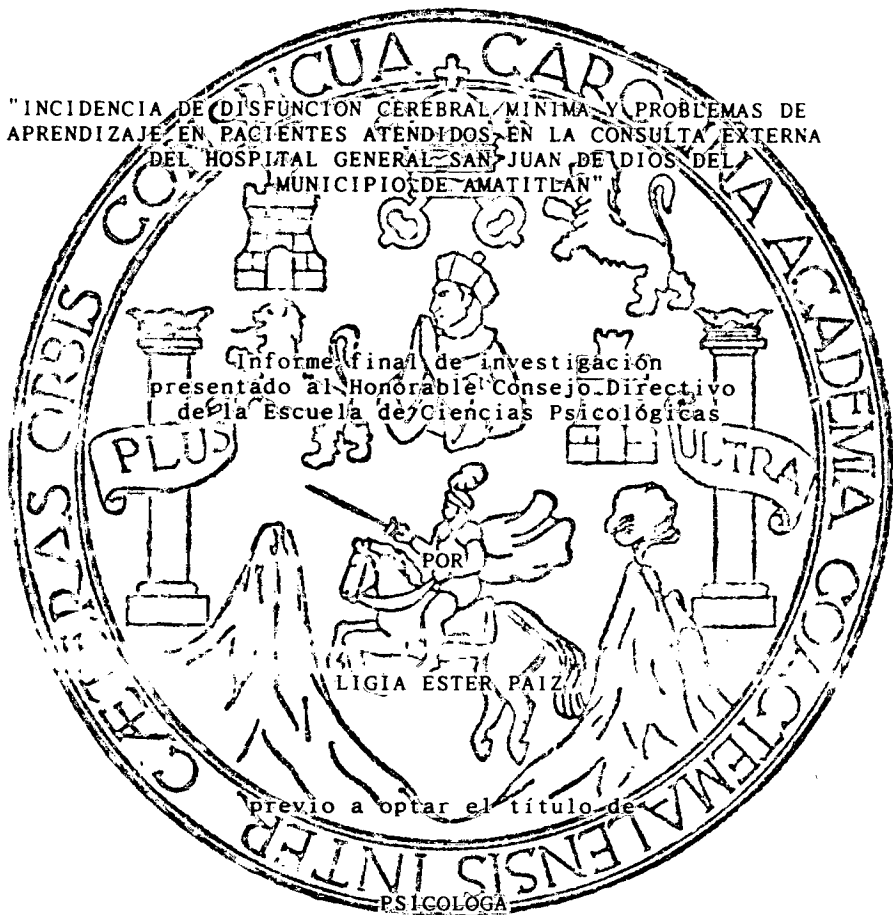


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



En el grado académico de Licenciatura

Guatemala, Junio de 1996
PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
13
T(843)

TRIBUNAL EXAMINADOR

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

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

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodriguez
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO "M-6, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 740790-94 Y 740980-84
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Académico
Depto. EPS.
archivo

REG. 2616-95

CODIPs: 231-96

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
EPS.

Junio 20 de 1996

Señorita Estudiante
LIGIA ESTER PAIZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO PRIMERO (11o.) del Acta DIECIOCHO NOVENTA Y SEIS (18-96) de Consejo Directivo, de fecha 6 de junio del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "INCIDENCIA DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

LIGIA ESTER PAIZ

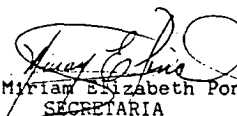
CARNET No. 87-17372

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Rios y revisado por el Licenciado Luis Cifuentes Cantó.

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

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



E. P. S. 070/96

13 de mayo de 1,996

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"

CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12

TELÉFONOS: 760790-94 Y 760988-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que el Licenciado Roberto Mazariegos, procedió a la **asesoría y supervisión** del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado de la estudiante **ALICIA ESTER PAIZ**, con número de carnet: 8717372, denominado: "**INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLÁN**".

Así mismo el Licenciado Luis Cifuentes Cantó, continuó con la **revisión** del mismo, por lo que, brindo la **APROBACIÓN** del trabajo y solicito se continúe con el trámite correspondiente.

Agradeciendo la atención, atentamente,

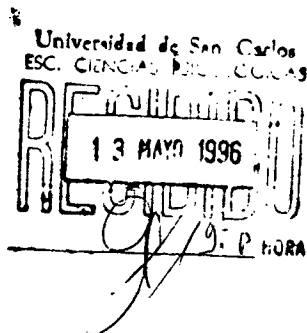
" ID Y ENSEÑAN A TODOS "

Licenciado Erick Gudiel Corzantes
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO



c.c. archivo

dy.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS "M-2, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760988-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

E. P. S. 68/96

09 de mayo de 1,996

Licenciado
Erick Gudiel Corzantes
Coordinador del Departamento
Ejercicio Profesional Supervisado
Edificio

Respetable Coordinador:

Me permito informar, que he ejecutado la revisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la estudiante **LIGIA ESTER PAIZ**, con número de carnet: **8717372**, denominado: " **INCIDENCIA DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN** ".

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

Agradeciendo la atención a la presente, atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Luis Cifuentes Cantó
REVISOR



c.c. archivo

dg.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



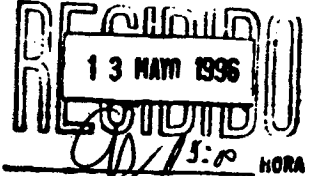
ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-2, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 18
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760988-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

E. P. S. 062/96

22 de abril de 1,996

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Licenciado
Erick Gudiel Corzantes
Coordinador del departamento
Ejercicio Profesional Supervisado
Su despacho

Respetable Coordinador:

Me permito informarle que he concluido la **asesoría y supervisión** del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado de la estudiante **LIGIA ESTER PAIZ**, con número de carnet: 8717372, denominado: **"INCIDENCIA DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN"**.

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

Sin otro particular, atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Roberto Mazariegos
ASESOR Y SUPERVISOR



c.c. archivo

dg.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO M-5, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12
TELEFONOS 760790-94 Y 760985-96
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

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

REG. 2616-95

CODIPs. 689-95

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

10 de noviembre de 1995

Señorita Estudiante
LIGIA ESTER PAIZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO SEGUNDO (12o.) del Acta CUARENTA NOVENTA Y CINCO (40-95) de Consejo Directivo, de fecha 6 del mes en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "INCIDENCIA DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE AMATITLAN", de la Carrera de Licenciatura en Psicologia, presentado por:

LIGIA ESTER PAIZ

CARNET No.87-17372

Dicho proyecto se desarrollará en el municipio de Amatitlán, Departamento de Guatemala, ubicándose al Licenciado Roberto Mazariegos Ríos, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve APROBAR SU REALIZACION en el período comprendido del 21 de junio de 1995 al 23 de enero de 1996."-----

Atentamente,

... Y ENSEÑAR A TODOS ...
[Signature]
Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian

[Signature]
15/11/95

ACTO QUE DEDICO

A Dios nuestro Señor: Que siempre ha iluminado mi camino

A mi Abuelita: María Ester Arenas, flores sobre su tumba y agradecimiento eterno.

A mi Madre: Marta Elena Paiz por su abnegación, amor y apoyo incondicional.

A mi Esposo: Walter Corado, por su amor y apoyo siempre.

A mis Hijos: Ligia María y Walther Andree con amor maternal.

A mi Hermano: Francisco Alejandro, porque siempre sea mejor.

A mi Tía y Primos: Con cariño, en especial a: Vicky, Fabiola, Alba y Mariela.

A mi Padrino: Lic. Luis Roberto Mazariegos, Gracias por brindarme sus sabios conocimientos.

A mis compañeros de grupo: Muchos éxitos profesionales.

A Usted: Por el tiempo dedicado a la lectura de este trabajo

SINTESIS DESCRIPTIVA

El presente trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo del 15 de junio/95 al 22 de enero/96, trabajándose los subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación.

En el subprograma de servicio, se prestó atención a los pacientes tanto internos como externos del Hospital San Juan de Dios del municipio de Amatitlán. Se llevaron a cabo charlas dirigidas a propietarios y personal de lugares públicos; también se llevaron a cabo charlas con los señores maestros de la localidad en relación a temas de interés. Se aplicó la prueba psicodiagnóstica a la muestra escogida para la realización de la investigación.

En el subprograma de Docencia, se impartieron clases magistrales a los estudiantes de 3er. año asignados al centro, implementándoles sobre algunos puntos necesarios para la aplicación del área clínica que es la que se desarrolla en el hospital; fueron evaluados en su oportunidad, entregando los cuadros de notas al Departamento de Práctica Supervisada de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Para el Subprograma de investigación se procedió a la selección de la muestra necesaria para la realización de dicho trabajo, seleccionándose a 40 niños comprendidos entre las edades de 6 a 8 años asistentes a la consulta externa del Hospital, así como también cursantes del primer año de primaria de la Escuela Benjamín Francklin, aplicándoles el test Bender Coppitz para la determinación de la "Incidencia de la Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de Aprendizaje", obteniendo como respuesta que un 77.5% de los niños evaluados presentaron daño cerebral interpretado como una disfunción cerebral mínima y a consecuencia de ello presentan problemas de aprendizaje (niños hiperquinéticos); para una mejor ilustración del problema se presenta este informe final.

INTRODUCCION

Este trabajo nos muestra las tres áreas de desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado (Servicio, Docencia e Investigación); mismo que se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios del municipio de Amatitlán.

Durante la realización del subprograma de servicio se pudo observar que a la clínica eran referidos varios niños con problemas de aprendizaje, los cuales al abordarles en el hecho terapéutico parecían presentar algún tipo de daño cerebral, razón esta por la cual el trabajo investigativo se dirigió hacia ese problema, este se realizó con una muestra de 40 niños comprendidos entre las edades de 6 a 8 años, de los cuales un 77% presentaron problemas de disfunción cerebral mínima y como consecuencia problemas de aprendizaje; la muestra fue tomada de los niños que asisten a la consulta externa del servicio psicológico y de los niños cursantes del primer año de primaria en al Escuela Benjamín Franklin de la localidad, centros ambos que prestaron su colaboración para la realización de dicha investigación.

Lastimosamente el hecho de ser nuestro país subdesarrollado nos lleva a padecer muchos y grandes problemas como por ejemplo el analfabetismo, el alto índice de desnutrición y la falta de la prestación de un servicio médico, lo cual hace que se presenten problemas de daño cerebral en un porcentaje bastante alto de nuestra población, pues muchas de las mujeres en edad fértil presentan problemas de desnutrición y por la ignorancia en que se encuentran muchas veces sumidas, prefieren no utilizar los servicios médicos antes, durante y después del parto, lo cual muchas veces provoca el problema que nos ocupa. Tomando en consideración el alto índice de mortalidad infantil a causa de la desnutrición entre las edades de 0-3 años, esto puede darnos la pauta para considerar problemas de daño cerebral también durante esa edad. Aunque la situación es verdaderamente alarmante debemos considerar la posibilidad de tratar de ofrecer a estos niños una educación especial que les permita desarrollarse lo más independientemente posible; no debemos olvidar que muchos de estos niños pasan desapercibidos en las aulas normales esto también viene a agravar la situación del niño dentro del hogar como en su propio desarrollo, ya que si el problema es detectado lo más

tempranamente posible este niño tendrá mejores posibilidades para su superación y en varios casos podrá ser una persona útil, lo cual le permitirá su propia realización y satisfacción personal, así como una mejor salud mental tanto para él como para sus padres y las personas con quienes convive. Por estas y algunas otras razones se realizó la presente investigación, la que pretende dar a conocer el alto índice de disfunción cerebral mínima que trae como consecuencia problemas de aprendizaje.

PRESENTACION

La Psicología es una de las ciencias nuevas que indudablemente se esta abriendo camino al servicio del individuo, pues este se ha dado cuenta en un buen porcentaje del beneficio que puede obtener de dicha ciencia. Es pues la Psicología la encargada del estudio de la psique humana y el comportamiento del ser humano dentro de su entorno social, entendiéndose esto como los campos en los cuales se desarrolla una persona, la cual en la mayoría de los casos debe ser atendida de una manera integral, dando lugar a una salud tanto física como mental, lo que beneficia su propio desarrollo.

Entendiendo que la Psicología le es de mucho beneficio a la humanidad, es entonces pues el psicólogo quien está facultado para ejercerla y ofrecer al ser humano una salud mental en mejores condiciones que le permitan un desarrollo completo que le lleve a sentirse satisfecho de su propia existencia, pero esto no es una tarea fácil, y es ahí donde el psicólogo debe darse cuenta de la gran responsabilidad que tiene en sus manos, lo que debe impulsarle a la mejor práctica posible de dicha ciencia.

Como se menciona en algún momento en el presente trabajo, el área clínica, es la que permite el desvolvimiento de las otras, razón por la cual el presente trabajo nos muestra un estudio clínico realizado con una muestra de 40 niños, para determinar la incidencia de los problemas de aprendizaje a causa de padecer Disfunción Cerebral Mínima, como uno de los problemas que más se presentan en nuestra población, específicamente en el municipio de Amatlán, lugar donde se llevo a cabo el trabajo investigativo.

A continuación se presenta la estructura metodológica del informe del Ejercicio Profesional Supervisado titulado "Incidencia de Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de aprendizaje en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios del municipio de Amatlán".

CAPITULO I

- a) Reseña histórica del Municipio de Amatlán.
- b) Descripción del Hospital General San Juan de Dios del Municipio de Amatlán.

CAPITULO II

- a) Abordamiento científico de las bases teórico metodológicas del problema.
- b) Objetivos del Ejercicio Profesional Supervisado.
- c) Metodología de abordamiento.

CAPITULO III

Presentación e interpretación de resultados y análisis estadístico de los datos obtenidos en la investigación.

CAPITULO IV

Análisis y discusión de resultados.

CAPITULO V

Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD Y DE LA INSTITUCIÓN

1.1.1 RESEÑA HISTÓRICA:

El municipio de Amatitlán es un bello rincón de nuestra patria; y uno de los 17 municipios del Departamento de Guatemala. Amatitlán cuenta con 32,748 habitantes, 16,137 hombres y 16,647 mujeres, las cuales hacen un 50.78%. Diremos que el 8 de mayo de 1866, este mismo lugar fue designado Departamento de la República por el Presidente JOSÉ VICENTE CERNA, manteniendo esta categoría durante 69 años, ya que el 29 de abril de 1935, por Decreto del Presidente JORGE UBICO, suprimió el Departamento de Amatitlán y surgió el municipio, que a continuación se describe:

El municipio de Amatitlán tiene una extensión de 204 kilómetros cuadrados y está compuesto de una cabecera municipal de 2da. categoría (por los ingresos económicos municipales, por la cantidad de habitantes y por ser un Municipio), la que fue elevada a la categoría de Ciudad con 14 aldeas y 9 caseríos. El Municipio de Amatitlán ocupa la parte sur del Departamento de Guatemala, y está limitado por el Departamento de Sacatepéquez y Escuintla. Limita al norte con los Municipios de Villa Nueva, Petapa y Villa Canales, al Este con Villa Canales, al Sur con Villa Canales, Palín y San Vicente Pacaya, al Oeste con Santa María de Jesús y Magdalena Milpas Altas. El nombre de esta Ciudad y este Municipio tiene una etimología hermosa, pues Amatitlán, significa "Ciudad de las Letras", comunmente aceptado. Sin embargo autores como Tomás Gage, creen que Amatitlán en lengua Pipil significa "Ciudad de las Cartas" o "Ciudad del Correo". Otros autores se inclinan por significados más simples como "Cerco de Amates" o "Lugar de Amates". Se cree que por la presencia de la lengua pipil, a mediados del siglo XVI, el hombre de Amatitlán es de origen pipil. A cerca de la etimología del nombre de Amatitlán se pueden encontrar otras versiones tanto en el libro "Amatitlán" del profesor Efraín Guzmán Monasterio, como el libro Historia y Tradiciones de Amatitlán, del Licenciado Ernesto Chinchilla Aguilar.

1.1.2 UBICACIÓN FÍSICA:

El valle que ocupa la Ciudad de Amatitlán tiene una extensión cerca de 17 kms. cuadrados. Se encuentra a 28 kilómetros de distancia de la Ciudad Capital y para viajar cuenta con carretera asfaltada, conocida como Ruta Nacional 3, o carretera interoceánica. La Sección noreste del municipio está ocupada por el Lago de Amatitlán, el segundo en extensión del altiplano de Guatemala, después del lago de Atitlán. Más o menos la mitad de la extensión total del lago y sus riberas se considera como parte del Municipio de Amatitlán, distribuyéndose el resto entre los municipios de Villa Canales, Petapa y Villa Nueva.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL ORGANISMO REQUIRIENTE

1.2.1 MARCO REFERENCIAL DEL HOSPITAL DE AMATITLÁN:

El Hospital Nacional de Amatitlán SAN JUAN DE DIOS, es uno de los más antiguos de la República, ha funcionado inicialmente desde el año de 1863 a pesar de que el Decreto Legislativo de fecha 31 de agosto de 1838, Artículo 3ero. y 4to. (Catálogo de Leyes, de Don Alejandro Marure, Página 127), se mandó establecer un Hospital en la Ciudad de Amatitlán, sólo quedó en proyecto, o cuando menos no se menciona en la época en que JOSE BATRES MONTUFAR fue corregidor del distrito (1836).

En el año de 1849, varios vecinos distinguidos de la Ciudad de Amatitlán, concibieron el Proyecto de formar un hospital y un Cementerio; de acuerdo con la autoridad local, convocaron a todos los vecinos nobles, para formar una junta general y tratar sobre el referido proyecto. La junta se instaló el 16 de Diciembre del año 1849, y se tituló Hermandad de la Caridad, la que se encargó conjuntamente con el Gobierno de turno, de construir los edificios del Hospital y Cementerio, se solicitó una suscripción de voluntad a todos los vecinos y propietarios. La Municipalidad de esta Cabecera, convencida del piadoso proyecto dió muestras del deseo del bien público, y cumpliendo con uno de los deberes de su institución donó en propiedad ocho manzanas de terreno para que se hicieran los edificios. Todos los vecinos de la población contribuyeron con una suscripción, con útiles o con su trabajo personal para la realización de tan halagüeña empresa.

El 31 de Julio de 1,851, se reunieron algunos fondos más y se dispuso poner la primera piedra de éstos con toda la solemnidad. Hubo de suspenderse la obra debido a tres razones poderosas: hubo varias pérdidas consecutivas en las cosechas de la grana, se originó un serio trastorno en la vida de Centro América por la invasión de William Walker, y azotó después una devastadora epidemia de cólera morbus.

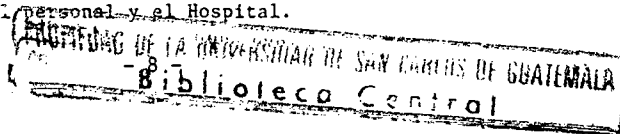
Con mucho empeño trabajaron las Juntas de Caridad de los años 1,860 y 1,861; y el 12 de enero de 1,862, se eligió la Junta de Caridad que había de conseguir la culminación de las obras del Hospital de Amatitlán, propuestos a no omitir sacrificio alguno; y temerosos de que les faltase el alimento para continuar, dispusieron salir personalmente a solicitar limosna del vecindario, logrando así la cantidad con lo que se ayudó en mucho a la conclusión de la obra. Hermoso ejemplo de un pueblo entero decidido a tener Hospital, todos colaboraron con frazadas, almohadas y útiles para el Hospital.

La bendición del Hospital de Amatitlán tuvo lugar el día 29 y se estrenó el 30 de Noviembre de 1,862, la Gaceta de Guatemala publicó la crónica de esta inauguración.

1.2.2 FINALIDADES Y ATRIBUCIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN:

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

- a) Dar atención médico asistencial a las personas, sin discriminación de sexo, religión, nivel social y cultural.
- b) Proporcionar a todas las instituciones lo que soliciten en relación a colaboración que esté a su alcance, en lo que se refiere a enseñanza profesional dentro de sus limitaciones para que funcione como Hospital- Escuela.
- c) Promover la capacidad técnica del personal de las diferentes ramas para su mejor desempeño.
- d) Coordinar actividades con otros organismos internacionales en el desarrollo de la salud.
- e) Promover en el personal el interés por la investigación científica para crecimiento del personal y el Hospital.



- f) Proporcionar atención Médica basando su campo de acción en sus cuatro áreas básicas, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y pediatría, pero a la vez extiende su atención especializada de Traumatología, Odontología y Psicología, a través de consulta externa e internación.
- g) Colaborar con las universidades en desarrollo de Programas docentes de acuerdo a convenios celebrados.
- h) Colaborar con otras instituciones en el desarrollo de Programas de formación de recursos humanos relacionados con el campo de la salud.
- i) Promover el desarrollo de actividades de investigación científica, investigación laboral-social e investigación operacional orientada al mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de atención médica a los beneficiarios.
- j) Establecer adecuados mecanismos de coordinación con los demás establecimientos de atención médica de los departamentos en la medida de sus posibilidades.

1.2.3 POLITICAS DE SALUD:

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

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

1.2.4 COBERTURA ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIO

1.2.4.1 RÉGIMEN DE AUTORIDAD:

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

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

Consejo Asesor: Es el encargado de tomar las decisiones más importantes, buscando siempre obtener el mejor beneficio para el Hospital.

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

1.2.4.1.1 CAPELLANILLA:

En este Hospital funciona una capellanilla que cuenta con una iglesia y un capellan que se encarga de visitar a los enfermos recluidos en el mismo.

1.2.4.1.2 SECRETARÍA:

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

1.2.4.1.3 SERVICIOS MÉDICOS:

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

1.2.4.1.4 SERVICIOS TÉCNICOS DE APOYO:

El Hospital cuenta con los siguientes servicios: Laboratorio, Farmacia, Rayos X, Enfermería, Dietética, Morgue, Anestesia, Estadística y Trabajo Social; cada uno de los cuales tiene sus propias atribuciones en beneficio de los pacientes.

1.2.4.1.5 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:

Dentro de estos se encuentran los siguientes:

Contabilidad y Caja: Se encarga de efectuar pagos mínimos y realizar cobros a pacientes.

Compras: Encargada de proveer al Hospital de los distintos artículos para su funcionamiento.

Almacén: Es el encargado de mantener cierta dotación de productos necesarios para el buen funcionamiento del Hospital.

Personal: Se encarga de la selección y clasificación del personal que labora para la Institución.

Cocina: Encargada de elaborar los alimentos y las dietas de los pacientes.

Mantenimiento: Esta compuesto por las personas encargadas de velar por el buen funcionamiento de la estructura física del Hospital.

Lavandería y Ropería: Encargada de la proveeduría de ropa limpia.

Limpieza y Vigilancia: Personas encargadas de la limpieza del Hospital y de prestar vigilancia en las distintas puertas de acceso al Hospital.

Costurería: Encargada de la elaboración y confección de las distintas prendas necesarias para los pacientes.

Panadería: Es la encargada de la elaboración del pan que se consume en el Hospital.

Admisión: Es la encargada de la recepción de pacientes y la asignación a las distintas clínicas.

Transporte: Servicio que se presta a los pacientes en casos especiales.

1.2.5 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:

El servicio Psicológico es prestado por dos estudiantes epesistas, un coordinador y varios estudiantes de 3er., 4to. y 5to. grado, bajo la dirección de la Jefatura del Departamento de Psicología y del Supervisor de práctica asignado al centro Licenciado LUIS ROBERTO MAZARIEGOS.

1.2.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Promover y realizar en el Departamento de Psicología los diferentes campos de acción de la misma, proporcionando una atención adecuada a los pacientes (Internos y Externos), que presentan enfermedades psicosomáticas, realizando una interrelación con los diferentes programas que se prestan en el Hospital.

1.2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Divulgar a nivel del personal el trabajo del Psicólogo y sus funciones dentro del proceso curativo del paciente hospitalizado y de Consulta Externa.

Evaluar a cada paciente en su entorno Psicosocial y emitir diagnósticos y tratamiento a corto plazo.

Brindar al paciente un servicio de calidad que le permita reintegrarse a sus actividades diarias en el menor tiempo posible.

1.2.5.3 FUNCIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:

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

de manifestaciones de origen psicológico, transformándose en psicósomáticos.

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

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

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

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

Integrar el Consejo Multidisciplinario de servicio para la mejor proyección de la salud a la población.

1.2.5.4 RECURSOS CON QUE CUENTA EL SERVICIO:

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

1.2.5.5 RECURSOS INSTITUCIONALES:

a) Recursos Humanos:

Un Jefe supervisor del Departamento de Psicología, un Jefe del mismo, dos especialistas, un coordinador, cuatro estudiantes de 3er. año, dos de cuarto y cuatro de quinto.

b) Recursos Financieros:

El Hospital financía las actividades desarrolladas por el Departamento de Psicología, proporcionando material y equipo; el estudiante cubre sus gastos personales fotocopias, libros, lapiceros, etc.

c) Recursos Físicos:

Dos clínicas Psicológicas

HORARIO DE ATENCION:

El Departamento de Psicología presta sus servicios en los siguientes horarios:

De 8:00 a 12:00 horas y

De 14:00 a 16:00 horas.

CAPITULO II

2.1 ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES TEÓRICO METODOLÓGICAS QUE ENFOCAN LOS PROBLEMAS A TRATAR:

Tomando en cuenta la importancia que tienen las diferencias individuales, estas dan misma importancia a la Psicología Clínica, poniéndole como la base fundamental en el conocimiento psíquico del individuo que actúa como ente pensante y en desarrollo constante dentro de la sociedad. La Psicología clínica aplicada a la población asistente al hospital nacional de amatitlán, tiene como fin el estudio de cada uno de los individuos y el presente trabajo se realizó con una población de 45 niños comprendidos entre las edades de 6 a 8 años, asistentes a la consulta externa del Departamento de Psicología del Hospital y a la Escuela Benjamín Franklin de la localidad.

Se enfocó principalmente hacia la "Disfunción Cerebral Mínima" y los "Problemas de Aprendizaje", por ser estos unos de los problemas que se presentan con mayor frecuencia entre la población.

2.1.1 DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA:

Existe un amplio grupo de individuos cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrollo lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente, y poder así establecer una existencia social independiente. Dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, debido a la rotación genética, a una enfermedad, a una lesión cerebral que se produjo antes, durante o inmediatamente después del nacimiento o bien a la consecuencia de una falla de maduración, debido a que los estímulos ambientales que provienen de fuentes familiares y culturales han sido insuficientes.

(1)

2.1.2 ETIOLOGÍA:

Las lesiones cerebrales en los niños rara vez son diagnosticadas por los antecedentes de lesiones cerebrales. El trastorno, cuando el enfermo es enviado al Psiquiatra de niños generalmente no presenta signos neurológicos demostrativos de lesiones, tampoco existe usualmente en los casos enviados al psiquiatra por retardo mental. Los síntomas en gran parte se manifiestan por anomalías de la conducta.

(1) Kold, Laurece "Psiquiatría Clínica Moderna" Pág. 829.

Se justifica el denominador casos de lesiones cerebrales a este grupo de niños en ausencia de antecedentes de lesión cerebral, así como en ausencia de la demostración anatomopatológica necesaria, en que el paciente muestra la conducta que se sabe se presenta en casos demostrados de lesiones cerebrales como por ejemplo los trastornos posencefalíticos de la conducta, y como los que se presentan después de anorexia grave en el momento del nacimiento. Las lesiones cerebrales son diagnosticadas por las pruebas actuales, es decir por la conducta propia de las lesiones y no por la presencia o ausencia de antecedentes de tratamiento.

Se han admitido durante largo tiempo las formas más evidentes de lesiones cerebrales que dan como resultado insuficiencia fácilmente commensurable de las acciones intelectuales y motoras del sistema nervioso.

Pasamanick y Knobloch por estudios epidemiológicos, afirman la existencia "de una serie continúa de víctimas de accidentes de reproducción", que son debidas a nacimientos prematuros, complicaciones del embarazo y lesiones postnatales que provocan diversos grados de localizaciones de lesiones en el cerebro que causan "parálisis cerebral", y deficiencia mental pasando por todos los tipos de incapacidad de la conducta y del aprendizaje que son el fruto de grados menores de lesiones, suficientes para desorganizar el desarrollo de la conducta y avatir el umbral de las acciones conflictivas.

Las lesiones cerebrales de niños pueden ser causadas por lo siguiente:

a) FACTORES PRENATALES:

- Defectos del desarrollo
- Infecciones (especialmente la rubeola)
- Las Radiaciones
- Deficiencias de la nutrición
- Lesiones uterinas (desprendimiento prematuro de la placenta).

b) FACTORES PARANATALES:

- Nacimientos prematuros
- Traumatismos mecánicos sufridos por el cerebro durante el parto.
- Anorexia cerebral producida por torsión del cordón umbilical, prolapso del cordón umbilical o apnea.

c) FACTORES POSTNATALES:

- Enfermedades del S.N.C., especialmente infecciones.
- Cualquier enfermedad general que produzca fiebre elevada y prolongada.
- Lesiones craneanas.

Como resultado de la falta de pruebas de la existencia de lesiones cerebrales en muchos de estos casos que presentan el cuadro clínico, algunos investigadores prefieren emplear otros términos para los casos que faltan las pruebas bien definidas de lesión orgánica. Un término que ha encontrado cierta aceptación en la enfermedad de los impulsos hipercinéticos. Se han sugerido otros términos, como el de lesiones cerebrales mínimas.

Los términos más usados son los de lesión cerebral; el punto esencial es que representan un tipo específico de defecto de las funciones cerebrales que se presenta desde el principio de la vida y que posee base orgánica.

A medida que mejoren la capacidad y las técnicas de diagnóstico podrá hacerse la aclaración de la etiología y la diferenciación de los tipos de esta enfermedad; sin embargo es probable que la mayor preocupación continúe siendo no tanto la etiología sino las manifestaciones específicas funcionales y de conducta, así como la terapéutica implantada para su corrección.

2.1.3 PSICOPATOLOGÍA:

Un niño cuyo cerebro trabaja adecuadamente aprende lo que se refiere a sí mismo y su medio ambiente por medio de las siguientes funciones:

- Percepción
- Memoria
- Sensaciones conscientes
- Organización y Conceptualización
- Respuestas Neuromusculares comprobadas.

La percepción de las funciones y de las imágenes es aprendida lentamente en el curso de muchos meses y años, no constituye una función simple del desarrollo del cerebro.

En el niño normal el lenguaje interviene para acelerar su aprendizaje al principio aprende los nombres de los objetos y éste es un gran progreso.

En el comienzo de la formación de símbolos; es saber que una forma particular de la voz representa un objeto familiar como "mamá" o "pelota". El lenguaje crece apropiadamente para expresar conceptos más abstractos, como los sentimientos y las formas de conducta, como "hambre" y "yo lo hago". Por medio del lenguaje el niño ensancha enormemente su conocimiento del mundo porque suma impresiones ajenas a las suyas propias aprende las necesidades y los sentimientos de los demás; aprende con rapidez lo relativo a las normas sociales, aprende a comportarse de la forma esperada y aceptada por los demás. Por medio del lenguaje puede aprender a pedir prestada la experiencia de otros. Se evita así muchas dificultades y adquiere gran paz mental. En forma concomitante a la comprensión de las relaciones y las formas se encuentra la conceptualización de la causalidad. El niño aprende que existe cierto orden entre la causa y el efecto, que cuando empuja un pequeño objeto éste se moverá en una dirección particular, o que cuando empuja otros objetos, como por ejemplo, a los niños mayores éstos le retornarán el empujón. Más tarde aprende la causalidad social, que es más compleja, y las cosas que no debe hacer para que su madre no se enoje. Implícita en la exposición que hacemos antes a propósito de la percepción y de la formación de conceptos, se encuentra la noción de que la conducta del niño en desarrollo, su respuesta a los estímulos está modulada y controlada de cierta manera. Da respuestas diferenciales, reacciona de una manera a un estímulo, y de otro modo a un estímulo distinto; a veces responde muy poco o absolutamente nada; en otras, con vigor e intensidad. A partir de la conciencia que desarrolla de la forma y de la significación, desarrolla la capacidad para dominar sus respuestas. Aprende a distinguir los mil estímulos que llegan constantemente a sus órganos de los sentidos, aprende a filtrar y modularlos, de manera que muchos de ellos nunca llegan más allá de los niveles más bajos del sistema nervioso central, y son canalizados por medio de las formas reflejas que nunca llegan a la altura de la conciencia. A otros se les permite la entrada a los centros superiores— "donde reciben atención o son almacenados para usos futuros. La forma en que el cerebro maneja, controla y modula estos millones de impulsos consecutivos es hasta la fecha muy poco comprendida. Los neurofisiólogos han aprendido en las décadas recientes que gran parte de este dominio es mediado por el sistema reticular que activa al tallo cerebral, y parcialmente retrasmitido siguiendo las proyecciones corticales del tálamo; sin embargo existe todavía mucho que tiene que ser aclarado.

Todas estas funciones son esenciales para el desarrollo de la seguridad del yo y de una paz mental razonable. Cualquiera de estas funciones, o todas ellas, pueden ser deficientes cuando el cerebro ha sido dañado. No es fácil que los que poseen su cerebro intacto comprendán a fondo la confusión y la desorganización del niño que ha sufrido lesiones cerebrales. No es capaz de emplear sus músculos de manera coordinada y sin tensión para la locomoción, para explorar el medio ambiente y para obtener las cosas que desea; los sentimientos que experimenta como resultado de los movimientos musculares y de la conciencia cinestésica, no son dignos de confianza ni producen seguridad. Literalmente no sabe hacia qué lado volverse; no está seguro de la dirección en que debe encontrar su propio cuarto o la casa de su amigo. Vive en un mundo desordenado, que le produce perplejidad y frustración.

No sólo es incapaz el niño que ha sufrido lesiones cerebrales de modular sus respuestas de acuerdo con los estímulos externos sino que le sucede lo mismo con aquellos estímulos que vienen del interior. Responde con exceso a sus propios sentimientos y pensamientos. Así se ve constantemente movido por impulsos, es incapaz de relajarse e incapaz de seleccionar los estímulos importantes. Goldstein ha denominado esta situación patológica "encadenamiento a los estímulos, y estos niños son indudablemente infelices, impulsados constantemente a una respuesta".

Rara vez conocen en realidad lo que es vivir en paz. Sólo cuando logran por fin caer en su sueño lleno de agotamiento al final de cada día lleno de frenesí, pueden encontrar alivio. De esta manera, la única relajación posible se presenta cuando están inconscientes; la relajación no es un sentimiento que experimenten nunca de manera consciente.

Bender (1949) ha subrayado la intensa ansiedad del niño que ha sufrido lesiones cerebrales. Se trata de una ansiedad difusa, con frecuencia abrumadora, que no se fija en ninguna situación o idea específicas, como sucede en el niño neurótico. Todo proviene de estímulos y del exceso de respuestas, de sus propias percepciones deformadas, de su motilidad desordenada y de su sensación general de perplejidad, y del hecho de percatarse que es en cierta forma diferente de otros niños.

Bender ha subrayado que los niños que han sufrido lesiones cerebrales tienen, desde los primeros días de vida, necesidad especial de mayor cantidad de afecto, de atención, de enseñanza y de dominio, y que si estas necesidades son satisfechas, el niño puede adaptarse razonablemente bien.

Esta autora señaló (1956) que los niños que nos llegan con algún problema de conducta asociado a enfermedad orgánica del cerebro, tienen siempre otros problemas emocionales y sociales propios de la situación en que viven y que son de tal gravedad que no pueden explicar el trastorno de la conducta exclusivamente como un fenómeno de reacción. Una gran proporción de los que presentan graves trastornos de conducta no hubieran llegado a tal mal si hubieran recibido mejores cuidados, y atención especial a sus necesidades particulares.

Los pacientes son incapaces de adaptarse fácilmente a los cambios del medio ambiente. Buscan tranquilidad y evitan la compañía de los demás. Demuestran una especie de rigidez en su personalidad. Muestran perseverancia en una respuesta. Son incapaces de cambiar de una actitud mental a otra. Continúan tratando de resolver un problema en una forma particular a pesar de que el método que siguen haya sido inadecuado; o tienden a perseverar en una reacción emocional como la risa o el llanto. Todos estos síntomas pueden ser encontrados en el niño que ha sufrido lesiones cerebrales y son expuestos en seguida.

2.1.4 SINTOMAS:

Los síntomas de mayor importancia de las lesiones cerebrales en los niños son los siguientes:

- Hiperexcitabilidad
 - Inquietud e Hipercinesia
 - Ansiedad
 - Facilidad de distracción (de la atención)
 - Impulsividad
 - Afasias, generalmente mixtas, de tipo receptivo y expresivo
- Disfunciones motoras, que incluyen los músculos de las siguientes funciones:

- a. Postura
- b. Locomoción
- c. Respiración
- d. Habla
- e. Expresión facial

Usualmente se encuentran la mayor parte de estos síntomas en el niño que ha sufrido lesiones cerebrales. Los primeros cinco casi invariablemente por lo menos en cierto grado. Los últimos dos podrán encontrarse o no encontrarse. Los primeros cinco pueden ser considerados como si se tratara de un grupo, puesto que representan algún aspecto de las respuestas sin control. El síntoma puede pasar inadvertido hasta que el niño entra a la escuela. En esa época la necesidad de dominar la situación del grupo, la obligación de estar sentado y permanecer quieto durante períodos prolongados de tiempo, subraya la incapacidad del paciente para someterse. La ansiedad de los niños que sufren lesiones cerebrales es un síntoma complejo. Muchos factores contribuyen a ella, tanto endógenos como exógenos; interviene el conflicto emocional, y el niño entra en conflicto por muchas cosas, por sus relaciones interpersonales y por sus propias incapacidades y frustraciones. Pero existe una cantidad que se refiere a la ansiedad de las lesiones cerebrales, que la distinguen de la ansiedad del neurótico, y que está emparentada con la ansiedad del esquizofrénico. Bender (1956) se refiere a este hecho con el nombre de "ansiedad primaria". Esta doctora observa que "todos los niños orgánicamente perturbados sufren de profunda ansiedad como resultado de su desorganización, de la dificultad para entrar en relaciones con la realidad, y la frustración por no lograr maduración normal. Puede haber dificultad para expresar la ansiedad, que se origina en fuentes internas desconocidas y no en situaciones reales propias del medio ambiente". Estos niños tienen el aspecto de terrible ansiedad, y es incuestionable que la sienten, pero no pueden explicar qué es lo que sienten. Usualmente no pueden señalar una preocupación en particular, y ningún esfuerzo de sondeo psiquiátrico puede llegar a revelar el conflicto subyacente por la sencilla razón de que no existe. Los conflictos que existen son indiscutibles, y pueden ser fácilmente identificados desde el principio del tratamiento, a juzgar por los conflictos que se plantean entre el niño y el terapeuta. Pero la ansiedad "endógena" sigue presente y el niño nunca puede llegar a comprenderla. En cierto sentido ni siquiera se da cuenta de ella porque ha existido en él toda la vida.

La facilidad para distraerse significa incapacidad para fijar la atención, o exceso de reacción a los estímulos que no están siendo directamente atendidos.

El niño que ha sufrido lesiones cerebrales es incapaz de filtrar los estímulos extraños. Responde a todo, lo cual es función de su incapacidad para darse cuenta de la estructura de las cosas, para integrar las partes de un todo, advierte los estímulos individuales y no puede reterner el concepto de forma, en el cual algunos estímulos tienen significación y otros no. De esta manera, disminuye la conducta orientada hacia determinadas finalidades, y como tiene muchas finalidades pequeñas, el niño termina por no tener ninguna. Pasa sin propósito determinado de un pequeño empeño a otro, y en el espacio de cinco minutos puede emprender y suspender inmediatamente cinco proyectos distintos.

Sin embargo si se trata de una situación bien ordenada, puede ser ayudado a sostener su atención. Si se le pide que se siente y ejecute una tarea, como la de copiar las tarjetas Gestalt de Bender, o que dibuje una figura, puede usualmente hacerlo. Es útil darle atención, y en ocasiones hacer que dirija nuevamente su atención a la tarea que estaba ejecutando cuando comenzo a variar de tema. Si dibuja apresuradamente una cara con dos puntos que equivalen a los ojos, puede decirsele, "ahora pon el resto de la cara" y continuará haciendo la nariz y quizá la boca. Entonces puede dirigírsele un poco más diciéndole: "ahora las orejas" y así sucesivamente. Obligándolo de esta manera puede permanecer sentado en quietud trabajando con intensidad durante cinco minutos. Además puede ser que en realidad el asunto le guste. Estos niños generalmente guardan gratitud por atenciones de esta especie, y a pesar de que quizá no conscientemente, sienten el alivio de poder entrar en relajación en relación de hacer que se fije su atención, de evitar que se distraiga, aunque sea unos cuantos minutos. De hecho esta es la clave del tratamiento. Esta manera de abordarlo es lo que más puede ayudarlo.

Intimamente emparentada con la tendencia a distraerse que se presenta en el niño que ha sufrido lesiones cerebrales, se encuentra su impulsividad. Strauss y Kephart prefieren el término DESINHIBICIÓN.

El niño reacciona de modo impulsivo, es incapaz de inhibir sus respuestas. Es este otro aspecto de lo ligado que se encuentra a los estímulos y subraya el componente motor de sus respuestas. Las afasias comprenden diversos trastornos del lenguaje, particularmente el retardo para la lectura, el uso retardado del lenguaje, y un concepto insuficiente de los números, puede haber también insuficiencia de la conceptualización del tiempo, del espacio y de la dirección. Se ven disfunciones motoras de todas clases. Por otra parte, puede no encontrarse ninguna de ellas, y algunos niños que han sufrido lesión cerebral son excelentes atletas. Los trastornos motores más usuales son la disminución de la coordinación, los movimientos musculares extraños, y la falta general de movimientos fáciles y graciosos. Estos defectos son más evidentes durante la locomoción: el niño camina o se mueve de manera extraña y con movimientos superfluos. Algunas veces lo más llamativo es el mal empleo de la expresión facial, de manera que la expresión no siempre complementa en forma adecuada las emociones; puede haber muecas, sonrisas exageradas y amaneramientos análogos a los tics. Todos estos movimientos motores generalizados defectuosos dan la apariencia de lo que se llama "displasia". La displasia puede también comprender la estructura defectuosa del cuerpo del niño, y algunos niños que han sufrido lesiones cerebrales muestran considerable asimetría facial o conformación anormal de la cabeza o de otros rasgos faciales.

La respiración es algunas veces irregular, o el niño puede respirar por medio de inspiraciones cortas, algunas veces seguidas de largos períodos de apnea. Algunos niños parecen emplear mayor dominio consciente de la respiración que lo que es normal. Esta circunstancia, junto con la mala coordinación de la lengua, de la musculatura de la boca y de las cuerdas vocales, da como resultado el habla disártrica que es tan común en las lesiones cerebrales. El niño puede ser exclusivamente incapaz de enunciar con claridad las palabras. En las formas graves es incapaz de formar algunos sonidos básicos o fonemas, de manera que puede existir muy seria incapacidad para la comunicación. Esto complica el problema del lenguaje, la afasia (cuando existe también), y puede llegar a invalidar los incentivos del niño para el desarrollo del lenguaje.

Además de los síntomas ya enumerados se encuentran otros que no son verdaderamente específicos de las lesiones cerebrales. Quizá el más frecuente de estos es indudablemente aquel por el cual ha sido enviado el niño al psiquiatra, que es su conducta antisocial. Esta puede tomar virtualmente cualquier forma, y depende en gran parte de la experiencia vital del niño, de sus modos de defensa, de su formación de reacciones y, en particular, de las oportunidades que tiene para expresarse. No son raros los trastornos sensoriales, especialmente los trastornos auditivos, y en menor proporción los visuales.

2.1.5 DIAGNÓSTICO:

Las normas diagnósticas principales, enumeradas en orden de importancia son las siguientes:

- Cuadro clínico de las lesiones cerebrales
- Antecedentes de desajuste casi desde la época del nacimiento
- Pruebas psicológicas características de las lesiones cerebrales
- Antecedentes que sugieren la existencia de traumatismo cerebral
- Electro encefalografía.

Las primeras tres contribuyen al diagnóstico virtualmente en todos los casos. El cuarto falta con mucha frecuencia.

2.1.6 CONSULTA PSIQUIÁTRICA:

La consulta dedicada al diagnóstico consiste principalmente en observar al niño en el consultorio. Los niños que han sufrido lesiones cerebrales generalmente se encuentran entre los más fáciles de valorar, porque se obtiene con facilidad gran cantidad de datos; estos niños comienzan a "producir" desde el momento que penetran al consultorio. Sólo se necesita observarlos y ver lo que hacen.

2.1.7 ANTECEDENTES PERSONALES:

Los antecedentes precisos del desarrollo inicial y la conducta del niño casi invariablemente nos revelarán que los trastornos que presenta ahora comenzaron muy poco después de nacido. Los padres describirán la hipercinesia, la impulsividad, la escasa tolerancia a las frustraciones y la facilidad para distraerse, características de estos casos.

2.1.8 EXAMEN PSICOLÓGICO:

Las pruebas psicológicas pueden ser muy útiles para el diagnóstico de las lesiones cerebrales; sin embargo como en todos los casos, los resultados de las pruebas deben ser coordinados con los antecedentes y los datos clínicos. Si bien algunas veces es posible para el psicólogo aseverar inequívocamente y con precisión que la ejecución de esta prueba es "orgánica", con mayor frecuencia los resultados de ella serán indicios o sugerencias de que existe lesión cerebral.

Las pruebas psicológicas son más valiosas para ayudar a valorar las deficiencias particulares del niño, lo mismo que los aspectos en que presenta trastornos, y esto ayuda para elaborar un plan más satisfactorio de terapéutica.

2.1.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Las lesiones cerebrales pueden en ocasiones ser confundidas casi con todas las otras enfermedades psiquiátricas importantes de los niños. Los niños que sufren neurosis, trastornos de la personalidad, esquizofrenia o incapacidad específica del lenguaje y del aprendizaje, pueden en ciertos casos parecerse al niño que tiene lesiones cerebrales. El hecho de que exista en el niño alguna experiencia lesiva, susceptible de causar trastornos graves, no se refiere al diagnóstico de daño cerebral. Las dos cosas van juntas con frecuencia, y según lo hemos señalado más arriba, son los niños que sufren lesiones cerebrales y que también han experimentado abandono emocional, los que con frecuencia son vistos en la clínica psiquiátrica. Ignoramos cuántos niños sufren lesiones cerebrales, que, gracias a una crianza excelente, escapan a un desajuste serio, pero probablemente existen en número muy considerable.

El diagnóstico entre el niño cuyos trastornos son causados principalmente por sus experiencias, y aquél en que se encuentran tanto lesionados cerebrales como traumatismos del medio ambiente, no tiene puramente interés académico. Las necesidades terapéuticas de los dos son completamente diferentes. Ambos necesitan se dé atención a los problemas del medio ambiente, con la finalidad de mejorar aquel en que vive actualmente, o de colocarlo en uno diferente.

Pero además, el niño que sufre lesiones cerebrales necesita atención especial para sus trastornos específicos en los aspectos de concentración, funciones del lenguaje, etc. Por otra parte, el niño que no ha sufrido lesiones cerebrales, probablemente se beneficiará más por medio de la psicoterapia individual enfocada en los aspectos particulares del conflicto.

2.1.10 PSICONEUROSIS:

El niño neurótico que sufre elevada ansiedad, que vive en estado de tensión que es inquieto y no puede permanecer tranquilo, que muestra impulsos motores invencibles. cuya elevada ansiedad le impide trabajar bien en la escuela, y cuyas excesivas preocupaciones le impiden sostener su atención, puede ser muy difícil de diferenciar del niño que ha sufrido lesiones cerebrales. Una buena historia del principio de la infancia, con pruebas de la existencia de síntomas iniciales característicos de las lesiones cerebrales, es de la mayor utilidad para establecer el diagnóstico. En el niño neurótico, las dificultades perceptivas y conceptuales faltan usualmente, y algunas pruebas de estas funciones deben formar parte de la valoración diagnóstica. Estas comprenden temas como el cálculo que el niño puede hacer de la estatura del médico, de la altura del techo, de la distancia que existe entre él y otros objetos, del tiempo necesario para llegar de su hogar a la clínica y de la duración de la consulta.

Las pruebas psicológicas, especialmente la prueba de la Gestal de Bender, generalmente muestran signos de lesiones cerebrales que no se ven en el niño neurótico. El contenido del pensamiento que expresa el conflicto emocional es algunas veces fácil de obtener en las neurosis, y ayuda al diagnóstico, a pesar de que el niño con lesiones cerebrales que sufre ansiedad, puede expresar contenido análogo.

Existe usualmente diferencia en la calidad de la tensión del neurótico y la del niño que sufre lesiones cerebrales. Esta diferencia es difícil de describir, y se aprende mejor por la experiencia. En breve podemos decir que tiene la apariencia de cierta constricción de los movimientos en los neuróticos, comparada con la desorganización de movimientos en el niño que tiene lesiones cerebrales. Sin embargo, como todas las generalizaciones, está

tiene muchas excepciones y los movimientos del niño neurótico algunas veces pueden ser enormemente desordenados.

2.1.11 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Las notas que hemos hecho al referirnos a las psiconeurosis se aplican también generalmente a este trastorno. La cronicidad de hechos es una dificultad agregada para la diferenciación, de manera que a este respecto los trastornos de la personalidad se parecen a las lesiones cerebrales. Otra dificultad consiste en que usualmente es más difícil obtener antecedentes exactos del principio de la vida del niño, porque los padres generalmente lo rechazan, no tienen interés en él y también porque, con toda probabilidad, no proporcionarán la historia honrada y cuidadosa.

La desorganización de la conducta en las formas graves de los trastornos de la personalidad puede tener parecido con la conducta propia de las lesiones cerebrales, en grado notable. Es muy probable que como resultado de los conflictos emocionales crónicos, de la ausencia de consistencia en la experiencia, de la constante variación de los estímulos que penetran al sistema nervioso y de la incapacidad para desarrollar cualquier forma persistente y sostenida de reacciones, que las funciones cerebrales mismas hayan sufrido disrupción y estén desorganizadas en estos niños, y que esta desorganización sea semejante a la que se presenta cuando existe realmente destrucción de tejido. Eisemberg ha subrayado que las "neurosis experimentales" que invalidan crónicamente, producidas en animales, han demostrado que las disfunciones cerebrales graves pueden ser provocadas por influencias del medio ambiente. Eisemberg señala: "Las influencias extrínsecas han producido disfunciones nerviosas no menores a las que pueden ser causadas por lesiones intrínsecas: En tales casos el diagnóstico diferencial se convierte en un problema, cuando se trata de valorar el grado en que los factores extrínsecos, considerados frente a los factores intrínsecos, han contribuido a la enfermedad del niño.

2.1.12 ESQUIZOFRENIA:

La mayor parte de los casos de esquizofrenia infantil son fácilmente diferenciados de las lesiones cerebrales, pero algunos casos presentan íntimo parecido entre las dos enfermedades. Se trata generalmente de niños que sufren disfunciones graves del lenguaje como resultado de la falta de comunicación con el medio ambiente, que han hecho un ajuste autista. Un niño de este tipo que ha sufrido lesiones cerebrales puede ser en extremo inaccesible o suele haber producido extraños amaneramientos, y puede tener un lenguaje privativo de él, que consiste en sonidos sin significación, emitidos repetidamente. Estos niños pueden ser un verdadero rompecabezas diagnóstico y la diferenciación de la esquizofrenia es difícil o imposible, especialmente en niños más pequeños.

2.1.13 TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE:

La diferenciación entre estos trastornos y los que corresponden a las lesiones cerebrales, dependen de que puedan demostrarse otras manifestaciones de lesiones cerebrales que ya hemos descrito en este capítulo. Se ha indicado con anterioridad que las lesiones cerebrales pueden ser acompañadas de diversas afasias. Inversamente, las afasias pueden presentarse con escasas manifestaciones de las otras disfunciones que se ven en algunos casos de lesiones cerebrales, como desinhibición y disminución visuales y motoras, o con ninguna de ellas. Las afasias pueden ser causadas por lesiones orgánicas o por agenesia; algunas son genéticamente determinadas. Existe considerable imbricación de estos trastornos. En muchos casos no es posible una diferenciación muy precisa, cosa que tampoco es esencial, y el punto importante radica en que debe aprenderse la extensión de los trastornos del niño en los diversos aspectos de las funciones, incluso el lenguaje, la conceptualización, la percepción y el dominio de los impulsos, así como proporcionarle la ayuda adecuada.

2.1.14 TRATAMIENTO:

Cuando se dice a los padres que su hijo tiene lesiones cerebrales, invariablemente, cosa que es comprensible, preguntan si puede hacerse algo para remediarlo. Por medio de esta pregunta, usualmente quieren saber si hay algo que puede hacerse para restaurar la normalidad de los tejidos dañados. Hasta el mo-

mento presente, excepto en algunos casos muy raros en que una cicatriz va retrayéndose, o cuando existe una masa bien circunscrita de células nerviosas que descargan impulsos con exceso y que forman un foco epileptógeno, lesiones que pueden ser extirpadas quirúrgicamente, no existe más que pueda hacerse directamente sobre el cerebro dañado; sin embargo, el hecho de que estos casos existan, puede implicar la promesa de que en lo futuro se hagan mayores aplicaciones de este modo de abordar las cosas. Esto se aplica especialmente si la base del trastorno es la presencia de grupos de neuronas hiperirritables. A medida que las técnicas neuroquirúrgicas mejoren, y especialmente con el desarrollo de los métodos no quirúrgicos para la destrucción o la inhibición de estas células, por ejemplo, por medio del ultrasonido, o de medicamentos específicos, puede esperarse que el tratamiento "directo" de las lesiones cerebrales sea más eficaz; sin embargo, en la actualidad el tratamiento debe quedar en su mayor parte en manos del pediatra, del psiquiatra de niños, de los maestros y de los padres.

Los modos más importantes de abordar el tratamiento del niño que tiene lesiones cerebrales pueden ser calificados en la forma siguiente: 1. Tratamiento de los trastornos emocionales y de la conducta. 2. Educación Especial.

3. Medicamentos.

2.1.15 PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA:

Estos problemas son abordados de distintas maneras, lo cual depende de las indicaciones específicas, del medio ambiente que se encuentre en el hogar y en la escuela del niño, de la índole de los trastornos y de la gravedad de éstos. El tratamiento con frecuencia comprende la modificación del medio ambiente, e incluye la educación de los padres para ayudarlos a comprender las necesidades y deficiencias del niño, y en ocasiones está indicado buscar acomodo para el niño fuera del hogar, para que quede situado en alguna escuela o institución especial. Pueden hacerse necesarias conferencias y discusiones con los profesores del niño, arreglos para que asista a clases especiales o para que reciba cuidados y atención especiales, y aun para la implantación de un programa individualizado de las escuelas comunes y corrientes. Como base

de todos estos arreglos y modificaciones se encuentra el principio fundamental de que el niño necesita atención individual, ayuda directa para el dominio de sus impulsos, y para sostener su atención, así como la protección contra los estímulos que lo distraen. Estos niños invariablemente se comportan y aprenden mejor en grupos pequeños, o cuando se puede atender al niño individual y aisladamente.

2.1.16 EDUCACIÓN ESPECIAL:

Las técnicas especiales de entrenamiento y de educación se relacionan con los problemas del lenguaje y del aprendizaje que presentan muchos niños con lesiones cerebrales. La educación en este caso comprende tanto el entrenamiento escolar formal, que ha llegado a ser una subespecialidad importante de la profesión de la enseñanza, como el simple entrenamiento y las técnicas muy simples que ayudan al niño a aprender conceptos como los del tiempo, la dirección, el tamaño de las cosas, y que pueden ser emprendidos por cualquier persona que esté interesada en ayudar al niño, incluso los padres, los hermanos y el terapeuta. La mayor parte de estos niños se sienten fuertemente impulsados a aprender, a pesar de que, de manera muy comprensible, se desilusionan y necesitan que se les tranquilice para convencerlos de que el esfuerzo que empleen será recompensado; este es un problema que concierne al terapeuta y debe ser abordado en la valoración inicial del caso.

2.1.17 TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

Han sido extensamente usadas las anfetaminas en los niños hiperactivos víctimas de lesiones cerebrales, y una buena proporción de estos niños responden favorablemente con reducción de sus problemas de conducta. Otros niños con lesiones cerebrales han sido beneficiados por distintos medicamentos del grupo de la fenotiacina.

2.1.18 PRONÓSTICO:

No existe hasta la fecha estudios suficientes realizados a largo plazo de los niños que sufren lesiones cerebrales para justificar conclusiones bien definidas acerca del pronóstico. Indudablemente, el resultado varía grandemente, lo cual depende de la gravedad

del trastorno, de la experiencia a que este sometido el niño y de las oportunidades que tenga para su educación y tratamiento especiales. (2)

2.1.19 RETRASO MENTAL:

A causa de la importancia legal de la etiqueta de retraso mental, es muy importante que se defina con claridad, confiablemente, y de tal manera que queden incluidos todas las personas que puedan beneficiarse de los programas especiales que se organizan para los retrasados, para que queden excluidas aquellas personas para las cuales el posible daño que pudiera resultar de recibir dicha etiqueta supera sus beneficios. Los intentos tradicionales por definir el retraso mental se pueden reducir en línea a tres categorías: Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia, definiciones basadas en un mal rendimiento social y definiciones basadas en la causa o naturaleza esencial del retraso mental, como por ejemplo la lesión cerebral.

2.1.19.1 DEFINICIÓN BASADA EN RESULTADOS DE PRUEBAS DE INTELIGENCIA:

Las pruebas de inteligencia se diseñaron específicamente (para descubrir a los niños que podían beneficiarse de un programa escolar normal), en otras palabras para descubrir a los retrasados mentales- y siempre se han usado principalmente con este fin. Algunos han definido el retraso mental exclusivamente en función de rendimiento en estas pruebas estandarizadas, es decir, todo aquel que tenga un C.I. inferior a cierto nivel generalmente fijado en 70, estará considerado como retrasado mental.

2.1.19.2 DEFINICIONES BASADAS EN UN MAL AJUSTE SOCIAL:

La deficiencia mental es un estado de desarrollo mental incompleto, de tal naturaleza y hasta tal grado que el individuo sea incapaz de adaptarse al ambiente de sus semejantes, de suerte que pueda llevar una existencia que no requiera supervisiones, control o apoyo externo. Una persona mentalmente deficiente es aquella incapaz de administrarse a si misma y sus cosas, o incapaz de aprender a hacerlo y que requiere supervisión, control y cuidado especial por su propio bien y por el de la comunidad.

(2) Shaw, Charles R. Piquiatría Infantil, Iera. Edición, México, D.F.

2.1.19.3 DEFINICIONES BASADAS EN CAUSAS BIOLÓGICAS DE RETRASO MENTAL:

Los niños mentalmente retrasados... han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual a perturbado el desarrollo normal del cerebro y ha producido serias anomalías en el desarrollo mental... El niño mentalmente retrasado se distingue marcadamente del niño normal por el ambito de ideas que puede comprender, y por el caracter que tiene su percepción de la realidad.

En consenso actual la deficinión de A.A.M.D (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL DEFICIENCY) indica que: Retraso mental significa un funcionamiento intelectual general notable por debajo del medio, que existe junto con deficiencia de adaptación y que se manifiesta durante el período de desarrollo.

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

Los retrasados mentales no constituyen ningún grupo exclusivo y homogéneo, y en la mayoría de los casos dichos sujetos no difieren notablemente de las personas "normales". No existe una psicología para retrasados mentales, así como no existe ninguna psicología de James o de Enriques.

Son muy pocas las prácticas educativas que se pueden señalar como exclusivas para sujetos retrasados y en realidad son muy pocos los procedimientos terapéuticos de cualquier tipo que apliquen a las personas retrasadas y que no pueden aplicar también a otros tipos de personas. Es difícil hacer afirmaciones que sean verdaderas para todos los sujetos retrasados o por lo menos para la mayoría de ellos. (3)

2.1.20 CLASIFICACIÓN DE RETRASO MENTAL DE PENROUS:

Para su estudio se divide en 2 grandes grupos generales, uno con Alto Remanente de Funciones Normales y otro con Bajo Remanente de Funciones Normales.

Retraso Mental con Bajo Remanente de Funciones Normales: En el pronóstico se hace referencia a las funciones colaterales no intelectivas que están más o menos afectadas y que acompañan el cuadro de Retraso Mental.

Por funciones colaterales entendemos aspectos motores, ajustes emocionales, capacidad ejecucional, habilidades específicas, etc.

Se considera que los del primer grupo son los de mejor pronóstico por cuanto que el retraso mental y/o pedagógico es más producto de un medio ambiente bajo y pobre en estímulos de factores congénitos altamente limitantes; las características son las siguientes:

2.1.20.1 Retraso Mental con Alto Remanente de Funciones Normales:

Es relativamente común sobre todo en nuestro medio y la manifestación primaria más evidente es retraso pedagógico.

En su hábito físico y expresión no muestran ningún estigma que le identifique como retraso mental.

No existe antecedes de grave desviación en el curso estandar de desarrollo (Criterios evolutivos de Gessell).

Presenta una habilidad motriz adecuada.

(3) ROBERT. P. INGALLS, Retraso Mental la Nueva Perspectiva, Editorial Moderno, México D.F. 1,982 Pág. 51-55.

La estructura familiar muestra una desviación pedagógica cultural y social análoga a la presentada por el niño.

Carece de altas estigmatizaciones por Ejemplo: pica, golpearse la cabeza rítmicamente. (En estos casos la falla desde el punto de vista de evolución del Sistema Nervioso Central se debe a una alteración de la quinta etapa evolutiva (organización cortical); los factores etiológicos más importantes suelen ser:

- a) Desnutrición de la madre durante el embarazo.
- b) Ambientes extraordinariamente deprimentivos.
- c) Desnutrición severa en el niño durante la primera y segunda infancia.
- d) Horizonte cultural y social de la familia, exterior limitado.
- e) Traumas craneo encefálicos moderados tempranos.
- f) Fallos en el proceso educativo, significativos sobre todo los aprestamientos primarios de lectura y escritura.

En estos niños es importante el diagnóstico temprano para poder suplir las deficiencias ambientales, tanto estimulativas como nutricionales (niños de alto riesgo biológico y social según la clasificación de estudios tempranos).

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

Retraso Mental con Bajo Remanente de Funciones Normales:

Es relativamente infrecuente y va en las estadísticas de .5 a 1.5% de la población general y en estos casos el factor etiológico no es ambiental sino constitucional, hay inadecuada estructura congénita de las capas de la corteza cerebral y de sus interrelaciones (las capas de la corteza son las siguientes: Molecular, Granulosa Externa, Piramidal, Granulosa Interna, Grandes Células Piramidales y Ganglionar o Plexiforme).

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

Tienen estigmas faciales motores y conductuales que los caracterizan y definen.

Poseen estigmas conductuales claramente tificados, rípica, golpeteo de la cabeza, masturbación excesiva, etc.

Proviene de familias normales en las cuales los niños representan una grave desviación de la media familiar.

Su historia evolutiva es extraordinariamente atípica y retardada, sus habilidades se adquieren tarde y con dificultad y tienen un límite en el proceso evolutivo que no son capaces de sobre pasar.

En el área pedagógica son extraordinariamente limitados y ningún cambio metodológico es capaz de mejorar su rendimiento.

Son pacientes generalmente de custodia por cuanto que tienen dificultades manifiestas para sostenerse así mismos.

Necesitan supervisión directa.

2.1.21 BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR:

Hay varios tipos de incapacidades, cuya importancia se deriva del hecho de que perjudican para sacar un mejor provecho de nuevas experiencias. Identificables como deficiencias discretas, actitudes o modos para procesar estimulaciones, esas incapacidades se distinguen como condiciones precisas en contraste con los daños más generales que se observan como por ejemplo, en la privación cultural o el retraso mental. Estas deficiencias específicas, además de presentar obstáculos para la adquisición de nuevos conocimientos o capacidades, pueden convertirse en los puntos de enfoque de dificultades compuestas de ajuste, con un cuadro emocional destacado. El tratamiento de las incapacidades de aprendizaje exige correctamente la preocupación interesada de muchos especialistas, debido a las complejidades asociadas en el desempeño y por el número de niños que participan. Con frecuencia, las incapacidades específicas de aprendizaje se manifiestan como grados de falta de realización académica y es indudable que contribuyen de manera considerable al gran número de niños que son las tres cuartas partes de los alumnos en edad de escuela primaria a los que se envía para que se realicen en ellos estudios y tratamientos individuales, debido a sus malas realizaciones en la escuela.

Por lo común, se descubren incapacidades específicas de aprendizaje

por medio de un estudio casuístico en el que se evalúa la capacidad intelectual del niño, el desarrollo emocional, la madurez social y los antecedentes de experiencias. Cuando se evalúa con profundidad la información procede de esos estudios de diagnóstico, se ha presentado con frecuencia la incapacidad para asignar la deficiencia de funcionamiento a cualquier causa específica.

Aún cuando en la actualidad es muy grande el interés por los niños con incapacidades específicas de aprendizaje, este tipo de funcionamiento deficiente no constituye un concepto nuevo. Las personas interesadas por las fallas de ajuste, en el pasado, reconocieron esos mismos problemas, como resulta muy evidente al revisar los trabajos que describen los intentos hechos con anterioridad para corregir las incapacidades encontradas en los niños. Algunos de los términos incluyen afasia (daño en el uso de la comprensión del lenguaje), daños cerebrales, dislexia (dificultad para leer), interyacentes (retrasados en la educación), bloqueo emocional, ceguera para las palabras, bajas realizaciones y sabio e ideota.

Un examen de la diversidad de términos refleja el interés en esos problemas por parte de las personas adiestradas en campos tales como la medicina general, la neurología, la psiquiatría, la educación y la psicología. En el campo general de los trabajos clínicos, ha habido con frecuencia una gran abundancia de rótulos de diagnósticos; pero con frecuencia, se ha observado una gran escasez de procedimientos apropiados de tratamiento. Ya sea que se denomine clasificación, descripción, rotulado diagnóstico, la identificación apropiada de un problema es el primer paso esencial para corregir la dificultad. Muchas deficiencias no son visibles directamente y se deben inferir sobre la base del funcionamiento dañado, de modo que el diagnóstico implica el examen del desempeño del individuo. Así, se han identificado incapacidades específicas de aprendizaje sobre la base de la incapacidad observada para aprender y progresar al ritmo esperado, en una situación de adiestramiento bien controlada.

2.1.22 EL NIÑO HIPEQUINÉTICO

2.1.22.1 Conceptos Generales:

La salud representa la fase de adaptación del organismo humano a su medio, y en el caso del niño constituye, además la etapa de crecimiento y desarrollo, durante la cual es capaz de manejar su ambiente y de manejarse a sí mismo dentro de ciertos límites, permaneciendo relativamente inmune al dolor y a las fallas que pudieran incapacitarlo en su adecuada relación interpersonal, la enfermedad representa, por el contrario, una falla en la adaptación, una ruptura en el intento del organismo por mantener la homeostasis. El ser humano, enfermo o sano, está organizado en tres niveles: el fisiológico, el Psicológico y el social o interpersonal; cada nivel es una especie de "sistema abierto" relacionado estrechamente con los otros dos a través de puntos nodales de comunicación, coordinados por el sistema regulador central. También aceptamos que cuando se desarrolla un padecimiento "de la mente", como suele decirse, el hombre sufre pérdida de la homeostasis, tanto en su estructura física como en el funcionamiento de ese equipo biológico que tiene la peculiaridad de ser único, nunca igual a otro. Si el médico no acepta integralmente al sujeto de su estudio y sólo atiende a uno de sus componentes, estará aplicando una medicina incompleta, mutiladora de la realidad.

Ahora bien, los estímulos nocivos son relativamente específicos para cada nivel de organización; no así la respuesta que se estructura a partir de los tres niveles, y en la cual siempre domina uno de ellos. En otras palabras, un estímulo físico, como es el caso de un traumatismo. Los estímulos que potencialmente pueden dañar al organismo al grado de producir enfermedad, son de naturaleza física, psicológica y social. Los estímulos de orden psicológico derivan de pensamientos o sentimientos que son inaceptables, porque provocarían angustia como consecuencia de experiencias pasadas o presentes que son registradas por los sistemas perceptuales y que reciben una representación simbólica de carácter consciente o inconsciente.

Finalmente, los estímulos sociales pueden provocar el desencadenamiento de enfermedades, produciéndose en este caso, la pérdida o la amenaza de la pérdida de las relaciones interpersonales de mayor significación para el individuo; o bien, proporcionar la aparición de un peligro

Real o imaginario, o la frustración ante la incapacidad de satisfacer una necesidad básica de carácter social.

2.1.22.2 El Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima:

Este comprende fundamentalmente los trastornos de conducta, y los trastornos resultantes nada tienen de "mínimos", por el contrario caracterizan una conducta generadora de evidentes cambios desfavorables, tanto en el seno familiar como en el escolar. El niño hiperquinético, como suele llamársele también al pequeño que sufre trastornos disfuncionales, exhibe dichas desviaciones conductuales de tan severas consecuencias tanto para él como para su familia y su grupo escolar. La valoración de los cambios estructurales y funcionales del cerebro como principales responsables de ciertos trastornos de la conducta del niño.

2.1.22.3 Sintomatología:

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta, no se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. En efecto parece que la disfunción misma favorece una forma de excesiva actividad sensorial, la cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno. Hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño hiperquinético y le exigen una satisfacción inmediata, so pena de alterar seriamente la conducta, si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos, ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor. La hiperquinesia presenta, además características que conviene tener en cuenta cuando se interroga a los padres. Debido a que se origina principalmente "desde el interior" del niño, es en parte una respuesta al ambiente, y por tanto, se manifiesta permanentemente y en todo lugar. La inquietud que muestran otros niños cuyo problema no es la disfunción cerebral (los que sufren disturbios emocionales de diverso origen, por ejemplo: es casi siempre selectiva, en el sentido de que se manifiesta sólo en los momentos y lugares que la originan o la evocan.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maniacos del adulto. Relacionados también con el síntoma que aquí abordamos, se describen los trastornos tales como los del sueño.

Existen dos formas de conducta que derivan directamente de la hiperactividad y que mencionaré como "sucedáneas" de este síntoma la destructividad y la agresividad. La agresividad se manifiesta de muchas formas y en realidad no es algo que pueda separarse de la misma destructividad. La inatención es otro de los síntomas que se describen como integrantes fundamentales del síndrome. Es producto de la distractibilidad del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el aprendizaje. Debe quedar claro que el niño de que nos ocupamos ahora es un niño con inteligencia normal, lo cual no descarta la posibilidad de que la hiperquinesia coexista con un retardo mental. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los perceptos mismos y las ideas con lo que éstos adquieren una importancia uniforme; la irritabilidad como otro más de los síntomas característicos. Tanto los estímulos placenteros, como las frustraciones provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños normales. Por otra parte, el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; y por otro lado, por las mismas razones exhibe una baja tolerancia a las frustraciones, las cuales suelen manifestarse en forma de rabietas y berrinches incontrolables. La irritabilidad, a la que podríamos llamar hiperreactividad, implica la producción de respuestas normales en cuanto a la cualidad, pero definitivamente anormales por su intensidad.

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades del comportamiento, es la impulsividad, entendida ésta como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos.

La impulsividad del niño hace que a éste se le tome por temerario; lo que sucede en realidad, como suele decirse, es que no mide el peligro. Son niños enteramente castigados. Como además parecen actuar con cierto cinismo exasperante, es relativamente fácil confundirlos con verdaderos psicópatas en ciernes.

El siguiente síntoma que veremos es la incoordinación muscular o inmadurez motora como también se le ha llamado. Algunos de los niños hiperquinéticos tienen un desarrollo motor aceptable e incluso pueden ser buenos atletas una vez que son jóvenes, pero lo habitual es que exhiban una torpeza general.

La tendencia del niño que sufre disfunción cerebral a responder forzosamente a todos los estímulos, se refleja en su interés y atracción por detalles mínimos e irrelevantes. A su vez, la obsesividad de la conducta se traduce en un síntoma que ahora agregamos al cuadro: la perseveración. La demanda de atención que exhiben estos niños se traduce en una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva.

La labilidad afectiva, que es antecedente de la conducta imprevisible, la irritabilidad (hiperactividad) y la agresividad, son síntomas que pertenecen a la esfera afectiva. Para complementar la descripción de los trastornos que pertenecen al campo de lo emocional, podemos citar ahora la disforia, la cual se caracteriza por la anhedonia, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad. La presencia de los llamados equivalentes depresivos, o bien de la depresión enmascarada. En cuanto a la autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con disfunción cerebral frecuentemente se consideran a sí mismos incapaces, diferentes, malos inadecuados; todo ello se desprende de las comunicaciones con sus maestros y de los estudios de la personalidad que se les practican. La compulsión parece tener como finalidad evitar la ansiedad que se experimenta ante las situaciones nuevas o inesperadas.

Antes de entrar en la somera discusión que planteamos acerca de los trastornos del aprendizaje, los cuales constituyen un aspecto central del síndrome, consideremos un síntoma conductual que he descrito con el nombre de desobediencia patológica.

Sabemos desde luego, que son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos no es la de quien desobedece a sabiéndas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de aclararla.

Los trastornos del aprendizaje, casi siempre presentes en este síndrome, generalmente hacen que un profesor poco observador llegue a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo mental verdadero. El origen de las dificultades escolares no está muy claro, pero por lo menos se puede mencionar dos tipos de obstáculos para el aprendizaje que inciden en este pseudo-retardo:

- a) La hiperquinesia misma asociada a la incapacidad para la concentración que reduce el tiempo que el niño dedica a sus trabajos escolares y las tareas en casa.
- b) La existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo, especialmente los del área visomotora, los cuales tienen probablemente una responsabilidad mayor.

La disociación, que es una característica importante y se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una gestalt es una dificultad que puede reconocerse fácilmente en los tests visomotores; el niño no integra los detalles de un proyecto en una totalidad o "figura acabada" (gestalt). Aparece así su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia), el deterioro de palabras y la perseveración (incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad a otra). La memoria se encuentra obstaculizada: Un motivo más para que los procesos de aprendizaje se vean, a su vez, disminuidos. La atención es un fenómeno muy ligado a la memoria.

También dentro de los trastornos del aprendizaje debe mencionarse la pobreza de la imagen corporal que los niños con disfunción cerebral con frecuencia exhiben.

Como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, se forjan una imagen deformada de sus cuerpos y del cuerpo humano en general, puesto que la formación de una adecuada imagen corporal está relacionada con el desarrollo del ego y con la estructuración de un concepto positivo de sí mismo.

Sintomatología de la Disfunción Cerebral Mínima (Resumen y agrupamiento). 1. Hiperquinesia: a) destructividad, b) hiperactividad verbal, c) trastornos del sueño, d) agresividad.

2. Inatención: a) hiperactividad sensorial, b) distracción.

3. Irritabilidad: a) conducta impredecible, b) baja tolerancia a la frustración: rabietas, "berrinches", "sainetes".

4. Impulsividad: a) conducta "antisocial" (¿sociopática?), b) enuresis, encopresis, c) "temeridad".

5. Incoordinación muscular (dispraxia): a) torpeza corporal, b) disgrafia, c) ineptitud deportiva, d) disartria, dislalia.

6. Disfonia: a) anhedonia, b) ansiedad (¿depresión?), c) deficiente autoestima.

7. Desobediencia patológica: a) incomprensión de órdenes, b) repetición de la falta, c) incomprensión del castigo.

8. Trastornos del aprendizaje: a) problemas visomotores, dislexia, b) disociación, c) inversión del campo visual, d) perseveración, e) memoria deficiente, f) pobreza de la imagen corporal. (4).

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Son varios los problemas psíquicos por los que se refiere a los pacientes al servicio psicológico del Hospital Nacional de Amatlán, los cuales acuden en busca de una solución o alivio a sus problemas; dicho servicio se presta llenando como primer paso la papelería correspondiente como la anamnesis, estableciendo un plan terapéutico, el tipo de terapia de acuerdo al problema particular del paciente y el seguimiento. Pero nos hemos dado cuenta con mucha preocupación que un porcentaje alto de la población presenta " Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de Aprendizaje ". La disfunción cerebral mínima se presenta secundaria a problemas durante el embarazo, en el momento del nacimiento o durante los primeros años de vida. como se menciona anteriormente otro de los problemas con mayor incidencia es el bajo rendimiento escolar, el cual, en varios de los casos se debe a un retraso mental con alto remanente de funciones normales, pues éste presenta, dentro de los factores etiológicos, un horizonte cultural, social y familiar limitado, ambientes extraordinariamente deprímativos y fallos en el proceso educativo, significativos sobre todo en los aprestamientos primarios de lectura y escritura. Debido a la importancia y a la frecuencia con que se presentan estos problemas en la población de amatitlán, se hace necesario que tanto el Departamento de Psicología como las Autoridades del municipio trataemos de disminuir el alto grado de incidencia de estos problemas en la población educativa; por lo que es fundamental que se preste mayor atención a los mismos y a algunos otros de carácter social que afectan la salud mental de la población.

3.2 OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

3.2.1 Objetivo General:

Ejecutar acciones del Ejercicio Profesional Supervisado, en las áreas de Servicio, Docencia e Investigación, realizando el trabajo con una población determinada del municipio de Amatlán. Asistencia docente a los estudiantes asignados al centro de práctica Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán, así como atención a los pacientes de dicho centro asistencial, planificando y desarrollando una investigación descriptiva.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.2.2.1 Servicio:

Buscar con los maestros que educan en los primeros años, estrategias que les ayuden a minimizar los problemas de aprendizaje.

Determinar la incidencia con que se presenta la Disfunción Cerebral Mínima en la población de educandos y su influencia en el rendimiento escolar, utilizando el test bender.

Planificar, organizar y ejecutar acciones de información sobre el Departamento de Psicología.

Abordar de manera integral y específica la problemática de los pacientes que asisten al Departamento de Psicología del Hospital San Juan de Dios de Amatlán.

3.2.2.2 Docencia:

Asesorar a los estudiantes practicantes en el seguimiento de casos. Implementar a los estudiantes practicantes de 3er. año asignados al centro en temas como: Anamnesis, la entrevista psiquiátrica, psicoanálisis y psicoterapia, mediante el desarrollo del programa específico de docencia.

Instruir a los estudiantes en el manejo administrativo del Departamento de Psicología.

3.2.2.3 Investigación:

Realizar una investigación descriptiva sobre la Disfunción Cerebral Mínima, determinando sus antecedentes, relacionando información y evaluando la misma; obteniendo así conclusiones y recomendaciones.

4.1 METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO:

El ejercicio profesional supervisado titulado "Incidencia de Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de Aprendizaje en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios de Amatlán", se llevó a cabo bajo la supervisión del Licenciado LUIS ROBERTO MAZARIEGOS RIOS, como la parte requiriente y por parte de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

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

4.2.1 METODOLOGIA UTILIZADA

4.2.1.1 Servicio:

Control administrativo del servicio en atención de pacientes internos y externos, aplicando los conocimientos adquiridos en la escuela de Psicología en relación al área clínica.

Aplicación de técnicas psicométricas.

Tratamiento y seguimiento de casos.

Se impartieron charlas a personal que trabaja en lugares públicos.

4.2.1.2 Docencia:

Implementación a estudiantes de 3er. año sobre anamnesis, la Entrevista Psiquiátrica y el Esquema del Psicoanálisis.

Implementación sobre técnicas psicométricas a los estudiantes de 3er. año que realizaron práctica educativa.

Se implantaron charlas a los señores maestros sobre temas solicitados por la supervisión general del municipio.

Organizar la realización del informe final de práctica de los estudiantes de 3er. año.

Calificación y control de notas.

Discusión de casos en mesas redondas con los estudiantes de 4to. y 5to. grado.

4.2.1.3 Investigación:

La investigación del tema "Incidencia de Disfunción Cerebral Mínima y problemas de aprendizaje en pacientes atendidos en la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios del Municipio de Amatlán".

Se llevó a cabo de la siguiente forma:

Formulación del Planteamiento del Problema.

Selección de la muestra de 40 niños comprendidos entre las edades de 6 a 8 años, que asisten a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios y a la Escuela Benjamin Frankin, cursantes del primer año.

Elaboración de anamnesis.

Selección del Instrumento a utilizar (Test Bender Koppitz).

Aplicación del Instrumento, para determinar el grado de maduración visomotora y determinar si se presenta Disfunción Cerebral Mínima.

Tabulación de datos.

5.1 TECNICAS E INSTRUMENTOS:

5.1.1 Test Bender Koppitz:

5.1.1.1 Antecedentes Historicos:

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

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

Los estímulos presentados al sujeto, nueve en total, fueron elegidos y adaptados por la autora de una serie mayor que publica Max Wertheimer en 1923, en su monografía "Untersuchngen zur Lehre von del Gestal", y que fueron presentados por el autor como las bases experimentales sobre las que fundamenta sus leyes sobre la percepción. (5).

Bender, al aplicar la prueba, estimó que las respuestas del individuo evaluado estaban determinadas tanto por el escenario total del estímulo como por el estado de integración del organismo y que, por consecuencia, el análisis de los patrones de respuesta proporcionaba un índice para la estimación del desarrollo visomotor del niño, tanto en los aspectos normales, como en aquellos en los cuales se presentaba alguna forma de perturbación en el desarrollo.

(5) Laureta Bender, Test Gestáltico Vismotor. Usos y Aplicaciones clínicas, Buenos Aires Argentina, Editorial Paidós.

5.1.1.2 Fundamentos Teóricos:

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

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

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

Los principios básicos en la formación de la Gestal eran, en su orden: Proximidad de los elementos, por semejanza de cierre, de continuidad, de familiaridad y de estado. En ello se expresaba no solo la importancia que tenía el proceso perceptivo la constelación de estímulos presentados, sino también, la manera global, funcional y unitaria, como el organismo reaccionaba a estos estímulos en un esfuerzo por lograr éste una mejor Gestal con la característica de simplicidad, simetría y armonía. (6) Por lo tanto, en el proceso perceptivo el producto final resulta siempre expresado en un patrón original por la acción del mecanismo integrador del individuo que lo ha experimentado.

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

(6) Benjamín Wolman, Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología, Barcelona, España, Editorial Martínez Roca, S.A.

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

5.1.1.3 Objetivos del Test:

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

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

Exámen de la función gúestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones. Exámen de la función neruonal, su integración y posible deterioro. Exámen del ajuste emocional general del niño.

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

5.1.1.4 Margen de aplicabilidad:

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

5.1.1.5 Material de la Prueba:

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

Hoja de papel bond blanco, de tamaño carta.

Un lápiz

Un borrador.

5.1.1.6 Caracterización de la Tarea:

Figura "A"

Se pone como figura introductoria, por el hecho de representar, de una manera inmediata figuras cerradas que se destacan sobre un fondo. Evolutivamente, esta figura determina como se va estableciendo en el sujeto la diferencia entre cuadrado y círculo, así como la discriminación y coordinación en el espacio de las direcciones horizontal y vertical. La capacidad para relacionar cada objeto con el espacio en su totalidad y la posibilidad de sintetizar las dos subformas, se pondrá de manifiesto por la reocupación del sujeto por la realización de las figuras de un tamaño análogo. El problema adicional más significativo, en esta figura, resulta ser el que se deriva de la dificultad por la angulación recta.

Figura 1

Intenta, según Wertheimer, poner de manifiesto el principio de la forma construida a partir de la proximidad de las partes. El sujeto, en virtud de lo anterior, deberá percibir el estímulo como serie de pares. Evolutivamente, representa para el sujeto dos tareas fundamentales: la primera, de carácter conceptual, al constituir la seriación, confiriéndole al punto, el carácter de lo mínimo que puede ser marcado. Por otra parte, la figura propone el problema del número y con él, la diferenciación entre cantidad y espacio. La maduración del sujeto se expresará en el conteo de los puntos y el cuidado que habrá de poner al espaciar regularmente cada uno de ellos.

Figura 2

La manera como la forma está estructurada en esta figura, ilustra el mismo principio que se aplicó a la figura anterior, el de la proximidad de las partes. Propone como problema evolutivo, la capacidad de mantener el paralelismo en la oblicuidad, conservando el número de los elementos constitutivos. La realización de la tarea, en forma correcta, es indicativo del dominio que el niño va alcanzando en el campo espacial. (7).

(7) Sera Paín, Psicometría Genética, Buenos Aires Argentina, Editorial Nueva Visión.

Figura 3

Continúa el problema del proceso conceptual ya explicado para la figura 1, pero agregándose a él, la circunstancia de que los puntos se encuentran dentro de una organización compleja. Esta última característica es la que hace que el logro de la forma en esta figura, se presente con retardo, en relación a la figura 1. Desde el punto de vista evolutivo, el problema que debe solucionar el sujeto, está representado por la operación simultánea de clasificación y seriación, exigencias ambas, que deben ser cumplidas para que pueda el sujeto analizar la interpretación de la figura. Por otra parte, en este estímulo hace, nuevamente, su aparición, el problema de la angulación, al que ya hicimos referencia en la figura "A", pero con la complicación que resulta del hecho de que en esta figura los elementos constitutivos son discontinuos. Figura 4

Guarda cierta relación con la problemática presentada para la figura "A", en lo referente a la puesta en contacto de una figura recta con una curva, la diferencia que representa un salto cuantitativo entre ambas, está representado por el hecho de que en esta figura sus componentes están abiertos, y no cerrados como en la figura "A". Plantea el problema evolutivo de la orientación en el espacio de la figura de carácter oblicuo con la dificultad adicional representada por el trazo de la onda en campana, que complejiza la reproducción.

Figura 5

Nuevamente plantea el problema del concepto de punto, pero su especial configuración hace, comunmente, que la conservación de la cantidad de puntos contribuya al deterioro de la representación gráfica. Adicionalmente presenta al problema de la oblicuidad y el de la ubicación del ángulo de intersección.

Figura 6

Vuelve a plantearse el problema de la oblicuidad y el de la ondulación. El rasto evolutivo está representado por la necesidad de realizar una síntesis rítmica y de evidente plasticidad en la intersección de ambas líneas. Vuelve a aparecer el problema del número, referido esta vez a las ondas que constituyen el trazado de la figura.

Figuras 7 y 8

Ambas figuras están integradas por subformas de una misma calidad pero que en cada caso forman una síntesis distinta. Como problema evolutivo, ambas ponen de manifiesto el dominio del sujeto sobre la angulación, la simetría, el paralelismo y la superposición, elementos todos que ponen de manifiesto el grado de dominio que el sujeto posee sobre el sentido de orientación espacial.

5.1.1.7 Normas de Aplicación:

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

Las instrucciones, son simples: "aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies, aquí esta el primero, haz uno igual a éste". El test se inicia con la figura "A", y luego, sin límite de tiempo, se van presentado las ocho tarjetas restantes. Durante el trabajo el sujeto no se hacen comentarios, y a sus preguntas deberá responderse de una manera neutral, indicándole, únicamente, que su dibujo deberá ser lo más parecido posible al del modelo. No se restringirá, ni la cantidad de papel, ni el uso del borrador, ni el tiempo de ejecución. Con relación a esto último se recomienda, sin embargo, consignar el tiempo empleado por el niño, en la copia de los nueve patrones de la prueba por el hecho de que tiempos muy cortos o muy largos, poseen significación diagnóstica. (8).

5.1.1.8 Validez y Confiabilidad:

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

(8) Elizabeth Munsterberg Koppitz, El test Guestáltico Visomotor para Niños, Buenos Aires, Argentina, Editorial Guadalupe.

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

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

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

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

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

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

Incapacidad para reproducir las gestalts. Esto demuestra gráficamente el defecto básico de las lesiones cerebrales, es decir, la incapacidad para organizar las partes advertidas hasta formar un todo, y la tendencia más bien como fragmentos separados y desunidos. Este fenómeno se ve con mayor frecuencia en el "árbol de navidad", figura que está compuesta por una serie de puntos que tienen el aspecto de un árbol de navidad recostado en el suelo. El niño no puede advertir la figura en su totalidad y produce simplemente una serie de puntos acumulados sin ninguna organización. Otro error común es la imposibilidad, en la primera figura, de unir el cuadrado y el círculo de manera que son distribuidos como fragmentos desunidos.

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

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

5.2 PRESENTACION DE RESULTADOS:

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos por la muestra en la aplicación del Test Bender Koppiz, con relación a Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de Aprendizaje. En la ejecución del ejercicio profesional supervisado, en los subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación.

5.2.1 Subprograma de Servicio:

Este se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se atendió el control administrativo del Departamento, anotando en los libros específicos los datos requeridos, se pasó visita por los distintos servicios del Hospital (medicina de hombres, medicina de mujeres, cirugía de hombres, cirugía de mujeres, maternidad, pediatría y emergencia), atendiendo a los pacientes referidos por los médicos de dichos servicios.

En la Consulta Externa, se brindó atención psicológica a los pacientes asignados, elaborando con ellos la entrevista inicial, anamnesis y/o ficha clínica e historia clínica, llegando a un compromiso terapéutico, estableciendo diagnóstico preliminar y seguimiento. Se aplicó el Test Bender Koppitz a la muestra seleccionada para la investigación sobre la incidencia de la Disfunción Cerebral Mínima y los Problemas de Aprendizaje. Se seleccionó esta prueba por su estandarización, fácil manejo y confiabilidad. Se impartieron varias charlas al personal propietario y trabajadores de lugares públicos (bares), como una manera de divulgar la importancia del Departamento de Psicología. Estas se impartieron sobre los temas "Enfermedades de Transmisión Sexual, el Sida y sus consecuencias", se eligieron a petición del Director del Centro de Salud de la localidad, lugar al cual acude este tipo de personas con cierta regularidad para un chequeo médico y por considerar a ésta población en alto riesgo de contraer dichas enfermedades; estas se llevaron a cabo en tres sesiones en las cuales se trató de informar sobre las consecuencias fatales que se corren al contraer este tipo de enfermedades.

También se informó sobre medidas preventivas para evitar el riesgo de contraerlas.

5.2.2 Subprograma de Docencia:

Este se llevó a cabo con los estudiantes de 3er. año asignados al centro, implementándoles sobre la forma de llevar la anamnesis, así como también sobre el libro La Entrevista Psiquiátrica de Harry E. Sullivan, la que muestra un camino secuencial para elaborar la historia clínica del paciente y los datos más importantes que está debe contener, tomando en cuenta que la misma no se obtiene en una sola entrevista puesto que la misma solamente es de 45 minutos, debiendo complementarse en las primeras entrevistas que se tienen con el paciente, hasta obtener una historia lo más completa posible. Se implementó sobre el libro El Esquema del Psicoanálisis, por considerar que es una de las corrientes más importantes y la cual dio paso a la Psicología como ciencia.

Se implementó al resto de alumnos de 3er. año que realizan práctica educativa sobre el uso del Test Frosting, tomando en consideración que por el tipo de área en la cual se desenvuelven les es de suma utilidad manejar este tipo de prueba psicométrica, puesto que trabajan con niños en edad escolar y preescolar que presentan problemas en varias áreas del desarrollo psicomotriz.

Se impartieron una serie de charlas de carácter psicológico a los señores maestros de las escuelas del municipio, las cuales fueron solicitadas por la Supervisión General, con el afán de dar una mejor preparación a su personal para beneficio propio y de los alumnos. Estas charlas tenían la intencionalidad de ayudar al maestro en su trabajo diario y la promoción del Departamento de Psicología, lo cual tuvo buenos frutos pues fueron referidos varios casos. Se trataron varios temas como la agresividad, los problemas de aprendizaje, la autoestima y otros. Estas charlas se llevaron a cabo en la escuela Benjamín Francklin de la localidad. También se llevaron a cabo varias reuniones con los estudiantes de 3er. año, con objeto de elaborar el informe final de práctica solicitado por el Departamento de Práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas. Se llevó a cabo el control de notas del segundo y tercer momento de los estudiantes de 3er. año, en relación a la práctica, en el cual se calificaron todos los aspectos solicitados, así como las pruebas escritas a las cuales se sometieron los estudiantes. Estas fueron entregadas en su oportunidad al Departamento de Práctica de la Escuela. Para finalizar se llevaron a cabo varias mesas redondas con el supervisor, con el objetivo de discutir sobre los casos clínicos que estaban a cargo de los estudiantes de 4to., 5to. y E.P.S., para implementar sobre los mismos y buscar la mejor solución a la problemática del paciente y la prestación de un mejor servicio.

5.2.3 Subprograma de Investigación:

El primero de los pasos fue la formulación del planteamiento del problema a investigar y luego determinar cuales serían los pasos a seguir, continuando con la selección de la muestra, la cual se llevó a cabo dentro de población de niños asistentes a la consulta externa del Departamento de Psicología y los niños de

la Escuela Benjamín Francklin, los cuales debían estar en un rango de edad cronológica entre 6 y 8 años. La muestra que se seleccionó consta de 40 niños, lo cual da margen a hacer inferencias de todo tipo, ya que no es extremadamente grande y tampoco pequeña. Se citó a los padres de los menores a la clínica del Departamento para poder elaborar la anamnesis de cada uno de los niños seleccionados de la Escuela Benjamín Francklin, para la investigación que nos ocupa. ¿Por que el Test Bender Koppitz y no otro?.

Se selecciono este, por considerarlo de facil manejo para los niños que presentan algún tipo de "Disfunción" así como por estar estandarizado y por su confiabilidad, lo cual brinda datos muy importantes. Se aplico el Test a 25 niños de la escuela Benjamín Francklin y 15 niños de la consulta externa. La aplicación se llevó a cabo de forma individual , lo cual permitió observar al niño mientras ejecutaba la prueba, la realización del raport y el clima adecuado para dicha aplicación, se le entregó a cada niño el material necesario (hojas de papel bond tamaño carta, lapiz y borrador), no se estableció un tiempo determinado para la realización de la prueba y se le presentaron las nueve tarjetas que componen el Test, lo que permitió la obtención de los datos necesarios para la presente investigación.

Tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del Test Bender Koppitz con la muestra de 40 niños, la cual se presenta acontinuación:

Presentación de Resultados:

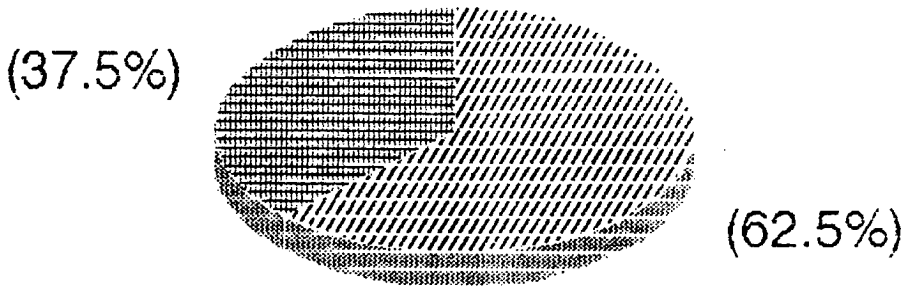
Pacientes pertenecientes a la muestra, atendidos individualmente para aplicación del Test Bender Koppitz, comprendidos entre las edades de 6 a 8 años.

No.	Nombre del Px.	Edad Cronológica	Puntaje Obtenido	Media	Maduración Visomotora
1	C.A.P.	6a. 2m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B.
2	M.A.M.G.	6a. 2m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B.
3	O.E.P.D.	6a. 3m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
4	M.O.D.Z.	6a. 3m.	12	9.8	5.6 - 5.11 B
5	P.M.E.	6a. 3m.	12	9.8	5.6 - 5.11 B
6	J.E.C.O.	6a. 4m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
7	J.C.P.A.	6a. 4m.	14	13.6	5.0 - 5.5 B
8	A.A.G.G.	6a. 5m.	13	9.8	5.6 - 5.11 B
9	A.E.P.J.	6a. 6m.	5	4.8	7.0 - 7.5 A
10	O.A.C.E.	6a. 6m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
11	P.A.C.CH.	6a. 6m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
12	A.E.E.	6a. 6m.	13	9.8	5.6 - 5.11 B
13	W.R.A.C.	6a. 7m.	7	6.4	6.6 - 6.11 A
14	D.E.G.A.	6a. 8m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
15	A.D.O.	7a.	12	9.8	5.6 - 5.11 B
16	D.A.M.	7a.	8	6.4	6.6 - 6.11 A
17	E.À.Z.	7a.	14	13.6	5.0 - 5.6 B
18	S.H.H.	7a. 1m.	8	6.4	6.6 - 6.11 A
19	C.A.M.	7a. 1m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
20	C.E.CH.D.	7a. 1m.	14	13.6	5.0 - 5.5 B
21	A.K.E.H.	7a. 2m.	15	13.6	5.0 - 5.5 B
22	O.M.E.	7a. 2m.	7	6.4	6.6 - 6.11 A
23	H.CH.J.	7a. 2m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
24	O.A.C.	7a. 3m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
25	E.T.G.	7a. 3m.	15	13.6	5.0 - 5.5 B

26	E.R.P.O.	7a. 3m.	16	13.6	5.0 - 5.5 B
27	O.CH.S.	7a. 4m.	9	8.4	6.0 - 6.5 B
28	P.A.M.M.	7a. 4m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
29	W.A.O.M.	7a. 5m.	9	8.4	6.0 - 6.5 B
30	A.C.M.P.	7a. 6m.	12	9.8	5.6 - 5.11 B
31	D.CH.O.	7a. 6m.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
32	A.C.O.	7a. 7m.	7	6.4	6.6 - 6.11 B
33	D.A.E.	7a. 7m.	3	2.5	8.6 - 8.11 A
34	E.M.M.D.	7a. 8m.	15	13.6	5.0 - 5.5 B
35	L.E.H.	7a. 9m.	14	13.6	5.0 - 5.5 B
36	K.A.G.	8a.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
37	M.E.P.M.	8a.	11	9.8	5.6 - 5.11 B
38	O.A.P.E.	8a.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
39	A.K.T.Ñ.	8a. 1m.	10	9.8	5.6 - 5.11 B
40	A.P. J.CH.	8a. 1m.	15	9.8	5.6 - 5.11 B

DETALLE DE RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA UNA DE LAS FIGURAS DEL TEST BENDER KOPPITZ, CON UNA MUESTRA DE 40 NIÑOS.

FIGURA "A"

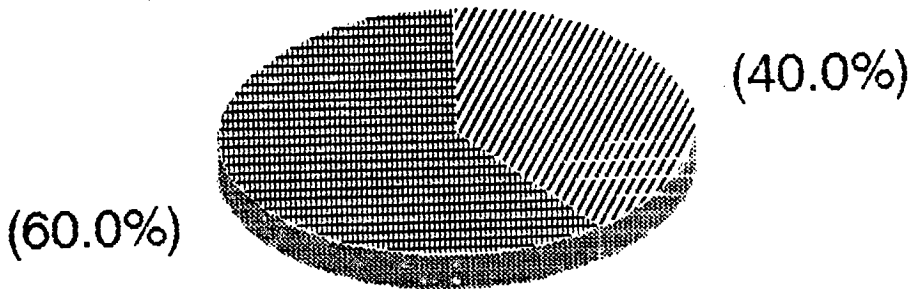


ASPECTOS DEL TEST A CALIFICAR:

INTEGRACIÓN:	25 NIÑOS	=	62.5%
NORMAL:	15 NIÑOS	=	37.5%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE EL 62.5% DE LOS NIÑOS EVALUADOS OBTUBIERON UNA MEDIA BAJA Y SOLAMENTE EL 37% OBTUVIERON UN PUNTEO NORMAL.

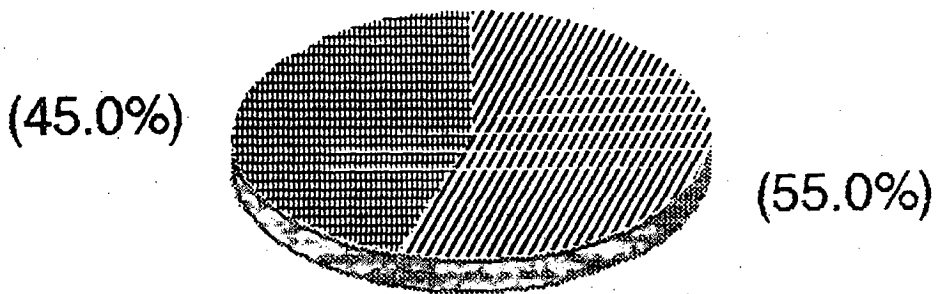
FIGURA "A"



DISTORCIÓN DE LA FORMA:	24 NIÑOS	=	60%
NORMAL:	16 NIÑOS	=	40%

LA PRESENTE GRAFICA NOS MUESTRA QUE EL 60% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA BAJA EN EL ASPECTO DISTORCIÓN DE LA FORMA Y QUE EL 40% OBTUVO UN PUNTAJE NORMAL.

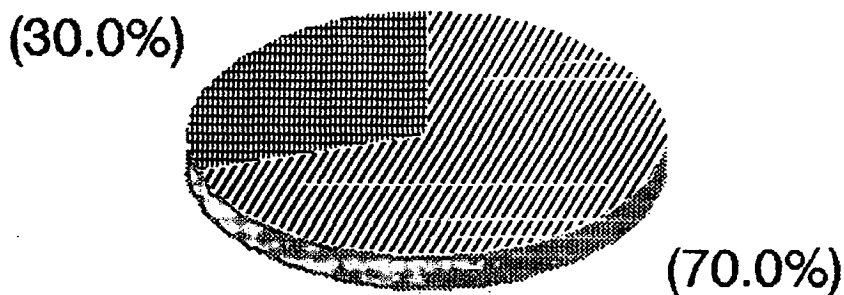
FIGURA "A"



DESPROPORCIÓN:	22 NIÑOS	=	55%
NORMAL:	18 NIÑOS	=	45%

EN LA GRAFICA SE OBSERVA QUE UN 55% DE LOS NIÑOS EVALUADOS OBTUVIERON UNA MEDIA BAJA Y QUE SOLAMENTE 45% OBTUVIERON UNA MEDIA NORMAL.

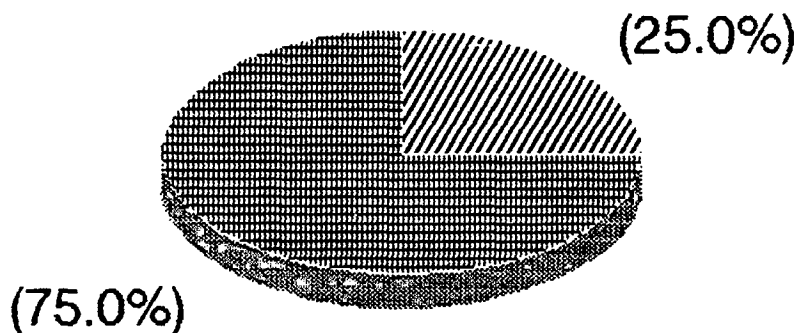
FIGURA 1



CIRCULOS POR PUNTOS:	28 NIÑOS	=	70%
NORMAL:	12 NIÑOS	=	30%

LA PRESENTE GRAFICA NOS MUESTRA QUE EL 70% DE LA MEUSTRA OBTUVO UNA MEDIA BAJA EN EL ASPECTO DE CIRCULOS POR PUNTOS Y UN 30% OBTUVO UN PUNTEO NORMAL.

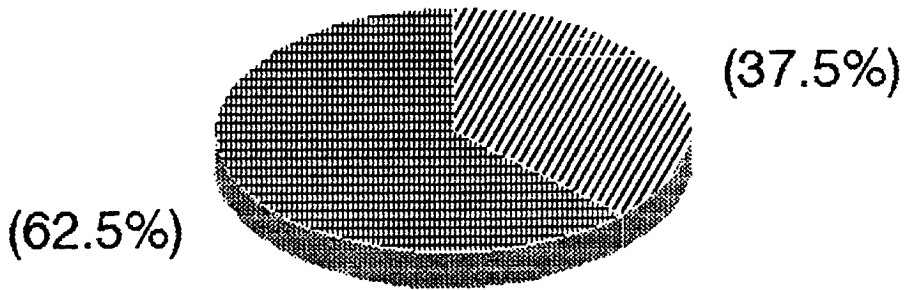
FIGURA 1



ROTACIÓN: 10 NIÑOS = 25%
NORMAL: 25 NIÑOS = 75%

ESTA GRAFICA NOS MUESTRA QUE SOLAMENTE UN 25% DE LOS NIÑOS EVALUADOS OBTUVIERON UNA MEDIA BAJA EN EL ASPECTO DE ROTACIÓN Y QUE UN 75% DE LOS MISMOS OBTUVIERON UNA MEDIA NORMAL.

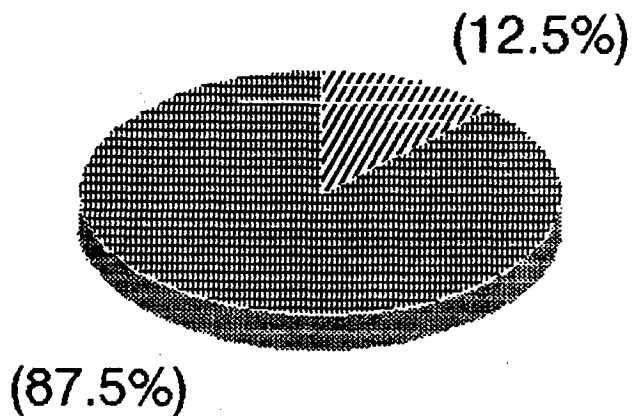
FIGURA 1



PERSEVERACIÓN: 25 NIÑOS = 62.5%
NORMAL: 15 NIÑOS = 37.5%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE EL 62.5% DE LA MUESTRA EVALUADA PRESENTA PROBLEMAS DE PERSEVERACIÓN Y SOLAMENTE UN 37.5% OBTUVO UNA MEDIA NORMAL.

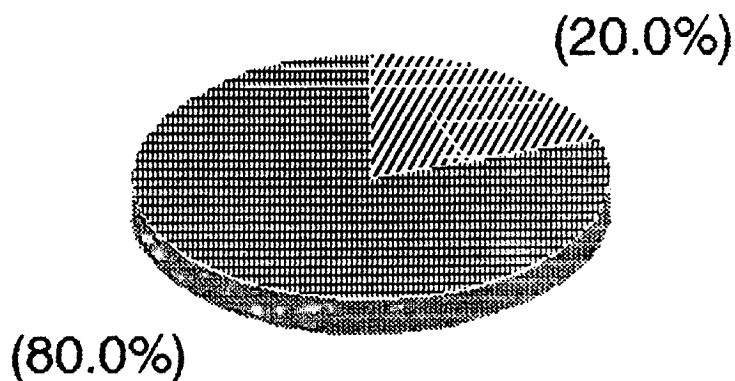
FIGURA 2



ROTACIÓN: 5 NIÑOS = 12.5%
NORMAL: 35 NIÑOS = 87.5%

LA PRESENTE GRAFICA NOS MUESTRA QUE SOLAMENTE UN 12.5% DE LA POBLACION EVALUADA PRESENTA PROBLEMAS DE ROTACIÓN Y QUE UN 87.5% PRESENTA UNA MEDIA NORMAL.

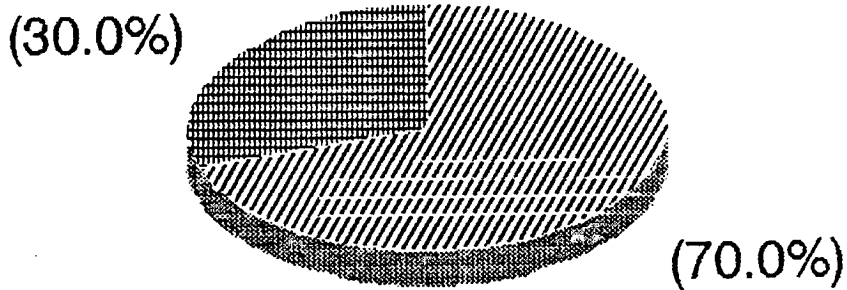
FIGURA 2



INTEGRACIÓN:	8 NIÑOS	=	20%
NORMAL:	32 NIÑOS	=	80%

EN LA PRESENTE GRAFICA SE OBSERVA QUE SOLAMENTE UN 20% DE LA MUESTRA PRESENTA PROBLEMA DE INTEGRACIÓN (MEDIA BAJA) Y UN 80% PRESENTA UNA MEDIA NORMAL.

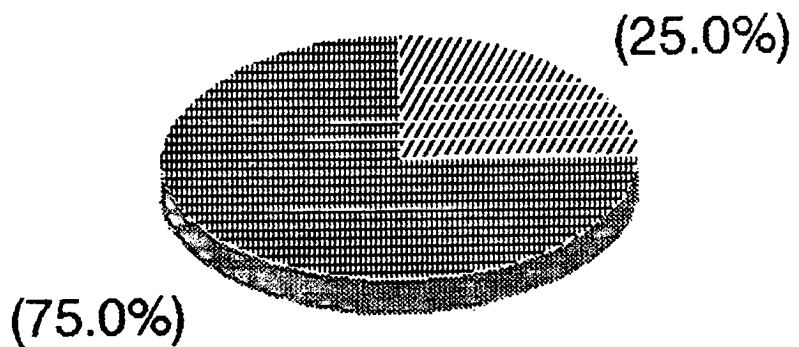
FIGURA 3



CIRCULOS POR PUNTOS:	28	NIÑOS	=	70%
NORMAL:	12	NIÑOS	=	30%

EN ESTA GRAFICA SE OBSERVA QUE UN 70% DE LOS NIÑOS EVALUADOS PRESENTAN PROBLEMA DE CAMBIO DE CIRCULOS POR PUNTO Y SOLAMENTE UN 30% PRESENTA UNA MEDIA NORMAL.

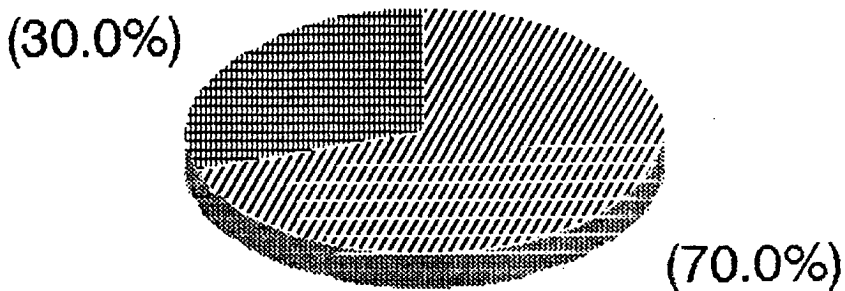
FIGURA 3



ROTACIÓN:	10 NIÑOS	=	25%
NORMAL:	30 NIÑOS	=	75%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 75% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y QUE SOLAMENTE UN 25% PRESENTA PROBLEMAS DE ROTACIÓN.

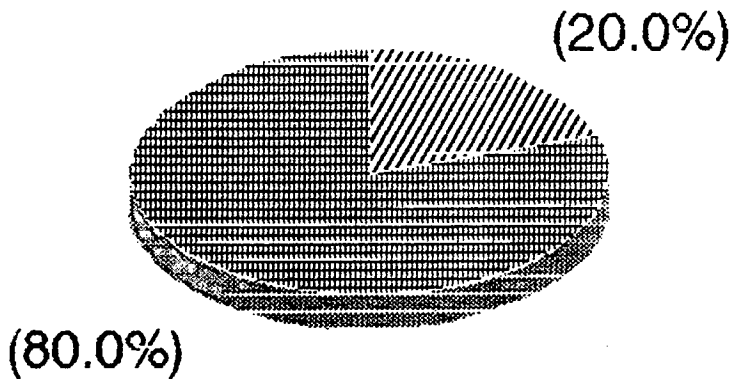
FIGURA 3



INTEGRACIÓN: 12 NIÑOS = 30%
NORMAL: 28 NIÑOS = 70%

ESTA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 70% DE LA POBLACIÓN EVALUADA OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y QUE SOLO EL 30% PRESENTA PROBLEMA DE INTEGRACIÓN.

FIGURA 3

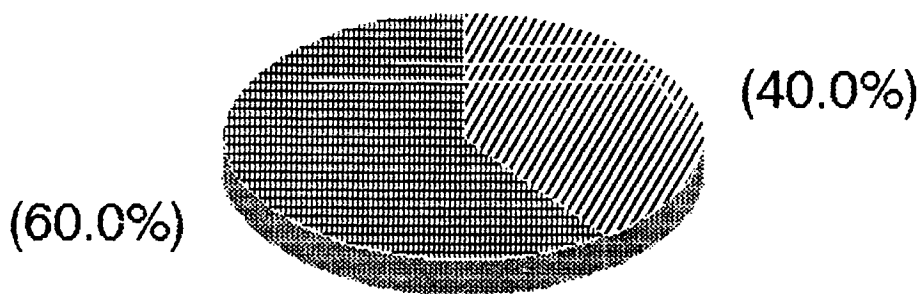


LINEAS POR PUNTOS: 8 NIÑOS = 20%

NORMAL: 12 NIÑOS = 80%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 80% DE LOS NIÑOS QUE SE SOMETIERON A LA EVALUACION OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y SOLAMENTE UN 20% PRESENTAN PROBLEMA DE CAMBIO DE LINEAS POR PUNTOS.

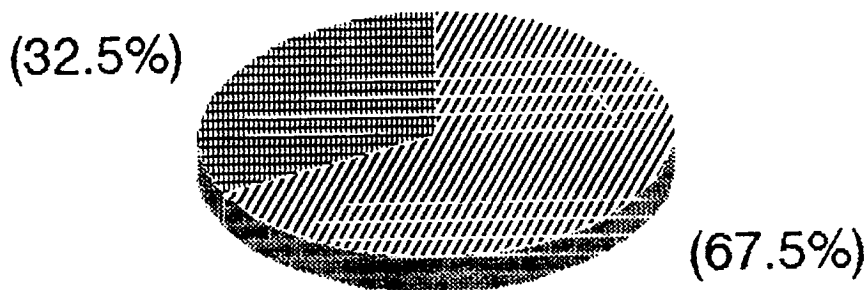
FIGURA 4



ROTACIÓN: 16 NIÑOS = 40%
NORMAL: 24 NIÑOS = 60%

EN LA PRESENTE GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 60% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y SOLAMENTE UN 40% PRESENTA PROBLEMA DE ROTACIÓN.

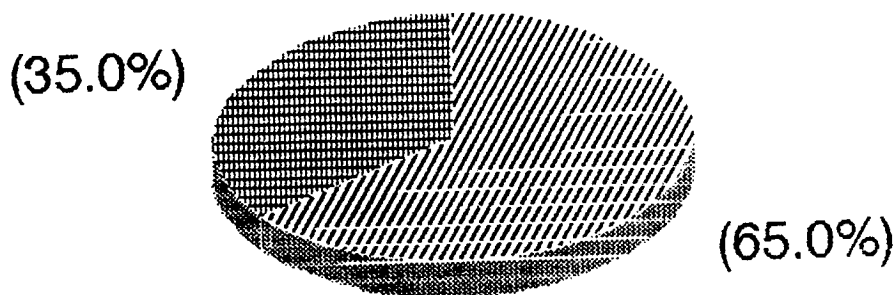
FIGURA 4



INTEGRACIÓN:	27 NIÑOS	=	67.5%
NORMAL:	13 NIÑOS	=	32.5%

EN ESTA GRAFICA DE LA FIGURA No. 4 SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 67.5% OBTUVO UNA MEDIA BAJA Y SOLAMENTE UN 32.5% OBTUVO UNA MEDIA NORMAL.

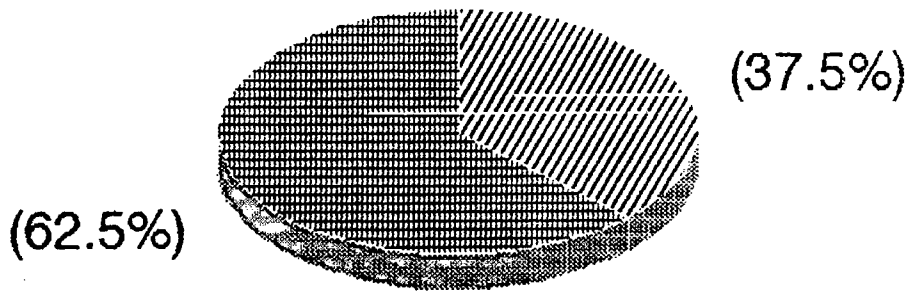
FIGURA 5



CIRCULOS POR PUNTOS:	26 NIÑOS	=	65%
NORMAL:	14 NIÑOS	=	35%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 65% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA BAJA EN RELACIÓN AL PUNTAJE OBTENIDO Y QUE UN 35% OBTUVO UNA MEDIA NORMAL.

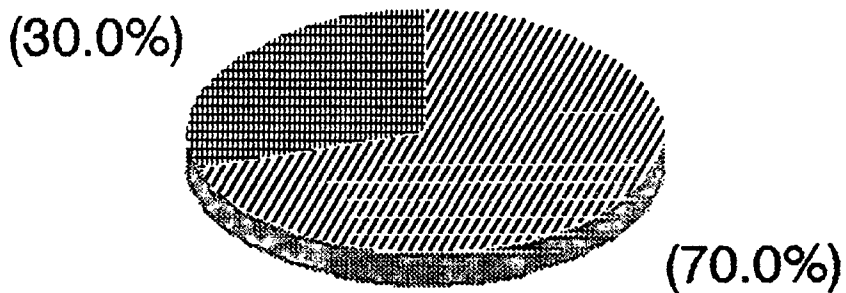
FIGURA 5



ROTACIÓN:	15	NIÑOS	=	37.5%
NORMAL:	.25	NIÑOS	=	62.5%

SE PUEDE OBSERVAR EN ESTA GRAFICA DE LA FIGURA No. 5 QUE UN 62.5% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y SOLAMENTE UN 37.5 OBTUVO UN PUNTAJE POR DEBAJO DE LA MEDIA.

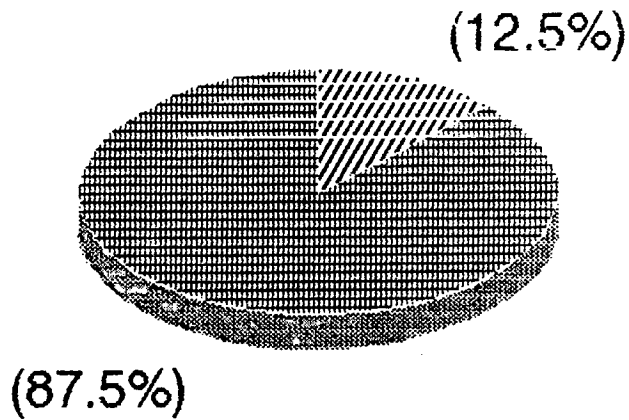
FIGURA 5



DESINTEGRACIÓN: 12 NIÑOS = 30%
NORMAL: 28 NIÑOS = 70%

EN ESTA GRAFICA SE OBSERVAR UN 70% DE LOS NIÑOS EVALUADOS OBTUVIERON UNA MEDIA NORMAL Y UN 30% PRESENTARON PROBLEMAS DE DESINTEGRACIÓN.

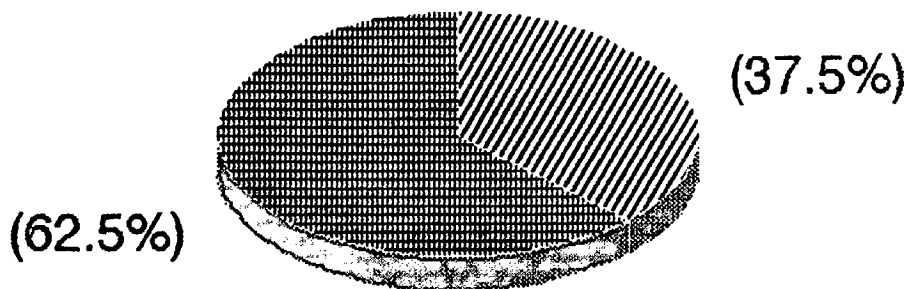
FIGURA 5



LINEAS POR PUNTOS: 5 NIÑOS = 12.5%
NORMAL: 35 NIÑOS = 87.5%

EN ESTA GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 87.5% DE LA MUESTRA OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y UN 12.5% OBTUVO UN PUNTAJE POR DEBAJO DE LA MEDIA.

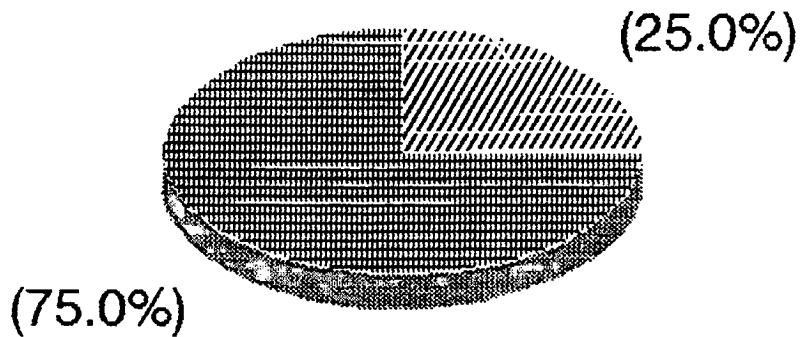
FIGURA 6



ANGULOS POR CURVAS:	15	NIÑOS	=	37.5%
NORMAL:	25	NIÑOS	=	62.5%

EN ESTA GRAFICA SE OBSERVA QUE UN 62.5% DE LA POBLACIÓN EVALUADA, OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y UN 37.5% PRESENTA PROBLEMAS DE ANGULOS POR CURVAS.

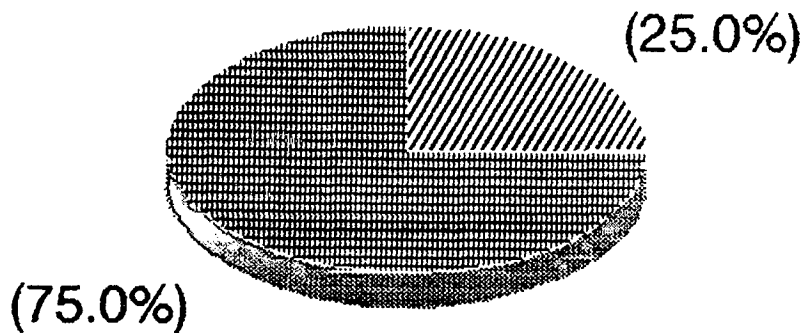
FIGURA 6



LINEA RECTA:	10	NIÑOS	=	25%
NORMAL:	25	NIÑOS	=	75%

LA GRAFICA MUESTRA QUE UN 75% DE LOS NIÑOS EVALUADOS PRESENTAN UNA MEDIA NORMAL Y UN 25% OBTUVIERON UN PUNTAJE POR DEBAJO DE LA MEDIA.

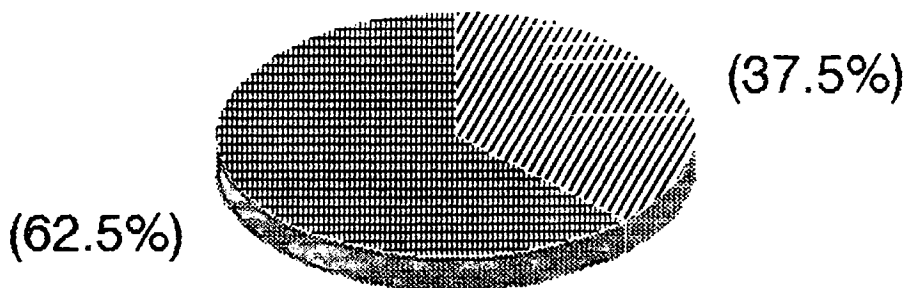
FIGURA 6



INTEGRACIÓN: 10 NIÑOS = 25%
NORMAL: 35 NIÑOS = 75%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 75% DE LA POBLACION DE NIÑOS EVALUADOS OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y SOLAMENTE UN 10% PRESENTA PROBLEMA DE INTEGRACIÓN EN LA FIGURA 6.

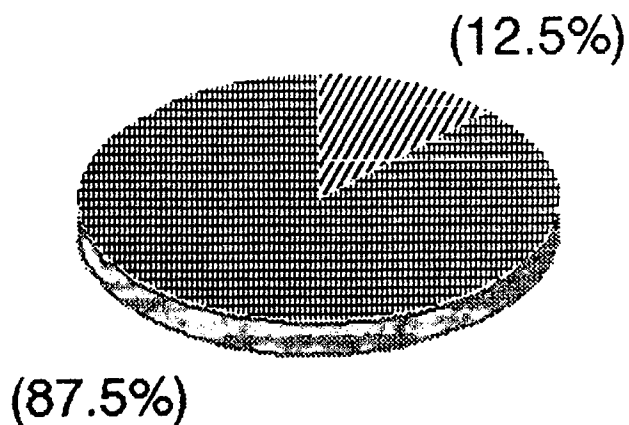
FIGURA 7



DISTORCIÓN: 25 NIÑOS = 62.5%
NORMAL: 15 NIÑOS = 37.5%

EN LA PRESENTE GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 62.5% DE LA POBLACION EVALUADA PRESENTA UNA MEDIA BAJA Y SOLAMENTE UN 37.5% PRESENTA UNA MEDIA NORMAL

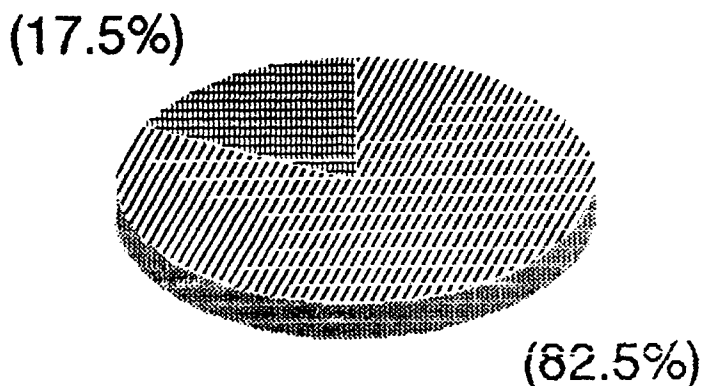
FIGURA 7



ANGULOS INCORRECTOS:	35 NIÑOS	=	87.5%
NORMAL:	05 NIÑOS	=	12.5%

EN LA PRESENTE GRAFICA SE OBSERVA QUE UN 87.5% DE LOS NIÑOS EVALUADOS PRESENTA PROBLEMA DE ANGULOS INCORRECTOS, POR LO QUE OBTUVIERON UNA MEDIA BAJA Y SOLAMENTE UN 12.5% OBTUVIERON UNA MEDIA NORMAL.

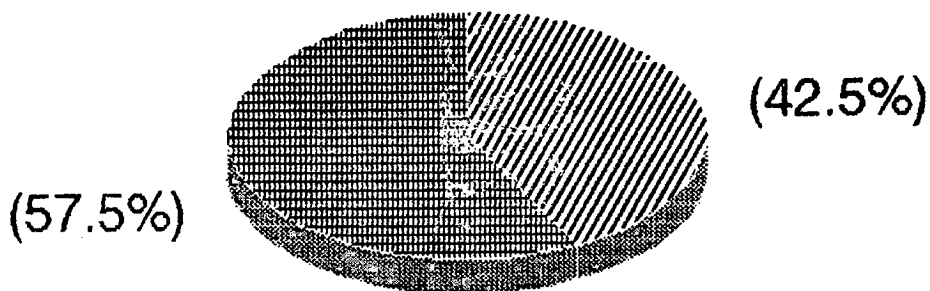
FIGURA 7



ROTACIÓN:	33 NIÑOS	=	82.5%
NORMAL:	07 NIÑOS	=	17.5%

EN ESTA GRAFICA SE PUEDE OBSERVASE QUE UN 82.5% DE LA POBLACION PRESENTA PROBLEMA DE ROTACIÓN EN LA FIGURA No. 7, CON UNA MEDIA BAJA Y SOLAMENTE UN 17.5% PRESENTA UNA MEDIA NORMAL.

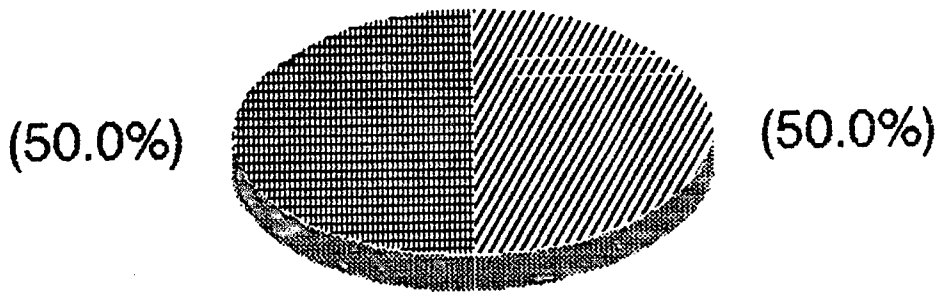
FIGURA 7



INTEGRACIÓN:	17 NIÑOS	=	42.5%
NORMAL:	23 NIÑOS	=	57.5%

EN ESTA GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 57.5% DE LOS NIÑOS EVALUADOS PRESENTAN UNA MEDIA NORMAL Y SOLAMENTE UN 42.5% PRESENTA PROBLEMA DE INTEGRACIÓN EN LA FIGURA No. 7, CON UNA MEDIA BAJA.

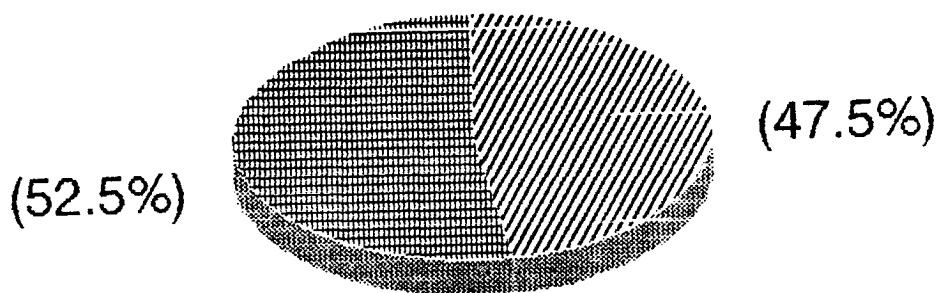
FIGURA 8



DISTORCIÓN DE LA FORMA: 20 NIÑOS = 50%
NORMAL: 20 NIÑOS = 50%

LA GRAFICA NOS MUESTRA QUE UN 50% DE LA POBLACIÓN PRESENTA PROBLEMA DE DISTORCIÓN DE LA FORMA EN LA FIGURA No. 8 Y EL OTRO 50% TIENE UNA MEDIA NORMAL.

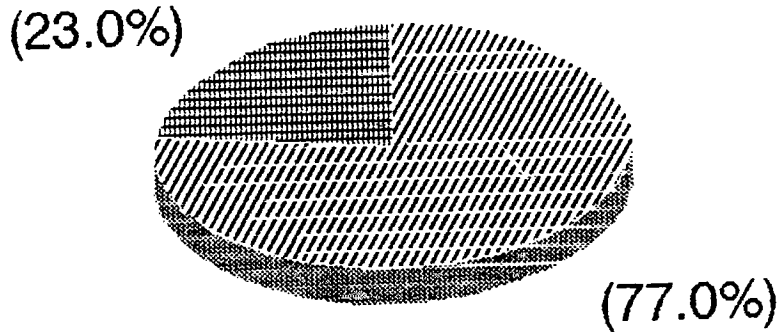
FIGURA 8



ROTACIÓN:	17 NIÑOS	=	42.5%
NORMAL:	23 NIÑOS	=	52.5%

EN ESTA GRÁFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE UN 52.5% DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS EVALUADOS, OBTUVO UNA MEDIA NORMAL Y UN 42.5% OBTUVO UN PUNTAJE POR DEBAJO DE LA MEDIA, PRESENTANDO PROBLEMA DE ROTACIÓN.

PUNTAJE OBTENIDO



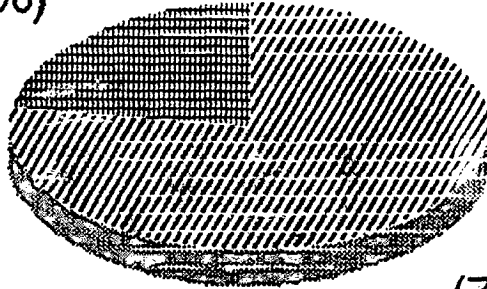
PUNTAJE	=	No. DE NIÑOS
3	=	1
5	=	1
7	=	3
8	=	2
9	=	2
10	=	10
11	=	7
12	=	4
13	=	2
14	=	4
15	=	3
16	=	1

NIÑOS CON PROBLEMAS: 28 = 77%
 NORMAL: = 23%

COMPARANDO EL PUNTEO OBTENIDO POR LOS NIÑOS CON SU EDAD CRONOLÓGICA, MÁS DEL 77% OBTUVO UN PUNTAJE POR DEBAJO DE LA MEDIA.

MADURACIÓN VISOMOTORA

(22.5%)

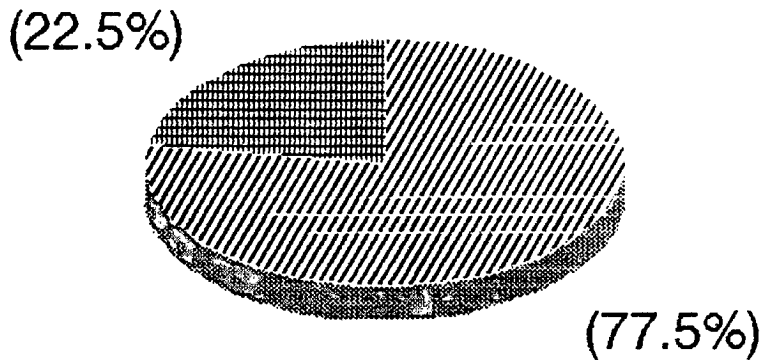


(77.5%)

MADURACIÓN VISOMOTORA BAJA:	28	NIÑOS	=	77.5%
NORMAL:			=	22.5%

EL PUNTAJE DE MADURACIÓN VISOMOTORA OBTENIDO POR LOS NIÑOS A QUIENES SE LES APLICÓ EL TEST BENDER KOPPITZ, INDICA QUE MÁS DEL 77.5% DE LOS NIÑOS, PRESENTAN UNA MADURACIÓN VISOMOTORA BAJA, LO CUAL ES UNA RESPUESTA AL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y REPRESENTA UN ÍNDICE ALTO DE DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.

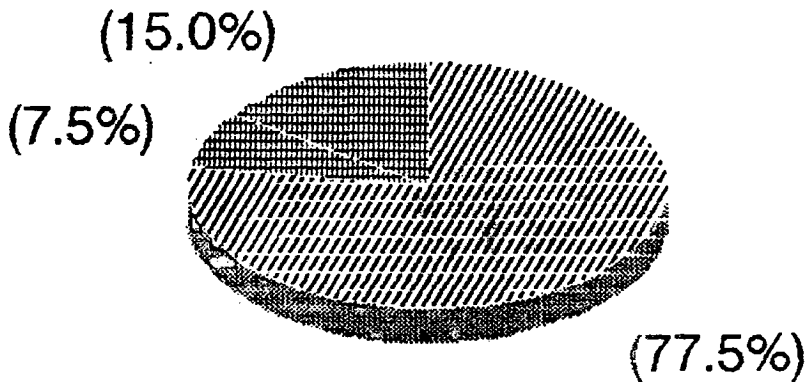
MEDIA OBTENIDA



MEDIA BAJA: 28 NIÑOS = 77.5%
NORMAL: , = 22.5%

LA MEDIA OBTENIDA PARA LOS NIÑOS EVALUADOS, EN BASE A LOS PUNTEOS DEL TEST BENDER KOPPITZ, REVELA UN DIAGNÓSTICO BAJO, PARA EL 77.5% DE LOS NIÑOS QUE SE SOMETIERON A LA PRUEBA.

DIAGNÓSTICO



PUNTAJE BAJO:	28 NIÑOS	=	77.5%
PUNTAJE NORMAL:	4 NIÑOS	=	7.5%
PUNTAJE ALTO:	8 NIÑOS	=	15.0%

EN BASE A LA MUESTRA TRABAJADA, LA CUAL, ESTUVÓ CONSTITUIDA POR 40 NIÑOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 8 AÑOS Y EN BASE TAMBIÉN A LA EDAD VISOMOTORA OBTENIDA LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL TEST BENDER KOPPITZ, SE PUEDE OBSERVAR EN LA GRÁFICA QUE UN 77.5% DE LOS NIÑOS OBTUVIERON PUNTEOS BAJOS, UN 7.5% PUNTEO NORMAL DE ACUERDO CON LA EDAD CRONOLÓGICA Y UN 15% OBTUVIERON PUNTEO ALTO.

CAPITULO IV

4 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

En la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, se presentaron varios obstáculos, los cuales sirvieron para darle una visión distinta a la realización del trabajo y en algunos casos para reforzar y consolidar aspectos de dicha actividad, así como también para reforzar el aprendizaje a nivel profesional, evidenciándose durante la realización del mismo momentos agradables.

4.1 Subprograma de Servicio:

Durante la realización del subprograma de Servicio, se llevaron a cabo algunas modificaciones en el Departamento de Psicología, lográndose incrementar una clínica más para la prestación del servicio y se empezó a llevar el libro de registro de pacientes, así como también el libro de actas.

En el trabajo realizado propiamente con los pacientes se vivió una experiencia enriquecedora y de mucho aprendizaje a nivel de experiencia, pues el trabajo multidisciplinario es la forma más adecuada de prestar un servicio al paciente. Al Departamento de Psicología se presenta una gran variedad de pacientes a solicitar el servicio, lo cual hace más enriquecedora la experiencia y permite un aprendizaje más amplio en el campo de la Psicología Clínica, la cual es el pilar fundamental del resto de áreas de aplicación de la Psicología. Este trabajo permitió un acercamiento a la población enferma pero también a la población sana, que permitiera, a esa última brindar algunos conocimientos con el afán de mantener esa salud mental.

En relación a los problemas de aprendizaje que presenta la población de niños, no se presentan mayores resultados por no haberse llevado a cabo un estudio más completo que pudiera servir de base para la discusión de dicha problemática. No se profundizó en los problemas de aprendizaje ya que el supervisor consideró que para dar una información más completa, se hacía necesario obtener una muestra mayor, algo difícil en ese momento debido a que el ciclo escolar estaba cerca de finalizar y la mayoría

de maestros estaban ya reforzando a los alumnos para su finalización, tomándose entonces la disposición de que serían los compañeros epesistas del presente año, quienes se encargarán de llevar a cabo este trabajo, considerando que es un buen número, lo cual permitirá hacer un estudio más a fondo de dicho problema. Se llevaron a cabo charlas en el Puesto de Salud y con los señores maestros.

4.2 Subprograma de Docencia:

Las actividades desarrolladas en éste, permitieron un mayor aprendizaje del área clínica y educativa a los estudiantes de 3er. año, pues estos fueron implementados sobre el manejo de la anamnesis, siendo este el primer instrumento con el que trabaja el psicólogo al momento de dar atención a los pacientes; este fue aprendido por los estudiantes, poniendolo en práctica bajo supervisión de los estudiantes de 4to. y 5to. grado; para reforzar más este aprendizaje e inducir a los estudiantes en el área clínica, se llevó a cabo el estudio del libro La Entrevista Psiquiátrica de Harry E. Sullivan, como medio que les permitiera mayores conocimientos sobre los pasos a seguir y la importancia de llevar a cabo una buena historia clínica del paciente, lo cual en determinado momento les permitiría obtener un diagnóstico lo más exacto posible. También se llevó a cabo el estudio del libro El Esquema del Psicoanálisis, con el cual se pretendía un mayor reforzamiento sobre esta corriente pues no se debe olvidar que fue la que dio vida a la psicología como ciencia encargada del estudio de la conducta del individuo en su entorno.

Los alumnos fueron evaluados en cada uno de los momentos que solicita el Departamento de Práctica de la escuela, obteniendo punteos bastante satisfactorios, los cuales fueron presentados al Departamento de práctica en su oportunidad, permitiéndoles continuar realizando la práctica supervisada en el hospital.

Con el grupo del área educativa, también se llevaron a cabo algunas actividades en busca de mayores conocimientos, tales como el manejo de pruebas psicométricas y el aprendizaje sobre el libro El Esquema del Psicoanálisis, conocimientos éstos, que fueron aprendidos y puestos en práctica por el grupo de estudiantes.

Se llevaron a cabo charlas con los propietarios de bares y personal que presta sus servicios en los mismos, teniendo como objetivo que dicho personal se valore e informarles sobre el peligro de contraer una enfermedad infecto contagiosa o el sida.

Se impartieron charlas a los señores maestros en relación a la agresividad y algunos otros temas solicitados, los cuales les sirvieron para mantener una mejor dinámica en el salón de clase, y una mejor comprensión en relación al rendimiento del niño o a los problemas de aprendizaje que presenta muchas veces el niño.

4.3 Subprograma de Investigación:

En este se llevaron a cabo los pasos necesarios para realizar una investigación científica en relación al problema planteado sobre la incidencia de la Disfunción Cerebral Mínima y los Problemas de Aprendizaje. Dicha investigación se llevó a cabo con una muestra de 40 niños comprendidos entre las edades de 6 a 8 años, asistentes a la consulta externa del sericio psicológico y el resto de alumnos cursantes del primer año de primaria de la Escuela Benjamín Francklin. Los datos obtenidos se encuentran ilustrados en el capítulo III, pero estos son básicamente los siguientes: 31 niños presentaron punteos por debajo de la media, de los cuales 3 presentaron problemas de retraso mental y 28 problemas de Disfunción Cerebral Mínima (77% de la población evaluada) 4 presentaron problemas de aprendizaje por factores familiares y sociales, 4 presentaron puntajes normales y solamente uno estuvo por encima de la media. Esto demuestra el alto índice de incidencia de Disfución Cerebral Mínima, la cual se debe como ya se ha mencionado, a varios factores que no puede satisfacer nuestra población guatemalteca, debido al alto costo de la vida, al alto grado de analfabetismo y a la poca importancia que se presta a estos problemas.

11/15/71

11/16/71

11/17/71

11/18/71

11/19/71

11/20/71

11/21/71

11/22/71

•
•
•

•
•
•

CAPITULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones Generales:

- Después de haber realizado el Ejercicio Profesional Supervisado, se puede determinar que el objetivo general se alcanzó de manera satisfactoria.
- También se puede observar que los objetivos planteados para cada uno de los subprogramas se alcanzaron en un buen porcentaje.
- La colaboración solicitada a los padres de familia fue buena, permitiendo el desarrollo del presente trabajo.
- Es de suma importancia prestar atención de tipo psicológico a los padres de familia de los niños que presentan problemas de aprendizaje a causa de Disfunción Cerebral Mínima.
- En base a los datos obtenidos, se observa la necesidad de prestar atención especial a los niños que presentan Disfunción Cerebral Mínima, para ayudarles a minimizar su problemática.

5.1.1 Subprograma de Servicio:

- Se obtuvieron resultados satisfactorios en la atención a pacientes tanto internos como externos.
- Se logró detectar que la mayoría de los casos atendidos en el servicio, provienen de hogares de escasos recursos y hogares desintegrados.
- Se observó que la mayor población de pacientes que acuden al servicio psicológico, son niños de escasos recursos que presentan variedad de problemas emocionales.
- Se aplicó el Test Bender Koppitz a una muestra seleccionada para la investigación sobre la incidencia de Disfunción Cerebral Mínima y Problemas de Aprendizaje, llevándose a cabo los pasos necesarios para obtener los resultados, los cuales en su mayoría revelan la existencia de la misma.
- Se prestó colaboración en las distintas actividades llevadas a cabo por el Departamento de Psicología, logrando así una mayor divulgación de los servicios que presta a la población.

5.1.2 Subprograma de Docencia:

- El programa de Docencia permitió la introducción de los estudiantes en el área clínica de forma satisfactoria.
- Se alcanzó un mayor grado de conocimientos sobre el área clínica con los estudiantes de 3er. año después de haber sido implementados.
- Se logró llenar el contenido programático en un 90% gracias a la colaboración y el entusiasmo de los estudiantes.
- Los canales de comunicación utilizados con los estudiantes, permitieron una mejor realización del trabajo.
- Se logró mantener la atención de los estudiantes durante el desarrollo de todas las actividades mediante la entrega de notas al Departamento de Práctica Supervisada de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

5.1.3 Subprograma de Investigación:

- Se estableció que la mayoría de los niños que conformaban la muestra, presentan rendimiento escolar bajo en relación a la edad cronológica y su maduración visomotora.
- Los puntajes bajos obtenidos en la muestra y las investigaciones realizadas con el Test Bender Koppitz, nos ofrecen un dato importante en relación a Disfunción Cerebral Mínima.
- En la muestra trabajada se puede observar que el 77% de los niños evaluados presentan Disfunción Cerebral Mínima.
- Muchos de los padres de los niños son personas sobretrabajadas, lo cual hace más difícil el trabajo con los niños, pues no cuentan con el tiempo suficiente para dedicarse a ellos.
- La mayoría de estos niños no les gusta la escuela, por que debido a la problemática que presentan, no pueden cumplir con las exigencias de la misma.
- Un porcentaje bastante alto de los niños evaluados presentan problemas de aprendizaje a causa de Disfunción Cerebral Mínima, lo cual provoca muchas veces que sean rechazados por sus compañeros.

5.2 Recomendaciones Generales:

- Que el Departamento de Psicología del Hospital General San Juan de Dios de Amatitlán sea dotado de los instrumentos necesarios para prestar un mejor servicio.
- Que se de una enseñanza mejor implementada a los estudiantes durante los dos primeros años y toda la carrera de psicología, para que puedan desempeñarse mejor en la práctica extramuros de 3er. año y en todas las áreas de aplicación de la psicología.
- Proporcionar al estudiante epesista de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, apoyo y colaboración para la mejor realización del trabajo.

5.2.1 Subprograma de Servicio:

- Buscar mayor cobertura del Departamento de Psicología en el municipio de Amatitlán.
- Continuar prestando un servicio de calidad a los pacientes internos y externos del hospital San Juan de Dios de Amatitlán.
- Buscar que las autoridades del municipio de Amatitlán, presten atención a la serie de problemas de carácter socioeconómico que enfrenta la población y que muchas veces traen consecuencias psicológicas graves.
- Que se preste una educación especial en los centros nacionales, a los niños a quienes se les diagnosticó problemas de aprendizaje a consecuencia de presentar Disfunción Cerebral Mínima.
- Llevar a cabo actividades que beneficien a la población y promocionen el Departamento de Psicología y campo de acción.

5.2.2 Subprograma de Docencia:

- Ofrecer al estudiante de psicología los conocimientos necesarios para la realización de la práctica extramuros.
- Proporcionar a los estudiantes de la Escuela de Psicología los conocimientos que les permitan ofrecer un mejor servicio en los distintos campos de acción.
- Realizar actividades que permitan una mayor comunicación entre los estudiantes practicantes.
- Que el Departamento de Práctica Supervisada de la Escuela de Ciencias Psicológicas proporcione algunos materiales necesarios para la realización de la práctica supervisada extramuros.

- Que el estudiante practicante haga conciencia de la responsabilidad que representa la realización de la práctica extramuros y trate de ejecutarla con seriedad y mucha calidad.

5.2.3 Subprograma de Investigación:

- Hacer conciencia en los padres de familia del papel fundamental que juegan en la educación de sus hijos, especialmente los que presentan problemas de aprendizaje.
- Ofrecer a los niños que presentan Disfunción Cerebral Mínima y a consecuencia de ello Problemas de Aprendizaje, una educación especial que les permita minimizar la problemática.
- Llevar a cabo un trabajo con los padres de familia para que comprendan la necesidad de ayudar a sus hijos.
- Realizar un trabajo más amplio en relación a los problemas de aprendizaje que se presentan en la localidad que permita la elaboración de un diagnóstico más completo.
- Solicitar a las autoridades del municipio que presten su colaboración para minimizar este problema.
- Evaluar periódicamente al niño para determinar su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Azcoaga, Juan y colaboradores
"Alteraciones del Aprendizaje Escolar"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Paidós 1983
- 2.- Azcoaga, Juan y colaboradores
"Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alternativas en el Niño y en el Adulto"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Paidós 1983
- 3.- Beard, Ruth M.
" Psicología Evolutiva de Piaget "
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Kapelusz 1971
- 4.- Bender, Laureta
"Test Gestaltico Visomotor"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Paidós 1983
- 5.- Chiarada, José A. y Tuner, Marcos
"Los Trastornos del Aprendizaje"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Paidós 1978
- 6.- Dorch, Friedrich
"Diccionario de Psicología"
1era. edición, Barcelona
Editorial Herder 1981
- 7.- Harvey F., Clarizio
"Trastornos de la Conducta en el Niño"
1era. edición, México, D.F.
Editorial Manual Moderno 1968
- 8.- Ingalls, Robert P.
"Retraso Mental la Nueva Perspectiva"
2da. edición, México, D.F.
Editorial Manual Moderno 1982
- 9.- J. de Ajurriaguerra
"Manual de Psiquiatría Infantil"
1era. edición, Barcelona-México
Editorial Manual Moderno 1983
10. Jersild, J.P. Arturo
"Manual de Psicología Infantil"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Ateneo 1975

- 11.- Kolb, Laurence
"Psiquiatría Clínica Moderna"
1era. edición, México, D.F.
Editorial Prensa Mexicana, S.A. de C.V. 1989
- 12.- Koppitz, Elizabeth M.
"El Test Gueatáltico Visomotor para Niños"
Buenos Aires Argentina
Editorial Guadalupe 1974
- 13.- Lewis, Melvin
"Desarrollo Psicológico del Niño"
2da. edición México
Editorial Interamericana 1976
- 14.- Mejía Palma, Edwin
"Teoría de la educación Popular"
1era. edición, Guatemala
Editorial Universitaria 1979
- 15.- Sera Pañ
"Psicometría Genética"
1era. edición, Buenos Aires Argentina
Editorial Nueva Visión 1973
- 16.- Shaw, Charles R.
"Psiquiatría Infantil"
1era. edición, México, D.F.
Editorial Interamericana, S.A. 1978
- 17.- Velasco Fernandez, Rafael
"El niño Hiperquinético"
2da. edición, México D.F.
Editorial Trias 1988
- 18.- Wolman, Benjamín
"Teorías y Sistemas Contemporaneos en Psicología"
2da. edición, Barcelona España
Editorial Martínez Roca, S.A. 1984

Anexos

1
2
3

4
5
6



PROTOCOLO DE CALIFICACION DEL BENDER PARA NIÑOS (KOPPITZ)

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Fecha de aplicación _____

Comportamiento frente a la prueba _____

FIGURAS	CALIFICACION
FIGURA A	
1a. Distorsión	
1b. Desproporción	
2. Rotación	
3. Integración	
FIGURA 1	
4. Distorsión por puntos	
5. Rotación	
6. Perseveración	
FIGURA 2	
7. Rotación	
8. Integración	
9. Perseveración	

FIGURA 3

10. Círculos por puntos

11. Rotación

12a. Integración

12b. Línea por puntos

FIGURA 4

13. Rotación

14. Integración

FIGURA 5

15. Círculos por puntos

16. Rotación

17a. Forma desintegrada

17b. Líneas por puntos

FIGURA 6

18a. Angulos por curvas

18b. Línea recta

19. Integración

20. Perseveración

FIGURA 7

21a. Distorsión

21b. Angulos incorrectos

22. Rotación

23. Integración

FIGURA 8	
24. Distorsión	
25. Rotación	

TOTAL	
Media para edad	
Edad perceptiva	

ANALISIS DE ERRORES MAS COMUNES

ERRORES	FIGURAS	TOTAL
Distorsión de la forma		
Rotación		
Perseverancia /		
Desproporción de partes		
Integración		

OBSERVACIONES _____

INDICADORES DE LESION CEREBRAL

	ALTAMENTE SIGNIFICATIVO	SIGNIFI- CATIVO	COMUN
<u>Adición y omisión de ángulos</u>			
FIGURA A			
FIGURA 7			
FIGURA 8			

Sustitución de curvas por ángulos

FIGURA 6

Desproporción de partes

FIGURA A

FIGURA 7

Sustitución de cinco puntos
por Círculos

FIGURA 1

FIGURA 3

FIGURA 5

Rotación del dibujo 45°

FIGURA A

FIGURA 1

FIGURA 2

FIGURA 3

FIGURA 4

FIGURA 5

FIGURA 7

FIGURA 8

Sustitución de curvas por
líneas rectas

FIGURA 6

Integración de partes
no lograda

FIGURA A

FIGURA 4

FIGURA 6

FIGURA 7

Omisión o adición de
hilera de círculos

FIGURA 2

Pérdida de la
Gestalt

FIGURA 3

FIGURA 5

Serie de puntos sustituidos
por línea

FIGURA 3

FIGURA 5

Perseveración

FIGURA 1

FIGURA 2

FIGURA 6

OBSERVACIONES

INDICADORES EMOCIONALES

	FIGURA	TOTAL
Orden confuso		
Línea ondulada (figs. 1 y 2)		
Puntos en lugar de círculos (Figura 2)		
Aumento progresivo de tamaño (figuras 1, 2 y 3)		
Gran tamaño		
Tamaño pequeño		

Líneas finas

Repaso del dibujo

Segunda tentativa

Expansión

Constricción

OBSERVACIONES

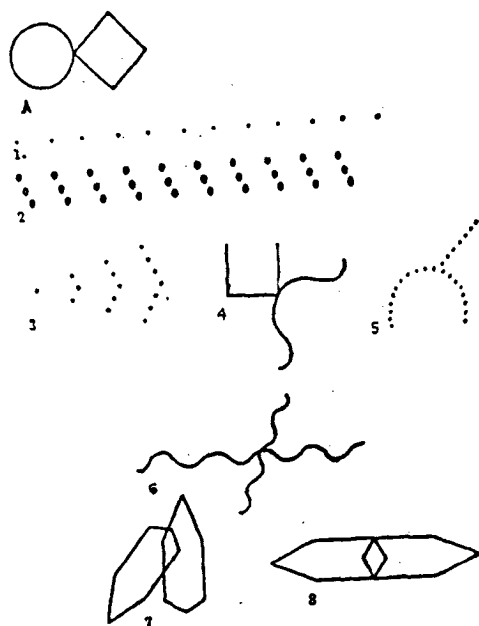
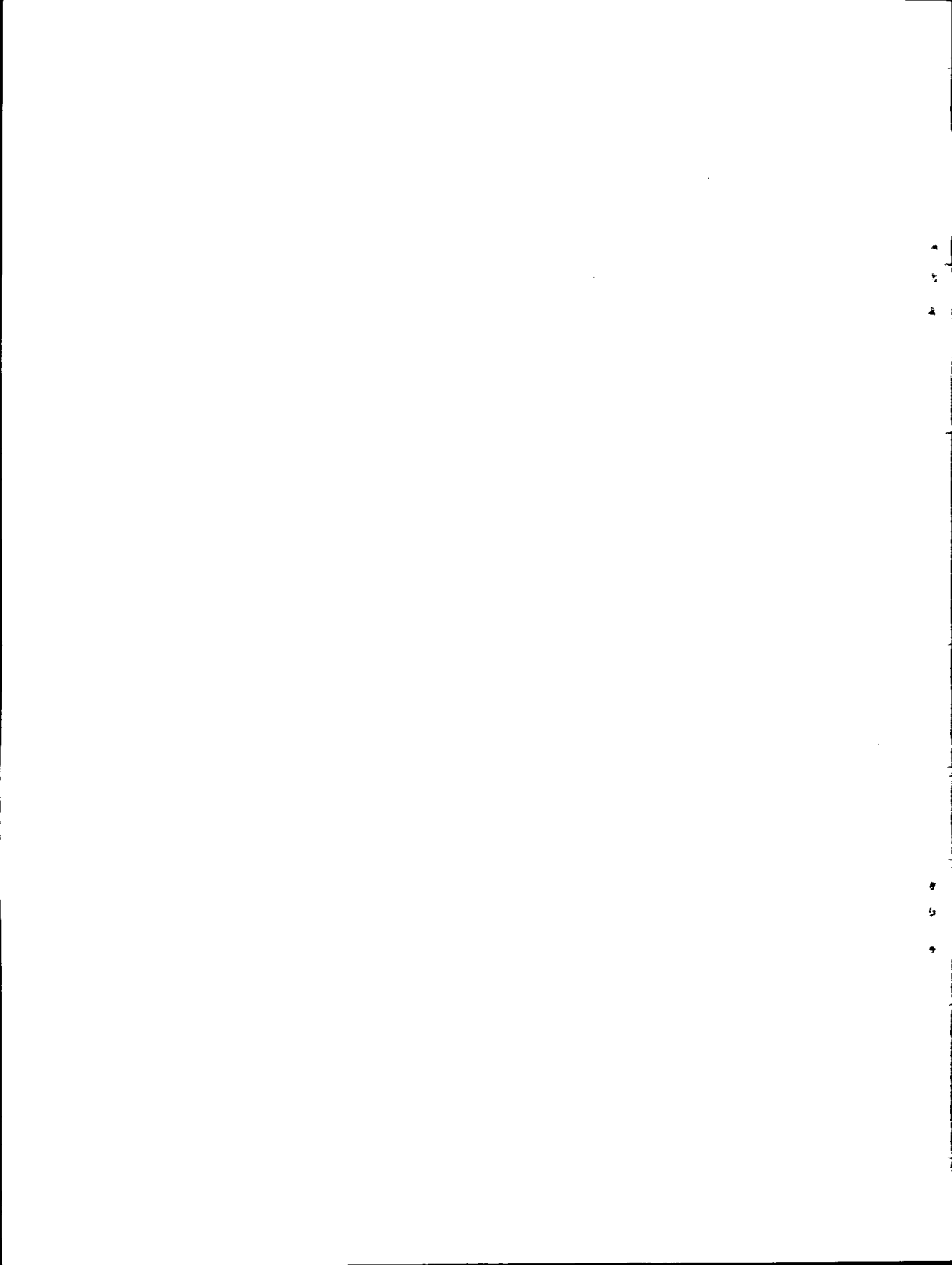


FIG. 1. Figuras empleadas en la prueba de la Gestalt de la Dra. Bender. Registradas, 1946, por Lauretta Bender y la Asociación Ortopsiquiátrica Norteamericana, Inc. Reproducidas con el permiso correspondiente.



INDICE

CONTENIDO	Página
Presentación	1
Síntesis Descriptiva	3
Introducción	4
CAPITULO I	
1.1 Descripción de la Comunidad y de la Institución	6
1.1.1 Reseña Histórica	6
1.1.2 Ubicación Física	7
1.2 Descripción del Organismo Requiriente	7
1.2.1 Marco Referencial del Hospital de Amatitlán	7
1.2.2 Finalidades y Atribuciones del Hospital Nacional de Amatitlán	8
1.2.3 Políticas de Salud	9
1.2.4 Cobertura Administrativa y de Servicio	9
1.2.4.1 Régimen de Autoridad	9
1.2.4.1.1 Capellanilla	10
1.2.4.1.2 Secretaría	10
1.2.4.1.3 Servicios Médicos	10
1.2.4.1.4 Servicios Técnicos de Apoyo	10
1.2.4.1.5 Servicios Administrativos	10
1.2.5 Departamento de Psicología	11
1.2.5.1 Objetivo General	11
1.2.5.2 Objetivos Específicos	11
1.2.5.3 Funciones Generales del Departamento de Psicología	11
1.2.5.4 Recursos con que cuenta el servicio	12
1.2.5.5 Recursos Institucionales	12
CAPITULO II	
2.1 Abordamiento científico de las bases Teórico Metodoló- gicas que enfocan los Problemas a Tratar	14
2.1.1 Disfunciones Cerebrales Mínimas	14
2.1.2 Etiología	14
2.1.3 Psicopatología	16
2.1.4 Síntomas	19

2.1.5	Diagnóstico	23
2.1.6	Consulta Psiquiátrica	23
2.1.7	Antecedentes Personales	23
2.1.8	Examen Psicológico	24
2.1.9	Diagnóstico Diferencial	24
2.1.10	Psiconeurosis	25
2.1.11	Trastornos de Personalidad	26
2.1.12	Esquizofrenia	27
2.1.13	Trastornos del Lenguaje y del Aprendizaje	27
2.1.14	Tratamiento	27
2.1.15	Problemas Emocionales y de Conducta	28
2.1.16	Educación Especial	29
2.1.17	Terapéutica Medicamentosa	29
2.1.18	Prógnostico	29
2.1.19	Retraso Mental	30
2.1.19.1	Definición basada en resultados de pruebas de inteligencia	30
2.1.19.2	Definiciones basadas en un mal ajuste social	30
2.1.19.3	Definiciones basadas en causas biológicas de Retraso Mental	31
2.1.20	Clasificación de Retraso Mental	32
2.1.20.1	Retraso mental con alto remanente de funciones normales	32
2.1.21	Bajo Rendimiento Escolar	34
2.1.22	El Niño Hiperquinético	36
2.1.22.1	Conceptos Generales	36
2.1.22.2	El Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima	37
2.1.22.3	Sintomatología	37
3.1	Planteamiento del Problema	42
3.2	Objetivos del E.P.S.	43
3.2.1	Objetivo General	43
3.2.2	Objetivos Específicos	43
3.2.2.1	Servicio	43
3.2.2.2	Docencia	43
3.2.2.3	Investigación	43
4.1	Metodología de Abordamiento	44
4.2.1	Metodología Utilizada	44
4.2.1.1	Servicio	44

4.2.1.2	Docencia	44
4.2.1.3	Investigación	44

CAPITULO III

5.1	Técnicas e Instrumentos	46
5.1.1	Test Bender Koppitz	46
5.1.1.1	Antecedentes Históricos	46
5.1.1.2	Fundamentos Teóricos	47
5.1.1.3	Objetivos del Test	48
5.1.1.4	Margen de Aplicabilidad	48
5.1.1.5	Material de la Prueba	48
5.1.1.6	Caracterización de la Tarea	49
5.1.1.7	Normas de Aplicación	51
5.1.1.8	Validez y Confiabilidad	51
5.2	Presentación de Resultados	53
5.2.1	Subprograma de Servicio	53
5.2.2	Subprograma de Docencia	54
5.2.3	Subprograma de Investigación	55
	Gráficas de Resultados obtenidos	59
	Gráfica de Punteo Obtenido	86
	Gráfica de Maduración Visomotora	87
	Gráfica de Media Obtenida	88
	Gráfica de Diagnóstico	89

CAPITULO IV

4	Análisis y Discusión de Resultados	90
4.1	Subprograma de Servicio	90
4.2	Subprograma de Docencia	91
4.3	Subprograma de Investigación	92

CAPITULO V

5	Conclusiones y Recomendaciones	93
5.1	Conclusiones Generales	93
5.1.1	Subprograma de Servicio	93
5.1.2	Subprograma de Docencia	93
5.1.3	Subprograma de Investigación	94

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

5.2	Recomendaciones Generales	94
5.2.1	Subprograma de Servicio	95
5.2.2	Subprograma de Docencia	95
5.2.3	Subprograma de Investigación	95
	Bibliografía	97
	Anexos	99
	Protocolo de calificación del Bender para niños	100
	Figuras Empleada en el Test Bender	106