

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS



**“PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA  
LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN  
ESPECIAL ANGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN  
QUICHÉ” 2010**

**INDIRA RENEE CIENFUEGOS MELGAR**

GUATEMALA, MARZO DE 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA  
LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN  
ESPECIAL ANGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN  
QUICHÉ 2010”**

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

POR

**INDIRA RENEE CIENFUEGOS MELGAR**

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

**PSICÓLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

# **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde  
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usncpsic@usnc.edu.gt

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG.54-2010  
DIR. 531-2011

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

16 de marzo de 2011

Estudiante  
**Indira Renee Cienfuegos Melgar**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN QUINIENTOS SEIS GUIÓN DOS MIL ONCE (506-2011), que literalmente dice:

**“QUINIENTOS SEIS:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL ÁNGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN QUICHÉ 2010”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Indira Renee Cienfuegos Melgar**

**CARNÉ No. 2003-17141**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena y revisado por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera. Con base en lo anterior, se **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”

Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO





**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC  
**RECIBIDO**  
25 FEB 2011  
HORA 13:50  
Registro: 54-10

Reg. 54-2010  
EPS. 008-2010

17 de febrero del 2011

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Indira Renee Cienfuegos Melgar, carné No. 200317141, titulado:

**“PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL ÁNGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN QUICHÉ 2010.”**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*[Handwritten Signature]*  
Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
COORDINADOR DE EPS

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
COORDINACION  
USAC

/Dg.  
c.c. Control Académico



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9<sup>a</sup> Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 54-2010

EPS. 008-2010

15 de febrero del 2011

**Licenciado**

**Rafael Estuardo Espinoza Méndez**

**Coordinador del EPS**

**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**CUM**

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Indira Renee Cienfuegos Melgar**, carné No. **200317141**, titulado:

**"PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL ÁNGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN QUICHÉ 2010."**

De la carrera de **Licenciatura en Psicología**

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

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera**

**Revisor**



/Dg.

**c.c. Expediente**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsto@usac.edu.gt

Reg. 54-2010  
EPS. 008-2010

16 de noviembre del 2010

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Indira Renee Cienfuegos Melgar**, carné No. **200317141**, titulado:

**"PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL ÁNGELES DE JESÚS DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN QUICHÉ 2010."**

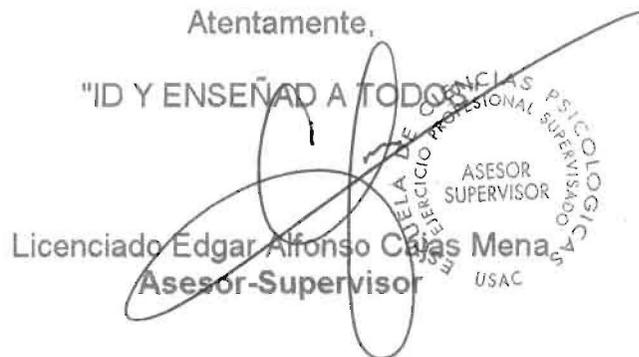
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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 ENSEÑAR A TODOS**"

Licenciado **Edgar Alfonso Casas Mena**  
**Asesor-Supervisor**



/Dg.  
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

C. C. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg.54-2010  
CODIPs.1283-2010  
De Aprobación de Proyecto EPS

26 de agosto de 2010

Estudiante  
Indira Renee Cienfuegos Melgar  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUADRAGÉSIMO TERCERO (43º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL DIEZ (25-2010) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de agosto de 2010, que literalmente dice:

**"CUADRAGÉSIMO TERCERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"CONCIENTIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA EN LA ESCUELA ANGELES DE JESÚS PARA NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTÁN QUICHÉ"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**INDIRA RENEE CIENFUEGOS MELGAR**

**CARNÉ No. 200317141**

Dicho proyecto se realizará en Villa de San Miguel Uspantán del departamento de Quiché, asignándose a la Profesora Yuli Figueroa, Directora, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



  
Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA

Nelveth S.



ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

ÁNGELES DE JESÚS

USPANTAN-QUICHE

San Miguel Uspantán  
30 de Septiembre de 2010

Departamento de Ejercicio  
Profesional Supervisado  
Escuela de ciencias psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por medio de la presente hago constar que la Estudiante INDIRA RENEE CIENFUEGOS MELGAR, con numero de carne No. 200317141, realizo su ejercicio profesional supervisado , titulado "PROCESO DE CONCIENTIZACION SENCIBILIZACION Y CAPACITACION PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y MAESTRAS DE LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL "ANGELES DE JESUS " DE LA VILLA DE SAN MIGUEL USPANTAN QUICHE 2,010" en las fechas comprendidas del 5 de febrero al 30 de septiembre de 2010.

La estudiante Indira Renee Cienfuegos Melgar, cumplió con responsabilidad y entusiasmo los programas establecidos por la Escuela de Ciencias psicológicas, y la Escuela de Educación Especial de San Miguel Uspantán.

Y para los usos que al interesado convenga, se extiende la presente en una hoja de papel membretado de la institución.

Aura Julissa Figueroa Pérez  
Directora del establecimiento



## ACTO QUE DEDICO

### A LA VIDA

Por haberme dado el camino adecuado, las herramientas precisas, la sabiduría necesaria, las personas indicadas y la voluntad para realizar mis metas.

### A MI ABUELITO

René Cienfuegos; por su apoyo, cariño, compañía, consejos y por todo lo que me ha dado durante mi camino por la vida.

### A MIS PADRES

Mario René y Rosa María; por darme la vida, el valor y voluntad que he utilizado para cumplir mis sueños y metas.

### A PAPA EJITO Y PAPA FILI

Porque siempre me demostraron cariño, confiaron en mi y se fueron convencidos de que este día iba a llegar muy pronto.

### A MI HERMANA

Gabriela Cienfuegos; por su amistad, consejos, compañía y por todos los momentos inolvidables que hemos tenenos juntas.

## AGRADECIMIENTOS

### A MIS AMIGOS

Por todos los momentos compartidos, por enseñarme el lado bello de cada uno, por hacer de la amistad el motivo de mantenernos dispuestos a hacer cualquier cosa el uno por el otro y por los valores que me han enseñado. Un agradecimiento especial a Victor Miguel de León Kroell por ser una de las personas mas especiales e importantes en mi vida.

### A TODAS LAS PERSONAS

Que me han acompañado en este camino, por el cariño demostrado y por compartir conmigo este momento importante de mi vida.

## INDICE GENERAL

	PÁGINA
RESUMEN	
INTRODUCCION	
Análisis del contexto municipio de La Villa de San Miguel	
Uspantan Quiche	1
CAPITULO I	
Marco Metodológico Conceptual	7
CAPITULO II	
Replanteamiento del Problema	37
Objetivo General	42
Objetivos Especificos	42
CAPITULO III	
Marco Metodológico de Abordamiento	43
CAPITULO IV	
Análisis y Discusión de Resultados	46
CAPITULO V	
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	59

## RESUMEN

Discapacidad, persona con capacidad diferente, persona especial son algunos de los términos utilizados para referirse a todo ser humano que tenga alguna diferencia o limitación ya sea física o mental; pero la forma adecuada para referirnos a ellas es “persona con capacidad diferente” ya que no necesariamente tienen que ser las que tengan algún tipo de dificultad para realizarse en la vida cotidiana si no que también se refiere a toda aquella que su capacidad sea superior a la norma establecida socialmente.

Las capacidades diferentes pueden ser hereditarias, por desnutrición, adicciones de alguno de los padres o por ambos, genética o adquiridas en alguna etapa de la vida a causa de accidentes, convulsiones, fiebres altas durante la primera infancia, complicaciones durante el embarazo; todas merecen la misma importancia en el momento de tratarlas así como brindarles oportunidades para que se desarrollen según su capacidad física o mental,

En Guatemala la educación especial aun no tiene la importancia que merece pero existen instituciones y personas que luchan por que este espacio sea dado tanto en la capital como en el interior del país.

En la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” de la Villa de San Miguel Uspantan Quiche se atienden solo las limitaciones físicas y mentales sin discriminación por etnia o nivel socioeconómico. Con el fin de brindarles la oportunidad de participar en el desarrollo y crecimiento del pueblo.

El objetivo principal del proyecto fue la creación de espacios de dialogo, desarrollo y oportunidades para la población Uspantanence ya sea que tengan una discapacidad, que tengan un familiar o conocido con alguna discapacidad o cualquier persona que desee integrarse al arduo trabajo que se necesita para brindarles una mejor calidad de vida. El trabajo realizado consistió en crear la clínica para brindarle atención individual, familiar y grupal tanto a los niños, padres/madres de familia y maestras de la institución, el salón para la atención psicológica ahora cuenta con mobiliario, papelería, pruebas psicológicas y juguetes que se pueden utilizar con los niños de la

escuela también se realizó la observación de las aulas, conocimientos de las maestras sobre las discapacidades y los métodos de educación adecuados para cada niño.

Para llevar a cabo los objetivos planteados se realizaron talleres educativos para los padres y maestras, terapias individuales y familiares para los alumnos, padres/madres y maestras y participación en las actividades recreativas para compartir, observar y relacionarse mejor con el personal docente, padres/madres, alumnos y con los pobladores de Uspantan.

## INTRODUCCION

Se realizo el Ejercicio Profesional Supervisado en la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” de la Villa de San Miguel Uspantan Quiche; con el titulo de Proceso de Concientización, sensibilización y capacitación para padres de familia y maestras de dicha escuela, realizado durante febrero a septiembre del 2010.

En el presente informe se da a conocer la importancia de la problemática guatemalteca principalmente en el pueblo de Uspantan referente a las discapacidades, sus ventajas y desventajas; así como también los obstáculos que deben de pasar las personas con capacidades diferentes, también se encuentran conceptos fundamentales para conocer mejor este tema tan importante y el sentir y pensar de los padres/madres de familia como de las maestras que trabajan en dicha escuela.

Las creencias socioculturales que existen en Guatemala sobre las capacidades diferentes son muchas; principalmente en los pueblos ya que los habitantes discriminan a las personas diferentes, les cierran las puertas, los esconden o las familias sienten vergüenza de ellos.

Debido a la falta o poca de información como también de conceptos erróneos sobre las discapacidades las personas afectadas directa o indirectamente se ven forzadas a realizar actos que en lugar de ayudar o apoyar mas afecta el crecimiento y aprendizaje. Y es por ello que es de suma importancia el haber realizado el trabajo en la escuela ya que se incentivó a las personas a abrir las puertas del conocimiento sobre este tema y dejar el miedo, las diferencia y discriminación hacia estas personas.

El papel de la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” es darles esa oportunidad que los niños con capacidades especiales necesitan como personas; así como también capacitar a maestras para la mejor enseñanza-aprendizaje adecuado para cada limitación y a los padres de familia brindarles herramientas, estrategias y apoyo para la mejor crianza de sus hijos y lograr una atención integral para el mejor

desarrollo de los niños y así contribuir al crecimiento del pueblo Uspantanense.

Es importante hacer énfasis que el proyecto ayudó en la educación tanto de los padres/madres de familia y maestras respecto a las discapacidades ya que con los talleres impartidos se les logró ampliar el conocimiento sobre el tema y así brindarles apoyo y otras formas de trato hacia los alumnos de la escuela; así como también ayudó en formar una diferente concepción de los niños tanto en las familias como en el pueblo. Se logró involucrar a personas e instituciones ajenas a la escuela para contribuir en la integración de los niños a la sociedad.

## ANALISIS DEL CONTEXTO

### Historia del Municipio de Uspantán

El pueblo uspanteca es de origen preclásico (500-600 años AC.), descendiente de los Mayas. El pueblo fundó su primer asentamiento en Li Tz'aaq, en la actualidad el cementerio de las aldeas de Chijam, Pericón y Las Doncellas. Luego de varias migraciones en la región, finalmente se ubicaron en Tz'unun kaab'. La región donde actualmente está la cabecera municipal, existen varias teorías sobre el origen del nombre Uspantán. Una de las principales asegura que el nombre viene del vocablo Nahuatl "Uz-pant-tlán". "Uz" es una especie de gorrión, "pant" es una muralla y "tlan" significa "lugar de"... de lo que resulta el nombre "Lugar de murallas y gorriones". Los españoles vencieron al valeroso pueblo uspanteca en diciembre de *1,530*.

Uspantán fue reconocido como Municipio el 11 de octubre de 1,825 por la primera Asamblea Nacional Constituyente, perteneciendo a la Alcaldía mayor de Totonicapán. El 12 de agosto de 1,872 se creó el departamento de Quiché con municipios desmembrados de Totonicapán y Sololá, entre los que se incluyó a Uspantán.

El 5 de enero de 1,984, por Acuerdo Gubernativo 1-84, se desmembró una parte del territorio de Uspantán y se formó el Municipio de Chicamán. Un año más tarde por medio del Acuerdo Gubernativo 722-85 se separó otra parte de su territorio para la creación del Municipio de Ixcán. Aún con Chicamán hay imprecisiones relativas a los límites territoriales.

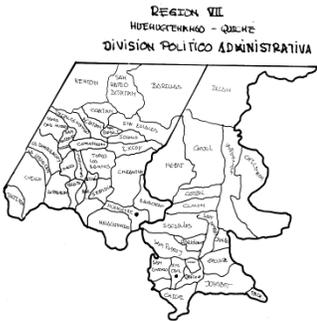
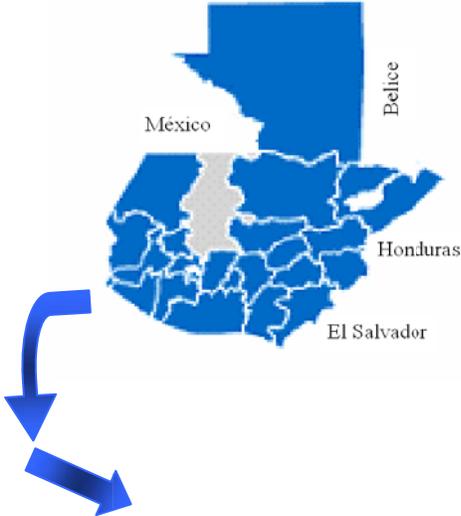
El terremoto de febrero de 1,976 causó destrozos incalculables en todo el territorio municipal, incluido Uspantán. El 10 de octubre de 1,985 otro terremoto destruyó casi el 90% de las viviendas de la Cabecera Municipal.

En la década de los '80 muchas Aldeas fueron víctimas de la política de tierra arrasada y el conflicto Armado Interno, lo que obligó a sus habitantes a desplazarse hacia el centro urbano y otras regiones del país.

Es motivo de orgullo para Uspantán que en la Aldea Laj Chimel haya nacido en el año 1,959 la Premio Nobel de La Paz 1992, Rigoberta Menchú Tum.

### Ubicación del Departamento del Quiché En la República de Guatemala

Uspantán es uno de los municipios de Quiché, es parte de la Región VII o Región Nor-occidental que comprende a los departamentos de Huehuetenango y Quiché.



## Ubicación del Municipio de Uspantán, En el Departamento de Quiché

Uspantán es uno de los 21 municipios de Quiché y está ubicado en la parte norte del departamento, a 98 Kilómetros de la Cabecera Departamental. Posee una extensión territorial de 865 kilómetros<sup>2</sup> que representa el 10.32% del territorio departamental.



### CARACTERIZACION DEL MUNICIPIO

#### Ubicación geográfica:

Al norte del departamento de Quiché, Guatemala.

#### Nombre geográfico oficial del Municipio:

Uspantán

#### Nombre de la cabecera municipal:

Villa de San Miguel Uspantán

#### Límites políticos y territoriales:

**Norte:** Ixcán

**Oeste:** Chajul, Cotzal y Cunén

**Sur:** Canillá, San Andrés Sajcabajá y Cubulco de Baja Verapaz

**Este:** Chicamán y San Cristóbal Verapaz de Alta Verapaz

**Extensión territorial:**

865 Kms<sup>2</sup>

**Altura sobre el nivel del mar:**

1825 metros

Distancia de la Ciudad Capital: **250 kilómetros (Asfaltado)**

Porcentaje de área degradada ambientalmente: **30%**

**CENTROS EDUCATIVOS (Cantidad)**

Primaria: **135** Básicos: **10**

Diversificado: **4**

**INDICACIONES DE DESARROLLO**

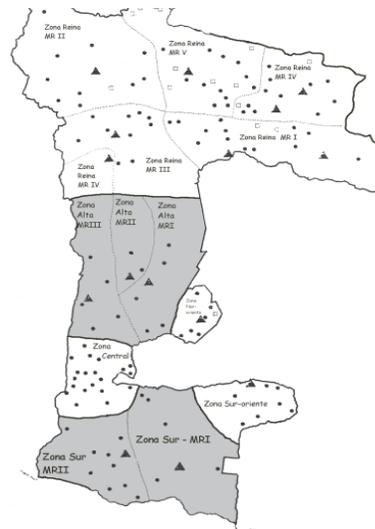
Índice de desarrollo humano: **20%**

Porcentaje de analfabetismo: **70%**

Porcentaje de pobreza general: **60%**

**DATOS GEOGRÁFICOS**

El Municipio de San Miguel Uspantán, esta dividido por 6 zonas (Zona Central, Zona Alta, Zona Sur, Zona Sur-Oriente, Zona Nor-Oriente y Zona Reina) que estas a su vez se dividen en 16 micro-regiones las cuales están divididas en 161 Comunidades de las cuales, 42 Comunidades con acceso de carretera en buen estado, 44 comunidades con acceso de carretera pero con necesidad de mantenimiento. 75 comunidades sin carrete



## ASPECTOS SOCIALES, ECONOMICOS Y CULTURALES

### Precipitación pluvial:

Entre 2000 y 6500 Mm. anual en dependencia de la micro región de la que se trate.

### Temperatura promedio:

Entre 500 y 2500 Mts. en dependencia de la comunidad de que se trate. 12º a 30º centígrados. Las temperaturas más bajas son en la Zona Alta, mientras que las temperaturas más altas son en la Zona Reina.

### Producción agropecuaria:

La producción de maíz y frijol es para el autoconsumo. Además se producen cardamomo, caña de azúcar, café, banano, achiote, hortalizas, cítricos, maguey, pastos y árboles ornamentales como el Izote Pony.

Principales productos de exportación: Arbeja China, Ejote Francés, Suchini, cardamomo,

Rendimiento anual de producción de granos básicos: 0.5 % (maíz) 0.20 % (fríjol)

Productos agrícolas: Maíz, Fríjol, Café, Arbeja China, Ejote Francés, Suchini, Cardamomo, Hortalizas y Caña de Azúcar.

### Artesanías y Comercio:

Productos artesanales: Ollas de Barro, Petates

Otras actividades: Comercio (Existen pequeñas tiendas, farmacias, ferreterías, agro servicios, almacenes de electrodomésticos, hoteles, servicios de Internet y gasolineras) y Hay producción de panela.

### Turismo

Lugares de Interés Turístico: Laj Chimel, Chimel, San Pedro la Esperanza, Regadillos, Peña Flor, Laguna Danta, (Bosque nuboso, Quetzal, etnoturismo)

Feria Titular: 04 al 09 de mayo



## CAPITULO I

### MARCO METODOLOGICO CONCEPTUAL

En la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” se atienden niños/niñas y adolescentes desde la edad de 4 hasta 17 años; las discapacidades más comunes son: Síndrome de Down, Retraso Mental, Sordera, Parálisis Cerebral, discapacidades físicas en miembros inferiores y superiores. La mayoría de las familias que asisten son de escasos recursos, de habla Quiche y con baja escolaridad. Debido a las limitaciones que tienen los padres para comprender las necesidades de sus hijos fue necesario brindarles una explicación breve y sencilla sobre la problemática de los niños por lo que se describirán los conceptos a continuación.

Para empezar a describir cada una se consideró prioridad especificar la manera adecuada para referirnos a estas personas la cual es “persona con *capacidad diferente*” que se considera a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales. Se reconoce que las personas con capacidades diferentes, sufren marginación y discriminación, no sólo por parte de la sociedad, sino también a veces de su familia, lo que las orilla a tener además de un problema físico, una baja autoestima.

Para la CIDDM, el concepto de *discapacidad* estaba relacionado con las consecuencias o daños causados por las enfermedades ocurridas a lo largo de la vida de cada individuo. Los términos minusvalía y deficiencia no estaban asociados con el concepto de discapacidad y los define de la siguiente manera.

Discapacidad es una restricción o carencia (resultado de un impedimento) de habilidades para realizar alguna actividad de una manera normal.

Discapacidad: es la interacción dinámica que hay entre las condiciones de salud con los factores personales (edad, sexo, personalidad y nivel de educación), físicos sociales y ambientales. Este concepto, es el que actualmente se utiliza como un término global para asociar las limitaciones o los deterioros del cuerpo con los factores sociales o ambientales al momento de realizar una actividad. (Organización Mundial de la Salud).

La discapacidad refleja las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la persona. La discapacidad es, entonces, toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

En general, la forma en que la sociedad se refiere a las personas con discapacidad refleja y proyecta una imagen negativa, en donde no se reflexiona el hecho de que la discapacidad sólo es una más de las características que diferencian a una persona de otra. Esto refleja el grado de ignorancia que tienen algunos sectores de la sociedad en torno a los distintos temas relacionados con la discapacidad, como por ejemplo: las consecuencias que la discapacidad ocasiona a nivel individual, familiar o social.

Equivocadamente se considera a las personas con discapacidad como un grupo homogéneo, con necesidades y comportamientos comunes. Pero es indudable que dentro de estas personas existen grandes diferencias.

Datos Estadísticos de la población de Personas con Discapacidad 2002: XI censo de población y VI de habitación (INE) 2,000,608 hogares identificados, 135,428 (6.2%) reportaron, por lo menos, alguna persona con discapacidad. De estos el 53.8% pertenecen al área rural. La Organización Mundial de la Salud estima que un 10% del

total de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. Según la 1ra. Encuesta Nacional sobre discapacidad (18,000) hogares encuestados se identificaron con personas con discapacidad, 401,971 fue la cantidad de personas con discapacidad detectadas en esta encuesta. La mayor parte de esta población vive en el área rural

El Índice de personas discapacitadas, en Guatemala, podrá superar el 12 por ciento, sobre todo en el Área rural, donde el subregistro de casos es del cinco por ciento. Según el censo de discapacidad del 2004: Entre 10 y 12 por ciento de la población es discapacitada física, psíquica o sensorial. Menos del uno por ciento de niños con discapacidad tienen acceso a la enseñanza. Menos del uno por ciento de personas con discapacidad tienen empleo formal. El 50.3 por ciento de discapacitados no sabe leer ni escribir.

Para delimitar las discapacidades que se atienden en la escuela se describirán las mismas tratando de dar un breve concepto y así facilitar la comprensión del mismo. Entre ellas encontramos: *El coeficiente intelectual o cociente intelectual*, abreviado CI (en inglés Intelligence quotient, IQ) es una puntuación, resultado de alguno de los tests estandarizados diseñados para medir la inteligencia.

El término coeficiente intelectual fue empleado por primera vez por el psicólogo alemán William Stern en 1912 como propuesta de un método para puntuar los resultados de los primeros tests de inteligencia para niños, desarrollados por Alfred Binet y Théodore Simon a principios del siglo XX, de forma que pudieran compararse entre si. En dicho método, se dividía la "edad mental" por la "edad cronológica", dando como resultado el mencionado coeficiente. (Arce de Wantland, Silvy, Retraso Mental, Capítulo 1, 1997)

Aunque aún se emplea habitualmente el término CI para referirse al resultado de un test de inteligencia, la puntuación de los tests empleados hoy día, como el Wechsler Adult Intelligence Scale, se basa en la proyección del rango medido del sujeto en una campana de Gauss formada por la distribución de los valores posibles para su grupo

de edad, con un valor central (inteligencia media) de 100 y una desviación estándar de 15. Los valores por encima de 100 están por encima de la media, los valores por debajo de 100 están por debajo de la media. Distintos tests pueden tener distintas desviaciones estándar.

Se ha demostrado que los valores de CI están relacionados con factores como la probabilidad de sufrir ciertas enfermedades, el estatus social de los padres y de forma sustancial, el CI de los padres. Aunque los mecanismos de herencia de la inteligencia han sido investigados durante casi un siglo, aún existe controversia al respecto de hasta qué punto la inteligencia es hereditaria, y los mecanismos de dicha herencia son aún tema de debate.

Las puntuaciones medias para muchas poblaciones han tendido a subir una media de tres puntos por década desde principios del siglo XX, con la mayoría del incremento acumulado en la mitad inferior de la curva de CI: este fenómeno se conoce como efecto Flynn.

Existe controversia sobre si este incremento estable se produce por un aumento real de las habilidades intelectuales en dichas poblaciones, o si se debe más bien a problemas metodológicos con los tests pasados o presentes.

Las puntuaciones de CI se usan en muchos contextos distintos: como predictivos de rendimiento escolar, indicadores de necesidades especiales educativas, predictivos de rendimiento laboral, o por parte de sociólogos que estudian la distribución de CI en poblaciones y las relaciones entre el CI y otras variables.

Se denomina superdotados a aquéllos que se encuentran por encima del 98% de la población; es decir, que su resultado se encuentra en la parte derecha más extrema de la curva de resultados.

*El síndrome de Down* (SD) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales

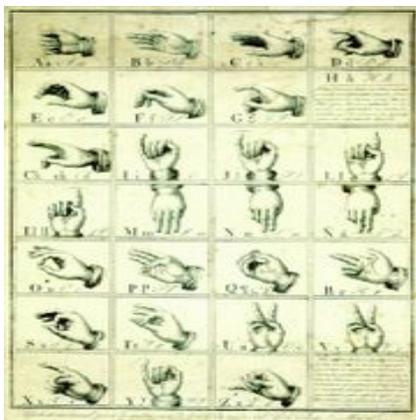
(trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.

Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían. En julio de 1958 un joven investigador llamado Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome es una alteración en el mencionado par de cromosomas.

No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con Síndrome de Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas. Las terapias de estimulación precoz y el cambio en la mentalidad de la sociedad, por el contrario, sí están suponiendo un cambio cualitativo positivo en sus expectativas vitales.

Las personas *Sordas* son aquellas que no desarrollaron la capacidad del habla debido a un problema auditivo (sordera) con el que probablemente nacieron.

## **Comunicación**



Alfabeto para sordomudos con una mano (universal)

En muchos casos una persona sorda al no escuchar, no puede aprender el lenguaje oral, pero hay escuelas especializadas en enseñarles a comunicarse de diversas formas.

La mayoría de los sorda aprenden a leer los labios y además tienen un sistema de comunicación por gestos y señas con las manos.

**Lengua:** Existen diversas lenguas de señas que se utilizan igual que las lenguas orales, para describir, expresar y comunicar diversos objetos e ideas; y existen dos sistemas internacionales (alfabetos manuales) para representar las letras del alfabeto latino: uno utiliza una sola mano y el otro utiliza ambas manos. Estos alfabetos sólo se utilizan para deletrear palabras, no para comunicarse normalmente.

**Alfabeto Dactilológico Internacional:** Fue fijado por la Federación Mundial de Sordos y es un alfabeto manual con una mano (cada signo representa una letra) que es reconocido con facilidad por las personas sordas en especial cuando se acompaña de gestos simbólicos para representar alguna idea, frase, acción, etc. Este lenguaje tiene muchas variaciones que dependen del país, región, ciudad, y forma de comunicarse de la gente.

**Alfabeto Gallaudet Internacional:** Utiliza las 2 manos y funciona de forma similar que el Alfabeto Dactilológico Internacional. Se realizan formas con las manos y a estas se les atribuye una letra, también se acompaña con gestos. Este alfabeto es utilizado principalmente en Gran Bretaña.

*El autismo* es un trastorno de desarrollo caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, con un uso marcado de múltiples comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros y falta de reciprocidad emocional (ausencia de la tendencia espontánea para compartir intereses con otras personas). Así mismo se observan alteraciones cualitativas de la comunicación (retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje, lenguaje repetitivo, ausencia de juego espontáneo, etc.) junto con patrones de comportamiento estereotipados, caracterizados por manierismos motores repetitivos y rituales.

Se inicia antes de los 3 años, existiendo un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de los sujetos afectados por el mismo. En la mayoría de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental moderado. Su curso es continuo, de forma que solo un pequeño porcentaje de individuos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. El tratamiento es muy complejo e incluye aproximaciones conductuales y neurolépticos. (Psicopedagogía.com)

El retraso mental como discapacidad, deficiencia, desventaja y minusvalía, describen las consecuencias de enfermedades, accidentes o malformaciones congénitas, las cuales pueden ser de larga duración o irreversibles. (Arce de Wantland, Silvy, Retraso Mental, Capítulo 2, 1997).

Las Naciones Unidas estima que problemática social del retraso mental en países industrializados el porcentaje de personas que sufren algún tipo de impedimento es del 10%. En los países en vías de desarrollo, como Guatemala, en donde la mayoría de sus habitantes se desenvuelve en un estado de pobreza, el porcentaje puede llegar al 15%. Al considerar a todas las familias de personas incapacitadas que, de alguna manera, se ven afectadas directa o indirectamente por la incapacidad, el porcentaje puede llegar al 25%. En lo que respecta al retraso mental, Castanedo (1987) afirma que en un 3% de la población sufre de esta discapacidad.

La última definición presentada en 1993 por la Asociación Americana del Retraso Mental es la siguiente: “el retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento del individuo. Se caracteriza por un nivel de inteligencia inferior al

promedio, la cual presenta, además, limitaciones en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: comunicación, actividades de autoayuda, vida en el hogar, habilidades sociales, relaciones comunitarias, autodirección, salud y seguridad, funcionamiento académico, descanso y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años de edad.”

De acuerdo a UNICEF (1981) varias son las áreas prioritarias en las que la sociedad puede intervenir para prevenir en retraso mental. Estas son:

- Mejorar las condiciones nutritivas de las madres y los niños pequeños.
- Vacunar contra las infecciones virales y bacteriales que puedan causar daño cerebral.
- Consejo genético
- Educación de la familia para reducir los matrimonios entre familiares.
- Mejorar las condiciones del cuidado pre y peri-natal.
- Disminuir los riesgos ambientales.
- Brindar estimulación temprana a los niños pequeños.

Entre las múltiples discapacidades que se observaron en la escuela esta también el síndrome del X frágil (SXF), que también es conocido como síndrome de Martin-Bell, este es un trastorno hereditario que ocasiona retraso mental, pudiendo ser éste desde moderado a severo, y siendo la segunda causa genética del mismo, sólo superada por el síndrome de Down. (Yolanda de Diego Otero y col. "Síndrome X Frágil y discapacidad mental hereditaria", 1999).

Afecta tanto a varones como a mujeres, si bien hay diferencias en las manifestaciones y en la incidencia del mismo.

La causa genética del síndrome es un tipo de mutación conocido como expansión de repeticiones de trinucleótidos, que supone el incremento en la descendencia del número de repeticiones de tres bases del ADN. Este tipo de mutación está asociado con el fenómeno de la anticipación, que se manifiesta como un aumento de la gravedad de los síntomas en sucesivas generaciones.

La mutación que origina el síndrome afecta a una región del cromosoma X en la que se sitúa el gen FMR-1. La expansión del trinucleótido tiene lugar en la región reguladora del gen, siendo este trinucleótido CGG (Citocina-Guanina-Guanina). Cuando el número de repeticiones supera el valor umbral de 230 repeticiones se produce la metilación del gen y, por tanto, éste pierde su función, produciendo así el síndrome del X frágil.

El hallazgo de los sitios frágiles contribuyó al descubrimiento de un nuevo tipo de mutación: la expansión de repeticiones de trinucleótidos; aunque no todas las mutaciones de este tipo producen sitios frágiles.

La herencia de esta mutación es de tipo dominante ligada al X, aunque no responde a las reglas usuales de dicha herencia, dado que hay portadores varones normales y mujeres portadoras no afectadas que dejarán su impronta (necesaria para la amplificación) e individuos afectados por el síndrome (mayoritariamente varones) entre la progenie de éstas últimas.

Esta mutación no se expresa inmediatamente sino que evoluciona a lo largo de las generaciones, aumentando el número de repeticiones. Al principio atraviesa una etapa denominada "premutación", en la que no se expresa la sintomatología o está es leve, presentando solamente algunos de los síntomas y con menor severidad. Cuando el número de repeticiones supera el umbral de 230 repeticiones, se manifiesta el síndrome del X frágil, siendo frecuentes valores entre 230 y 1.000 o incluso superiores.

Rasgos y síntomas: cara alargada, frente prominente, mentón pronunciado, grandes orejas.

- Retraso mental.
- Hiperactividad.
- Problemas de atención.
- Aleteo con los brazos.
- Contacto visual escaso.
- Habla reiterativa.
- Articulaciones hiperextensibles.
- Testículos grandes.
- Orejas prominentes.
- Bajo tono muscular.

Las características principales de este síndrome, si bien individualmente no son exclusivas de este trastorno, han de tenerse muy en cuenta en personas con autismo, retraso mental o problemas con el aprendizaje. La posesión de varios de estos rasgos y síntomas por parte de una persona puede hacer sospechar la presencia del síndrome y debe optarse por realizar el diagnóstico oportuno, dado que se trata de una enfermedad familiar.

El tratamiento de pacientes con el síndrome de X frágil es bastante complejo y su efectividad está bastante limitada. Involucra a múltiples profesionales: especialistas en educación especial, terapeutas ocupacionales, psicólogos, logopedas, pedagogas y médicos. El asesoramiento genético enfocado a las familias implicadas es esencial, donde juegan un papel fundamental el consejo genético. El espectro de compromiso con el tratamiento es un asunto analizados en detalle entre el médico y la familia. Los niños afectados por el síndrome suelen requerir terapia del lenguaje y terapia ocupacional, pudiendo mediarse éstas a través del centro educativo del paciente. Los varones en particular tienen problemas significativos de integración sensorial. Técnicas conductuales junto con terapias de coordinación motora fina y gruesa pueden apaciguar el estado anímico del paciente. Los trastornos de comportamiento

severo, requieren la intervención de pedagogos y psicólogos que enseñen a la familia técnicas de comportamiento.

El uso de medicación psicotrópica es una herramienta útil en muchos casos. Mejorar la concentración y disminuir la agresividad, en el caso de que esté presente, son los objetivos principales en la niñez temprana. Entre los afectados por este síndrome, y particularmente en niños de edad preescolar, las medicaciones estimulantes, como el metilfenidato, se asocian a menudo con un incremento de la irritabilidad.

La clonidina, que tiene una acción apaciguante, ayuda a controlar los síntomas de hiperactividad y agresividad en la mayoría de los niños con X frágil. Hay que realizar un cuidadoso seguimiento con electrocardiogramas periódicos si se emplea algún tipo de medicación psicotrópica.

La parálisis cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo. (Psicopedagogía.com)

La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad del paciente. En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad del enfermo, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”. Las lesiones cerebrales de la PC ocurren desde el período fetal hasta la edad de 3 años. Los daños cerebrales después de la edad de 3 años hasta el período adulto pueden manifestarse como PC, pero, por definición, estas lesiones no son PC.

La parálisis cerebral es un término que agrupa un grupo de diferentes condiciones. Hay que tener en cuenta que no hay dos personas con parálisis cerebral con las

mismas características o el mismo diagnóstico. La Parálisis cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Las cuatro clasificaciones son: Espasticidad, atetoide|Athetoid, Ataxia, Mixta

Es causada por una lesión a una o más áreas específicas del cerebro y no a los músculos. Esta lesión puede producirse antes, durante o después del nacimiento. La parálisis cerebral no es producida por una sola causa, como varicela o rubéola. Más bien, es un grupo de trastornos relacionados entre sí, que tiene causas diferentes.

#### Características

- En primer lugar, los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años.
- Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento.
- Por último, hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan a la mayoría de los casos a los órganos bucofonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla.

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal. Teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

- En el período prenatal, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Los factores

prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

- En el período perinatal, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.
- En el período postnatal, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones.

#### Efectos funcionales

Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

- Espástico: este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores.

Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperreflexia e hiperflexión. La lesión está localizada en el haz piramidal.

- Atetósico: en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extrapiramidal.

- **Atáxico:** en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura, y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebro es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara. La lesión está localizada en el cerebelo.
- **Formas mixtas:** es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

Según la distribución del trastorno neuromuscular o el criterio clasificatorio de topografía, que indica cual es la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

- **Hemiplejía:** afecta a una de los dos hemicuerpos (derecho o izquierdo)
- **Diplejia:** mitad inferior más afectada que la superior.
- **Cuadriplejia:** los cuatro miembros están paralizados.
- **Paraplejía:** afectación de los miembros inferiores.
- **Monoplejia:** un único miembro, superior o inferior, afectado.
- **Triplejia:** tres miembros afectados.

Si bien la bibliografía de cabecera denomina a los trastornos neuromusculares con el sufijo "plejia", no constituyen verdaderas parálisis, ya que en realidad se halla una debilidad de la fuerza por disminución en la conducción del impulso nervioso a placa motora, generando paresia muscular.

Según el tono muscular

- **Isotónico:** tono normal.
- **Hipertónico:** tono incrementado.
- **Hipotónico:** tono disminuido.
- **Variable:** tono inconsistente.

Otros trastornos médicos asociados o no

1. Retraso mental
2. Epilepsia (convulsiones)
3. Problemas de crecimiento
4. Visión y audición limitadas
5. Sensibilidad y percepción anormales
6. Dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o vejiga y problemas para respirar (debido a problemas de postura)
7. Problemas de la piel (llagas de presión)
8. Problemas de aprendizaje
9. Pubertad precoz

No todos estos trastornos tienen que darse en todos los casos, ni de forma simultánea. En muchos casos, se desconoce la causa de la parálisis cerebral y, en consecuencia, no puede hacerse nada para prevenirla.

No obstante, se han identificado algunas de las causas de la parálisis cerebral y, a menudo, se han logrado prevenir los casos resultantes de ellas. La intolerancia de Rh y el síndrome de rubéola congénita solían ser causas importantes de parálisis cerebral. Actualmente, la intolerancia de [Rh] por lo general puede prevenirse aplicando a las mujeres Rh- negativo embarazadas la terapia adecuada. Puede probarse la inmunidad de las mujeres a la rubéola antes del embarazo y, si no son inmunes, se las puede vacunar. Los bebés con ictericia grave pueden tratarse con luces especiales (fototerapia). Las lesiones en la cabeza del bebé son una causa importante de parálisis cerebral en los primeros meses de vida y, las cuales, pueden evitarse transportando a los bebés en sillas especiales que se fijan al asiento trasero del auto. La vacunación periódica de los bebés ayuda a prevenir muchos casos de meningitis, otra causa de daño cerebral en los primeros meses. La mujer puede ayudar a reducir el riesgo de parto prematuro si recibe atención prenatal de forma temprana y periódica y si se abstiene de fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales.

Tradicionalmente se admite que son cuatro los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral:

- la fisioterapia,
- la terapia ocupacional,
- la educación compensatoria
- la logopedia
- la musicoterapia.

En este padecimiento intervienen muchos factores tanto en la etiología (causa) como en la evolución y pronóstico, de tal manera que el tratamiento siempre tendrá que ser individualizado. En términos generales el tratamiento incluye 3 elementos básicos:

- 1. Tratamiento conservador: Se trata fundamentalmente de un programa de fisioterapia por medio de técnicas de facilitación neuromuscular y propioceptiva, masoterapia, estimulación temprana, etc. y terapia ocupacional, supervisado por los especialistas en el área y con la activa participación de los padres o la familia del paciente.
- 2. Tratamiento farmacológico: Entre los medicamentos que se indican están los relajantes para disminuir los temblores y la espasticidad, y anticonvulsivantes para prevenir o reducir las convulsiones. La cirugía puede ser necesaria en algunos casos para liberar las contracturas en las articulaciones, las cuales son un problema progresivo asociado con la espasticidad. También puede ser necesaria para colocar tubos de alimentación y controlar el reflujo gastroesofágico.
- 3. Tratamiento quirúrgico: Está orientado principalmente a evitar, prevenir o minimizar las deformaciones articulares. Existen diferentes técnicas más o menos agresivas y con más o menos eficacia. Destaca por muy utilizada las tenotomías en la que se practican cortes en diferentes tendones, dependiendo del resultado a obtener. Es una intervención muy traumática y requiere

inmovilización posterior del paciente con un tiempo de recuperación prolongado.

- 4. Tratamiento con células madre: Los resultados de estudios con células madre del cordón umbilical llevan a muchos científicos a sugerir que una infusión de la sangre del cordón umbilical puede aliviar el daño al tejido cerebral, reducir la rigidez muscular y mejorar los síntomas relacionados con la movilidad en pacientes con parálisis cerebral.

Entre las posibles causas del nacimiento de niños con algún tipo de discapacidad o la adquisición de alguna de estas durante la primera infancia podemos encontrar: *El maltrato* a los niños que es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos, sin embargo es en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño (O.N.U. 1959), cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

La investigación norteamericana sitúa el comienzo de la sensibilización mundial cuando investigadores como Kempe, Silverman, Steele, y otros, en 1962 etiquetaron el llamado Síndrome del niño maltratado.

No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición es todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un abuso sexual. (NCCAN, 1988). Esta definición está en concordancia con la existente en el manual de psiquiatría DSM-IV.

Existen varios tipos de maltrato que son:

**El maltrato físico:** Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionados por adultos (padres, tutores, maestros,

etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, etc.

**La negligencia o abandono:** La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

**El maltrato emocional:** Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.

**El abuso sexual:** Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un niño. El maltratador habitualmente es un hombre (padre, padrastro, otro familiar, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia). Raramente es la madre, cuidadora u otra mujer conocida por el niño.

**Síndrome de Münchausen por poderes:** Consiste en inventar una enfermedad en el niño o producirla por la administración de sustancias y medicamentos no prescritos. Generalmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 3 años). Los signos y síntomas aparecen solamente en presencia de la madre (habitualmente el perpetrador del abuso), son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico. Este síndrome presenta una mortalidad entre 10-20%, y su impacto a largo plazo puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales y conductuales.

**Maltrato prenatal:** Definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, parto y repercuten en el feto. Tales como: rechazo del embarazo, falta de control y seguimiento médico del embarazo, negligencia personal en la alimentación e higiene, medicaciones excesivas o no prescritas, consumo de alcohol, drogas y tabaco, exposición a radiaciones, y otras.

**Maltrato institucional:** Consiste en cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño.

Cada uno de estos tipos de maltrato infantil presentan indicadores físicos y conductuales en el menor maltratado, así como indicadores conductuales y actitudes del maltratador, lo cual ayuda en su diagnóstico.

**Las causas del maltrato infantil:** Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984); el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores

en relación a los menores a su cargo (Larrance, 1983); el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil (Crittender, 1993); y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias (Hilson y Kuiper, 1994).

En la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal.

Existen en este modelo factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil. Entre los factores compensatorios se señalan: armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos sucesos vitales estresantes, intervenciones terapéuticas familiares, apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados, etc. Entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, disarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre o madre no biológico, madre o padre no protector, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc.

**Consecuencias del maltrato infantil:** Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc).
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos.

En escolares y adolescentes encontramos: fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal.

Diversos estudios señalan que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta.

Entre los precipitantes o causantes de las malformaciones o nacimiento de personas con capacidades especiales o alguna limitación esta: *El alcoholismo* que es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol.

Hasta el momento no existe una causa común conocida de esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo y las

evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad. Ello puede deberse, más que al entorno social, familiar o campañas publicitarias, a la presencia de ciertos genes que podrían aumentar el riesgo de alcoholismo. Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, facilidad para conseguir el alcohol y aceptación social del consumo de alcohol.

Entre las consecuencias que puede provocar un padre o madre con problemas de alcohol son: abortos espontáneos, mortalidad de la madre o hijo al nacer, malformaciones físicas, mentales, entre otras.

*El machismo* también puede provocar ciertas limitaciones ya que con ella viene una serie de maltratos ya sea físico, psicológico, verbal, sexual, irresponsabilidad con la pareja, falta de planificación familiar; entre otras. El machismo es el conjunto de actitudes y prácticas sexistas vejatorias u ofensivas llevadas a cabo contra las mujeres. El machismo engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y promover el mantenimiento de actitudes discriminatorias contra las mujeres. Algunos críticos consideran también machismo la discriminación contra hombres cuyo comportamiento, por ejemplo por tener una preferencia sexual homosexual, no es adecuadamente "masculino" a los ojos de la persona machista. (Real Academia Española 2010; Diccionario de la Lengua Española).

Tradicionalmente el machismo ha estado asociado a la diferenciación de tareas entre hombres y mujeres, y a la subordinación de las mujeres en muchas sociedades. En todas las sociedades que han existido, los hombres en general han tenido mayor poder y estatus que las mujeres. En las sociedades modernas, las actitudes machistas tratan de justificar la mayor comodidad, preponderancia y bienestar de los hombres.

En ese sentido, se considera que es fruto del machismo que el trabajo más reconocido o menos fatigoso sea asignado a los hombres. También es parte del machismo el uso de cualquier tipo de violencia de género con el fin de mantener un control emocional o jerárquico sobre ellas. De hecho, el machismo es considerado como una forma de coacción no necesariamente física, sino también psicológica, siendo esta forma de expresión protectora una discriminación, ya que se ven subestimadas las capacidades de las mujeres alegando una mayor debilidad.

Hoy en día el machismo está considerado como una opresión hacia el sexo femenino y una de las más importantes lacras sociales. El machismo no solo es causante directo de la violencia de género o violencia contra las mujeres, sino que a menudo lo es también de otros tipos de violencia doméstica.

El machismo, asimismo, castiga cualquier comportamiento que consideren femenino en los varones, lo que es la base de la homofobia. Ya que un comportamiento o preferencia sexual diferente de las que propugna típicamente el machismo, contribuye a diluir la diferenciación estereotipada del machismo.

En Guatemala el machismo ha sido un elemento de control social y explotación sexista. Algunos factores mencionados y que podrían ser causa de su continuidad serían:

- Leyes discriminatorias hacia la mujer.
  - Diferencia de tratamiento en el caso del adulterio: en algunas culturas, el adulterio, o el embarazo previo a la concertación del matrimonio son castigadas con la pena capital.
  - Necesidad del permiso del varón para realizar actividades económica.
  - Negación del derecho a voto o de otros derechos civiles.
- Educación machista desde las escuelas y la propia familia, por el cual el proceso de enculturación trata de justificar y continuar el orden social existente. Eso incluye consideración de valores positivos la sumisión al

marido, el matrimonio y la procreación como una forma preferente de autorrealización.

- Discriminación en el ámbito religioso, en países de predominio musulmán, en el cristianismo, en los ortodoxos judíos, en el hinduismo, etc. La Biblia contiene expresiones que son consideradas por algunas corrientes como machistas, por ejemplo, "la esposa de Noé", "las hijas de Lot", "la suegra de Pedro", las cuales son interpretadas como un indicio de posesión, lo cual se acentúa al no mencionar el nombre de estas mujeres del Antiguo Testamento.
- División sexista del trabajo, por el cual se prefieren a otros hombres en puestos decisorios. Originalmente la división sexista se fundamentó en la diferente capacidad física y muscular, en la que los hombres tenían ventaja comparativa; En cambio, en la sociedad actual la fuerza física perdió importancia, mientras que las capacidades intelectivas y las habilidades sociales fueron ganándola, lo que ha contribuido a la incorporación de muchas mujeres al trabajo asalariado. También se refiere a un pago de salario menor a las mujeres que a los hombres a cambio del mismo trabajo. El comportamiento sexista se debe a los prejuicios cognitivos de efecto Halo respecto a la fuerza, efecto de carro ganador, y a otros efectos como falsa vivencia por parte de los que quieren mantenerlo, que más tarde se convierten en falacias de apelar a la tradición, falacia por asociación y generalizaciones apresuradas.
- Los medios de comunicación y la publicidad sexista, al realzar ciertas conductas o modelos como siendo los más adecuados o típicos de las mujeres.
- Inseguridad: Este es un elemento a considerar. Algunos psicólogos han mencionado que si el hombre o mujer tienen baja seguridad personal pueden sentirse estresados y pueden reaccionar violentamente ante situaciones que consideran amenazadoras.

Entre otras causas de las limitaciones o discapacidades esta *La desnutrición* que es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Esta puede ser por parte de la madre o del

niño que de igual manera afecta el desarrollo de la persona. Puede ser primaria que también puede ser llamada desnutrición leve, o desnutrición secundaria, la cual si llega a estar muy grave puede llegar a ser otra patología como el cáncer o tuberculosis.

Los tipos de desnutrición que puede adquirir el niño, se los divide en cuatro grupos: El primero es cuando el pequeño presenta signos inflamatorios, de hinchazón en su abdomen, el segundo cuando presenta delgadez extrema, es decir superficie de la piel pegada a los huesos, la tercera una combinación de las dos anteriores, y el último grupo esta representado por los niños que lucen sanos y en su peso ideal pero a través de un examen de laboratorio (orina y sangre) se revela su estado de desnutrición.

Entre las diversas causas del nacimiento de personas con limitaciones también hay que tomar en cuenta el factor genético ya que la mayoría de veces los genes normales dominan a los que portan rasgos anormales; sin embargo, hay ocasiones en que el rasgo anormal se haya en un gen dominante. Cuando un padre tiene un gen dominante anormal y un gen normal recesivo y el otro padre tiene dos genes normales recesivos, cada uno de sus hijos tendrá una probabilidad de 50-50 de heredar el gen anormal. Debido a que el gen anormal es el dominante, cada hijo que lo recibe tendrá el defecto. Si un padre tiene dos genes anormales dominantes, es decir, si un padre es homocigótico para la condición, todos los hijos serán afectados.

Los defectos que se transmiten por herencia dominante tienen menos probabilidad de ser fatales a una edad temprana que los que se transmiten por herencia recesiva, ya que el defecto dominante que mata antes de la edad de la reproducción no se puede pasar a la siguiente generación y, por lo tanto, pronto desaparecerá.

Durante el proceso de ejercicio profesional supervisado se utilizaron varias estrategias de Abordamiento entre las cuales encontramos a la concientización que Paulo Freire en su libro "La Pedagogía del Oprimido" dice que se refiere al proceso mediante el cual los seres humanos, no como receptores, sino como sujetos de

conocimiento, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad socio cultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad para transformar dicha realidad.”

Este proceso de Concientización comprende:

1. Taller de Cambio: Actividad de sensibilización y preparación para el cambio. Desarrollo de los problemas típicos de resistencia que se presentan en este tipo de Proyectos y estrategias para solucionarlos y revertirlos a actitudes pro activas
2. Liderazgo y Motivación: Los niveles superiores de la Administración serán los encargados y responsables de promover, gestionar y encausar las expectativas de sus dependientes a fin de asegurar la actitud positiva hacia el nuevo paradigma.
3. Nuevo Paradigma Provincial: Tiene por objetivos proveer los conocimientos necesarios para comprender la lógica de la Tecnología de la Información y los componentes claves en los cuales se sustenta el nuevo paradigma.

Estas actividades se desarrollaran en dos niveles: formadores (personal especialmente seleccionado por su formación y/o capacidad docente que, luego de su proceso de capacitación, encarará tareas de capacitación programadas para otros niveles de la administración) y multiplicadores (personal especialmente seleccionado por sus capacidades de líder y/o comunicador que, luego de su proceso de capacitación, llevará adelante tareas de difusión y soporte a sus pares y colaboradores).

La “*capacitación*” es la educación profesional que busca adaptar al hombre para determinada empresa o desempeño de algún trabajo específico. Es un proceso educacional a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual personas aprenden conocimientos, aptitudes y habilidades en función de

objetivos definidos. Si bien es cierto que la capacitación no es el único camino por medio del cual se garantiza el correcto cumplimiento de tareas y actividades, si se manifiesta como un instrumento que enseña, desarrolla sistemáticamente y coloca en circunstancias de competencia a cualquier persona.

Bajo este marco, la capacitación busca básicamente:

- Promover el desarrollo integral de las personas involucradas, y como consecuencia el desarrollo de la sociedad.
- Propiciar y fortalecer el conocimiento técnico necesario para el mejor desempeño de las actividades.

*El trabajo integral* se puede entender como una actividad propia del hombre. También otros seres actúan dirigiendo sus energías coordinadamente y con una finalidad determinada. Sin embargo, el trabajo propiamente dicho, entendido como proceso entre la naturaleza y el hombre, exclusivamente humano. En este proceso el hombre se enfrenta como un poder natural, en palabras de Karl Marx, con la materia de la naturaleza. Al final del proceso del trabajo humano surge un resultado que antes de comenzar este proceso ya existía en la mente del hombre. Trabajo, en un sentido amplio es toda actividad humana que transforma la naturaleza a partir de cierta materia dada. La palabra deriva del latín *tripaliare*, que significa torturar, de ahí paso a la idea de sufrir o esforzarse, y finalmente de laborar u obrar. Entonces el trabajo integral es la actividad donde todas las personas que verán algún beneficio se involucran para conseguir el mismo objetivo.

*El grupo de autoayuda* consiste en el establecimiento de un lugar y un tiempo exclusivos para la reunión de un conjunto de personas unidas por una problemática común con el fin de ayudarse mutuamente y a sí mismos en la resolución de las situaciones derivadas de dicha problemática. Estas reuniones son periódicas y constituyen un entorno de intimidad en el cual sus miembros pueden hablar de asuntos que no hablarían en ningún o casi ningún otro ambiente. Existen dos tipos de

grupos de autoayuda: con un coordinador externo que podría ser un terapeuta o sin él.

En las sesiones de grupo las personas que participan encuentran en él:

1. Un lugar donde hablar de los temas y en los términos que no sienten que puedan hablar en sus casas o en otros ambientes. A menudo un lugar donde decir cosas “que no le dirían a nadie” o que nunca antes dijeron. Un espacio y un tiempo donde dar rienda suelta a su desahogo emocional. Este es el primer paso para que puedan decir también a sí mismos cosas que nunca antes se habían dicho y que les ayudarán en su camino de toma de conciencia y de toma de decisión para el cambio.
2. Un espejo. Este es un aspecto muy interesante que ofrece dos vertientes muy a tener en cuenta: a) Ni mi problema es único en el mundo ni es el peor, otros sufren tanto o más por motivos iguales o muy similares; b) Al verme en el espejo de los demás, mis afines, tomo distancia y conciencia de cual es verdaderamente la imagen que muestro. En el espejo puedo ver partes de mí mismo que antes no veía o que veía con dificultad.
3. Una perspectiva diferente. Descubro que la forma en que yo vivo lo que estoy viviendo no es la única opción posible. Otros, frente al mismo conflicto optan por respuestas diferentes de la mía que les resultan más eficaces o menos eficaces. También aprendo de los errores ajenos. Además ellos/as me ven diferente de cómo yo me veo

y me ofrecen sus visiones. Aprendo a escuchar y a mirar de otro modo. Esto se llama reencuadre.

4. El grupo se convierte en un cerebro colectivo dispuesto a diseñar estrategias, para la resolución de problemas, tanto colectivos como individuales. Estas estrategias estarán orientadas, no sólo a concebir cómo acceder al cambio, sino también qué hacer con él, ya que muchas veces es más difícil mantener una situación que acceder a ella. Por otra parte, como afectados directos son ellos/as quienes más fácilmente pueden percatarse de los aspectos y detalles que se requieren en el diseño de soluciones.
5. Una fuente de poder personal. Puesto que los sujetos aprenden, descubren, crean y desarrollan habilidades, se sienten más dignos y capaces para la vida en el mundo. Se liberan complejos. Saltan bloqueos que mantenían atrapado al individuo en un comportamiento cíclico. Es capaz de dar ideas y apoyo emocional puesto que el trabajo es de constante intercambio. Si obtiene un cambio, por ejemplo una abstinencia con respecto a la sustancia de la que dependía, su concepto de sí mismo también crece. Aumenta la autoestima.
6. Un entorno social. El mundo social del toxicómano se encuentra terriblemente limitado, cuando no desestructurado o inexistente. De un modo más manifiesto o más subyacente, el toxicómano es un marginal con problemas de aceptación e integración social. En el grupo de autoayuda es aceptado y se integra. Y ese es un punto de partida. Comúnmente ello induce a que, en un segundo momento, tras la primera fase de integración, la persona que se siente acogida por el grupo genere una dependencia con respecto al mismo. Esto es de lo más natural y, a poco que el coordinador se muestre mínimamente hábil, tal dependencia será transitoria y se reducirá a

una fase embrionaria del proceso. Ese núcleo social que supone el grupo también es el campo de pruebas para aprender a socializarse. La proyección al mundo exterior será también la tendencia natural en una fase posterior, después de haber perdido el miedo a los entornos que propiciaban el comportamiento inadaptativo y después de descubrir que hay otros perfectamente propicios en los cuales integrarse. Todo ello, claro está, si se han creado las condiciones económicas laborales necesarias para que tal integración sea posible.

*El Apoyo Emocional* que a criterio personal es uno de los elementos mas importantes en este trabajo ya que con el se logra establecer el lazo de comunicación y comprensión efectivos con las personas involucradas para elaborar de mejor manera los objetivos planteados y así colaborar con el desarrollo de estos niños. Esta estrategia se sirve de un conjunto de técnicas, como la Terapia Gestalt o la Psicología Humanista para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente. Su principal objetivo es acompañar a las personas a encontrar herramientas en ellas mismas con las que poder superar las diversas dificultades que se presentan en la vida: situaciones de estrés y ansiedad, falta de autoestima, autocontrol, superación de pérdidas afectivas, problemas familiares o de pareja, etc.

A través de la empatía y de la creación de un espacio de apoyo en el que la persona pueda escucharse a sí misma se produce el reconocimiento de sus potenciales y limitaciones. Así, puede verse de una forma holística, global, y comprender sus mecanismos y funcionamientos internos. Y de esta forma aceptarse y amarse tal y como es y lo que tiene. El Apoyo Emocional va dirigido a cualquier persona que esté interesada en realizar una mirada interior y recuperar la paz, la alegría y el equilibrio emocional en su vida.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la definición de González Rey la subjetividad expresa las diferentes formas de la realidad en *complejas unidades simbólico-emocionales*, en las que la historia del sujeto y de los contextos sociales productores de sentido donde se halla inserto son momentos *esenciales* en su constitución. Lo que hace, entonces, en su definición es articular todo: por un lado, la historia del sujeto y el contexto, que le va enviando estímulos que hacen que se tenga que redefinir. Y, por otro, lo emocional adquiriendo una entidad que antes no tenía.

“La subjetividad es la constitución de la psique en el sujeto individual e integra también los procesos y estados características a este sujeto en cada uno de sus momentos de acción social, los cuales son inseparables del sentido subjetivo que dichos momentos tendrán para él” (González Rey, 1997).

En la teoría del conocimiento, la subjetividad es: la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basados en el punto de vista del sujeto y por tanto influidos por los intereses y deseos particulares del sujeto. La propiedad opuesta es la objetividad, que los basa en un punto de vista intersubjetivo, no prejuiciado, verificable por diferentes sujetos.

Desde el punto de vista de la sociología la subjetividad se refiere al campo de acción y representación de los sujetos siempre condicionados a circunstancias históricas, políticas, culturales. (Hessen J., Teoría del Conocimiento pp 63-65).

Basándonos en los postulados de González Rey y su Psicología Social en cuanto a la subjetividad, podremos tener una visión general de los habitantes y así posicionarnos en el contexto social del pueblo Uspantanense.

Por lo que podemos identificar que la falta de educación general se justifica en el acontecer histórico de este pueblo ya que sucesos político-sociales han ido dejando secuelas en la subjetividad de las personas y la vida social que llevan en cuanto a que a la violencia política como en el caso del conflicto armado ha venido creando una opresión generalizada; que viene desde la conquista española ya que los pueblos como Uspantan han sido violentados, desplazados y hasta masacrados.

Por lo que la identidad de los habitantes de Uspantan es en un sentido casi nula en cuanto a que sus circunstancias no han sido favorables a que su cultura al menos se mantenga; ya que se observa la gran influencia de culturas extranjeras por su cercanía con México y también por la facilidad de migración ya sea a otros pueblos Guatemaltecos como a Estados Unidos. también el mismo hecho de la violencia política ha causado que los adultos-jóvenes, adolescentes y niños se muestren con actitud pasiva ante cualquier situación, hecho que hace que la ignorancia, rechazo y desinterés como por ejemplo, sobre las personas con capacidades diferentes es marcada, por lo que estas personas se ven con la limitación de no poder integrarse a la sociedad ya que son vistas sin un sentido humano.

Entre las consecuencias de lo mencionado podemos encontrar algunos aspectos en la subjetividad de sus habitantes desde lo familiar: donde encontramos Familias disfuncionales, Familias de escasos recursos, Familias extendidas, Patrones violentos de comportamiento, Indígenas y ladinos, Familias autoritarias, Abuso o abandono, Maltrato, Rechazo, Desinterés de los hijos hacia ellos, Olvido, Patologías físicas y desde lo social: Cero estimulación, Cero recreación, Atención a las necesidades esenciales, Rechazo y Miedo, poca atención acorde a las circunstancias de cada niños, así como la poca preparación referente a discapacidades de las personas que trabajan con los niños de la escuela.

UNICEF/SEGEPLAN (1991:49) afirman que: la problemática de la educación especial en Guatemala del total de personas discapacitadas en el país, solo un 2% son cubiertas por el sistema educativo. El 98% queda sin ser atendido.

Ya en 1962 en uno de los primeros estudios realizados para evaluar la situación de la educación especial, el Doctor Daniel C. McAlees (1962:1) hacia evidente esta situación al afirmar que: “cuando se analiza la educación especial en Guatemala, de inmediato se queda impresionado por el numero tan limitado de servicios existentes y por el estado embrionario de los mismos.

El estudio encontró que, en ese entonces, no se desarrollaba ningún programa ni se impartían clases especiales en ninguna escuela pública de educación primaria o secundaria y la mayoría de programas educativos eran de carácter institucional y residencial. Además se informo que el contenido de los programas de educación eran de naturaleza muy académica y tenían poca o ninguna relación con planes vocacionales.

Aunque en Guatemala esta realidad este cambiando el ministerio de educación aun no a fomentado de manera integral la educación especial en la capital y estos servicios son escasos o no existen en el interior del país.

Por lo que en la Villa de San Miguel Uspantan Quiche hace un año fue acreditada por el ministerio de educación la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús”; la cual ya venia funcionando desde hace 4 años pero no se había logrado obtener la acreditación como escuela publica de educación especial. Esta escuela se especializa en niños con capacidades diferentes desde la primera infancia, adolescencia y la adultez que es una meta a largo plazo; esta Escuela fue creada por iniciativa de una madre preocupada por la educación y desarrollo de su hijo; al plantear la idea encontró que los demás padres también tenían interés en darles una educación adecuada y porque no existe una orientación para que ellos puedan criar de una mejor manera, para poder darles las oportunidades necesarias, la atención y cuidados adecuados y también porque la población afectada está en considerable

crecimiento; a esto se agrega que no existe un análisis ni investigación profunda de las causas del nacimiento de estos niños, ya que se pudo observar que existe ignorancia en los pobladores respecto al tema; manifiestan estar preocupados pero aun así no le prestan atención o importancia que esto requiere.

Actualmente el alcalde municipal se ha interesado en la educación de estos niños y a través de su gestión se ha logrado contactar ayuda internacional pero estas instituciones se han dedicado a la infraestructura de la escuela y con el transporte escolar; que aun no se puede contar con el servicio pero esta dentro de los acuerdos de la obra, esta parte del gran proyecto y esta ayuda no se cuenta con el personal capacitado y material didáctico adecuado y es por ello que la participación de la Psicología en esta escuela es de suma importancia.

Entre las limitaciones o discapacidades que podemos encontrar están: Síndrome de Down, personas con dificultades auditivas, de visión, Discapacidades Físicas, Autismo, X frágil, parálisis cerebral; siendo estas las enfermedades mas comunes en la comunidad y por las que se requiere mucho trabajo, atención y colaboración de todas las personas del pueblo ya que estos niños pueden contribuir al crecimiento de la población Uspantanense.

Debido a la importancia de este problema y por la necesidad de encontrar solución y darle respuesta a las inquietudes y miedos de la población especialmente a los padres de familia afectados y maestras que laboran en la escuela es de suma importancia contar con ayuda psicológica en sus ramas clínica, educativa, educación especial y terapia ocupacional y recreativa tanto para los padres de familia, maestros, alumnos de la escuela y población en general ya que la enseñanza, el trato, la atención y la estimulación en casa como en la escuela debe de ser diferente para estos niños; también porque es necesario enseñarle a la población Uspantanense que muchos de estos problemas se pueden evitar teniendo la prevención primaria adecuada ya que se pudo observar que hay cierto rechazo hacia estos niños por desconocer la etiología de las discapacidades.

También se pudo observar en la comunidad que hay altos índices de alcoholismo, mal trato hacia la mujer, niveles de educación bajos o los padres no asistieron a la escuela, desnutrición, abandono, machismo y uniones entre parentescos cercanos; estos problemas se pueden considerar causantes de que la población con capacidades diferentes este en crecimiento y también causante de que los niños con estos problemas no tengan las oportunidades de educación, desenvolvimiento e inserción social que necesitan.

Antes de fundada la Escuela no se contaba con ninguna institución que brindara este tipo de ayuda, o que se interesara por la población afectada, ante dicha situación los padres manifiestan que no saben porque sus hijos son niños con capacidades diferentes, que no se les ha brindado información al respecto y los que tienen información es muy poca y no muy clara, también manifiestan que no están conformes con su condición de padres expresándole a los niños rechazo, mal trato, desigualdad con los demás hijos, sobreprotección, culpa; pero estas son unas de las consecuencias por la falta de información, concientización y sensibilización que los padres tienen. También existe la dificultad que las maestras no son especialistas en la enseñanza-aprendizaje y estimulación requerida por lo que se considera necesario capacitar, orientar sensibilizar y concientizar para que brinden la atención y trato adecuado; también se pudo observar que los expedientes de los niños no están completos; esto impide darle el seguimiento adecuado a cada caso así como dificulta el trabajo de las maestras ya que no existe un control detallado de los progresos y estancamientos, como abordarlos y disminuir los mismos.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Propiciar la sensibilización, capacitación y el proceso de concientización en los padres de familia y maestras de los alumnos de la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” sobre las problemáticas, tipo de reforzamiento y estimulación que cada uno de los niños necesita, para formar un trabajo integral en beneficio de cada uno de ellos.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar orientación a los padres de familia de los alumnos de la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” para que colaboren con la educación, desarrollo y crecimiento de sus hijos.
- Brindar orientación a las maestras de la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús” para el mejor desempeño de su trabajo y la enseñanza-aprendizaje adecuada para cada caso.
- Crear los expedientes psicopedagógicos de cada alumno; para que con ellos se logre un mejor seguimiento y control de los progresos de cada niño.
- Promover un trabajo integral entre las maestras y padres de familia; para la colaboración recíproca en la búsqueda del crecimiento y atención de los niños.
- Investigar las causas que provocan el nacimiento de niños con capacidades diferentes en Uspantan Quiché; para propiciar las medidas de prevención primaria necesarias.

### CAPITULO III

#### MARCO METODOLÓGICO DE ABORDAMIENTO

El ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en la Villa de San Miguel Uspantan, Quiche ; durante ocho meses de inserción en la Escuela de Educación Especial “Ángeles de Jesús”, y para la realización del mismo se utilizó como base la investigación cualitativa que es un modelo que requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, se basa en la toma de grupos pequeños de personas, dicho en otras palabras es la observación de grupos de población reducidos, en este caso se tomaron los salones de clases donde se observó el comportamiento de los niños, también se tomaron como referencia a los padres de familia con los que se realizó una entrevista para obtener de ellos su punto de vista, información básica de sus hijos, la dinámica familiar y el sentir y pensar de cada uno y así brindarles orientación respecta a su papel de padres de niños con capacidades diferentes. Debido que la investigación cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes se ha considerado que este tipo de investigación fue el adecuado para este proceso.

Para poder llevar a cabo las actividades se utilizó la investigación-acción esta metodología es uno de los intentos de resumir la relación de identidad necesaria para

construir una teoría que sea efectiva como guía para la acción y producción científica, que esté estrechamente ligada a la ciencia para la transformación y la liberación social y también se utilizó la investigación participativa esta es una metodología que permite desarrollar a los investigadores un análisis participativo, donde los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones y en la transformación social. Además se debe tomar en cuenta, que la investigación acción; nos permite tener contacto con los integrantes que habitan en cualquier comunidad, ya que ellos son los perjudicados en cuanto a los problemas que allí se presentan. Lewin determina en la investigación-acción tres etapas del cambio social: descongelamiento, movimiento, recongelamiento. El proceso consiste en:

1. Insatisfacción con el actual estado de cosas.
2. Identificación de un área problemática;
3. Identificación de un problema específico a ser resuelto mediante la acción;
4. Formulación de varias hipótesis;
5. Selección de una hipótesis;
6. Ejecución de la acción para comprobar la hipótesis
7. Evaluación de los efectos de la acción
8. Generalizaciones.

Lewin esencialmente sugería que las tres características más importantes de la investigación acción moderna eran: Su carácter participativo, su impulso democrático y su contribución simultánea al conocimiento en las ciencias sociales.

Para poder llevar a cabo todas las actividades que se realizaron se les pidió a los padres de familia y maestras que comunicaran los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permaneciera abierto a una discusión crítica y pudiera ser trasladado efectivamente a la práctica; para ello, un currículo debe estar basado en la praxis. Para poder lograr y cumplir con todos los objetivos planteados con los niños de la escuela se realizaron observaciones dentro del salón de clases,

en su ambiente social y en el ambiente familiar; esto ayudo a tener un panorama amplio sobre el comportamiento y desarrollo, también se les aplicaron pruebas psicométricas que se adaptaran a cada uno según sus necesidades y aptitudes y las que ayudaron a determinar el coeficiente intelectual, con los padres se realizó el inicio del proceso de concientización para que pudieran expresar, compartir y utilizar los patrones de crianza adecuados para sus hijos. También se programaron sesiones mensuales con el objetivo de capacitarlos sobre las discapacidades, los derechos y obligaciones constitucionales, informarlos sobre los avances de sus hijos, así como también de las problemáticas que se presentaban en la escuela y las soluciones que se tenían, y donde se les dio la oportunidad y el espacio para expresar sus dudas, sentimientos y sugerencias. También se realizaron entrevistas a los padres para poder recabar información general de los niños y así lograr determinar las causas del problema, también se les brindo capacitación a las maestras de la Escuela para formar o complementar los folders psicopedagógicos ya que ellos nos permiten tener un mejor control de los avances, necesidades, crecimiento y aptitudes de cada niño y así facilitar el trabajo y tipo de metodología que se debe de usar en cada niño ya que la enseñanza debe ser personalizada.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Aún cuando las instituciones con las cuales se hacen los convenios becarios para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) presentan un perfil en el cual la misión, visión y objetivos están enfocados a la población, es difícil encontrarse y trabajar conjuntamente ya que en este caso los objetivos la misión y visión de la escuela aun no estaban determinados ni delimitados, las autoridades esperaban que la Epesista llegara y creara los objetivos, misión y visión así como también esperaban que en menos de 2 meses tuvieran diagnósticos, plan de tratamiento y la capacitación necesaria para las maestras y padres de familia, fue necesario explicarle a la directora que todo era un proceso y que muchas cosas no se iban a lograr en 8 meses, incluso muchos de sus planes iban a dar resultado en uno o mas años. A partir de ahí fue necesaria una reevaluación de las actividades que se pretendían realizar y acoplarse a las posibilidades y escasas herramientas con las que se contaban.

Después de realizada la observación se empezó a hacer el reconocimiento del salón designado dentro de la escuela; como no se contaba con material, ni juguetes se empezó a hacer un listado con lo que podría utilizarse durante el proceso. Desde el principio fue necesaria la revisión de los expedientes existentes para orientarse y asignar cita individual tanto a los padres como a los niños. Estas citas duraron los 8 meses de trabajo. En las primeras sesiones con los padres se les realizo la primera entrevista y la anamnesis infantil la cual dio un panorama mas amplio de la salud física y mental de los niños.

Cuando se realizo la observación se lograron plantear objetivos que en el camino fue necesario modificarlos para lograr adaptarse y cubrir las necesidades de las maestras y de los padres de familia ya que para ellos la atención individual Psicológica no es de prioridad; por lo que este objetivo se trabajo solo con unos cuantos padres y madres que si lo creían necesario pero que a la larga durante las sesiones se manifestaron como problemas prioritarios los personales y no los que se referían a la aceptación e interés por brindarles mejor atención y educación al hijo que presenta alguna limitación o discapacidad. Entre los problemas personales de los padres se encontró: la culpa que se manifestaba en descuido del niño, abandono o sobreprotección del mismo, la depresión, baja autoestima, pobreza, problemas con la pareja, abandono de la pareja, analfabetismo, violencia intrafamiliar donde la madre regularmente había sido la victima tanto por sus padres como ahora del esposo o pareja y ahora es la victimaria; se observó que estas problemáticas marcan la vida del padre o madre afectado y esto se reflejó muchas veces en el patrón de crianza utilizado con sus hijos. Los talleres que se trabajaron con los padres de familia fueron: derechos y obligaciones constitucionales, sustentado con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia y la Constitución de la Republica de Guatemala, en esta actividad se pudo observan evidente desconocimiento de dichas leyes las cuales las protegen, ayudan o condenan según sea el caso; en algunas madres se observó interés por saber mas del tema, en otras madres miedo ya que pudieron haberse sentido señaladas y otras que no les provocó ninguna reacción, también se trabajo con el grupo de padres de los niños sordos en el cual se les oriento sobre la condición de sus hijos y se les brindaron las técnicas utilizadas en la escuela para la enseñanza-aprendizaje adecuada para personas con dificultad auditiva y sordera para que ellos en casa aprendieran a utilizarlos y lograr comunicarse con facilidad y mejor comprensión, durante las sesiones que se tenían con ellos muchos manifestaron sentirse mas seguros ya que tanto ellos como sus hijos se comprendían mejor y se les facilitaban o se les hacia posible entablar charlas entre ambos. Esta estrategia se evidencio en el cambio de los niños sordos en su comportamiento e interacción ya que cuando se les facilito expresarse con sus padres empezaron a tener mejor relación con ellos.

Con los padres y maestras se utilizaron los talleres tanto educativos como de información general y de temas que a las maestras como a los padres les era de interés. El modelo didáctico *taller educativo* permite la solución de problemas y llevar a cabo tareas de aprendizaje complejas. Está dirigido a encontrar soluciones innovadoras a problemas de la práctica y la investigación. Las tareas de aprendizaje o los problemas suelen estar acordados con los participantes, al comenzar el taller, o los participantes están informados con anticipación por los organizadores. Durante el taller se especifican las tareas de los participantes y se decide si deben trabajar en pequeños grupos.

*La Fase de iniciación*, en que los iniciadores fijan el círculo de invitados y delimitan el marco teórico y la organización;

*La Fase de preparación*, los organizadores informan a los participantes sobre el proyecto y las diferentes tareas (o metas de aprendizaje), exigen los aportes y, si corresponde, que sean enviados los materiales para su preparación;

*La Fase de explicación*, se presenta a los participantes un esquema de los problemas que enfrentarán o de las tareas, y los productos que trabajarán. Se forman grupos de trabajo y se asignan los recursos necesarios;

*La Fases de interacción*, los grupos de trabajo trabajan en la formulación de soluciones o la preparación de productos, se consulta a expertos sobre la información disponible, se utilizan herramientas y se formulan soluciones o propuestas;

*La Fase de presentación*, los grupos de trabajo presentan sus soluciones o productos, se discuten y, si es necesario, se someten a prueba;

*La Fase de evaluación*, los participantes discuten los resultados del taller y sus perspectivas de aplicación, evalúan sus procesos de aprendizaje y sus nuevos conocimientos, terminan las actividades finales, y finalmente formulan, preparan y presentan un informe final.

Con las maestras se realizó una observación en el aula así como una entrevista informal para determinar cuanto conocimiento tenían sobre las problemáticas tratadas en la escuela. Con esta estrategia se empezó a cumplir con el objetivo de capacitar al personal docente. También se les pidió una entrevista individual de los alumnos que tenían ya que es necesario el punto de vista docente para determinar el abordaje Psicológico a plantear para cada alumno. También fue necesaria la intervención individual con una maestra ya que sus problemas personales empezaron a afectar su desenvolvimiento laboral. Se realizaron diferentes talleres durante todo el proceso los cuales fueron solicitados por la directora de la escuela; los que se impartieron fueron: la motivación del maestro y su importancia en el aula, con esta estrategia se empezó a propiciar una reflexión sobre las razones por las cuales estaban en la escuela, si en verdad la experiencia iba a ser la deseada y también se utilizó para fomentar la seguridad e importancia en ellas mismas como docentes de educación especial ya que es necesario su buen desempeño, amor al trabajo, dedicación y paciencia para lograr los resultados esperados en cada niño, la autoestima como herramienta personal; la cual sirvió como una autoevaluación y como conocimiento personal, la musicoterapia se utilizó como técnica de relajación y para compartir momentos personales e individuales, realización del FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) respecto a su desempeño laboral ya que se observó desmotivación en las actividades que se realizaron; con esta estrategia se realizó la reflexión sobre su desempeño y evaluación del trabajo en equipo, los demás temas de interés y capacitación para maestras fueron cubiertos con otra actividad la cual se describirá más adelante.

En el transcurso del Ejercicio Profesional Supervisado se le brindó atención individual a los niños y se utilizó la terapia de juego sustentada con el libro de Terapia de Juego

de Virginia Axline (1983, pág. 189) donde dice que: “la terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas. Esta puede ser directiva en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar y no directiva donde el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir”; en algunos casos se utilizó la directiva y en otros la no directiva ya que cada niño es diferente y a algunos se les dificultaba ser expresivos y carecen de iniciativa, timidez e imaginación durante el juego; se les preguntaba que querían jugar y respondían “no se” o “si a todo”, por lo que fue necesaria la inducción en el juego según el objetivo que se quería lograr en la sesión; también se puede decir que la timidez es causa de sus limitaciones ya que muchos de ellos se les dificulta hablar claramente o expresarse con libertad ya sea por problemas de habla específicos o por asociación y pensamiento lógico lento.

También se utilizaron las artes para lograr la expresión artística; con esta técnica se logro que los niños se desarrollaran según su creatividad, imaginación y con total libertad de expresión; la cual fue la que mejores resultados dio con los niños Síndrome de Down y Sordos ya que las artes permiten la libre expresión sin importar lo que la persona quiera exteriorizar.

Con los niños sordos se utilizaron los talleres, los cuales fueron discutidos con la maestra de grado para proporcionarle apoyo y brindarle a los niños temas que fueran de su interés y crecimiento personal. Los talleres que se impartieron fueron: Higiene Personal, ya que la mayoría de ellos están entrando a la adolescencia y es necesario orientarlos sobre su cuidado personal, Las Profesiones y Los Oficios que se abordaron para que los alumnos se orientaran sobre sus intereses y capacidades laborales para optar a un futuro empleo acorde a sus capacidades y limitaciones y también para sondear sus interese para organizar con INTECAP capacitaciones, Adiestramiento y Maduración Mental las cuales son hojas de trabajo que ayudan al alumno en su razonamiento lógico, atención y memoria visual y Manualidades las cuales ellos podrían utilizar como medio de trabajo ya que lo enseñado puede ser

vendido. En este caso no se lograron realizar todos los talleres planificados ya que los niños tienden a faltar con frecuencia y habían días en que tocaba el taller y no se presentaban a la escuela por diversas razones entre las cuales estaban que los varones preferían ir a trabajar porque se los remuneraban y las mujeres se quedaban en casa realizando oficios domésticos para ayudar a la madre.

Para cubrir todos los temas de interés y aprendizaje de las maestras se organizó una jornada Psicológica que se llamo “Discapacidades USAC-USPANTAN 2010” la cual fue necesario el contacto con el departamento de carreras técnicas específicamente con la carrera de Educación Especial en la cual se encontró todo el apoyo necesario tanto por la Licenciada como por los compañeros; dicha actividad consistió en capacitación sobre las discapacidades en la cual participaron tanto maestras de la escuela como maestras y maestros de otras instituciones educativas y también algunos padres de familia. Los temas que se abordaron fueron: Discapacidad Física, Parálisis Cerebral, Espina Bífida, Esclerosis Múltiple, Epilepsia, Discapacidades Musculoesqueléticas: Artritis Reumatoide Juvenil, Insuficiencia en los Miembros, Distrofia Muscular, Escoliosis y el programa de Glen Doman.

Con los alumnos se aplicaron pruebas específicas las cuales ayudaron a realizar los diagnósticos requeridos por la directora al principio del año y lo cual es para ella lo mas importante. Las pruebas aplicadas fueron: Cunningham, EPP que evalúa el área de Psicomotricidad, Bender y Beta III. (ver anexos)

La actividad duró 2 días en la cual se pudo observar la satisfacción tanto del personal docente y administrativo, como de los invitados y padres de familia atendidos y respecto a las evaluaciones se realizaron mas de las que se tenían planificadas ya que algunos padres al enterarse de la actividad llegaron por primera vez a la escuela.

Durante el proceso fueron surgiendo inconvenientes los principales fueron el poco material con que se contaba para realizar con mejor eficacia el trabajo, se realizaron contactos con diferentes organizaciones no gubernamentales y una de las cuales

estuvo dispuesta a brindar el material solicitado pero no se pudo llevar a cabo ya que la fundación que dono la construcción de la escuela y la organización no gubernamental con la que se realizó el contacto tienen problemas personales e institucionales por lo que se tuvo que desistir de pedir el material para no crear mas problemas dentro de las instituciones, también se realizaron contactos con INTECAP Quetzaltenango para integrar a los niños sordos y a las madres de familia a sus programas de capacitación lo cual solo se logro llegar a realizar el contacto y revisar los distintos programas que ofrecen ya que la directora no le dio tramite debido a que las prioridades de este año fueron otras pero que se retomara la organización en el siguiente año. Se realizaron contactos con la Epesista odontóloga del Hospital de Uspantan para que tomara en cuenta a los alumnos de la escuela en su programa de trabajo y con ella se logro la colaboración de odontología de Fundabien para que ahí fueran atendidos los casos difíciles ya sea por ser necesario utilizar anestesia como también por ser casos médicos delicados.

En los 8 meses de trabajo se fueron recaudando juguetes y material didáctico para crear un archivo en el salón de Psicología y que se contara con lo primordial para ejercer y realizar las actividades para los futuros epesistas o profesionales que tengan la oportunidad de trabajar en la escuela tengan una base de donde empezar.

También se utilizó la terapia individual que es el conjunto de tratamientos dirigidos a aliviar o curar una enfermedad, un síntoma o la sintomatología asociada. En psicología y psiquiatría se distinguen las terapias biológicas (psicofármacos, terapias electroconvulsivas y psicocirugia) y las psicológicas, entre las que se encuentran las cognitivo-conductuales o terapias de la conducta, las psicoterapias de grupo, las de rehabilitación psicosocial, las derivadas del psicoanálisis, etc.

Se había planteado el objetivo de formar grupos de autoayuda en los cuales los padres y madres pudieran expresarse y ayudarse mutuamente; pero no se logro realizar debido a la falta de interés en participar voluntariamente, así como opinar y exponer sus preocupaciones o dudas, lo que se logro realizar fue una introducción

sobre la comunicación con símbolos para los padres de niños sordos, los cuales fueron los que mas apoyaban y participaban en las distintas actividades que se realizaron.

En el objetivo de investigación solo se logró recopilar información que se fue captando en las entrevistas realizadas pero ningún resultado comprobable medicamente ya que no se cuenta con ayuda económica para realizar las pruebas necesarias y así obtener una aproximación a las posibles causas del nacimiento de tantos niños con capacidades diferentes en Uspantan. Los posibles predisponentes son: alto índice de alcoholismo tanto por parte del padre como de la madre en algunos casos, la desnutrición de la madre y por ende del recién nacido, en las aldeas acostumbran a casarse entre familiares cercanos (primos, tíos), la falta de control prenatal y la poca preparación de las comadronas ya que al momento del nacimiento los niños sufrieron asfixia perinatal o no hubo llanto espontaneo y esto provoca falta de oxígeno en el cerebro lo cual tiene como consecuencia convulsiones que a su vez afecta el desarrollo de las capacidades básicas durante el crecimiento.

Para lograr promover el trabajo integral entre las maestras y los padres y madres de familia se insistió, motivo y recalco en cada sesión realizada la importancia del trabajo en equipo así como la importancia de la participación en todas las actividades que se realizaron para que con ello los niños se sintieran apoyados y percibieran el interés por parte de los padres y de las maestras.

Entre otras dificultades que se encontraron durante la elaboración del informe final del Ejercicio Profesional Supervisado fue el nombre final del proyecto ya que al inicio el proyecto se llamaba “concientización, sensibilización y capacitación para padres de familia de la escuela de educación especial “Ángeles de Jesús” de la villa de San Miguel Uspantan Quiche” luego se cambio por “concientización, sensibilización y capacitación para padres de familia y maestras de la escuela de educación “Ángeles de Jesús” de la Villa de San Miguel Uspantan Quiche”; cuando se inicio con la recopilación de datos finales se pensó que el nombre adecuado es “Proceso de

concientización, sensibilización y capacitación para padres de familia y maestras de la escuela de educación especial “Ángeles de Jesús” de la Villa de San Miguel Uspantan Quiche 2010”. Se determino como titulo final ya que en las actividades realizadas se inicio el proceso de todas las técnicas e instrumentos que se pueden realizar y utilizar en la escuela.

Como parte de la inclusión social se conto con el apoyo de la municipalidad y la coordinación departamental de educación ya que ambas instituciones incluyeron en las actividades culturales y educativas a los alumnos de la escuela y así demostrarle al pueblo Uspantanense de todo lo que los niños son capaces de lograr y que se les puede exigir y esperar igual que a los niños de educación regular y también para que los alumnos se sintieran parte activa de las diferentes actividades recreativas de su pueblo.

Durante los 8 meses de Ejercicio Profesional Supervisado fue necesaria la participación de la epesista en las diferentes actividades educativas y festividades del pueblo de Uspantan las cuales fueron:

FEBRERO	MAYO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
- Día del Cariño - Carnaval -Participación en el taller “Atención a Niños/as con Capacidades Diferentes, impartido por la Psicóloga del Hospital de Uspantan.	-Participación en el desfile de la Feria Patronal.	-Celebración del Primer Aniversario de la Escuela.	-Inauguración de la Escuela. - I Encuentro para Profesionales de Educación Especial; impartido por Fundación Madrazo.	-Desfile por Celebración de la Independencia Patria. -1ra maratón por los Ángeles de Jesús organizada por el Banco de Desarrollo Rural BANRURAL.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

- La realización del ejercicio Profesional Supervisado (EPS) es una experiencia muy enriquecedora, tanto a nivel teórico, práctico y personal, ya que se adquieren los conocimientos necesarios para el desarrollo profesional.
- Las actividades realizadas fueron de gran beneficio para conocer el tema de las discapacidades y así enriquecer el conocimiento adquirido durante los años de aprendizaje de la carrera de Psicología.
- Las discapacidades en Guatemala aun no han tomado el rumbo adecuado ya que se evidencia la poca atención y educación especial en el interior del país.
- La multiculturalidad es un factor limitante para el desarrollo de las personas con capacidades diferentes ya que sus creencias hacen que las personas no colaboren con las instituciones que pretenden darles una mejor condición de vida.
- La desnutrición, las familias numerosas y la unión entre parientes cercanos son los factores que mas influyen en el nacimiento de niños con limitaciones físicas y mentales.
- Los padres y madres de familia no tienen conocimiento sobre sus derechos y obligaciones respaldados e impuestos por la Constitución de la República de Guatemala.
- A través de las actividades realizadas por la escuela en las que se involucro al pueblo Uspantanense se logró la sensibilización, concientización e interés para los niños y niñas con capacidades diferentes.

- Las maestras de la escuela “Ángeles de Jesús” mostraron durante el año un interés genuino tanto por capacitarse sobre las discapacidades como también ser parte del cambio en la vida de los niños con capacidades diferentes.
- Los objetivos planteados al inicio del proceso de EPS fueron de mucha utilidad ya que a partir de ellos se logro una orientación del programa a realizar y así hacer una orientación de las actividades que requería la escuela y que pretendía la Epesista.
- Se observo rechazo en la mayoría de los padres y la consecuencia de esto fue la poca disposición que mostraron en los programas que se realizaron donde se les oriento sobre la educación mas adecuada para sus hijos.

## RECOMENDACIONES

### A la Escuela “Ángeles de Jesús”

- Que se le de seguimiento a los casos captados durante el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado para que los avances no se pierdan y los resultados obtenidos sigan lográndose.
- Es necesaria la participación en los años futuros de egresistas de las carreras técnicas de Educación Especial y Terapia Ocupacional y Recreativa.
- Es necesario integrar al grupo de docentes y personal administrativo a trabajo social para darle seguimiento a los casos especiales referentes a escasos recursos, ayuda económica, etc.
- La contratación de catedráticas especializadas en educación especial o que estén capacitadas y orientadas con el tema de las discapacidades.
- Mantener y establecer contactos con instituciones y fundaciones con mas experiencia en discapacidades para logran ayuda económica y de trabajo multidisciplinario en beneficio de la escuela y de los alumnos. Como por ejemplo: Fundabien, Prociegos y sordos de Guatemala, entre otras.

### A los padres de Familia

- A seguir apoyando a sus hijos, informarse y perder el miedo respecto al tema de las diferentes discapacidades.
- A la Universidad San Carlos de Guatemala que establezca contacto con instituciones gubernamentales y no gubernamentales a fin de crear posibilidades de integrar esfuerzos, interinstitucionales e interdisciplinarios, en el desarrollo de programas para prevenir y tratar el problema psicosocial de las discapacidades en Guatemala.

- A la Escuela de Psicología que continúe motivando a sus estudiantes a la realización del ejercicio profesional supervisado ya que por medio del mismo se adquieren tanto conocimiento de la realidad nacional como de su labor como profesional dentro de las comunidades.
- Al Departamento de Práctica de la Escuela de Psicología que promuevan la realización del Ejercicio Profesional Supervisado.
- Al Departamento de Carreras Técnicas de la Escuela de Psicología para que promuevan la realización del Ejercicio Técnico Supervisado.
- A los futuros epeistas que realizarán una exploración en este tema tomar en cuenta los valores y creencias que tiene el personal profesional con el cual van a colaborar, así como también la experiencia personal de cada una/o de ellas/os en torno a las discapacidades.

## BIBLIOGRAFIA

- Monografía del Municipio de Uspantan, Municipalidad de Uspantan
- "Síndrome X Frágil. Libro de consultas para familias y profesionales." Dir: M<sup>ª</sup>Isabel Tejada (Pta.Asoc.GIRMOGEN). Edita: Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2006. NIPO: 214-08-002-0 Copia gratuita en PDF
- Yolanda de Diego Otero y col. "Síndrome X Frágil y discapacidad mental hereditaria". Edita: Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid 1999. NIPO: 351-99-005-2.
- Freire Paulo, Sobre la acción cultural, Santiago de Chile, Icirra, 1969
- Freire Paulo, Pedagogía del Oprimido, Siglo XXI, Buenos Aires, 1995.
- González Rey, Fernando Luis. "Investigación Cualitativa en Psicología" Rumbos y Desafíos. Editorial Thomson. México. 2000
- Martin-Baro, Ignacio. Acción e Ideología. UCA Editores. 4<sup>a</sup> Edición. San Salvador. 1990.
- Papalia. Diane E, Et/Al, Psicología del Desarrollo, Cap 2,; Formación de una nueva vida: Concepción, herencia y ambiente. 8va. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 2001.
- Constitución Política de la República de Guatemala, Guatemala, C.A. 2,002.
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Congreso de la Republica de Guatemala, Septiembre 2,004.
- Arce Wantland Silvya y García de Zelaya Beatriz. Retraso Mental. Guatemala. Editorial Piedra Santa. 1997.
- Axline Virginia M., Terapia de Juego, Editorial Diana USA, 1983.
- Heernandez Sampieri Roberto, Metodología de la Investigación. 3ra Edición. Editorial McGraw Hill. 2003.
- Enlaces: Medicine - Cerebral Palsy : Article by Ari S Zeldin. Psicopedagogía.com. [www.wikipedia/machismo.org](http://www.wikipedia/machismo.org).

**ANEXOS**

## ANÁLISIS DE PRUEBAS APLICADAS

### Test Cunningham

Esta prueba consiste en 7 sub test.

Nombre	Punteo Obtenido	C.I
Marvin	39	38
Manuel	47	37
Argelio	51	40
Feliciano	35	84
Naedelyn	27	51
Mildred	61	52
Erick	42	33
Senovia	33	31
Zaira	41	32
Miguel Ángel	49	38
Rosario	51	60
Magdalena	35	30
Juan Carlos	31	89
Joseline	63	95
Pedro	54	43
Giovani	55	44
Heidy	44	35
Juan	43	34
Ana María	34	31
Rosa María	19	31
María Elena	32	31
María Yaneth (BETA III)	16	61

**EPP** esta prueba consiste de 8 subpruebas que evalúan el área de psicomotricidad

**Dady: Punteo total obtenido: 33 de 70** en el área de locomoción presenta dificultad para caminar de puntillas, sobre una línea recta, se le dificulta subir las gradas alternando los pies. En el área de posiciones se sienta en el suelo pero se le dificulta cruzar las piernas. En el área de equilibrio se le dificulta mantener el equilibrio al estar sobre un pie, caminar sobre una tabla. En el área de coordinación de las piernas se le dificulta saltar de una altura de 35 cm., salta cuerda, saltar hacia atrás. En el área de esquema personal no lo reconoce en sí mismo ni en otros.

**Magdalena: Punteo Total Obtenido: 47 de 70.** en el área de locomoción se le dificulta caminar en una línea recta y correr alternando el movimiento de piernas y brazos. En el área de posiciones se le dificulta mantenerse de rodillas y sentarse en el suelo con las piernas cruzadas. En el área de

equilibrio se le dificulta mantenerse en un pie, mantenerse en una tabla con ambos pies, se le dificulta caminar sobre una tabla hacia delante y hacia atrás. En el área de coordinación de piernas se le dificulta saltar de una altura de 40 cm. En el área de coordinación de brazos se le dificulta rebotar la pelota dos veces, se le dificulta tomar la bolsita de semillas con la mano. En el área de esquema corporal, se le dificulta identificar su lateralidad, derecha e izquierda.

**Naidelyn: punteo total obtenido: 47 de 70.** a través de esta prueba se pudo evidenciar que presenta una adecuada locomoción y posición. En el área de equilibrio se le dificulta mantenerse sobre una tabla y caminar sobre ella. En el área de coordinación de piernas realiza con alguna dificultad los saltos, saltar cuerda, saltos con ritmo. En el área de coordinación de manos la niña no pudo realizar la prueba. En el área de esquema corporal se le dificulta el reconocimiento de las partes del cuerpo, se le dificulta identificar su lateralidad derecha - izquierda.

**Edgar Arturo: punteo total obtenido: 16 de 70.** en el área de locomoción camina con alguna dificultad, caminar hacia atrás, de lado, no camina de puntillas, se le dificulta caminar en línea recta, correr alternando los brazos y piernas. En el área de posiciones, se le dificulta mantenerse en cuclillas, sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, en el área de equilibrio, no realizo ninguno de los ítems de esta sub prueba, lo cual evidencia que esta área es la más afectada. En el área de coordinación de piernas es capaz de realizar saltos, no realizo los ítems saltar de una altura, saltar una cuerda, saltar avanzando, saltar hacia atrás. En el área de coordinación de brazos es capaz de lanzar y atrapar la pelota con dos manos, no realizo el ítem de tomar una bolsa de semillas con una mano. En el área de esquema corporal, no realizo ninguno de los ítems, evidenciando con esto que no identifica las partes de su cuerpo, ni su lateralidad.

**Rosa María: punteo total obtenido: 59 de 70.** en las áreas de locomoción, posición, equilibrio, coordinación de brazos, realizo todos los ítems correctamente, sin evidenciar ninguna dificultad. En el área de coordinación de piernas se le dificulta realizar saltos. En el área de coordinación de manos no realizo ninguno de los ítems. En el área de esquema corporal, es capaz de reconocer bien sus manos, pies, cabeza, piernas y brazos. Se le dificulta identificar la derecha e izquierda, en sí mismo y en otros.

**Ana María: punteo total obtenido: 54 de 70.** en el área de locomoción es capaz de realizar la mayoría de ítems, aun se le dificulta caminar de puntillas y correr alternando el movimiento de brazos y piernas. En el área de posiciones es capaz de mantenerse en cuclillas, de rodillas, se sienta en el suelo con las piernas cruzadas con dificultad. En el área de equilibrio es capaz de mantenerse sobre un pie sin ayuda, se le dificulta andar sobre una tabla alternando los pasos, caminar hacia adelante y hacia atrás, mantenerse en un pie con los ojos cerrados. En el área de coordinación de piernas es capaz de

saltar de una altura de 40 cm. Realizo con dificultad los ítems de saltar cuerda, saltar más de 10 veces, saltar avanzando. En el área de coordinación de brazos es capaz de lanzar una pelota con dos manos y tomar una bolsa de semillas con una mano,. Se le dificulto tomar la pelota cuando se le lanza y rebotar la pelota. En el área de coordinación de manos, no realizo ningún ítem. En el área de esquema corporal, es capaz de conocer las partes del cuerpo en sí mismo y en otros. Se le dificulto identificar derecha - izquierda.

**Joseline:** obtuvo un punteo de 66 pts. sobre 70 pts. en el área de locomoción, posición, coordinación de brazos y esquema corporal realizo satisfactoriamente cada ítem de esas áreas. Las áreas en las que se evidencio dificultades para realizar algunos de los ítems de equilibrio, coordinación de piernas. Estas dificultades son debidas a problemas físicos que Joseline presenta.

**Juan Carlos:** Obtuvo un punteo de 61 pts. Sobre 70 pts. En las áreas de locomoción, posiciones, equilibrio, coordinación de brazos, realizo satisfactoriamente todos los ítems. En el área de coordinación de piernas evidencio dificultad al saltar mas diez veces avanzando de lugar, y saltar hacia atrás. En el área de esquema corporal es capaz de conocer sus manos, pies, cabeza piernas y brazos en sí mismo. Se le dificulta el reconocimiento de derecha e izquierda en sí mismo y otros.

**Giovanni:** Obtuvo un punteo de 17 sobre 70 pts. Es un adolescente que presenta una parálisis hemipléjica en sus miembros inferiores. Utilizando para su movilidad un andador. Por el cual se tomo en cuenta los ítems que pudo realizar de manera autónoma y con ayuda. Su habilidad es con las manos. Esta prueba evalúa aspectos motores gruesos, por lo que la mayoría de ítems Giovanni no los pudo realizar.

**Abner:** obtuvo un punteo de 15 sobre 70 pts. Mostro dificultad en el área de locomoción y posición al caminar hacia atrás, de lado, caminar sobre una línea recta, subir escaleras, correr alternando el movimiento de brazos y piernas, mantenerse de rodillas y sentarse en el suelo con las piernas cruzadas. En el área de equilibrio se mantiene sobre un pie con dificultad, y no realizo ningún otro ítem de esta área. En el área de coordinación de piernas no realizo ninguno de los ítems como saltar. En el área de coordinación de brazos es capaz de lanzar la pelota utilizando las dos manos, y tomar la pelota con las dos manos. en el área de esquema corporal no tiene conciencia de su esquema corporal ni en sí mismo, ni en otros

**Miguel Ángel:** obtuvo un punteo de 45 sobre 70 pts. En el área de posición y locomoción realizo adecuadamente los ítems evaluados en estas áreas, evidencio dificultad en la ejecución de subir escalera alternando los pies. En el área de equilibrio se le dificulta mantenerse sobre un pie, andar sobre una tabla, mantenerse sobre un pie con los ojos cerrados. En el área de

locomoción de piernas se le dificulto saltar de una longitud de 35 a 60 cm. Saltar cuerda, saltar con ritmos, saltar avanzando. En el área de coordinación de brazos, lanza la pelota con las dos manos, se le dificulto la ejecución de coger la pelota con las dos manos, rebotar la pelota y coger una bolsita de semillas con la mano. En el área de esquema corporal es capaz de reconocer la partes del cuerpo que se le indicaban en sí mismo y en otros, no pudo realizar el ítem de tocar su rodilla derecha con su mano izquierda. Se le dificulta la ubicación derecha e izquierda.

**Rosario: obtuvo un punteo de 49 sobre 70 pts.** Es en área de locomoción fue capaz de realizar adecuadamente la mayoría de ítems, se le dificulto correr alternando el movimiento de brazos y piernas. En el área de posiciones se realizo satisfactoriamente todos los ítems. En el área de equilibrio, se mantiene sobre el pie derecho e izquierdo sin ayuda con alguna dificultad. En el área de coordinación de piernas, realizo adecuadamente la mayoría de los ítems, se le dificulto saltar 10 veces con ritmo. En el área de coordinación de brazos, realizo todos los ítems correctamente. En el área de esquema corporal se evidencio dificultad para reconocer las partes de su cuerpo en sí mismo y en otros. Se le dificulta diferenciar derecha e izquierda.

**María Fernanda: Obtuvo un punteo de 14 sobre 70 pts.** En el área de locomoción es capaz de realizar 2 de los 7 ítems que evalúa, se le dificulta caminar hacia atrás. En el área de posiciones se mantiene en cuclillas con dificultad y mantenerse de rodillas. En el área de equilibrio se le dificulta mantenerse sobre un pie, andar sobre una tabla. En el área de coordinación de piernas, no realizo ninguno de los ítems a evaluar. En el área de coordinación de brazos es capaz de lanzar con las dos manos una pelota y tomar una bolsita de semillas con una mano, se le dificulto tomar la pelota con las dos manos. en el área de esquema corporal no realizo ninguno de los ítems a evaluar.

**Jorge Alexis: Obtuvo un punteo de 13 sobre 70 pts.** En el área de locomoción es capaz de caminar sin dificultades, subir escaleras alternando los pies, presento alguna dificultad para caminar de lado, se le dificulta caminar hacia atrás, caminar de puntillas, caminar en una línea recta, correr alternando el movimiento de piernas y brazos. En el área de posiciones se le dificulto mantenerse de rodillas. En el área de equilibrio se mantuvo sobre una tabla con ambos pies. Se le dificulto mantener el equilibrio con un pie. Andar sobre una tabla. En el área de coordinación de piernas no realizo ninguno de los ítems. En el área de coordinación de manos es capaz de tomar una bolsita de semillas con una mano. En el área de esquema corporal no realizo ninguno de los ítems.

**Antonio: Obtuvo un punteo de 10 sobre 70 pts.** En el área de locomoción es capaz de caminar sin dificultad, caminar de lado y correr alternando los brazos y piernas. En el área de posiciones es capaz de sentarse en el suelo con las piernas cruzadas. Las demás áreas de la prueba no pudieron ser aplicadas debido a problemas conductuales que presenta el niño.

**Jordan: Obtuvo un punteo de 5 sobre 70 pts.** Solo realizo 1 subprueba de las 8 que esta evalúa. Fue el área de locomoción camina sin dificultad. Camina hacia atrás y de lado y sobre una línea recta con dificultad.

**BENDER**

Nombre: Zaira Melinda 10 Años.

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>10 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	10 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 5 Altamente Sig.:----- 3	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 5 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Nombre: María Elena 11 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>16 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	16 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 9 Altamente Sig.:----- 5	

CUALITATIVOS:

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 6 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite crítico a la edad: 9 Min.

Nombre: Abner 8 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>21 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	21 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 12 Altamente Sig.:----- 7	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 3 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Observación: El niño no estuvo dispuesto a realizar la prueba, solo hizo rayas y las que intento hacer bien se demoro y no las logro hacer bien. Con los ILC se deberá pensar en un LCI

Nombre: Ana María 11 años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>21 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	21 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 0 Significativos:----- 11 Altamente Sig.:----- 10	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 6 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite crítico a la edad: 8 Min.

Nombre: Heidy 12 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>10 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	10 Puntos	5 Años y 6 Meses A 5 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 1 Significativos:----- 8 Altamente Sig.:----- 1	

CUALITATIVOS:

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 6 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo dentro de lo normal a la edad: 5 Min.

Nombre: Joseline 7 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>3 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	3 Puntos	8 Años y 6 Meses A 8 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 0 Significativos:----- 3 Altamente Sig.:----- 0	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 1 año / 1 año y medio ARRIBA de la norma, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en lo normal a la edad: 5 Min

Nombre: Juan 13 Años.

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>6 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	6 Puntos	7 Años y 0 Meses A 7 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 1 Significativos:----- 3 Altamente Sig.:----- 2	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 5 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite crítico a la edad: 8 Min.

Nombre: Luis Giovanni 13 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>15 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	15 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 9 Altamente Sig.:----- 4	

CUALITATIVOS:

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 7 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Nombre: Magdalena 12 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>13 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	13 Puntos	5 Años y 6 Meses A 5 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 1 Significativos:----- 9 Altamente Sig.:----- 3	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 6 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Nombre: Manuel Argelio 11 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>8 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	8 Puntos	6 Años y 6 Meses A 6 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 4 Altamente Sig.:----- 2	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 4 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite normal a la edad: 5 Min.

Nombre: Mariano 10 años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>12 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	12 Puntos	5 Años y 6 Meses A 5 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 6 Altamente Sig.:----- 4	

CUALITATIVOS:

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 4 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Nombre: Marvin Daniel 10 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>13 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	13 Puntos	5 Años y 6 Meses A 5 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 8 Altamente Sig.:----- 3	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 4 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite inferior a la edad: 4 Min.

Nombre: María Yanette 17 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>9 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	9 Puntos	6 Años y 0 Meses A 6 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 0 Significativos:----- 4 Altamente Sig.:----- 5	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 11 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

Nombre: Miguel Angel 10 años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>16 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	16 Puntos	5 Años y 0 Meses A 5 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 2 Significativos:----- 10 Altamente Sig.:----- 4	

CUALITATIVOS:

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 5 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

OBSERVACIONES: El niño realizo la prueba utilizando hoja por dibujo.

Nombre: Mildred 13 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>6 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	6 Puntos	7 Años y 0 Meses A 7 Años y 5 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 1 Significativos:----- 3 Altamente Sig.:----- 2	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 6 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite crítico a la edad: 8 Min.

Nombre: Pedro Raymundo 14 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

**CUANTITATIVO:**

<b>TOTAL</b>	<b>3 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	3 Puntos	8 Años y 6 Meses A 8 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 0 Significativos:----- 3 Altamente Sig.:----- 0	

**CUALITATIVOS:**

Por medio de los resultados obtenidos se evidencia que la edad mental grafo perceptiva está 5 años por debajo de lo esperado, además debe de tomarse en cuenta el valor significativo de los indicadores de Lesión Cerebral.

El tiempo de realización estuvo en el límite crítico a la edad: 8 Min.

Nombre: ROSARIO 8 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>10 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	10 Puntos	5 Años y 6 Meses A 5 Años y 11 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 02 Significativos:----- 05 Altamente Sig.:----- 03	

Nombre: Antonio 8 Años

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS DE ELIZABETH KOPPITZ, Cuyo objetivo es: Medir la Edad Mental Grafo Perceptiva (EMGP) y brindar Indicadores de Lesión Cerebral (ILC).

CUANTITATIVO:

<b>TOTAL</b>	<b>0 Puntos</b>	
<b>E.M.G.P.</b>	0 Puntos	0 Años y 0 Meses A 0 Años y 0 Meses
<b>I.L.C.</b>	Comunes:----- 0 Significativos:----- 0 Altamente Sig.:----- 0	

CUALITATIVOS:

No se pudo obtener la edad mental grafo perceptiva e indicadores de lesión cerebral porque no se pudo calificar su dibujo (hizo muchas líneas unas encima de otras).

**PLAN DE DESARROLLO DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS BÁSICAS PARA  
EL APRENDIZAJE ESCOLAR**

ÁREA	PROGRAMA QUE LO ESTIMULA	
<b>PSICOMOTRICIDAD</b>	<b>Neuronet</b>	
Marcha	Glenn Doman	
Equilibrio	Circuitos Sensoriales	
Esquema corporal	Programa de motricidad fina y gruesa	
Conciencia del espacio gestual	Neuronet	
Conocimiento corporal	Glenn Doman	
Estructuración espacial	Circuitos Sensoriales	
Estructuración temporal	Programa de motricidad fina y gruesa	
<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>Circuitos Sensoriales</b>	
Percepción de formas	257-265	
Memoria visual	Neuronet	
Percepción auditiva (ritmo)	Neuronet /276-278	
Percepción Táctil	Circuitos Sensoriales	
<b>LENGUAJE</b>	<b>Neuronet/ Programa Estimulación Lingüística</b>	
Desarrollo del sistema fonológico		
*Labios		
*Mejillas		
*Lengua		
*Soplar, etc.		
Expresión oral		
*Juegos creativos		
*Experiencias planeadas		
*Narración		
*Títeres		
<b>PENSAMIENTO</b>	<b>Neuronet/ Programa de Mabel Condemarin</b>	
Plan de desarrollo		
*Expresión verbal del juicio lógico		
--Verdadero- falso		
--La negación		
*La conjunción		
*La disyunción		
*Uso de cuantificadores		
*Función simbólica		
--Imitación diferida		
--Juego simbólico		
--Imagen mental		

**PROGRAMA  
CIRCUITOS SENSORIALES**

El presente esquema está elaborado en forma gradual, de tal forma que se comienza con las actividades más sencillas, para terminar con las más complejas. Así que el niño o la niña pasarán a la siguiente actividad cuando ya hayan podido realizar la anterior.

TIEMPO	ACTIVIDADES #1	ACTIVIDADES #2	ACTIVIDADES #3	ACTIVIDADES #4	ACTIVIDADES #5	ACTIVIDADES #6
2 min.	Columpiarse, mientras se le canta.	Hamaqueársele acostada boca arriba, mientras se le canta.	Hamaqueársele acostada boca abajo, mientras se le canta.	Desplazarse con la patineta boca arriba.	Desplazarse con la patineta boca abajo.	
2 min.	Darle vueltas en el columpio, mientras se le canta.	Darle vueltas en una silla giratoria mientras se le canta.	Darle vueltas agarrada de las manos.	Que logré ella sola dar las vueltas parada.	Que de vueltas, sin calcetas en la alfombra.	Que de vueltas sin calcetas en la garma.
2 min.	Que salté en el trampolín tomada de las manos del terapeuta.	Que salté en el trampolín tomada de dos pajillas.	Que salte sola en el trampolín.	Que salte en el trampolín, poniéndose las manos en la cintura.	Que salte en el trampolín siguiendo el ritmo con sus palmas.	Saltar según los sonidos que escucha. Que pueda hacer payasitos.

2 min.	Cantar canciones que tengan que ver...	Con orientación y esquema corporal. Mientras saltamos dentro de las aulas	Hacer ritmos juntas, con diferentes objetos.	Bailar según el ritmo de la melodía.	Seguir con nuestro cuerpo el ritmo.	Jugar a las sillas musicales.
2 min.	De rollitos con presión y cara tapada, luego hacerla rodar con la toalla	Que ella solita se enrolle en la toalla.	Rodando sin la toalla, sin calcetas y en la alfombra, siguiendo un ritmo.	De rollitos con presión y cara tapada, luego hacerla rodar con la toalla, en la grama.	Que ella solita se enrolle en la toalla. Estando en la grama.	Rodando sin la toalla, sin calcetas y en la grama.
2 min.	Arrastre envuelta en una toalla. Sobre la alfombra	Arrastre envuelta en una toalla. Sobre la grama	Aprendiendo a gatear sobre la alfombra.	Jalando peso al gatear con manos y pies.	Desplazamiento del área de la alfombra a la grama gateando (o viceversa).	Gateando sobre la grama.
2 min.	Sentada en la pelota, sosteniéndola por delante, y hacerle rebotar	Sentada en la pelota, sosteniéndola por detrás, y hacerle rebotar	Sentada en la pelota, rebotando ella sola.	Sentada en la pelota, con brazos extendidos. Sosteniéndole los brazos	Sentada en la pelota, con brazos extendidos. sosteniéndole el tronco.	Sentada en la pelota, con brazos extendidos, ella sola.

2 min.	Con el estómago sobre la pelota balanceándose en ella, deteniéndose con sus manos y sus pies. Con ayuda.	Con el estómago sobre la pelota balanceándose en ella, deteniéndose con sus manos y sus pies. Sin ayuda	Vuelta de gato hacia delante y hacia atrás sobre la pelota con ayuda	Primero hacer 10 abdominales. Luego vuelta de gato hacia delante y hacia atrás sobre la alfombra con ayuda.	Primero repetición de abdominales. Vuelta de gato hacia delante y hacia atrás sobre la alfombra sin ayuda.	Vuelta de gato hacia delante y hacia atrás sobre la grama sin ayuda.
2 min.	Jugar a sostener una pelota, adelante, atrás, izquierda y derecha, con el cuello viendo al frente.	Jugar a sostener una pelota, con el cuello viendo a la derecha y luego a la izquierda.	Jugar a sostener una pelota, con el cuello viendo a la derecha y luego a la izquierda. Haciendo sentadillas.	Tirando la pelota grande en la alfombra con la cabeza.	Tirando la pelota pequeña en la alfombra con la cabeza	
2 min.	Columpio para tranquilizar	Columpio para tranquilizar	Columpio para tranquilizar	Columpio para tranquilizar	Columpio para tranquilizar	Columpio para tranquilizar
2 min.	Cepillado y	Compresión	De las	Articulaciones		
1 min.	Amase, aplaste y despegue la plasticina con diferentes materiales.	Que pellizque la plasticina. Sacando e introduciendo objetos de está.	Que saqué y meta diferentes cosas de un recipiente a otro.	Que lancé a diferentes distancias, diferentes materiales tratando de meterlos en cajas o bolsas.	Que recoja objetos tirados y los deposite en su lugar.	Que identifique por forma o por color, en que recipiente meter cada uno de los objetos que se

						le darán..
1 min.	Hilar cuencas	Hilar botones	Jugar luchitas de pulgares con la mano derecha			
1 min.	Succionar agua con diferentes pajillas	Succionar jugo y compotas con diferentes pajillas	Soplar agua con diferentes pajillas. Apagar el fuego de las velitas. (en diferentes direcciones, adelante, izquierda derecha)	Hacer burbujas de jabón.	Soplar hasta hacer bombitas en compotas o jugos.	Que inflé globos.
1min	Tirados en el piso, soplar bolitas de papel.	Con la linterna señalar que bolita de papel soplar	Que sople la bolita de papel ,en una dirección determinada.	Que sople la bolita en una línea recta.	Que siga la luz de la linterna soplando la bolita de papel	Sin mover la cabeza, pueda seguir la luz de la linterna.

## ***PROGRAMA NEURONET***

Con la utilización de este programa podemos reforzar las áreas de atención - concentración, lenguaje, ritmo, coordinación y organización de los niños. A continuación se detalla un listado de ejercicios que se deben de realizar todos los días.

### **Ejercicio No.1 Saltos de payasos (por pasos)**

- El niño coloca sus manos sobre la cintura. abre y cierra las piernas. Realiza los saltos por un minuto.

La terapeuta cuenta la meta es que alcance 52 saltos en un minuto

- El niño se coloca en una posición, donde solo deben integrar los brazos. Sube y Bajo brazos, tocando hoja. Con las manos pegadas al cuerpo la terapeuta sostiene una hoja sobre la cabeza del niño y él deberá tocarla con ambas manos. la terapeuta cuenta, la meta es 52 en un minuto.
- Nota: Cuando el niño logre integrar (abrir y cerrar piernas. Y subir y bajar los brazos.) Se hacen los saltos de payasos con los dos pasos anteriores.

**Ejercicio No. 2** Se necesitan 4 bancos pequeños que no sean mayores de 30 cm. De largo.

- El niño debe subir con los dos pies alternando. Y bajar de igual manera. El terapeuta y el niño deben decir: "Sube sube, Baja".

**Ejercicio No. 3 Vueltas de Gato. Se necesita una colchoneta.**

- La terapeuta cuenta cuantas vueltas de gato da en un minuto.

**Ejercicio No. 4 Sentado en los bancos.**

- El niño se sienta en un banco con los pies sobre el suelo. Y delante de él se coloca otro banco. Doble toca ambos pies al banco de adelante, después toca el suelo. La terapeuta dice: "toca, uno, toca, dos, toca, tres.... Hasta 26.

**Ejercicio No. 5**

- Parado en el suelo, toca la punta del pie al banco, con unas pesas en la mano. (botellas con arena) Realizando patrón cruzado. La terapeuta dice: Toca, uno, toca, dos, toca, tres..... hasta 26.

### **Ejercicio No. 6**

- Sube en el banco, después toca mano de la terapeuta, después baja, después toca mano.  
La terapeuta dice: "A- mami, B- Mami, C- Mami....hasta la Z.

### **Ejercicio No. 7**

- Camina del gato.  
El niño se coloca en posición de gato, choca la mano con la terapeuta.  
Patrón cruzado. La terapeuta dice: "A- choca, B- choca, C- choca....hasta la Z.

### **Ejercicio No. 8**

- Marcha. Parados sobre el piso, marchan y dicen uno, aplauden - uno.  
Marchan - dos, aplauden - uno Hasta 2

**PROGRAMA DE MOTRICIDAD FINA Y GRUESA**

Destrezas	Objetivo	Actividades	Recursos
Lanzar y atrapar la pelota	Que el paciente logre dirigir y coordinar los movimientos de sus brazos y manos hacia dentro.	Sentados en el suelo, frente a frente, con las piernas abiertas, haciendo contacto con las plantas de los pies; jugar a tirar y atrapar la pelota, (el tamaño de la pelota ira en progresión de grande a pequeño).	Humanos.  Materiales: Pelotas de diferentes tamaños.
		Sentado el piso, colocar un recipiente con pelotas a la par, y otro frente al niño. Pedirle que saque las pelotas del recipiente e intente lanzarlas al otro. (el tamaño de la pelota ira en progresión de grande a pequeño, igual que los recipientes).	Pelotas y recipientes de diferentes tamaños.
		Jugar boliche.	Pelotas, y pinos de boliche (o frascos de de plástico).
		Tragabolas.	Tragabolas
		Que el paciente sostenga una bolsa o un recipiente, mientras el terapeuta intenta lanzar las pelotas e introducirlas. Luego cambian de actividad.	Recipientes, bolsas plásticas pelotas.
		Siempre en progresión (de lo más grande a lo más pequeño), jugar a lanzarle la pelota al	Pelotas de diferentes

		paciente, para que este logre atraparla.	tamaños.
Llenado y vaciado		Que el paciente saque de una e una las pelotas de un recipiente y las meta en otro. Se comenzará utilizando pelotas que quepan en su mano, y poco a poco se irá disminuyendo el tamaño de las mismas.	Pelotas pequeñas y recipientes en donde meterlas.
		Utilizando dos recipientes (uno lleno y otro vacío) con diferentes materiales, como arena, frijoles, arroz y harina, el paciente deberá llenar y vaciar, primero con una taza, luego con cucharas y cucharones de diferentes tamaños.	Recipientes, tazas, cucharas y cucharones de diferentes tamaños.
		Se realizará la misma actividad, pero con líquidos, se utilizarán también tazas, cucharas y cucharones, pero se incluirá el uso del embudo y del gotero.	Recipientes, tazas, cucharas y cucharones de diferentes tamaños, embudo y gotero.
		Sobre la mesa se tiran dos tipos de granos diferentes, y se colocan dos frascos vacíos, al niño se le pide que en cada frasco eche un tipo diferente de grano.	Recipientes y diferentes clases de granos.
Encajar y desencajar		Con los diferentes juegos que ya existen en la clínica, que persiguen el desarrollo de esta destreza.	El pulpo, la pesca, el caracol

		Con una bola de plastilina, jugar al tesoro escondido. Dentro de la bola de plastilina, introducir objetos pequeños como cintos, para que el niño los saque. También se puede hacer al revés, permitiendo al niño que él sea quien introduzca en la plastilina.	Plastilina, cintos, ganchos, piedritas.
Hacer y deshacer nudos.		Darle al niño un objeto, que a él le guste, ensartado en una cuerda, que tenga un nudo fácil de deshacer de tal forma que él tenga que deshacerlo para obtener el objeto. Esto se puede hacer con diferentes tipos de cuerda, desde una muy gruesa y grande hasta una delgada y pequeña.	Diferentes tipos de cuerda y objetos que llamen la atención del paciente.
		La terapeuta le dará al paciente las bolsas que contienen el material, amarradas de tal forma que él deba de desamarrarlas.	Las bolsas con los materiales, amarradas.
		Con las bolsas que se tienen con agarradera, enseñarle al niño a realizar nudos sencillos, en progresión hasta llegar a la realización de una gaza o moña.	Bolsas plásticas con agarradera.
		Amarrar y desamarrar sus zapatos	Sus zapatos y correas.
Movimiento de pinza.		Primero el terapeuta colocará, alrededor de un bastidor ganchos de ropa del tamaño usual;	Bastidor y ganchos de ropa del tamaño

		siendo el paciente quien deberá de quitarlos sin arrancarlos.	usual.
		Cuando ya el paciente sea capaz de realizar la anterior actividad, entonces se le pedirá que se él quien coloque los ganchos en el bastidor.	Lo mismo.
		Cuando ya sea capaz de hacerlo, se hará la misma actividad utilizando diferentes tipos de ganchos, pequeños, delgados con forma etc.	Lo mismo pero los ganchos variarán en tamaño, grosor y forma.
		Atando una cuerda de 90 cm. De largo entre dos sillas, jugar a poner y quitar (abriendo y cerrando) ganchos de ropa	Lazo, dos sillas y ganchos de diferentes tipos y formas.
		En un lazo adecuado para el paciente, enseñarle a tender y bajar su ropa del lazo.	
Ensartar.		Siempre siguiendo la progresión de lo más grande a lo más pequeño, ensartar cuencas	Cuencas y cordones de diferentes tamaños.
		Jugando con un zapato extra, a colocarle la correa.	Zapato y correa
Martillar		Con una especie de martillo o mazo, deshacer	Martillo o mazo y diferentes

		galletas, dulces etc. Sobre una mesa.	materiales que se puedan deshacer.
		Aplastar bolas de plasticina sobre la mesa. Siempre guardando la progresión grande - pequeño.	Martillo o mazo y plasticina.
		Jugar a realizar diferentes ritmos con un tambor.	Tambor y baquetas.
Aplanar, apachar		Con un rodillo, también sobre una mesa, aplanar diferentes materiales como plasticina, arcilla, masa etc.	Rodillo, plasticina, masa, arcilla.
		Cuando ya esté plana la masa, que el niño apache sobre ella, diferentes moldes con diferentes figuras, y logré desprenderlos sin deshacerlo.	Moldes.
Moldear		Con plasticina, arcilla o masa, jugar con el niño a realizar diferentes figuras.	Plasticina, masa y arcilla.
Abotonar y desabotonar.		Primero utilizando el cubo que se encuentra en la clínica. Luego utilizando prendas de vestir reales que pertenezcan al niño.	Cubo y prendas de vestir.
Abrochar y desabrochar.		Se realizará la misma actividad.	Lo mismo.
Levantar y meter.		Utilizando el juego de madera de aros, que se	Juego de madera

		tiene en la clínica, se le pedirá al paciente, que saque los aros, primero agarrándolos desde arriba, luego con la palma de la mano hacia arriba, empujándolos. Luego deberá de sacarlo solo con movimiento de pinza.	de aros de colores.
		Utilizando el mismo juego, se le pedirá al paciente que meta los aros, uno por uno. Primero dejándolos caer, luego sosteniéndolos con toda la mano, para terminar sosteniéndolos solo con movimientos de pinza.	Lo mismo.
Coordinación derecha izquierda		Utilizar el laberinto de cuencas que se encuentra en la clínica	Laberinto de cuencas



**Doña Indira Renee Cienfuegos Melgar**

**ha asistido al**

**I ENCUENTRO  
PARA PROFESIONALES DE  
EDUCACIÓN ESPECIAL**

**- 8 horas lectivas -**

**Celebrado en San Miguel Uspantán,**

**el 12 de Agosto de 2010 en la**

**Escuela de Educación Especial**

**Ángeles de Jesús**

Fdo.: Lda. Rocío Bermúdez

Área Proyectos Fundación Madrazo



Fdo.: Dr. Manuel Contreras

Coordinador General Fundación Madrazo



Fdo.: Julissa Figueroa

Directora Escuela *Ángeles de Jesús*



Fdo.: Ing. Víctor Hugo Figueroa

Alcalde Municipal S. Miguel Uspantán

**LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL "ANGELES DE JESUS"  
Y LA PSICOLOGA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MIGUEL USPANTAN**

OTORGA:

LA PRESENTE CONSTANCIA DE PARTICIPACION EN EL TALLER  
"ATENCION A NIÑOS/AS CON CAPACIDADES DIFERENTES"

A:

INDIRA RENEE CIENFUEGOS MELGAR

**REALIZADO EN LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA EL DIA 15 DE FEBRERO  
DEL 2010**



Aracely Castillo  
Psicóloga



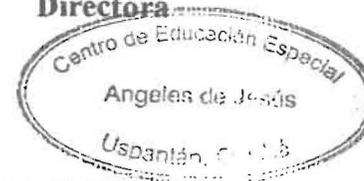


Vo. Bo. PEM Nicolás Chirry  
CTA Distrito 14-15-24





Vo. Bo. Julissa Figueroa  
Directora



GUATEMALA, VILLA DE SAN MIGUEL USPANTAN, QUICHE.



**La Universidad de San Carlos de Guatemala**

Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado EPS

Otorga el presente

Diploma a:

Por haber participado en el curso impartido en la Escuela de Educación Especial "Ángeles de Jesús" "discapacidades USAC-USPANTAN 2010"

Villa de San Miguel Uspantan, Quiché 7 y 8 de julio del 2010

---

Lic. Edgar Cajas Mena

Supervisor EPS

---

Licda. Silvia Guevara de Belteton

Coordinadora General de Carreras Técnica

---

Indira Renee Cienfuegos Melgar Alumna Epesista 2010

**LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ANGELES DE JESUS  
Y LA PSICOLOGA DEL ESTABLECIAMIENTO HACE ENTREGA DE:**

CONSTANCIA DE PARTICIPACION EN EL TALLER PARA MAESTRAS

"LA MOTIVACION Y LA AUTOMOTIVACION"

**A:**

**REALIZADO EN LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA EL DIA 15 DE FEBRERO DEL  
2010**

---

**INDIRA CIENFUEGOS  
PSICÓLOGA**

---

**VO. BO. PEM. NICOLAS CHIROY G.  
CTA DISTRITO 14-15-24**

---

**VO. BO. JULISSA FIGUEROA  
DIRECTORA**