para explicar de todas formas y dejar claro a los padres, como sustituir la televisión, por dinámicas que le ayudaran a estimular sus sentidos, sus habilidades, destrezas que le permitan al mismo tiempo sacar la energía que acumula.

Cuando a un niño se le proporciona medios ricos y vastos para desarrollarse, florece en el un interés y una capacidad para aprender sorprendentemente. Todas las dinámicas son importantes en la estimulación temprana y en desarrollo y formación integral del niño(a), porque se seleccionan con habilidad suficiente para utilizarlo en el momento que se le necesite.

Los ejercicios que se brindaban a los pacientes no eran los mismos, cambiaban conforme a su edad y a las respuestas de los estímulos

(evaluación Denver), por eso es necesario, recalcar e importante conocer el desarrollo del niño y las evaluaciones que se realizan con los mismos, haciendo así que se conozca un aproximado de sus actitudes, comportamiento, movimientos, expresiones, etc, de las edades de los niños.

Gran parte del creciente aumento en la supervivencia de los bebés durante las primeras cuatro semanas de vida, se debe al mejoramiento en el cuidado cuando tiene bajo peso. A un neonato en estas condiciones se le coloca en una incubadora, y se alimenta a través de tubos. Para contrarrestar la carencia sensorial de la vida en una incubadora, el personal paramédico y los padres les dan a ellos un pequeño manejo especial. Los masajes suaves, llamados estimulación temprana, que es el que estimula su crecimiento, organización del comportamiento, aumento de peso, actividad motriz y capacidad de atención.

La mayoría eran casos de estimulación temprana, pero no todos, ya que como se notó en los resultados, asistía paciente de seis a quince años. Eran casos distintos que no se les brindaba estimulación temprana ya que el lenguaje de ellos era coherente y fluido que es lo que ayuda en una terapia.

Se dió el caso de una niña de once años que fue referida por los médicos, presentado un diagnóstico de intento de suicidio. En el hospital se tomaba de diez años en adelante como adolescentes, no se estaba de acuerdo, ya que algunos todavía son niños de diez a trece años que van entrando a la pubertad, que todavía les gusta jugar (carros, muñecas, pelota, etc).

La paciente al tomarse las pastillas solo imitó una conducta de la abuela, ya que son pastilla como su abuela comenta para sentirse bien.

La paciente últimamente no se sentía bien se encontraba de humor triste, por que no había visto a su madre, quería cambiar su estado de ánimo, por lo que imitó la conducta de su abuela en ingerir pastillas, no lo hizo con la intención de suicidarse. Sino para que su estado de ánimo cambiara a alegre e interiormente sentirse muy bien.

La mayoría de los niños tienden a imitar las conductas de los adultos, algunos aprenden y presentan mejor atención por medio de la imitación.

En algunos casos a los pacientes les agrada el ambiente hospitalario, ya encuentran niños con los que pueden jugar. Son casos que no les afecta la hospitalización, si no que le beneficia. La mayoría de las madres colaboran, son amables y comentan que les gustaría que su hijo(a) siga teniendo un proceso terapéutico debido a los problemas que se presentan en casa, y por la separación que mantuvieron, ya que es un proceso que lastima emocionalmente a los hijos, y más cuando no está en acuerdo en lo sucedido.

Los efectos de la hospitalización en niños(a), incluyen varios factores los cuales son: como la separación de la familia, un entorno extraño y desconocido al cual el niño se enfrenta, dolor y malestar, intimidación, cambio de relaciones de los padres y concepciones sobre lo que está ocurriendo, todo lo que produce estrés.

La experiencia de la enfermedad y hospitalización crea en el niño(a), la necesidad de adaptarse a situaciones y sucesos que le proporciona al mundo que lo rodea y, consecuentemente, reacciona ante ellas.

Al conocer estas conductas se puede observar, un aspecto que pudo ser el motivo de la llegada al Hospital de los pacientes, pero no quiere decir que todos los casos requieren de estos efectos.

En el subprograma de servicio también se trabajó en consulta externa, el horario en los ocho meses cambio cuatro veces, debido a las irregularidades que presentó el Hospital en el personal del departamento.

Se llevaba varios casos como los de niños de cero a cinco años que se les brindaba la técnica de estimulación temprana, métodos de modificación de conducta, terapia de juego y pacientes adolescentes que se trabajaba terapia de apoyo y relajación, siendo la terapia y la técnica más utilizadas debido a los motivos de consulta de los pacientes.

En los niños que asistían para estimulación temprana el último horario que se estableció, se trabajaba con ellos los días jueves, refiriéndose a los pacientes de la licenciada que se retiró del hospital. Varios casos que se presentaron fueron experiencias muy bonitas, interesante, en el cual se aprendía tanto de las madres como de los pacientes, en donde se trabajo terapias de juego y métodos de modificación de conducta.

La Dra. Akú, que era la psiquiatra encargada del departamento de psicología refería a pacientes, por motivo de hiperactividad, mentira, falta de comunicación, etc.

Se explicaba que el juego es importante en los niños, ya que es una forma de exploración, expresión de conducta, expresión de sentimientos, la experimentación y aprendizaje de nuevas conductas y sentimientos.

Las madres trataron de involucrarse más en los deberes, en los juegos de sus hijo(a), los acompañaban viendo televisión, premiaban cuando el comportamiento era el adecuado. Algunos comentarios de madres fue que se iban sintiendo mejor, sentían que comprendían un poco a su hijo (a), llegaban a reconocer que los problemas que presentaban no eran sus hijos, sino que problemas de pareja, separación, diferentes ambientes en el hogar, y esto hacía que los niños manejen diferentes autoridades, que se sientan desorientados, que sean inquietos, aislados, etc.

Tanto las madres como las pacientes asistieron varios meses, a la clínica, los comentarios y se escuchaban era lo que las madres referían: que "iban avanzando, que habían visto cambios en tanto en ellas como en sus hijo(a) y le estaba siendo muy útil".

Las citas se iniciaban dando cada ocho días, pero cuando se iniciaba con los métodos de modificación se dejaba cada quince para conocer si eran funcionales. Un logro y satisfacción personal fue que una madre refirió "ya nos entendemos con mi hija, le tengo paciencia, hay confianza y se que ella no era la del problema, sino que era yo por todo lo que esta sucediendo a mi alrededor". Me gustaría comentarle "a mi hermana todo el proceso que hemos avanzado para que ella asista con sus hijas ya que la relación que manejan ellas es de gritos y golpes".

Es necesario saber y conocer que todo problema que presenta un niño, es porque viene de arriba (de los padres).

Uno de los problemas que le afecta a los pacientes es el divorcio de la padres, ya que no aclaran la situación que están pasando y los pacientes no sabe y no entiende por que el padre se va y regresa.

El divorcio es una forma de clarificación en la situación del niño, siempre y cuando todo sea dicho abiertamente y de forma oficial, ante el resto de la familia y amigos. Al comentar esto, se está refiriendo que la comunicación es esencial, debido a que este lo primero que se realiza al iniciar la terapia, así los padres le expliquen y aclaren todo lo que pasaba alrededor de ellos, y de los pacientes.

Se logró en estos casos que la relación madre e hija o padre e hijo fuera estable que tuvieran varios vínculos (confianza, paciencia, cariño, dedicación, etc), que se respetaran, los pacientes aprendieron a compartir (trabajando en equipo) a socializar, y los padres a tenerles paciencia, a trabajar con su hijos(a), y no transmitirles sus problemas, para que no le afecten a ellos también.

Se ha demostrado con los casos de pacientes que asisten a la clínica que todos los niños tienen ciertas características en común: crecen y se desarrollan por etapas, y todos tienen necesidades que satisfacerse. Lo que no tienen en común es la conducta como se observó en los diferentes casos con los que se trabajaron.

Como anteriormente se menciona la mentira que es uno de los casos más frecuentes y charlas que las madres recibían y se interesaban ya que algún hijo (a) o nieto(a) pasaba por ese proceso que se explicaba. En esas pláticas se ganaban pacientes más para que asistiera al departamento. La mentira es un motivo de preocupación para los padres; con toda razón ellos se alarman cuando comprueban que sus hijos recurren a la mentira frecuentemente. Uno de los fines de la educación es enseñar a los niños a decir aquello que es estrictamente cierto.

Los niños necesitan atención ya sea de sus padres o la de sus amigos, pero en algunos casos los pacientes no tienen amigos. Cuando no la reciben, en ocasiones recurren a la mentira o a la exageración, creyendo que es una buena manera de lograrla. Los niños necesitan mucha atención y afecto, cuando sienten que no lo tienen, ponen en práctica una infinidad de recursos para lograrlo; unos hacen berrinches y pataletas, otros agresivamente, o no cumplen con sus tareas, otros fingen enfermedades y muchos mienten o exageran.

Al conocer el motivo por que los pacientes mentían, se les comentaba a las madres que se podía ejecutar un programa para ayudar a que la paciente ya no mintiera.

El programa consiste en prestar más atención al niño(a) y eliminar las mentiras. Trabajando a la vez terapia de juego con los pacientes se fue demostrando e interpretando lo que les molestaba y lo que les hacía falta "que era atención".

La satisfacción que se obtuvo en la terapia de juego fue que los pacientes, expresaran su vida interior, mediante muñecos, y otros objetos, los pacientes externaba sus alegrías y gozos, así como sus preocupaciones y problemas.

Los pacientes en muchas ocasiones se expresaban con toda libertad. Durante este período el pensamiento de los pacientes se encontraba más concreto que abstracto.

Hubieron pacientes que asistieron por patrones de crianza ya que los motivos de los padres era "no quiero hacerle, lo que a mi me hacían" los

padres asistían porque no les gustaba el trato que les estaban brindando a sus hijos, su actitud era de preocupación y avergonzados cuando lastimaban a sus hijos. En otros referían que los golpes es como se les enseña porque no entienden, y fue de la manera como me criaron, aquí se trabajaba mucho con los padres para que comprendieran que los niños(a), son por decirlo así adultos en miniatura, porque entienden correctamente lo que los padres les quieren transmitir.

Se les explicaba y aclaraba que golpear a su niño no es la mejor manera de disciplinarlo. La meta de la disciplina es enseñarle a los niños a controlarse a si mismos. Golpear a un niño sólo se le enseña al niño a dejar de hacer algo por miedo. Existen mejores maneras de disciplinar a los niños.

No existe una sola forma correcta de criar niños. Y tampoco existe el padre o el hijo perfecto. Crianza Natural no es malcriar a los hijos. Muchas veces se dice que responder (instintivamente) a las necesidades del bebé puede malcriarlo y que puede manipular muy fácilmente la situación. Por supuesto. Los niños son muy listos y saben lo que quieren: a su papá y a su mamá. Por eso, crianza natural es responder apropiadamente a las necesidades de la criatura. A veces, eso quiere decir que se les dará todo lo que ellos quieran (una caricia, cogerlos en brazos, etc), y a veces no (una golosina, mirar la televisión, etc), pero solamente porque coincide con lo que ellos necesitan. Es una cuestión de equilibrio: no ser indulgente o permisivo, pero ser atento y cuidadoso. A medida que los padres y los hijos crecen juntos, el equilibrio entre los dos se perfecciona.

A la vez en la clínica se trabajó los días jueves estimulación temprana, donde la mayoría de las madres se les notó satisfacción por los ejercicios

que se les enseñaba y se realizaba con los bebés. Ya que se iba observando mensualmente el avance que el bebé presentaba.

Es cierto que un programa de estimulación puede resultar pesado y rutinario para los padres, ya que exige una cierta dedicación diaria. Pero, a pesar de que algunos autores puedan dudar de su efectividad, el tiempo invertido con los niños(a) siempre resulta provechoso.

En los primeros años de vida, el niño inicia la aproximación al mundo y comienzan sus aprendizajes, construyendo su desarrollo, y relacionándose con el medio. Por ello, los programas de Estimulación Temprana van dirigidos al niño en las primeras etapas de la vida, principalmente desde la etapa prenatal hasta los 4 ó 5 años, según los casos.

Es en los dieciocho primeros meses de vida cuando el niño se desarrolla y aprende más velozmente, y el cerebro, producto de esta plasticidad neuronal, reconoce y se adapta más fácilmente a determinadas conductas ya sean normales o no.

De esto se deduce que es en esta etapa, donde se debe proveerle al niño patrones normales de movimiento con el objetivo de que el cerebro, aun inmaduro, los capte con mayor facilidad y de esta forma también evitar que se formen patrones motrices anormales que en el futuro solo entorpecen y lo demoren.

La técnica de estimulación temprana se encontraba basada en el hospital y focalizados en los padres, ya que éstos aprenden del profesional y luego se les anima a seguir con el programa en casa. El programa de estimulación se desarrollaba como una acción global, en la que podía ayudarles a ellos y al niño, por medio de la información y la observación, que llevará implícito un trabajo más elaborado de programación de

objetivos de desarrollo, que ellos van a poner en práctica en su casa, de una manera relajada, aprovechando el ambiente familiar con todas las posibilidades que tiene. Tomando en cuenta que cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo y sólo se le puede comparar con él mismo.

Casos que asistían a la clínica eran referidos de pediatría de consulta externa, por retardo psicomotor, algunas madres no conocían el término de retardo psicomotor, estimulación temprana, y asistían por que el médico se lo sugirió.

Se logró que los pacientes desarrollaran sus habilidades y fueran perfeccionando sus sentidos y destrezas motoras. Y demostrando que los juegos y actividades estrechan los lazos afectivos entre los padres y el bebé.

Con estos logros se demuestra que la estimulación temprana es efectiva y eficiente para los niños de cero a cinco años, ya que se observa el proceso y la evolución que van teniendo durante su desarrollo.

- En base al segundo objetivo planteado del subprograma de servicio que es: Proporcionar orientación psicológica individual a adolescentes.

Para poder apoyar y orientar a un adolescente, es necesario conocer los cambios, el desarrollo, los problemas, en cuales convive el adolescente, debido a que es una etapa difícil. Durante la adolescencia, las personas crecen y maduran rápidamente. Estos cambios suelen comenzar a la edad de los once años en las mujeres y sobre los trece en los varones. Los cambios hormonales responsables realmente comienzan años antes y

pueden dar lugar a períodos de inquietud y mal humor. Las niñas experimentan estos cambios antes que los niños.

Al llegar a la etapa de la adolescencia, se necesita cambiar sus marcos de referencia, prácticamente todos los campos pues ahora la materia prima que lo constituye está cambiando y se hace prácticamente imposible sostener las mismas pautas de conducta, de pensamientos y deseos que se tenían cuando era niño.

El mundo se ve diferente y tiene otro sentido cuando se entra en la adolescencia. Nunca se tiene la certeza de qué rumbo van a tomar las cosas, pero de algo sí es seguro: nada es ya como antes y tendrá que encontrar la manera de volver a sentirse seguro en la nueva situación.

Aunque para los adultos puede ser evidente el momento en que un niño empieza a ser adolescente (por su crecimiento físico, sus cambios en la conducta, su manera de pensar y de actuar, etc.) para él o ella, estos cambios no son claros y los vive como una situación de confusión y descontrol. El nuevo adolescente nunca tiene una conciencia clara de que está entrando en un período de cambio y lo que le está ocurriendo es resultado de un proceso normal. Este desconocimiento le hace más vulnerable a la inseguridad y a la sensación de extrañeza e inadecuación de su persona.

Esa sensación de extrañeza, de no saber cómo ser y de no estar seguro de nada, se intentará superar o al menos disminuir mediante una serie de mecanismos de identificación con los conocidos que tienen la misma edad que el adolescente, y en quienes descubrirá alguna cualidad que valora y le gustaría tener en las demás. Los casos que más asistían a la clínica eran los de miedo, inseguridad, preocupaciones, incertidumbre, sentimientos de culpa, obsesiones, es por eso que se creyó que la terapia

de apoyo y la técnica de relajación son las más adecuadas, para que los pacientes descargaran sus emociones y se sintieran cómodos.

La psicoterapia de apoyo es un medio efectivo rápido sin necesidad de comenzar a extraer información, permitiendo detener con relativa facilidad conductas que más adelante podrían traducirse en complicaciones serias tanto para el paciente como para los que lo rodean.

El tratamiento que se utilizaba para el temo era que se identificaba el miedo o el temor, las situaciones que pudieron estar involucradas para su apareamiento, aproximar tiempo de apareamiento, que tan angustiante o ansiogenicidad produce en el sujeto, en que área de la persona interfiere seriamente.

Lo que se pretendió con las actividades era sensibilizar a los pacientes para que fueran capaz de sentir ansiedad, lograr establecer si este estímulo se le esta presentando es realmente provocador de ansiedad.

En varias sesiones que se trabajó con pacientes psicoterapia de apoyo, presentaba una de las actividades realizadas, se lograba restablecer un equilibrio psíquico y un mejoramiento sintomático.

En algunos casos es necesario trabajar con la familia, ya que juega un papel importante en el proceso psicoterapéutico, por lo que debe ser tomada en cuenta para ayudar a recuperar el equilibrio del paciente, pero en ocasiones hay que cuidarse de las familias que desean colaborar.

A todos los pacientes que se atendieron durante los ocho meses, se pretendió y se cumplió con darles un alivio, disminuyendo a través de ellos sus niveles de problemas emocionales que presentaban.

Es sorprendente que, debido a la velocidad de los cambios que presentan algunos adolescentes lleguen a estar tan preocupados por su apariencia que precisen ser tranquilizados, especialmente si ellos no crecen o maduran tan rápidamente como lo hacen sus amigos. Puede ser útil el recordar que cada adolescente se desarrolla a una velocidad diferente.

Los primeros desacuerdos suelen surgir cuando los adolescentes comienzan a desarrollar sus propios puntos de vista que con frecuencia no son compartidos por sus padres.

Como forma de alcanzar un sentido de identidad diferente del de sus familiares, los adolescentes suelen pasar mucho tiempo en compañía de personas ajenas a la familia o hablando por teléfono con sus amistades.

Esta es otra de las cosas que puede irritar a sus padres, pero es una forma importante de lograr un sentido de identidad propio, independiente del de su familia. Estas amistades forman parte del aprendizaje sobre cómo hacer progresos con los demás. En esta época, la identidad o autoimagen se convierten importantes, bien como forma de expresar solidaridad con los amigos, declarando así su creciente independencia de la familia.

Los padres suelen sentirse rechazados, y en cierto sentido lo son. Pero este rechazo aparente es necesario para que el joven llegue a ser un adulto con una identidad propia. Aunque los enfrentamientos y discusiones sean frecuentes, los adolescentes suelen tener un alto concepto de sus padres. Los rechazos y conflictos no tienen que ver con la personalidad de los padres, sino más bien, con el hecho de que, es de sus padres de quien tienen que independizarse si quieren tener su propia vida.

A la vez que se esfuerzan por ser más independientes, los adolescentes desean intentar nuevas cosas, pero cuando se encuentran en dificultades pueden reconocer que tienen poca experiencia y retroceden. Esto puede producir rápidos cambios de su confianza en sí mismos y de su conducta de forma que parezcan muy maduros un momento y muy infantiles en el siguiente. El sentirse trastornados o el perder la confianza en sí mismos puede hacerles sentir infantiles y esto con frecuencia se expresa por medio de conductas malhumoradas y enfurecimiento más que como discomfort.

Al referir lo anterior, cuando los adolescentes pierden confianza en sí mismos, y desean ayuda, su motivo de consulta es por autoestima baja, se miran menos que sus compañeros, no poseen los mismos recursos que sus amigos, en el vestuario, materiales escolares, asistir a lugares que eventualmente sus amistades acudían. Se presentaban tristes, enojados, ya que los padres no podían cumplir los deseos o exigencias de los pacientes por su estado socioeconómico.

Algunos pacientes comprendían a sus padres y observaban el esfuerzo que los dos hacían por mantenerlos a ellos y a sus hermanos, pero al ver a sus amistades siendo populares, conociendo de la moda, asistir a lugares, era lo que le enfurecía, y hacía que se sintieran pequeños al compartir con ellos. Presentaban sentimientos de insatisfacción con su aspecto físico, ansiedad, negativismo. Lo cual hace que su autoestima disminuyera. El logro que se obtuvo con los pacientes que se trabajó con autoestima baja, fue crear una autoestima positiva, dando valoración de las propias potencialidades, debido a que, irá tan lejos en el viaje de la vida y progresará tanto como crea que es capaz de hacerlo.

La autoestima es la valoración de sí mismo como el conjunto de vivencias, ideas, opiniones, sentimientos y actitudes que se tienen hacia

uno mismo. Es la imagen que el sujeto se forma de su propia persona en la que se refleja, en síntesis, todo lo que ha hecho y ha sido, con todo lo que es y hace y además con lo que quiere hacer y ser. La formación del concepto y valoración de sí mismo empieza temprano en la niñez, de una manera vaga, imprecisa, indefinida, como reflejo de la opinión y valoración social de las personas cercanas significativas (padres, parientes, maestros, amigos, etc.).

Las personas pueden disminuir su autoestima debido a que se dejan influenciar por las amistades y es cuando traen problemas de rendimiento escolar, alimenticios, uso de drogas, etc.

Las oportunidades de tener amistades o relaciones sociales con otros adolescentes de la misma edad, resulta crucial para poder superar con éxito la pérdida de la entidad infantil y el desprendimiento de los padres, y poder construir, apoyándose en los compañeros, el propio concepto de él mismo y así poder consolidar la identidad personal, indispensables de ambos, para lograr una personalidad adulta y madura.

Asistieron casos de adolescente que se presentaban tristes debido a que su mejor amigo se había retirado del colegio, no tenía con quien compartir, se peleaba con su mejor amigo. Tomando mucha importancia al amigo y no se dedicaban a socializar más con las compañeras del colegio. Los pacientes presentaban mecanismos de defensas los cuales eran de identificación (La persona establece aquí una relación entre ella misma y otro personaje o grupo, normalmente con más fama que la persona que utiliza este mecanismo) de forma que participa de la gloria de aquel. Así, cuando los niños llevan sus personajes favoritos en las camisetas, se identifican con ellos y se sienten más seguros teniendo un modelo a seguir).

Tener un amigo es siempre tener un tesoro, pero encontrar un amigo íntimo en la adolescencia hace que el valor de esta relación se incremente en muchos quilates.

Alrededor de la adolescencia, los amigos "íntimos" o "especiales" comenzarán a desempeñar un papel importante. Ahora, con el nacimiento de su intimidad y su apertura al mundo exterior, la relación con los amigos del colegio y de la zona será más personal e íntima. Tenderá a formar grupos de amigos de su mismo sexo, pero muy probablemente congenie especialmente con uno: su mejor amigo.

A estas edades, un mejor amigo proporciona una seguridad adicional a la que el adolescente encuentra en casa. Comprobará que en la calle, en el colegio, también puede encontrar personas de las que puede fiarse: su mejor amigo. Así, crecerá confiado, seguro y equilibrado. Al apoyarse uno a otro, su autoestima (la de los dos) se verá incrementada.

El gran argumento que le llenará de satisfacción será "es mi mejor amigo". Como puede contar con su amigo íntimo, el adolescente será capaz de comportarse de maneras insospechadas en el colegio o en la calle. Sin embargo, delante de los padres o en casa parecerá un angelito.

"¡No es posible que mi hijo...!", podrá escapársenos. Sin embargo, sí es posible, porque con su amigo puede llegar hasta el fin del mundo. Se trata de un paso lógico y bueno en su proceso de autonomía con respecto a los padres.

Al mejor amigo se confía todo tipo de secretos, de anhelos, de aficiones, de primeros amores, de sueños, de enfados. Y el modo de asimilar todas estas situaciones dependerá mucho de la opinión del amigo y de su experiencia.

Un buen amigo puede ayudarle a pensar siempre bien de los demás, a pensar siempre con optimismo ("lo conseguiremos"), etc. Pero por la misma razón, también puede deformarle, si no hace más que criticar a sus compañeros o si echa abajo todos los sueños del amigo.

El indispensable distanciamiento que necesita hacer con respecto a sus padres, ya que le lleva a estrechar un acercamiento con los amigos. Sin embargo, este acercamiento no siempre es fácil y menos aun cuando pretende iniciar una relación de noviazgo. Existen factores propios de su misma edad (inseguridad, miedo al rechazo, temor a hacer el ridículo, baja autoestima, su apariencia física, etc.) que hacen de esta experiencia todo un reto porque implica grandes posibilidades de que fracase. La situación se complica con las presiones de los padres que pretenden (con buena intención) controlar su conducta social.

Asistieron algunos adolescentes por motivo de noviazgo, una. El noviazgo en su forma actual que se caracteriza por una mayor libertad e independencia de criterio, frente a lo que era práctica habitual en otras épocas, a la hora de elegir pareja. Siempre será el tiempo de conocerse recíprocamente en cuanto a carácter, sentimientos, gustos, aficiones, ideales de vida, religiosidad, exigencias para un compromiso conyugal, etc. Puede ser también una excelente escuela de formación de la voluntad, que combate el egoísmo, fomenta la generosidad y el respeto, estimula la reflexión y el sentido de responsabilidad). En todo caso, el noviazgo debe ser una ocasión de ahondar en el afecto y en el conocimiento mutuo. Y, como toda escuela de amor, ha de estar inspirada no en el afán de posesión sino por el espíritu de entrega, de comprensión, de respeto, de delicadeza.

En las entrevistas o en ocasiones que se hablaba con las madres, ellas referían que no aguantaban a sus hijos debido a su “cambio de conducta, está rebelde, solo quiere estar con la novia, llega muy noche, huele a cigarro, no nos habla, solo se mantiene en la televisión, etc” los padres se preocupan por que es una etapa difícil donde ellos tratan de ayudarlo y la respuesta de los adolescentes, es que no se dejan, ya que comentan que son grandes y se creen capaz de resolver todo lo se encuentra a su alrededor.

Hay adolescentes que tienen un trabajo antes o después del colegio, y esto hace que se presionen por sus tareas, exámenes, esforzarse en su trabajo, etc. Estos adolescentes manifiestan estrés que les va perjudicando durante un periodo, que les imposibilita concentrarse, ya sea en su trabajo o escuela. El estrés es una respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona.

El tratamiento que se realizó con estos adolescentes fue la relajación, que es una técnica o una herramienta muy demandada en la sociedad actual, donde el estrés y la prisa son fuente de malestar psicológico para gran parte de la población. La relajación, una técnica clásica en psicología, sigue siendo ampliamente utilizada, tanto como fin en sí misma, como medio de complementación de otros tipos de intervención.

Cuando se inició con la práctica de relajación resultó en la mayor parte de las ocasiones una fuente de sensaciones extraordinarias, agradables, placenteras, apareció un nivel de descanso más profundo, y se instauró una sensación de tener a disposición más energía, más vitalidad. En general se tiene conciencia de que se ha tomado contacto con algo muy valioso.

A la clínica asistieron varios pacientes que presentaban ansiosos, pero no encontraba el motivo de por qué, esta sensación, los angustiaba y se preocupaban al sentirse ansiosos y no poder controlarlo. Con ellos lo que se lograba al trabajar con la técnica de relajación y en algunos casos siempre con terapia de apoyo, era disminuir la ansiedad que les estaba provocando conflicto en su ambiente. Se lograba que los pacientes rindieran adecuadamente en su trabajo, escuela, familia, y amigos.

Uno de los comentarios que se recibió al aplicar las técnicas de relajación y que se observó que iba evolucionando y el adolescente se sentía mejor refirió "puedo realizar cosas que no podía hacer, por temor, y uno de ellos el cual era el más importante es jugar foot ball", un adolescente creía y pensaba que el presentaba un problema en la cabeza, ya que no se creía capaz de realizar algunas actividades, por desconfianza y presión del trabajo a no satisfacer las necesidades de su jefe. Al llevar varias sesiones y un proceso de relajación el joven, no quería dejar de asistir debido a que se estaba mejorando y satisfaciendo él como persona.

En los algunos casos de pacientes se pudo observar que presentaban varios mecanismos de defensa los cuales tratan de interponer para ocultar el conflicto que presentan, los mecanismos más usuales que presentaban eran: *negación, identificación, proyección, búsqueda de atención*. Así, actos como marearse en público pueden ser utilizados para llamar la atención de forma inconsciente. Esta búsqueda de atención muestra algún tipo de carencia o déficit, *represión*.

## 4.2 Subprograma de Docencia

- En base al objetivo planteado en subprograma de docencia: Proporcionar apoyo y orientación a las madres de los pacientes hospitalizados, según programas de “Madre Participante y Bajo Peso” por medio de charlas de educativas.

Una de las charlas que era motivante realizarlas era la de madre participante, ya que cuando se les llamaba a los padres de familia, para que asistieran al comedor de pediatría, se levantaban en el momento y asistían, colaboraban en toda la charla, opinaban, preguntaban, pedían citas, y sobre todo agradecían (con palabras, gestos, aplausos). Se trataba de ser explícita y comprensible en toda la charla, se hablaba con palabras simples, se observaba las expresiones faciales para ver si tenían duda, o no comprendían. Se repetía o se cambiaban las palabras o se ponían ejemplos.

Las charla de madre participante era dinámica, alegre, siempre se obtuvieron muy buenos resultados, las madres se interesaban tanto en el tema que en ocasiones comentaban que fuera más tiempo, pero debido al reglamento del hospital no se podía complacer en ese sentido a las madres, ya que se dejaba diez minutos del tiempo establecido. El espacio y el tiempo con el que se contaba para dar madre participante fue puesto por el encargado de pediatría, que era uno de los médicos más interesados en que las madres recibieran pláticas educativas, ya que opinaba que era indispensable que las madres conocieran todos los problemas que pueden tener sus hijos y que pueden recibir ayuda. Se logró que las madres conocieran diferentes temas que no desconocían, ignoraban, que pensaban que

no existía, no le ponían importancia, que hizo que se interesaran en las charlas, ya que tenía como resultados un acercamiento e interés en sus hijos teniendo una adecuada relación afectiva basada en la comunicación.

Las madres que se pasaban todo el tiempo con su hijo en el encamamiento, al asistir a la charla de madre participante al presentarles conocimientos nuevos, se hacía a la vez que se desglosaran cierto tiempo y dejaran de sentir la angustia, miedo, ansiedad que estaban pasando al estar al lado de su hijo observándolo con aparatos, que lo inyectaran, que le realizaran pruebas, encerrado, incomodo, etc. La charlas de madre participante ayudó para que algunas madres se acercaran, que se sintieran apoyada, que confiaran, abordaran temas que ignoraban, que les incomodaban, que pensaban que eran costumbres, tradiciones, miedo; debido a que no se sentían preparadas para resolverlos o desconocían métodos, técnicas, procesos que se podían realizar en ciertas situaciones.

El espacio era el comedor que era amplio, en donde se podía movilizar, no había interrupciones (en ocasiones cuando las madres por medicamento se tenían que llevar a su hijo), silencioso.

Las madres no eran las mismas en las pláticas, ya que como los niños egresaban e ingresaba otro grupo, las charlas más relevantes; y satisfactorias para la epesista, madres, equipo médico, ya que observaron que fueron las que pidieron en varias ocasiones y se observaba en los pacientes fueron:

Estimulación temprana, las charlas se daban conforme a las necesidades de las madres que se encontraban en el hospital. En esa semana se observó que la mayoría de pacientes que se encontraban hospitalizados eran bebés no de años, sino, solo de meses, es por eso que se escogió el tema para que conocieran y decidieran informarse más en el tema y realizaran los ejercicios. Dando así la oportunidad a su bebé a desenvolverse en todo ambiente que le rodea.

El reforzamiento del desarrollo integral con la técnica de la estimulación temprana tiene por objetivo aprovechar esta capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebé. Mediante diferentes ejercicios y juegos la intención, es la de proporcionar una serie de estímulos repetitivos, de manera que se potencien aquellas funciones cerebrales que a la larga resultan de mayor interés. Se mostraba algunos ejercicios de diferentes edades, para que tuvieran un ejemplo de cómo cambia y evoluciona un bebé en diferentes edades.

Se dio la charla de depresión infantil, la mayoría de los padres comentaban que no sabían que se podía dar en niños, solo en adultos. Se tomó las opiniones de los padres para conocer que pensaban de este tema, la mayoría comentaba que se imaginaban que era una tristeza, aburrimiento, alejamiento de los niños. Toda opinión que daban los padre ya sea correcta e incorrecta se tomaba en cuenta. Después se daba la explicación, brevemente: puede definirse como una situación afectiva de tristeza de mayor intensidad y duración que ocurre en un niño.

Se les explicaba a los padres los síntomas que un niño con depresión manifestaba, para que fuera más fácil identificar lo que les pasaba:

Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas; desesperanza, aburrimiento persistente y falta de energía, Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas, alteración notoria en los patrones de comer y de dormir,

Quejas frecuentes de enfermedades físicas, por ejemplo: dolor de cabeza o de estómago, concentración deficiente, deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela, aislamiento social, comunicación pobre, ataques de rabia u hostilidad persistente.

Otra charla fue la de agresión: por qué se da esta conducta, se explicó que agresión, es el niño que trata de arrebatar los juguetes con violencia. La agresión es una conducta reprochable, puesto que produce daño a la sociedad y es manifestación de algún problema serio; la agresividad es innata, no aprendida.

Se les comentaba que cuando los padres no se creían capaces de controlar a su hijo, podían buscar un profesional ya que ellos pueden implantar métodos para controlar la ira que maneja su hijo.

En una charla se orientó a los padres de los niños que están hospitalizados, para que realizaran algunas actividades recomendadas cuando el niño egrese del hospital, esta es otra guía, se dió unos ejemplos de los pasos que se refirieron a los padres:

Tratar que el niño vuelva hacer las cosas que hacía antes de estar hospitalizado, tan pronto como sea posible.

Estos fueron algunos de los pasos que a los padres se les dió en una charla, como recomendaciones para ayudar a sus hijos en la experiencia

de la hospitalización, y no sea un acontecimiento tan duro en la vida del niño y de esta manera tener una vida de lo más normal que sea posible.

En una de las charlas que se dio con el tema de juego y disciplina. El espacio fue reducido debido a que fue en cuarto, donde los médicos todavía se encontraban laborando y las madres cerraban espacios ya que llevaron sillas, se corrieron las cunas. En una ocasión al pasar la enfermera y el médico a la cuna de la paciente se quedaron observando como se daba la charla. Esta es una de las charlas más largas que se dieron, debido a que los padres comentaban sobre sus hijos, sobrinos, etc, ellos daban varios ejemplos demostrando que habían entendido lo que se les dio en la charla, ya que era educativa y para su formación. Al dar la vuelta se pudo observar que se tenía más personas atrás como los externos y otros médicos, que felicitaron por el tema y por informar a los padres, y motivarlos en la crianza de sus hijos.

Se asistió al área de pediatría a estimular a una paciente, en un momento se acercó una madre, felicitando por la charla que se dió el día viernes, comentó que ella tenía una hija que mojaba la cama, comentó que si podía el viernes siguiente dar ese tema. El viernes siguiente se dio la charla de niños que presentan problemas de enuresis, dando también una guía de los pasos que deben seguir los padres, así como se dió el tema sobre problemas de conducta, patrones de conducta. Los logros en madres participante siempre fueron exitosos, ya que se lograba que las madres y los padres entendieran y comprendiera el tema que se les explicaba, atendiendo sus necesidades como expositora. Así como estas charlas varias otras obtuvieron varios logros, pero se mencionan estas especialmente por que son las conductas más relevantes que un niño presenta en un hospital y temas que las madres no se encuentran informadas. Se logró que madres asistieran al departamento de psicología

por curiosidad, por alivio, satisfacción, remedio, etc, a la epesista fue una satisfacción personal y crecimiento en el área profesional y al personal médico se motivo a que creyeran y conocieran el trabajo de una psicóloga y los progresos que se pueden realizar mediante la comunicación.

Los médicos iniciaron a poyar al departamento de psicología, tomándolo en cuenta para otras actividades que se realizarían, debido al trabajo observado. A la vez algunos médicos, enfermeras, estudiantes al escuchar las charlas, preguntaban, comentaban y daban su opinión, referencia de charlas que se podían brindar a los padres, ya que ellos presentaban algunas dudas de sus hijos o por lo que habían observado en el hospital, casa o familiares.

Uno de los logros más satisfactorio que se obtuvo fue la asistencia de algunos padres a la charla, que opinaran, ya que padres que llegan de diferentes lugares piensan que la obligación de la madre son los niños que ellas son las encargadas de la casa y de ellos y el papel de ellos es trabajar y llevar dinero a la casa. Pero se dieron ocasiones que interesaron tanto que trataban de opinar solo ellos, que se sonreían, etc, demostrando que tanto la madre como el padre tienen la obligación de velar y responder por sus hijos.

Similarmente fue con las charlas de bajo peso, aquí los temas requeridos por los médicos fue el reforzar el desarrollo integral del niño con la técnica de estimulación temprana. Que algunas madres conocieron, ampliaron se informaron adecuadamente de la de la forma de estimular, realizar logros, avances, y del desarrollo, etc de su hijo, prosiguiendo con el proceso asistiendo en las fechas indicadas a la clínica para observar y evaluar al niño.

Al inició de la charla se explicaba en que consistía la estimulación temprana, seguidamente de los ejercicios. El logró que se obtenía en estas charlas es que las madres eran de post parto, e iban a realizar los ejercicios, masajes, a su hijo en temprana edad. El fin fue que conocieran y participaran en la charla interesándose por el bienestar y desarrollo de su hijo. El mejor resultado fue el involucramiento directo de las madres en el proceso de los niños

Se logró que las madres implementaran acercamiento, apego hacia su hijo, ya que es una forma de afecto que le demostraban, por medio de ejercicios y contacto directo que le brindaban.

El espacio donde se realizaba la charla de bajo peso era un lugar lejano de donde se encontraban las madres, era tanto incomodo observar la incomodidad que pasaban las madres para movilizarse a la charla.

- En base al segundo objetivo del subprograma de docencia que es: Apoyar el Programa del Adolescente "Clínica Amigable" a través de, charlas educativas y talleres, dirigidas a las alumnas del Instituto INSOL.

Se dió solo una charla en el Instituto y fue a cargo de la licenciada de planta, por lo que solo se asistió como apoyo. El objetivo es que las alumnas conocieran lo que es el noviazgo y la sexualidad, que son temas relevantes actualmente. Se logro dar toda la información, las alumnas presentado la atención requerida al tema, preguntando y dando sus opiniones. El logró fue exitoso, ya que las alumnas del instituto conocieron el tema del noviazgo, las causas y consecuencias de la sexualidad, y se logró que se interesaran en el tema y se motivaran a seguir investigando.

### 4.3 Subprograma de Investigación

- En base al objetivo planteado en el subprograma de investigación, el cual era: Conocer el impacto conductual que genera la hospitalización en el niño y la niña del servicio de pediatría.

La mayoría de personas y autores refieren que hospitalización es un medio que afecta al paciente, debido, a que el niño cambia varias conductas que no presentaba en la casa.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. Es decir el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

En las expresiones de las niñas y los niños, se pudo observar nostalgia ante la separación de la familia. Lloran prologadamente cuando su madre les deja o un familiar, una vez ha terminado el tiempo reglamentario de visita y la llaman repetidamente como si pudieran hacerla regresar.

Dicen los niños y las niñas, que si fueran directores del hospital, dejarían que los padres acompañaran siempre a sus hijos.

Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. Entre ellos se destaca llanto prolongado, retraimiento, depresión, estrés y sentimientos de soledad, abandono o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño, pueden conducir a su vez a un recrudecimiento de su enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud. Por lo tanto la conclusión es siempre

la misma: cuando los niños están acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor y este bienestar anímico contribuye a una más rápida recuperación de su salud física.

El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor. Si el niño entiende la hospitalización, tiene mejor disponibilidad para el tratamiento.

Debido a los resultados y a la observación se pudo verificar que un niño en un nuevo ambiente, se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente tenía que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio. Entre ellos estaban los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas y estudiantes), quienes revestidos de un estatus especial examinaban su cuerpo y lo sometían a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas.

Estaban, además los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuían a explicar porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.

Desde hace mucho tiempo se sabe que la permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes. Algunas actitudes que presentan los niños, es debido a la condición o situación que presentan en su casa, un ejemplo: es cuando un niño no tiene una buena relación con su padres y está acostumbrado a los golpes, a las palabras soeces, a no tener amigos, ya que se dedica a estar todo el tiempo en su casa, jugando con cincos, tierra, piedra, carros él solo. Al tener un cambio de ambiente en el cual le brindaba, seguridad,

observa a más niños a más personas, su alimentación es en un horario estable, se encuentra limpio, etc. debido a las buenas consecuencias que le trajo el ambiente hospitalario, el niño muestra una conducta de felicidad, se siente tranquilo y cómodo.

Uno de los comentarios de los médicos acerca de la investigación que se estaba realizando, con los niños hospitalizados fue: que el creía que "hay que tomar en cuenta que en el hospital los niños el tiempo que se encuentran hospitalizados las madres ingresan con él, quedándose todo el día y noche con ellos, solo abandonándolos cuando se aseaban. Por lo que se podría decir que cuando el niño(a), egresaba del hospital el niño(a) al llegar a su casa podía mostrar una conducta de apegamiento a su madre y no querer estar con nadie más, mostrando una conducta agresiva con la persona que se le acercaran".

La mayoría de los padres comprenden los sentimientos de sus hijos es por eso que muestran conductas de comprensión y colaboración, ya que ellos consideran que apoyándolos y motivándolos mejoraran rápidamente. Debido a que les dan ánimos a tener una actitud de valentía, y a enfrentar a su enfermedad.

Cuando muestran una conducta de sobreprotección hacen que los niños no sean independientes en el hospital, por lo cual les trae consecuencias de conductas cambiantes como tristeza, aislamiento, etc. la sobreprotección hace que el niño presente miedo al estar hospitalizado y al personal que lo atiende.

La conducta de indiferencia de los padres, es por la relación que manejan en su casa, si los padres no se preocupan o no demuestran cariño a sus hijos, entonces al verlos en una situación angustiante lo que hacen es indiferencia con ellos o con los resultados que le presentan tanto los

médicos, nutricionistas o psicólogos. La indiferencia de los padres hace que la experiencia del niño en el hospital sea traumática y presente dificultades al querer involucrar en su vida cotidiana.

Los padres presentan duda, debido a que los médicos no les explican con un lenguaje simple que ellos pudieran entender, el diagnóstico de su hijo, o el procedimiento que iban a realizar con él. Los padres que se encontraban con sus hijos no tienen un alto grado de educación, y no comprendían los términos médicos en que hablan los profesionales.

Por otra parte los padres cambian cuando su hijo está enfermo. Se portan con ellos en forma muy distintos a la habitual y cuando se requiere de un procedimiento médico o quirúrgico recurren al engaño.

La conducta de un niño al ingresar al hospital siempre va a cambiar debido al trato, al acompañamiento que tienen de sus familiares, a la explicación que se le brinda al estar hospitalizado, etc. La mayoría de los niños presenta miedo al asistir al hospital debido a que cuando no hacen caso o se sienten enfermos de una gripa, se les amenaza que los van a llevar al hospital y los van a inyectar, esta amenaza que hacen los padres es para que el niño se comporte de una manera adecuada, pero lo que están logrando en realidad es que el niño al ver o conocer a los médicos y el hospital le da miedo por que lo van a lastimar inyectando, sin tener la necesidad de conocer y haber ingresado al hospital.

Los cambios de conducta ocurren cuando los niños se encuentran hospitalizados, estos cambios ocurren de acuerdo a la edad del niño, pueden persistir durante la hospitalización y aún continuar después.

Se describen casos de niños aislados que permanecen en cama, y que se vuelven inmóviles y callados, rehusándose a comer y con la mirada perdida.

Se observaba regresiones en el desarrollo, que incluían pérdida de habilidades higiénicas y sanitarias, neuromusculares, sociales y de madurez emocional apropiada.

Se tenía el conocimiento también que los niños hospitalizados tienen largos periodos de llantos y de vómitos se aferran a los adultos, protestan enérgicamente cuando los sueltan, actúan de forma resentida y con ira.

Se observaban grandes rabietas, otros actuaban de forma agresiva contra otros, o utilizaban un lenguaje hostil, pueden volverse destructivos, actitudes de no cooperación rehusándose a no tomar medicamentos, a no dejarse inyectar, contradecir indicaciones o no permanecer quietos para tomar los rayos X, otros quizá cooperan pero se sienten temerosos haciendo muchas preguntas que denotaban una confusión y su falta de conocimiento. Estos cambios conductuales son tan frecuentes en los niños hospitalizados siendo así las causas principales por lo que el niño presenta estas conductas son:

Separación y reubicación en un nuevo ambiente,

Pérdida de autonomía y control,

Temor al daño, o a la muerte o ambas cosas. Que el personal se preocupa cuando no ocurre.

Los niños menores de cuatro años son más vulnerables a la ansiedad excesiva, que puede ocasionar que los mecanismos de salud se deterioren. En este ambiente extraño y diferente al del hogar, el lugar

resulta, un lugar extraño con personas vestidas de blanco y actuando en forma no familiar

Aunque para los niños hospitalizados los objetos tradicionales como las cobijas, u ositos de peluche son traídos de casa, tienen gran importancia pero no son suficientes. Ya que se sienten intimidados con miedo, el tener objeto de casa les da un poco de valentía, fuerza, están acaostumbrados a tener un objeto en el que se refugian, en el que se esconden, pero a la vez no le dan la importancia que debería por el diferente ambiente, ruidos, por que no sienten que les ayuda en ese momento, ya que no tienen la atención adecuada.

Se observaba que en muchas ocasiones la hospitalización ocasionaba reacciones inmediatamente, en el mismo momento de la separación (gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital), o bien reacciones que aparecen después de la hospitalización, actitudes de castigo, de rechazo o de regresión, perturbación del sueño, trastornos de comportamiento, etc.

Los niños por debajo de los tres años son menos capaces de comunicar sus necesidades y con una concepción irreal de la hospitalización, son más susceptibles de reaccionar a la angustia.

La hospitalización significa separación para algunos niños, en otros crea nuevos mundos de relación, revestir un efecto positivo para los niños que viven en una relación de dependencia abusiva en una familia y una variedad de contactos sociales y culturales hasta entonces desconocidas.

Por lo que se pudo observar al estar en el hospital y por los comentarios de los padres, se pudo concluir que el niño presenta diferentes estados de ánimo y de conducta al estar ingresado en el hospital, tales como se

siente enfermo, abandonado por su familia, el niño no entiende porque, para estar bien, tiene que estar solo. Si el niño se siente solo, es más propenso a estar triste, se desarrolla estrés y bajan las defensas.

El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona, tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; puede perder el deseo de vivir.

A la tristeza que siente el niño o la niña, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia de las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad. Muchos niños manifiestan el deseo de tener algún juguete con que ocuparse, de leer o escuchar la música que les gusta, de salir al aire libre o recibir recreación de algún tipo. Desafortunadamente, la única alternativa que les queda muchas veces a los niños(as), es sentarse largas horas frente a un televisor.

## 4.4 Análisis de Contexto

En el Hospital Nacional Pedro Bethancourt se realizó el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado durante ocho meses, en el cual se reconocieron y se analizaron ventajas y desventajas que se tuvieron durante la realización de esta misma.

Una de las principales de las ventajas que se obtuvieron es de Fortaleza que es la que impulsó, y ayudó a dar mejor rendimiento al trabajo, ya que se contó con el apoyo económico de los padres, el apoyo del supervisor que es el que guía en el trabajo teórico o en alguna dificultad que se obtuvieron durante el proceso. Se contó con el apoyo del jefe del departamento de psicología.

Así mismo se estableció relación, aceptación y conocimientos del equipo médico y paramédico del hospital y el área de Pediatría.

Se obtuvo fuerza y vigor para ayudar en la mejoría que exitosamente se obtuvo con los pacientes que se atendieron durante los meses que se realizó el proceso de terapia con los niños o encargados.

El segundo punto es diferente, es la Oportunidad que se obtuvo al trabajar en el hospital, ya que se adquirieron nuevos conocimientos y experiencias al trabajar con niños. Se obtuvo un crecimiento personal y profesional, ya que se desarrolló como psicóloga y como ser humano, fuera y dentro del hospital.

Una de las desventajas que obtuvieron durante el Ejercicio Profesional Supervisado es las debilidades que se observaron en los pacientes, debido a que en algunas ocasiones no asistieron a las citas dadas, o dejaron de asistir totalmente a las sesiones perdiéndose el trabajo que se había observado y avanzado.

Por último punto se encuentra el más desafiante que es el de Amenaza, el más difícil, debido a que es, cuando los padres brindan una mala atención al paciente y por más sesiones que asista no se observa progresos en las terapia, ya que al regresar al hogar los padres no se presentaron colaboradores con algún método lo cual hacía que el paciente regresara al estado que se encontraba.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

##### **5.1.1 Generales**

- El trabajo que se realizó durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se consideró de beneficio tanto para el Hospital Pedro Betancourt, como para la población de la aldea de San Felipe de Jesús, ya que se contribuyó a lograr cambios significativos en su salud mental.
  
- La ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, fue una experiencia enriquecida, de enseñanza aprendizaje y de adquisición a conocimientos, tanto a nivel profesional como personal.
  
- Se contó con el apoyo del equipo multidisciplinario del Hospital Pedro Betancourt, ya que brindó colaboración y conocimientos, para ejecutar de manera eficaz el Ejercicio Profesional Supervisado en el departamento de Pediatría.

### 5.1.2. Subprograma de Servicio

- Los pacientes que se encontraban hospitalizados en el área de Pediatría, presentaron un retardo psicomotor, debido al ambiente hospitalario, patrones de crianza inadecuados, aislamiento afectivo entre vínculo madre-hijo, alimentación y condiciones socioeconómicas deficientes. Al trabajar con los padres en talleres fue beneficioso en el manejo de sus hijos, ya que mejoró las relaciones intrafamiliares.
- La técnica de estimulación temprana benefició a los pacientes hospitalizados, como a los pacientes que asistían a consulta externa, en cuanto a la mejoría en su desarrollo integral como lo son la percepción, psicomotricidad, visión y audición.
- La clínica amigable obtuvo como resultado una gran demanda, debido a la población de adolescentes que asistió a la misma, la cual permitió a la epesista la aplicación de la terapia de apoyo, beneficiando al adolescente en su salud mental y emocional.

### 5.1.3. Subprograma de Docencia

- El interés de las madres por los temas impartidos en el programa de madre participante y bajo peso, fue beneficioso, debido a que aclararon dudas, presentaron casos de su vida cotidiana específicos como lo eran problemas de conducta, desarrollo, falta de comunicación, etc.
- En el programa de clínica amigable las alumnas del INSOL se mostraron receptivas, al tema del noviazgo, ya que por la falta de comunicación con los padres existen relaciones conflictivas que muchas veces originan embarazos no deseados, abortos inducidos, etc. Generando al finalizar la charla un acercamiento con la epesista para resolver dudas o bien para asistir al departamento.
- Durante el desarrollo de las charlas que llevaron como título la importancia que tuvo el psicólogo en el ámbito hospitalario, se logró interesar al personal médico, enfermeras y estudiantes al reconocimiento del rol del psicólogo.

#### **5.1.4. Subprograma de Investigación**

- Según la entrevista y observación por parte de la epesista, el impacto conductual que genera la hospitalización en el niño (a) del servicio de Pediatría fue: irritabilidad, angustia, tristeza, decaimiento, ansiedad, temor, esto como producto de la separación de sus padres por temor al médico, por proceso de tratamiento y no contar con un área lúdica para él.
- Un factor influyente en la conducta del niño fue la ausencia de la madre o padre durante la hospitalización.
- Las conductas observadas en los padres durante la hospitalización de los niños fue: sobreprotección, indiferencia, duda, apatía, etc.

### **5.2. Recomendaciones**

#### **5.2.1 Generales**

A las diferentes áreas del hospital que dan servicios a las personas que asisten a consulta que trabajen en equipo, mejorando la comunicación en el equipo multidisciplinario.

El departamento de psicología brinde la atención adecuada y requerida a los pacientes, y promoció con explicaciones o charlas sobre el concepto y beneficios sobre la importancia de su trabajo, así ampliando más su campo en las diferentes aldeas cercanas de San Felipe de Jesús.

### **5.2.2 Subprograma de Servicio**

Se recomienda en el área de pediatría del encamamiento, que se refuerce rutinariamente diferentes técnicas en el niño, para que su estancia en el hospital, no presenten consecuencias en su desarrollo integral, tanto como: habilidades o áreas motoras.

Brindar ayuda y apoyo al adolescente para que descargue sus emociones, sentimientos, enojos, para que presente una mejor estabilidad y alivio emocional.

### **5.2.3. Subprograma de Docencia**

Que en el programa de madre participante se impartan temas de acuerdo a las necesidades de los niños hospitalizados, educativas y dinámicas para motivar a la madre durante la estancia del niño(a) en el hospital.

Que los encargados de transmitir las charlas y las madres de bajo peso de (post parto), utilicen la charla y actividades de estimulación temprana como un método para el proceso de enseñanza aprendizaje.

Impartir charlas educativas a las señoritas del instituto INSOL, para su conocimiento sobre su desarrollo, social, familiar y escolar.

## 5.2.4 Subprograma de Investigación

Dar a conocer a los padres de consulta externa, como hospitalizados, sobre temas educativos del desarrollo de su hijo, para tener un mejor conocimiento sobre el desarrollo o proceso que su hijo pasará.

Brindar ayuda y apoyo a los niños hospitalizados para facilitar la adaptación al nuevo ambiente en el cual van a convivir por algunos días.

Enseñarles a los padres sobre la importancia que causa la hospitalización en los niños, para que ellos mismos brinden una adecuada atención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Sylvia Arce de Wantland  
Problemas de Conducta  
INAPRODE  
Guatemala 1,997
- Edgar Galindo  
Modificación de Conducta en la Educación Especial  
Editorial trillas  
México 1,999
- Diane E. Papalia  
Psicología del Desarrollo  
Octava Edición  
Colombia 2,001
- Fred Séller y Emilio Ribes  
Modificación de Conducta  
Editorial Trillas  
México 1,979
- Takin Lucille  
Paso a Paso como Evaluar el Crecimiento y Desarrollo del Niño  
México
- Pérez Villar José  
Trastornos Psíquicos en Niños y el Adolescente  
Editorial el Pueblo y Educación  
La Habana, Cuba

- Secretaría de AINI y Asociación Internacional del Campo de Recreo  
Cuatro Temas Importantes Sobre el Niño  
Programa Regional de Estimulación UNICEF
- Morris Charles  
Psicología  
Prentice Hall  
Décima Edición  
México, 2, 001
- Pichot Pierre  
DSM – IV  
Editorial MASSON  
México 1,995
- Medellín Calderón Gladis  
Tascon Esther Cilia  
Atención Primaria de La Salud, Crecimiento Y Desarrollo del  
Ser Humano  
Universidad del Valle
- Documento  
Larios Ovando Edgar Arnoldo  
M.A, Psicólogo Clínico  
Psicoterapia de Apoyo

## GLOSARIO

- **Patrones de crianza:** También puede decirse que los patrones de crianza son las prácticas cotidianas dentro de la familia y que están orientadas a la enseñanza de valores, costumbres, normas y practicas religiosas para que los niños puedan desenvolverse en la sociedad en la que viven.
- **Violencia Intrafamiliar:** valores, normas de comportamiento y acciones provenientes de un miembro de la misma familia que daña la integrad psíquica y social de cada miembro de la familia. La violencia ejercida sobre la familia va desde las amenazas, la agresión y las lesiones, lesiones graves, abusos deshonestos, homicidio, siendo todo acto físico de violencia que lleva consigo un efecto psiquico y físico.
- **El Rechazo:** es no aceptar, contradecir, resistir y criticar el contacto con otra persona. Si pensamos en una madre que fue rechazada, tiende a rechazar a sus hijos. Si el rechazo viene por parte del padre puede mostrarse indiferente, apático a tal punto que no le importa el bienestar físico y emocional del niño o bien se mostrará violento y agresivo, provocando un hostigamiento constante en los miembros de la familia.

- **Ansiedad:** temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.
- **Desarrollo:** cambios que se producen en los niños o niñas a raíz de su crecimiento. Es un proceso cualitativo que se evidencia por modificaciones por las proporciones y fisiológicamente por la adquisición y perfección de la función.
- **Crecimiento:** se utiliza corrientemente como expresión de aumento de talla, que viene determinado por el incremento diferencial de cabeza, tronco y huesos largos de las piernas. Dentro de este concepto hay que incluir también el aumento de la masa corporal y el crecimiento de todos los órganos y sistemas.
- **Conducta:** modo del ser del individuo y conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos, y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinado, se denomina "comportamiento". El estudio de la conducta no se limita a investigar la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia y adolescencia, sino que va unida a su desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte.

- **Desordenes de Comportamiento:** se refiere a personas frecuentemente que son distraídos en su habilidad de establecer y mantener atención en su tarea, lo cual interfiere en su trabajo escolar. Los desordenes de la conducta están relacionados estrechamente con la falta de destrezas sociales apropiadas en el adecuado desarrollo emocional en el niño.
- **Enuresis:** la característica principal de la enuresis, es la emisión repetida de la orina durante el día o las noches en la cama o vestidos. En la mayor de los casos este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones intencionado.
- **Encopresis:** la característica principal, es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados. En la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones inadecuada.
- **Modificación de Conducta:** son intervenciones derivadas del principio del análisis conductual diseñada para cambiar el comportamiento de una forma medible y aplicable con exactitud. Abarca la sección de metas, los objetivos, selección de los sistemas de observación, registros de intervalo, aplicación implementación de procedimientos seleccionados y evaluación de los resultados.













