Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS (AS) SANOS (AS) QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II

Informe Final de investigación
Presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Por

SARA ANGELICA GOMEZ JACINTO

Previo a optar el titulo de:

PSICOLOGA

En el Grado Académico de:

LICENCIATURA

Guatemala, Octubre de 1999.

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

Licenciada María Ileana Godoy Calzia
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

DE SAN CARLOS
TEMALA

LA DE
COLOGICAS
Universitaria, Zona12
1760985, ext. 490-1
7767219, fax 4769914
PSIC@usa.gt
ENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 862-98

CODIPs. 1227-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Octubre 25 de 1999

Señorita Estudiante
Sara Angélica Gómez Jacinto
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO OCTAVO (18o.) del Acta CINCUENTA Y NUEVE NOVENTA Y NUEVE (59-99) de Consejo Directivo, de fecha 21 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS(AS) SANOS(AS) QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

SARA ANGELICA GOMEZ JACINCO CARNET No. 92-19238

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Ileana Godoy Calzia y revisado por el Licenciado José Norberto Villatoro Lemus.

Con base en lo anterior, el 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."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

JE SAN CARLOS
TEMALA

A DE
COLOGICAS
Universitaria, Zona12
76988, ext. 490-1
267219, fax 4769914
PSIC@edu.gt
NTRO AMERICA

211099

CIEPs. 112/99
REG. 862/98

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
13 OCT. 1999
HORA

Guatemala, 4 de octubre de 1999.

REGISTRADO
ESCUELA DE PSICOLOGIA-USAC
CONSEJO DIRECTIVO
Pto. 18 59-99
Fecha 21/10/99
CODIPs. 1227-99

INFORME FINAL

EÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

EÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Lic. José Norberto Villatoro Lemus, a procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE NVESTIGACION, titulado:

"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS (AS) SANOS (AS) QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II"

ARRERA: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

STUDIANTE: CARNE No.

ARA ANGELICA GOMEZ JACINTO **92-19238**

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener RDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION CIEPS
USAC

c. Revisor/a
Archivo

RDM/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

I DE SAN CARLOS
ATEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona 12
4769985, ext. 490-1
, 4767219, fax 4769914
CPSIC@usac.gt
CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
EC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
13 OCT. 1999
HORA

CIEPs. 113/99

Guatemala, 4 de octubre de 1999

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS (AS) SANOS (AS)QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II"

CARRERA: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

ESTUDIANTE:	CARNE No.
SARA ANGELICA GOMEZ JACINTO	**92-19238**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. JOSE NORBERTO VILLATORO LEMUS
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor

JNVL/edr

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
DOCENTE REVISORIA
USAC

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

D DE SAN CARLOS
ATEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona12
, 4760985, ext. 4904
, 4767219, fax 4769914
CPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

Guatemala, Septiembre 13 de 1999

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora, Depto. de Investigaciones
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente.

Licenciada de Maldonado:

Por este medio me es grato comunicarle que se concluyó con la asesoría del Informe Final de Investigación realizado por la estudiante **SARA ANGELICA GOMEZ JACINTO**, Carné 92-19238, titulado: **"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS (AS) SANOS (AS) QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II".**

El trabajo referido comple con los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación, por lo que emito APROBACION al mismo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Ileana Godoy Calzia
ASESORA

/dec.

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

E SAN CARLOS
EMALA

A DE
COLOGICAS
Universitaria, Zona 12
760983, ext. 490-1
767219, fax 4769914
PSIC@edu.gt
NTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 862-98

CODIPs. 114-99

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Abril 09 de 1999

Estudiante
Sara Angélica Gómez Jacinto
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta CERO CINCO NOVENTA Y NUEVE (05-99) de Consejo Directivo, de fecha 03 de febrero del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: **"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ Y SOCIAL EN NIÑOS (AS) SANOS (AS) QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II"**, de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

SARA ANGELICA GOMEZ JACINTO **CARNET No. 92-19238**

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Ileana Godoy Calzia."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II
Cáritas Arquidiocesana

Guatemala, 9 de Septiembre de 1999

Licda. Edith Rios de Maldonado
Departamento de Investigación en
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Respetable Licda. De Maldonado:

Por medio de la presente se hace constar que la estudiante SARA ANGELICA GOMEZ JACINTO, carnet Número 9219238 realizó el trabajo de campo de investigación titulado: "EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA FAVORECER EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ Y SOCIAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II", realizado de octubre de 1998 a junio de 1999.

A solicitud de la interesada y para los usos que le convengan se extiende la presente, en la Ciudad de Guatemala, a los nueve días del mes de Septiembre de mil novecientos noventa y nueve.

Atentamente,

Dr. Horacio Bartlett
DIRECTOR GENERAL

HOSPITAL INFANTIL Juan Pablo II DIRECCION GENERAL CARITAS ARQUIDIOCESANA

HB-BCH
c.c. Archivo
Ref. D.M. 305-99

.LE FINAL 1-96, COL. EL ROSARIO, ZONA 7 GUATEMALA. TELEFONOS: 5933788 - 5931680

Acto que Dedico

A: Dios y La Virgen María:
Por el don de la vida, la fe, la familia y por alcanzar mis metas.

A: Mis Padres:
Abelardo Gómez Lemus
Sara Jacinto Sandoval
Por sus múltiples esfuerzos y por haber confiado en mi

A: Mis hermanos:
Dorita, Rafael, Victoria, Eduardo, Lubia y Cely
Por su apoyo fraternal

A: Mis sobrinos:
Que yo sea un ejemplo en su vida estudiantil.

A: Licda. Rosa Maria Martinez:
Por su amistad y apoyo incondicional.

A: Mi novio:
Oscar Igor Gómez García
Por su comprensión y apoyo.

A: Mis compañeras de trabajo y amigas:
Con todo mi afecto.

DEDICO ESTA TESIS A:

A: Guatemala

A: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

A: Al Hospital infantil Juan Pablo II
Por haber permitido realizar mi estudio de investigación.

A: Licda. Ileana Godoy Calzia (Asesora).
Lic. Walter Soto (Revisor)
Lic. Norberto Villatoro (Revisor)

PADRINOS DE GRADUACION

- Licda. Ileana Godoy Calzia.
- Dr. Oscar René Gómez Escobar.
- Licda. Norma Soto De Maldonado.

PRESENTACION

Actualmente, este es el primer estudio a realizar en el Hospital Infantil Juan Pablo II sobre la efectividad de un programa de Estimulación a niños sanos, que asisten a su consulta externa de rutina. Se pretende elaborar un ensayo que sirva de fundamento al personal de la institución de la necesidad que existe de crear programas de Estimulación, ya que es el único hospital con 20 especialidades pediátricas que existe en Guatemala.

Con esta investigación se persigue la integración familiar, pues la familia ocupa un lugar importante en este programa; ellos deberán ser asistidos, orientados y entrenados para desarrollar, juntamente con la Psicóloga, el trabajo con su hijo; tomar conciencia de la problemática del niño y comenzar a trabajar utilizando su propio cuerpo como elemento de comunicación. Lo que se presta con naturalidad cuando un niño está sano, aquí debe ser analizado, ejercitado y controlado.

La observación clínica y los resultados de la Estimulación Temprana son factores que entusiasman a utilizar esta técnica, por lo que esta tarea se realizará con entrega, amor y perseverancia.

PROLOGO

Se consideró necesaria esta investigación para demostrar que la salud es integral, física, emocional y social. Además, demostrar que el niño sano también se beneficia de la estimulación para potencializar sus capacidades y habilidades. Algunos miembros del personal de los hospitales aún ven la salud únicamente desde el punto de vista fisico.

La información recabada demuestra la necesidad que existe de proveer un programa de estimulación a la población que asiste a la consulta externa del Hospital Juan Pablo II, en donde se atiende a niños del área urbano marginal y rural, en todas las especialidades de la medicina. Se ha comprobado que los niños que no han sido estimulados tienen limitaciones en sus relaciones, ya sea con los miembros del grupo familiar con compañeros de juego y de la escuela; además tienen dificultades de control emocional, que se van agravando por la falta de experiencias positivas, tanto en lo físico como en lo emocional y social.

Desde el punto de vista científico, la estimulación temprana ayuda a desarrollar el potencial psicológico del niño, aportando métodos y técnicas de estimulación que aceleren el desarrollo psicológico.

I. INTRODUCCION

La sociedad exige en la actualidad una apreciación de las ventajas del Desarrollo del Niño en Crecimiento. Las Facultades de Medicina como reflejo de esta tendencia, prestan una mayor atención al estudio del organismo enfermo, la Pediatría en particular se interesa tanto en el Desarrollo Normal (peso y talla) asi como en la enfermedad física en el área preventiva como en el área curativa.

La supervisión del bienestar infantil por parte de servicios organizados e integrados, requiere un tipo de protección que cubra las necesidades para el crecimiento y desarrollo del niño. Esto se obtiene mediante la coordinación de instituciones, la medicina pediátrica, la psicología, la sociología y otras ciencias aplicadas.

Con este estudio se aportan conocimientos sobre la importancia que tienen la Estimulación Temprana en el Desarrollo y Madurez de nuestros niños; sabemos que si un niño no desarrolla al máximo su potencialidad, capacidad, habilidad y cualidades personales no logrará adaptarse a las demandas de la sociedad en que vive. En este estudio realizado en un Hospital Pediátrico, se descubre la importancia que debemos darle a la Estimulación Temprana como una técnica de prevención de salud física y emocional. Los resultados fueron altamente positivos, obtenidos en una muestra de 100 niños esperando que las personas que tengan la oportunidad de leer este trabajo de investigación, valoren los esfuerzos por alcanzar una salud infantil integrada a través de este tipo de programa en instituciones públicas y privadas, para lograr expresiones conductuales deseables en nuestra niñez guatemalteca; coordinando esfuerzos con padres de familia y organizaciones dedicadas a la supervivencia infantil estamos promoviendo una niñez y juventud sana.

1.1 MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

La idea de formar un equipo interdisciplinario dedicado a la estimulación, surgió como consecuencia de dos hechos fundamentales:

Las características del tratamiento que hasta el momento se brindaba a infantes a nivel internacional en 1975. El paciente recibía varios tratamientos que le eran impartidos por diferentes terapeutas, logrando que la madre recibiera también indicaciones de cada uno respecto al manejo del niño, lo que implicaba confusión para la madre. El hecho de recibir así los tratamientos, obligaba al niño y a su madre a pasar mucho tiempo fuera del hogar; la madre rara vez ingresaba a los servicios, por lo que se daba una separación entre madre e hijo. Se creaba una situación de desconsuelo en ambos, que especialmente afectaba al niño. La observación de estos hechos, preocupó a los profesionales que comenzaron a pensar en una forma diferente de trabajo.

Otro hecho significativo fué la posibilidad de que los padres asistieran a diferentes cursos y charlas que se realizaban sobre el tema. En ellos se hablaba sobre los beneficios que brindaba la estimulación en niños de corta edad. Esto enriqueció y fortaleció la idea de efectuar una tarea unificada que fuera dirigida especialmente a la pareja madre-hijo.

Los primeros intentos consistieron en tratamiento a cargo de una fonoaudióloga con supervisión de la kinesióloga. La estimulación se realizaba en presencia de la madre y al mismo tiempo se proporcionaba orientación psicológica. A partir de ese momento, la madre siempre ingresó al consultorio y participó activa y directamente en la rehabilitación de su hijo. Pero todavía faltaba un enfoque global, se comenzaron a elaborar planillas de evaluación; en

ellas se trató de incluír todas las áreas posibles de investigación, éstas fueron perfeccionándose con la práctica, hasta llegar a las que hoy se presentan.

Se prepararon planes de tratamiento, se dieron indicaciones para realizar en casa por aquellas personas que estaban más cerca afectivamente del niño. Se dió especial importancia a la estimulación en el hogar, reforzando y fundamentando esta idea en la madre.

También, se buscó un lenguaje sencillo, a nivel del entendimiento de la persona, para dar instrucciones sin dejar de lado la base científica. Estas indicaciones incluían ejercicios para cada una de las áreas en las que se trabaja, consejos, juegos para cada etapa del desarrollo, cantos, material de fácil construcción casera, etc.

Los primeros planes se basaron en trabajos de otros autores; los actuales fueron elaborados por un equipo interdisciplinario. En poco tiempo este grupo comenzó a trabajar conjuntamente en el consultorio, con el paciente y su madre. Fué talvez el período más difícil, pero de mayor enriquecimiento. Se realizaron discusiones y estudios de cada caso e interconsultas de cada caso, con profesionales de otras especialidades médicas y con cada uno de los integrantes del equipo. Cada profesional se convenció de la importancia de esta nueva forma de trabajo, venciendo el temor de sentir invadido su campo de acción; enseño a los demás las bases de la tarea para el tratamiento de recién nacidos y niños de hasta tres años.

Hubo recelo y desconfianza por parte de otros profesionales en cuanto a los resultado a lograr con esta nueva forma de trabajo, pero paradógicamente los unió y dio fuerza al equipo formado. La buena respuesta de los pacientes y el creciente entusiasmo que se observa en los padres, fue motivo de gran aliento para proseguir en la tarea emprendida. El último paso fue la decisión de que un terapeuta se hiciera cargo del tratamiento, asumiendo la responsabilidad ante los padres y la Institución. La estimulación realizada, estuvo siempre controlada y supervisada por el resto del equipo.

El grupo formado incluyó: Fonoaudióloga, Psicóloga, Kinesióloga y Terapista Ocupacional; actualmente esta técnica está a cargo de la Psicóloga.[1]

ESTIMULACION TEMPRANA EN GUATEMALA

Guatemala cuenta con tres centros de Estimulación Temprana a nivel del Gobierno y cuatro a nivel privado. El término de Estimulación Temprana se confunde, pues cualquier centro educativo para niños menores de 6 años le llama CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA, al cuidado de niños realizado por personas que no han sido entrenadas ni para desempeñar el puesto de niñeras; el niño en vez de sentirse feliz como en casa, se siente como si estuviera encarcelado, por la falta de programas adecuados. No se le ha dado la importancia que debe tener.[2]

En un programa de Estimulación Temprana se toma en cuenta a ambos padres, si bien es la madre la que pasa más horas con el niño, la misión es hacer que compartan experiencia de estimular al niño y que los dos comprendan la importancia de la tarea. Los padres, si bien tienen ante su hijo una actitud amorosa, por no conocer el estímulo apropiado para cada etapa evolutiva, pueden sentirse desorientados y angustiados, no saben que hacer en un momento determinado. Como psicólogas debemos ayudar a los niños a experimentar todas las etapas normales del desarrollo, aún en los casos graves, intentar vencer las limitaciones y favorecer su contacto con el mundo.

---

[1]) Sussanna Matas, Mauree M. de Mulvey y otros. Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo. Pp. 29 Editorial Hvmanitas.

[2]) Entrevista directa con el Depto. De Estimulación Temprana del Centro Asistencial "Alida España de Arana".

En Guatemala, cuando nace un niño con problema mental, los padres se ven tentados a recurrir a diferentes soluciones, encontrando lugares en los cuales no se hacen cargo de su hijo adecuadamente. El terapeuta debe mostrar a los padres que en estas circunstancias también pueden ser buenos padres; que aunque al inicio les cause tristeza, existe la posibilidad de ayudar a su hijo. La no aceptación del problema perjudica el desarrollo del niño y daña las relaciones entre los padres, manejando una situación de culparse mutuamente, por tener un hijo enfermo.

Debemos tener un cuenta, que el papel de padre o madre es único, para cuyo desempeño la sociedad no exige experiencia, estudio o diploma.[3]

En general, el papel que desempeña el padre y la madre influye mucho en la estimulación que se le brinda al niño; a veces una buena estimulación es la medicina. Consiste en enseñar a la madre y a todo el grupo familiar a conocer y aceptar al niño con sus posibilidades y limitaciones.

FACTORES BIOPSICOSOCIALES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO:

Las alteraciones del desarrollo y crecimiento que presenta el niño puede ser de tipo biológico o ambiental. Las biológicas pueden ser razones genéticas, pueden ser pre-natales, peri-natales o post-natales.

Las alteraciones genéticas son un factor importate. Se deben a diversos transtornos que ocurren en la unión de los cromosomas y por los defectos que se encuentran en los genes, puede haber origen multifactorial que incluye varias alteraciones genéticas o, que por su combinación con el medio ambiente, generan patologías que alteran el normal crecimiento y desarrollo del

[3]) Ibid. Pag. 31

bebé. Las alteraciones posibles de encontrar en un síndrome genético pueden afectar cráneo, ojos, nariz, boca, maxilares, cuello, tronco, genitales, extremidades, piel y anexos, aparato locomotor, retrasos en el desarrollo oseo, mental, edad por talla o del peso al nacer o posteriormente.

Las alteraciones pre-natales son aquellas que se producen entren la concepción y el nacimiento del bebé, debido a las enfermedades que padece la madre. Las alteraciones peri-natales son situaciones que ocurren en el momento del parto, por ejemplo partos prolongados con sufrimiento fetal, aspiración de meconio, falta de dilatación del útero de la madre, anoxia, convulsiones en la madre, factor Rh negativo en la madre y otras. Las alteraciones post-natales le suceden al niño a partir del nacimiento, como las enfermedades infecciosas, falta de estimulación, negligencia, desconocimiento y accidentes traumáticos entre otros.

Aquellos niños que no tengan una buena estructura física o psíquica tendrán como consecuencia alteraciones psicológicas, bloqueos en el desarrollo y dificultades en el aprendizaje.

El ambiente influye directa o indirectamente en el desarrollo psíquico y físico del niño; estos factores pueden ser de caráter social, económico o cultural. Un niño que viva la alteración de algunos factores corre el riesgo de no llegar a explotar al máximo sus potencialidades, a pesar de ser capaz de alcanzarlas. [4]

DESARROLLO DE LA CONDUCTA PSICOMOTRIZ DEL NIÑO DE 0 a 5 AÑOS:

El organismo humano es un complicado sistema de acción, razón por la cual un diagnóstico evolutivo requiere el examen de cinco campos de conducta

[4])Ibid. Pag. 20-21

que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos cinco aspectos más destacados son: 1) conducta adaptativa, 2) conducta motriz gruesa, 3)conducta motriz fina, 4) conducta del lenguaje y 5) conducta personal social.

Conducta adaptativa: El campo de mayor importancia se refiere a la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la reintegración de éstas de un modo coherente. Se incluyen aquí las más delicadas adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones: la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos; la habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz en la solución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples. El niño exhibirá formas de conducta significativas cuando maneje objetos simples, como una campanilla de mano. La conducta adaptativa es precusora de la inteligencia que utiliza la experiencia previa para la solución de nuevos problemas.

Comellas y Perpinyá, opinaron que "la conducta adaptativa o coordinación en general, es el aspecto global y conlleva que el niño haga todos sus movimientos más generales, interviniendo en ellos todas las partes del cuerpo". [5]

La conducta motriz gruesa: Comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.

La conducta motriz fina: Consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto. Cada uno de los campos del comportamiento motor interesa en especial al médico a causa de sus muchas correlaciones neurológicas. Las capacidades motrices del niño constituyen un punto de partida natural para estimar su madurez; sin embargo

---

[5] Heredia de León Margarita de Jesus. Evaluación del Nivel del Desarrollo Psicomotor de Niños de 2 a 5 años. En Quetzl. Pp. 26.

con demasiada frecuencia se convierten en los únicos parámetros que se evalúan.

El comportamiento motor y el adaptativo, todas las formas conductuales, se interrelacionan estrechamente, pero pueden y deben ser separados en el uso diagnóstico.

La conducta del lenguaje: Adquiere así mismo formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Se usa el término lenguaje en el sentido más amplio, abarcando toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones. La conducta del lenguaje incluye además la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.

La conducta personal social: Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive. Estas reacciones son tan múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente, que parecerían escapar del alcance del diagnóstico evolutivo. Pero aquí, como en los otros cuatro, hallamos que el moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento. Por ejemplo, el control de la micción y la defecación son exigencias culturales del medio, pero su adquisición depende primordialmente de la madurez neuromotriz, lo mismo ocurre con una amplia cantidad de habilidades y actitudes del niño: capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales. Aún cuando la conducta personal social está particularmente sujeta a los objetivos propuestos por la sociedad y a diferencias individuales, las variaciones tienen límites normales y consecuencias para el diagnóstico. [6]

[6] Gessell y Amatruda. Diagnóstico del Desarrollo. Pp. 31-33.

SUCESION Y ETAPAS DEL DESARROLLO:

El desarrollo se inicia con la concepción y procede mediante una ordenada sucesión de etapas representativas de un grado o nivel de madurez debemos elegir entre ellos unos pocos que mejor nos sirva como puntos de referencia con finalidad diagnóstica. A tales efectos se han establecido las siguientes edades claves: 4, 16, 28 y 40 semanas, 12, 18, 24 y 36 meses. Ellas representan períodos integrativos y modificadiones principales en los focos y centros de organización.

La edad clave de los 12 meses constituye para los padres un importante desarrollo cronológico. Desde el punto de vista evolutivo se caracteriza por la aparición incipiente de modos conductuales mas maduros, cuya integración masiva se efectúa a los 15 meses.

Para apreciar la significación evolutiva de cada edad clave, conviene examinar su posición desde que se inicia el ciclo del crecimiento humano, dicho ciclo está representado en los seis gráficos que siguen. El primero suministra una vista comprensiva de toda la extensión del desarrollo e incluye el período fetal a fin de destacar la continuidad del ciclo de crecimiento. También deben tomarse en cuenta los orígenes preconceptivos del desarrollo, incluyendo transtornos hereditarios específicos y una variedad de influencias ambientales sobre óvulos y espermatozoide.

La organización real de la conducta comienza mucho antes del nacimiento; la dirección general de esta organización va de la cabeza a los pies, de los segmentos proximales a los distales. Se inicia con labios y lengua, siguen los músculos oculares, luego el cuello, hombros, brazos, manos, dedos, tronco, piernas y pies. Por lo que los cinco campos de conducta evolucionan

conjuntamente y en estrecha coordinación. A grandes rasgos, las tendencias en el desarrollo de la conducta son las siguientes:

En el primer trimestre de la vida el niño adquiere control de sus doce músculos oculomotores.

En el segundo trimestre (semanas 16 a 28) logra el gobierno de los músculos que sostienen la cabeza y mueve los brazos y manos. Hace esfuerzos por alcanzar objetos y los toma, transfiere y manipula, su cabeza está erecta y firme.

En el tercer trimestre (semanas de la 28 a 40) consigue el dominio del tronco y dedos. Hurga y ase con pulgar e índice; se sienta y gatea.

En el cuarto trimestre (semanas 40 a 52) extiende su dominio a piernas y pies y descarta el apoyo accesorio para manos y dedos. Recoge una bolita con presición adulta. Se para y camina sosteniéndose.

En el segundo año, camina y corre; articula palabras y frases; adquiere control de vejiga y recto, además de un rudimentario sentido de identidad personal.

Entre el segundo y tercer año, habla empleando oraciones; usa las palabras como instrumento del pensamiento; muestra una positiva propensión a comprender su ambiente y a satisfacer las exigencias culturales impuestas por éste. Ya no es más una simple criatura.

En el cuarto año, formula innumerables preguntas, percibe analogías y despliega una activa tendencia a conceptuar y generalizar. Es prácticamente independiente en la rutina de la vida hogareña.

A los cinco años está bien maduro en control motor, salta y brinca, habla sin articulación infantil. Puede narrar un cuento largo, prefiere jugar con compañeros y manifiesta satisfacción por sus ropas y por lo que es capaz de hacer. [7]

---

[7] Gessell y Amatruda. Diagnostico del Desrrollo de la Conducta. Pp. 34-36.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La madurez y la salud de la infancia son aspectos que hasta ahora han sido atendidos principalmente por el Pediatra. Su labor consiste en evaluar el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, identificar la presencia de cualquier deficiencia neuromotriz y sensorial, detectar lactantes con riesgo de deterioro eventual normal, pero no en descubrir la existencia de procesos evolutivos que requieren de Estimulación, para el buen desarrollo de la conducta psicomotriz.

En el Hospital Infantil Juan Pablo II, se ha observado que no existe una clínica que lleve a cabo un Programa de Estimulación Temprana para el buen desarrollo del potencial psicológico y motriz del niño, aunque sí se cuenta con todas las especialidades se tiene la necesidad de referir a los pacientes a otros centros asistenciales.

La estimulación temprana, es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. La actividad puede involucrar objetos y exige relación física y afectiva entre el niño y un adulto. Se busca una comunicación atenta, afectuosa y constante desde que el niño nace y a lo largo de su desarrollo, procurando habilitar cada vez más las aptitudes perceptuales, mediante el contacto con colores, sonidos, olores, texturas, sabores y ejercicios. [1/]

1/ Programa de Estimulación Temprana, para Centro América y Panamá. Mi niño de 0 a 6 años. Pp. 14.

La estimulación del niño en sus primeros años de vida ha sido aceptada como un programa que permite mejorar el desarrollo cognoscitivo del infante. Todos los niños pueden, supuestamente, presentar algún tipo de riesgo si los factores ambientales, biológicos establecidos no son controlados con programas que previenen estas condiciones. [2/]

La estimulación temprana debe ser dirigida a todos los niños, en especial a los de alto riesgo ambiental, es decir niños que nacen biológicamente sanos, pero que por las características del medio en que crecen, requieren una intervención para que su desarrollo no sea afectado.[3/]

La psicomotricidad es el medio a partir del cual un individuo adquiere conciencia del mundo y de sí mismo. Es una actividad que facilita el desarrollo integral del niño.[4/]

La psicomotricidad, como una actividad perceptible o como una terapia, ayuda al niño a mejorar su auto imagen , a aumentar su nivel de vivacidad, a estar alerta y confiado, así como a mejorar su comportamiento en general. [5/]

2/ Suero, Angeles. Programa de Estimulación Precoz. 1978. Pp.14.

3/ Rabanales, Lidia Mercedes. Influencia de la Estimulación Temprana en la Recuperación de Niños Desnutridos. Tesis de Licda. En Psicología. USAC. Pp.40.

4/ Silva de Mejía María Eugenia. Guía Práctica para el Desarrollo de la Psicomotricidad. 1985 Pp.11.

5/ Ibid. (4) Pp.11

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Medir la eficacia de un Programa de Estimulación Temprana para favorecer el desarrollo de la conducta psicomotriz en niños/as sanos/as con atención en el Hospital Infantil Juan Pablo II.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las principales deficiencias en la conducta psicomotriz en niños/as con atención hospitalaria para estimular y lograr buen desarrollo.

- Sistematizar teorías, métodos y técnicas de estimulación temprana para favorecer el desarrollo de la conducta psicomotriz de los niños/as de la consulta externa.

PREMISAS

1. Las madres desconocen lo que es la estimulación y su importancia en el desarrollo y crecimiento de sus hijos.

2. Dentro de las diferencias detectadas en los niños/as del Hospital Infantil Juan Pablo II, se evidencia falta de coordinación general en sus movimientos y funciones.

3. Las alteraciones que presenta el niño pueden ser de origen ambiental o biológico, instalándose en etapas prenatales, perinatales o postnatales.

4. Los niveles evolutivos que sigue el niño, constituyen la forma en que van conociendo cada una de las partes de su cuerpo; este conocimiento es un elemento que facilita la integración del yo como persona.

5. La guía de observación psicomotriz evalúa aspectos del esquema corporal, conducta adaptativa, conducta motriz gruesa, motriz fina, conducta del lenguaje y conducta personal social.

1.3 HIPOTESIS

- Los niños y niñas que asisten a la consulta externa del Hospital Infantil Juan Pablo II mejorarán su proceso de maduración psicomotriz a través de un programa de Estimulación Temprana.

VARIABLES

Independiente:

Programa de Estimulación Temprana: Es la evaluación de la madurez y del desarrollo psicomotriz para la prevención y atención de niños. Esta evaluación del comportamiento permite la detección oportuna de cualesquier retardo.

Dependiente:

Desarrollo de la Conducta Psicomotriz: La conducta del niño debe ser estudiada y apreciada en función de su edad cronológica, para estructurar actividades de aprendizaje en las diversas áreas que comprende el dominio del cuerpo y el movimiento.

1.4 INDICADORES

Independiente:

Seguridad
Autocontrol
Atención del niño
Autoimagen
Percepción
Experiencias sensoriales

Dependiente:

Conducta adaptativa, coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.
Conducta motriz gruesa, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.
Conducta motriz fina, uso de manos y dedos para la aproximación, presión y manipulación de objeto.
Conducta del lenguaje, formas de comunicación visible y audible, gestos, movimientos postulares, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones.
Conducta personal-social, reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive.

II. TECNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TECNICAS:

Campo de Trabajo:

El Hospital Infantil Juan Pablo II, es el primero y único Hospital de especialidades pediátricas en Guatemala. Es una Institución privada, no lucrativa, sirviendo como Centro de referencia del área rural y urbano marginal. Fue fundado en marzo de 1985 durante la visita de Su Santidad Juan Pablo II a Guatemala. En 1996 amplió sus servicios de atención a 45 camas, cinco de las cuales son de cuidado intensivo; presta servicios médicos en 20 especialidades pediátricas. Esta Institución pertenece a Cáritas Arquidiocesana y da atención a niños comprendidos entre las edades de 0 a 12 años, de diferentes culturas, procedentes del área urbana marginal y rural, de escasos recursos económicos y de clase media y baja.

Descripción de la Muestra:

La investigación se realizó en la Clínica de Psicología del Hospital Infantil Juan Pablo II, en la Colonia El Rosario de la zona 7 de Mixco. Para efectuar este estudio se selecionó a los niños que asisten por la mañana a las seis clínicas de la Consulta Externa, que estuvieran en control de niño sano, en post-operatorios dentales o cirugías menores; estar comprendido entre las edades de 0 a 6 años, que tuvieran las características de estar en buen estado de salud, pertenecer al

mismo nivel socioeconómico, que procedieran de áreas rurales y urbano marginales y estuvieran en la etapa pre-escolar.

Técnica de Muestreo:

La presente investigación es un estudio experimental. Se formaron dos grupos, el grupo experimental y el grupo control. Se seleccionó como objeto de estudio una muestra aleatoria de 100 niños y niñas de 0 a 6 años, a todos se les dió la misma oportunidad de pertenecer a la muestra.

De una población de 1,000 niños (as) se seleccionaron 100, que reunieran las características determinadas. De esos 100 niños (as) se seleccionaron dos grupos, el experimental y el grupo control, formado por 50 niños (as) cada uno.

Esos 100 niños (as) fueron evaluados con la Escala de Desarrollo de Arnold Gesell. Después de la evaluación se seleccionaron 3 para formar parte del grupo experimental y 3 para el grupo control, hasta completar los 100 casos de estudio.

Técnica de Recolección de Datos:

Al llegar los niños (as) a su control a la Clínica de Niño Sano, los Pediatras refirieron a la clínica de Psicología a los niños que asistieron a consulta de Crecimiento y Desarrollo los días jueves, por la mañana y que llenaban las características de la muestra.

El grupo experimental fue evaluado al inicio del estudio; recibió 3-4 sesiones de estimulación y fue vuelto a evaluar al terminar el programa, el grupo control fue evaluado al inicio del estudio y a los 3 meses después, sin recibir el Programa de Estimulación.

De esos niños se entrevistó a los padres uno por uno y se evaluó a cada niño en las cinco áreas del Desarrollo en base a la Escala de Gessell.

Los resultados de la evolución y el diagnóstico se compartieron con el padre de familia, encargado o tutor, para identificar las áreas deficientes encontradas en sus hijos (as), pudiendo ser en el área adaptativa, área de motricidad fina, área de motricidad gruesa, área del lenguaje y área personal social. Se solicitó la colaboración de los padres de familia a continuar la estimulación en casa, en base a la orientación y las guías que se les entregaron.

El programa de Estimulación Temprana se desarrolló dentro del Hospital con los 50 niños seleccionados del grupo experimental y se les citó un mes después, trabajando con ellos durante 3 meses. A los 50 niños del grupo control se les citó a los 3 meses. Ambos grupos fueron evaluados al final y se realizó una comparación porcentual de los resultados obtenidos por los niños que recibieron el Programa y los que no, por lo que el trabajo de campo se extendió desarrollándose de octubre/98 a junio/99.

Entre las técnicas utilizadas está la observación realizada durante dos semanas, en la Consulta Externa para conocer como actuan los niños dentro del ambiente hospitalario.

Escala de Estimulación:

Se aplicó la Escala de Evaluación, basado en las etapas de desarrollo y madurez de Arnold Gesell la cual midió objetivamente el estado actual del desarrollo de cada niño (a) y en base a estos resultados se programó cada tratamiento.

Orientación a Padres de Familia:

Se orientó a los padres de familia, con técnicas encaminadas a estimular las áreas de acuerdo a las deficiencias detectadas en cualquiera de las áreas de conducta adaptativa, motora gruesa, motora fina, lenguaje y personal social.

Técnica de Análisis Estadístico de los Datos:

La Investigación fue de tipo experimental y por lo tanto se utilizó un análisis comparativo porcentual por ambos grupos, antes y después de recibir el Programa de Estimulación aplicada.

2.2 INSTRUMENTOS:

Se desarrolló una encuesta sobre conocimiento del tema y motivación para participar; se aplicó a 80 personas padres de familia que asistieron antes de llevar a cabo el Programa, como medida para establecer la factibilidad y aceptación del programa.

Entrevista: Se realizó una entrevista estructurada a los padres de familia, o encargado, que acompañaba al niño, siempre y cuando formara parte del entorno familiar.

Cuestionario: Se aplicó un cuestionario basado en un resumen del esquema evolutivo de Gesell, tomando en cuenta las actividades más importantes de cada edad; esta información proporcionó orientación sobre la evolución a cambios observados en el niño durante el período de aplicación del Programa. El Instrumento constó de cinco áreas distribuidas en la siguiente forma:

- Area Adaptativa
- Area Motricidad Gruesa
- Area Motricidad Fina
- Area de Lenguaje
- Area Personal Social

Para responder al cuestionario se dieron dos alternativas Si – No. Debiendo la estudiante marcar con una x las respuestas; para obtener información acertada, se pidió que la persona informante fuera cercana al niño para que respondiera a las actividades que no se podian evaluar dentro de la clínica, para lograr el objetivo de la investigación.

III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La Investigación se realizó en la consulta Externa del Hospital Infantil Juan Pablo II. Con niños comprendidos entre las edades de 0 a 6 años que asisten a consultas rutinarias al Programa Crecimiento y Desarrollo durante los meses de octubre de 1998 a junio de 1999; esta población es de áreas urbano marginales y rural, de escasos recursos económicos, sin escolaridad.

De acuerdo a la tabulación de los datos obtenidos, se presentan los siguientes resultados.

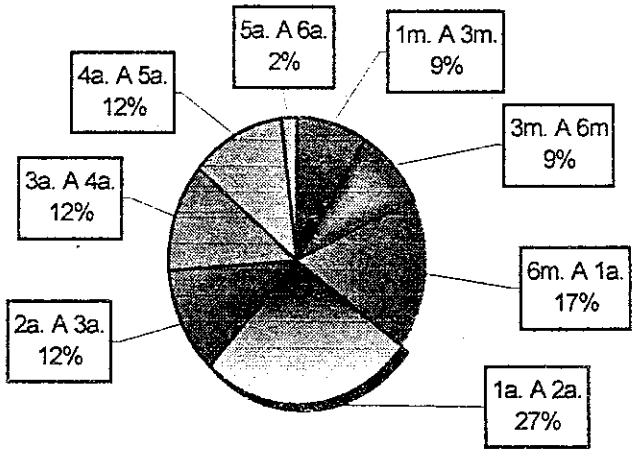
CUADRO # 1

NIÑOS Y NIÑAS EVALUADOS CON LA ESCALA DE DESARROLLO DE ARNOLD GESELL,DISTRIBUIDOS POR EDADES.

EDADES DE LOS 100 MIEMBROS DE LA MUESTRA	
EDADES POR INTERVALOS	# DE MIEMBROS
1 mes a 3 meses	9
3 meses a 6 meses	9
6 meses a 1 año	17
1 año a 2 años	27
2 años a 3 años	12
3 años a 4 años	12
4 años a 5 años	12
5 años a 6 años	2
TOTALES	100

GRAFICA # 1

PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) EVALUADOS CON LA ESCALA DE DESARROLLO DE ARNOLD GESELL, DISTRIBUIDOS POR EDADES.



FUENTE: ENTREVISTA

INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICA # 1.

De acuerdo a la clasificación por intervalos de edad, el estudio realizado dió como resultado que la mayoría de los miembros de la muestra se encuentran comprendidos entre las edades de 1 año a 2 años con el 27% y de 6 meses a 1 año en un 17%, mientras que de 2 años a 3 años en un 12%, de 3 años a 4 años en un 12%, de 4 años a 5 años en un 12%, de 3 meses a 6 meses en un 9%, de 1 mes a 6 meses en un 9% y de 5 años a 6 años en un 2%.

Estos 100 niños (as) fueron evaluados al inicio con la Escala de Desarrollo de Gesell.

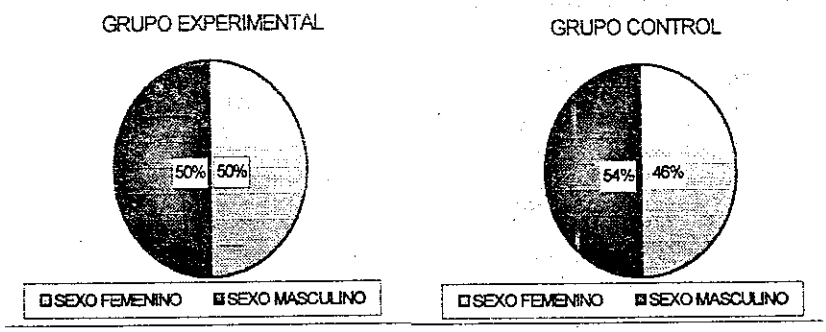
CUADRO # 2

NIÑOS Y NIÑAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL DISTRIBUIDOS SEGUN SEXO.

CLASIFICACION DE LOS MIEMBROS DE LA MUESTRA SEGUN SEXO	F	M
Muestra Grupo Experimental	25	25
Muestra Grupo Control	23	27
TOTALES	48	52

GRAFICA # 2

CLASIFICACION DE LA MUESTRA DE 100 NIÑOS EN PORCENTAJES POR GRUPO ESPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL SEGUN SEXO.



FUENTE: ENTREVISTA

INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICA # 2.

El 50% del grupo Experimental fueron de sexo femenino, mientras que el otro 50% fueron del sexo masculino; del grupo Control, el 54% fueron del sexo masculino y el 46% del sexo femenino.

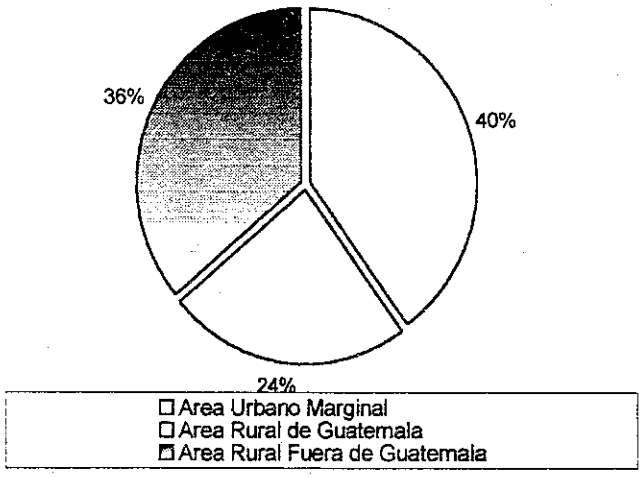
CUADRO # 3

PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS (AS) EVALUADOS CON LA ESCALA DE DESARROLLO DE ARNOLD GESELL.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS (AS) EVALUADOS	F
URBANO AREA MARGINAL	40
AREA RURAL DENTRO DEL DEPARTAMENTO	24
AREA RURAL FUERA DEL DEPARTAMENTO	36
TOTALES	100

GRAFICA # 3

PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) EVALUADOS CON LA ESCALA DE DESARROLLO DE ARNOLD GESELL, DISTRIBUIDOS POR EDADES.



FUENTE: ENTREVISTA

INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICA # 3.

Los niños (as) que pertenecieron a la muestra son de procedencia urbana marginal el 40%, del área rural del Departamento de Guatemala como Chinautla, Amatitlán, Villa Nueva, San Raymundo, San Juan viven el 24% y del área rural de otros departamentos como Jalapa, Jutiapa, Zacapa, Chimaltenango, Sacatepéquez viven un 36%.

CUADRO # 4

RESULTADOS OBTENIDOS AL EVALUAR A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II, PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE/98 A JUNIO/99.

AREA ADAPTATIVA

PREVIO A P.E.T.

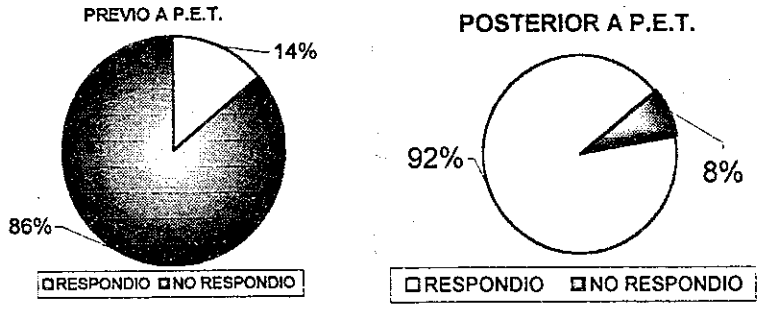
CONDUCTA ADAPTATIVA	F	%
Respondieron a las actividades	7	14
No respondieron a las actividades	43	86
TOTALES	50	100

POSTERIOR A P.E.T.

CONDUCTA ADAPTATIVA	F	%
Respondieron a las actividades	46	92
No respondieron a las actividades	4	8
TOTALES	50	100

GRAFICA # 4

PORCENTAJES OBTENIDOS PREVIO Y POSTERIOR AL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA APLICADO A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II.



FUENTE: EVALUACION

INTERPRETACION DE CUADRO Y GRAFICA # 4.

Antes de recibir el Programa de Estimulación Temprana los niños (as) el 86% estaban deficientes en el área adaptativa. Luego de haber recibido el Programa de Estimulación Temprana se invirtieron esos resultados obteniendo un adelanto en el 92% de los casos, eso significa que asistieron 3 o 4 veces al programa mejorando el área adaptativa, en lo que se refiere a la coordinación general de todas las partes del cuerpo y organización de los estimulos, mientras que el 8% necesita continuar la estimulación durante más tiempo.

CUADRO # 5

RESULTADOS OBTENIDOS AL EVALUAR A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II, PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE/98 A JUNIO/99.

AREA DE MOTRICIDAD GRUESA

PREVIO A P.E.T.

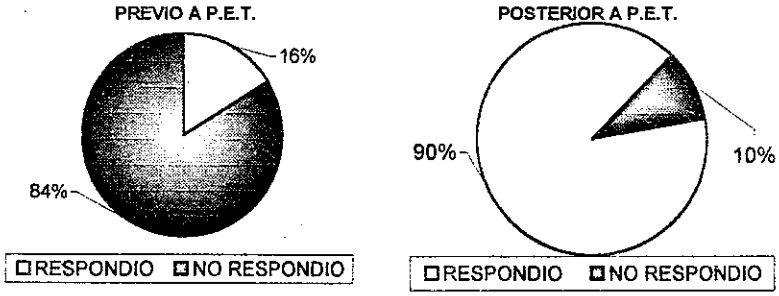
Conducta Motricidad Gruesa	F	%
Respondieron a las actividades	8	16
No respondieron a las actividades	42	84
TOTALES	50	100

POSTERIOR A P.E.T.

Conducta Motricidad Gruesa	F	%
Respondieron a las Actividades	45	90
No respondieron a las actividades	5	10
TOTALES	50	100

GRAFICA # 5

PORCENTAJES OBTENIDOS PREVIO Y POSTERIOR AL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA APLICADO A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II.



FUENTE: EVALUACION

INTERPRETACION DE CUADRO Y GRAFICA
5.

Previo a recibir el Programa de Estimulación Temprana los niños (as) el 84% estaba deficiente en el área de Motricidad Gruesa.

Posterior a recibir el Programa de Estimulación Temprana mejoraron esos resultados obteniendo un adelanto del 90% de los casos respondiendo apropiadamente a reacciones postulares, equilibrio de cabeza, gatear, pararse, caminar, sentarse, mientras que el 10% deberá continuar con la Estimulación.

CUADRO # 6

RESULTADOS OBTENIDOS AL EVALUAR A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II, PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE/98 A JUNIO/99.

AREA DE MOTRICIDAD FINA

PREVIO A P.E.T.

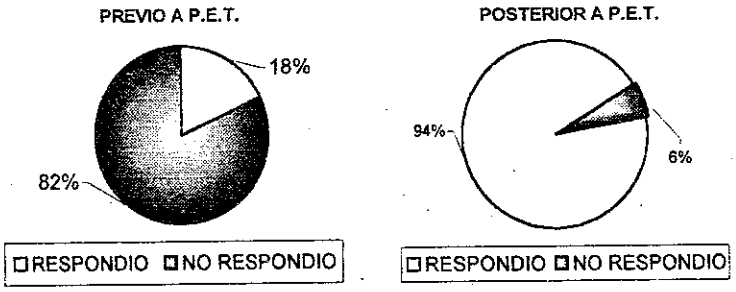
Conducta Motricidad Fina	F	%
Respondieron a las actividades	9	18
No respondieron a las actividades	41	82
TOTALES	50	100

POSTERIOR A P.E.T.

Conducta Motricidad Fina	F	%
Respondieron a las actividades	47	94
No respondieron a las Actividades	3	6
TOTALES	50	100

GRAFICA # 6

PORCENTAJES OBTENIDOS PREVIO Y POSTERIOR AL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA APLICADO A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II.



FUENTE: EVALUACION

INTERPRETACION DE CUADRO Y GRAFICA
6.

Antes de recibir el Programa de Estimulación Temprana los niños (as) el 82% estaba deficiente en el área de Motricidad Fina. Luego de haber recibido el programa, los resultados se cambiaron logrando obtener un adelanto de 94% respondiendo positivamente a las diferentes actividades que comprende el uso de manos y dedos para la aproximación, presión y manipulación de un objeto, mientras que el 6% necesita continuar la estimulación.

CUADRO # 7

RESULTADOS OBTENIDOS AL EVALUAR A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II, PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE/98 A JUNIO/99.

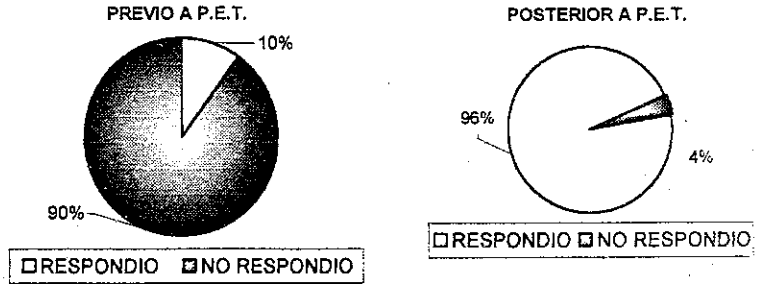
AREA DEL LENGUAJE

PREVIO A P.E.T. POSTERIOR A P.E.T.

CONDUCTA LENGUAJE	F	%	CONDUCTA LENGUAJE	F	%
Respondieron a las actividades	5	10	Respondieron a las Actividades	48	96
No respondieron a las actividades	45	90	No respondieron a las Actividades	2	4
TOTALES	50	100	TOTALES	50	100

GRAFICA # 7

PORCENTAJES OBTENIDOS PREVIO Y POSTERIOR AL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA APLICADO A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II.



FUENTE: EVALUACION

INTERPRETACION DE CUADRO Y GRAFICA
7.

Previo a recibir el Programa de Estimulación Temprana, los niños (as) del Hospital, el 90% estaba deficiente en el área del Lenguaje posterior a recibir el programa los resultados obtenidos fueron positivamente, logrando un adelanto del 96% de los casos, respondiendo a las formas de comunicación visible y audible, ya fuera en gestos, movimiento posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, mientras que el 4% deberá continuar con la estimulación.

CUADRO # 8

RESULTADOS OBTENIDOS AL EVALUAR A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II, PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE/98 A JUNIO/99.

AREA PERSONAL SOCIAL

PREVIO A P.E.T.

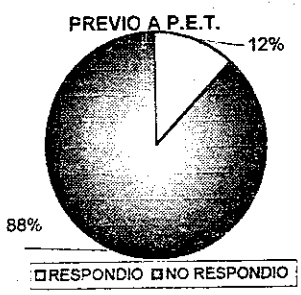
Conducta Personal Social	F	%
Respondieron a las actividades	6	12
No respondieron a las actividades	44	88
TOTALES	50	100

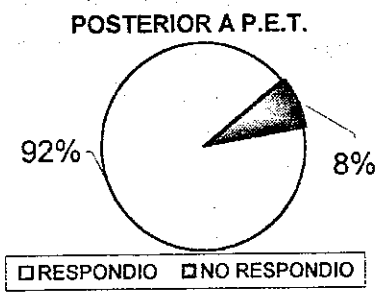
POSTERIOR A P.E.T.

Conducta Personal Social	F	%
Respondieron a las Actividades	46	92
No respondieron a las Actividades	4	8
TOTALES	50	100

GRAFICA # 8

PORCENTAJES OBTENIDOS PREVIO Y POSTERIOR AL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA APLICADO A 50 NIÑOS (AS) DEL HOSPITAL INFANTIL JUAN PABLO II.





FUENTE: EVALUACION

INTERPRETACION DE CUADRO Y GRAFICA # 8.

Antes de recibir el Programa de Estimulación Temprana los niños (as) el 88% estaba deficiente en el área Personal Social. Luego de haber recibido el Programa, los resultados se invirtieron logrando obtener un adelanto del 92% de los casos. Eso significa que respondieron con las reacciones esperadas para su edad ante diversos factores del crecimiento como es el control de la micción y defecación, capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a las enseñanzas, mientras que el 8% necesita continuar su estimulación durante más tiempo para alcanzar el nivel deseado.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES:

- La evaluación realizada a 100 niños (as) con la Escala de Desarrollo de Arnold Gesell permitió obtener 2 grupos. El grupo experimental formado por 50 niños recibió el programa durante 9 meses, mejorando en un alto porcentaje, mientras que el grupo control al haber continuado en las mismas condiciones no mejoró sus conductas. Por lo tanto se comprobó que el Programa de Estimulación Temprana es efectivo para favorecer el Desarrollo Psicomotriz y Social del niño de 0 a 6 años, por lo que la Hipótesis planteada se acepta.

- Las condiciones ambientales del hogar del niño que asiste al Hospital Infantil Juan Pablo II no son favorables, debido a la situación educativa y económica de sus padres, porque no tienen conocimientos básicos de como criar y formar a sus hijos, repitiendo los patrones de crianza a los que ellos fueron sometidos.

- El 45% de los niños (as) que asisten al Hospital Infantil Juan Pablo II permanece la mayor parte del día al cuidado de la madre, y el resto está a cargo de los abuelos paternos y personal de servicio que por su bajo nivel educativo no actúa adecuadamente en el cuidado del niño.

- El 36% de los niños de la muestra proceden de lugares fuera de la ciudad, mientras que el resto residen en el perímetro de la ciudad y areas cercanas a ésta, lo que contribuyó que asistieran a sus citas

con regularidad; aunque hubo casos específicos en los que se trabajó directamente con el padre o madre en base a las guías de orientación que la estudiante entregó para su seguimiento.

- El 60% de los padres de familia tienen creencias falsas que perjudican al desarrollo físico e intelectual de sus hijos, como lo es pensar que al medir el reflejo plantar a una niña se le está induciendo a ejercer la prostitución a una edad temprana.

- De los 100 niños evaluados se encontró que solo 1 respondió a todas las actividades correspondientes a cada área, por lo que se logró una excelente comunicación y relación con el niño.

- El Hospital Infantil Juan Pablo II, cuenta con todas las especialidades pediátricas excepto con un Programa de Estimulación, por lo que los niños se refieren a otros centros especializados.

- El Hospital Infantil, atiende fundamentalmente la salud física del niño, descuidando el contexto emocional y social que son importantes para su mejor desarrollo y aprendizaje.

- Los padres de familia, por no conocer el estímulo apropiado para cada etapa evolutiva, se sienten desorientados y angustiados al no saber que hacer en un momento determinado en el desarrollo de sus hijos

4.2 RECOMENDACIONES:

- Detectar tempranamente niños deficientes en su desarrollo, para ofrecer técnicas adecuadas a su nivel de maduración, durante el control de crecimiento y desarrollo de niño en las clínicas de la consulta externa A. del Hospital Infantil Juan Pablo II.

- Brindar a los padres de familia orientación adecuada para mejorar el crecimiento y madurez de sus hijos a través de la estimulación.

- Brindar atención especial a aquellos niños que presenten deterioro emocional y deficiencia en su desarrollo, ya sea por secuelas de enfermedad, por razones biológicas o ambientales.

- Crear un programa dirigído a padres de familia, para incremenbuenas relaciones, mejorar conductas en el desarrollo físico y emocional del niño (a), con control a las citas; y lograr disminuir torpezas ocasionadas por el niño no estimulado.

- Que el Hospital Infantil Juan Pablo II instituya un Programa de Estimulación durable y estable para el servicio de todos los niños que asisten a la Consulta Externa A Pediatría General y Cirugía y B Clínicas de Especialistas y Odontología pediátrica, así como a los de encamamiento.

- Instalar una Clinica de Estimulación Temprana, reconocida por las personas que asisten al hospital y por el personal médico, administrativo y de servicio que laboran en el Centro.

- Que los colaboradores remunerados que laboran en el Hospital Infantil Juan Pablo II, sea altamente calificado para tratar con profesionalismo a los niños que asisten a consultar.

- Que la Institución de oportunidad a los estudiantes de Universidad de San Carlos a realizar investigaciones científicas en el campo de la psicología.

- Que las autoridades de la Institución brinden colaboración para que el cuerpo médico se integre a los programas de Psicología que allí se puedan desarrollar.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold Gesell y Catherine Amatruda. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Editorial Paidos. México, paginas 34-36.

- Aranda Ma. Asunción. Psicología Infantil y Juvenil 4ta. Edición. España. Océano 1980. Tomo VI. P.p. 263.

- Ballesteros Usano. Antonio. La Incorporación a la Sociedad. 9a. Edición México. Patria. P.p. 86.

- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Lengua Castellana. Editorial Sopena. Argentina. 5ta. Edición.

- Diccionario de Psicología. Enciclopedia Psicológica.

- Dorsch Friedrich. Diccionario de Psicología Barcelona. Editorial Herder. 1977.

- Estrada Ortiz. Hilda Argentina. Importancia del Rapport entre el Paciente y el Médico. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos. 1993. P.p. 35.

- Entrevista directa con el Depto. De Estimulación Temprana del Centro Asistencial Alida España de Arana.

- Frank, Luis. Dinámica y Desviaciones de la Conducta del Niño. 12a. Edición. Argentina. Paidos P.p. 46.

- Heredia de León, Margarita de Jesús. Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Niños de 2 a 5 años. En Quetzaltenango.P.p.26.

- Kolb. Psiquiatría Clínica. La Prensa Médico Mexicana. Reimpresión. 1981.

- Merami, Alberto I. Diccionario de Psicología. Editorial Grijalvo. S.A. México. D.F. 1979.

- Psicología Infantil y Juvenil. Enciclopedia Océano Multimedia. Tomo I y II. Grupo Editorial Océano.

- Programa de Estimulación Temprana, para Centro América y Panamá. Mi niño de 0 a 6 años. P.p. 14.

- Rabanales, Licda Mercedes. Influencia de la Estimulación Temprana en la recuperación de niños desnutridos. Tesis de Licda. En Psicología USAC.P.p.40.

- Silvia de Mejía, María Eugenia. Guía Práctica para el Desarrollo de la Psicomotricidad. 1era. Edición 1985. Colección Didáctica Contemporánea P.p. 11.

- Sidney S. Gellis, MD. Benjamín M. Kagan MD. Pediatría Terapéutico. 1964.

- Suero, Angeles. Programa de Estimulación Precoz. 1978. P.p. 14

- Susana, Matas, Maureen M. de Mulvey y otros. Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el Desarrollo. P.p.29. Editorial Hvmanitas.

- Vanghan Mckay, Nelson. Tratado de Pediatría Editores Salvat, S.A 6ta. edición. Tomos I y II.

- Wright, Stanley W.MD Transtornos Emocionales y Mentales . Barcelona 1964.

- Winnicott. D.W Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. 8a. Edición. Argentina. Paidos. 1970.

GLOSARIO

AFASIA:

Pérdida más o menos completa de la capacidad de hablar o de comprender el lenguaje hablado.

AFRASIA:

Incapacidad de formar frases correctas.

AGRAFIA:

Incapacidad de escribir letras o palabras a pesar de conservar íntegramente la capacidad de movimiento de la mano y los dedos y la normalidad de la inteligencia.

APTITUD:

Concepto emparentado con el dote personal, pero en este último se destaca el aspecto cualitivo, mientras que la característica de la aptitud es el aspecto cuantitativo. Ej: Un músico con mucha capacidad congénita (muy dotado) sobresale del conjunto de músicos.

AMENCIA:

No es propiamente una enfermedad, sino grave confusión mental asociada a enfermedad o a psicosis. Existe en la amencia falsas percepciones sensoriales, ideas delirantes, desorientación respecto a las personas, los lugares y el tiempo.

ANOXEMIA CEREBRAL:

Disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre (anoxemia). Esta situación en el cerebro constituye la anoxemia cerebral, esto produce asfixia y sus efectos se hacen sentir especialmente en el cerebro. La anoxemia en el feto, al nacer, origina síntomas inmediatos (exitación, gritos, transtornos circulatorios.) y consecuencias tardías (parálisis cerebral infantil.)

BIOLOGIA:

Ciencia de los seres vivos de las manifestaciones de la vida. Comprende la Botánica (ciencia de la plantas.), la Zoología (ciencia de los animales) y la Antropología (ciencia del hombre).

CAPACIDAD:

La totalidad de condiciones accesorias para el ejercicio de una determinada actividad que existen en una persona en mayor o menor grado.

COCIENTE DE INTELIGENCIA:

Resultado de dividir la edad mental entre la edad cronológica; generalmente este resultado se multiplica por 100.

CROMOSOMAS:

Cuerpos diminutos en forma de asa en que se divide la cromatima nuclear en la mitosis. Cada uno de ellos se divide longitudinalmente , originando dos asas gemelas iguales, su número es constante para cada especie (en el hombre 46 : 44 autosomas y 2 sexuales).

DEBILIDAD MENTAL:

El grado más ligero de deficiencia mental congénito (oligrofenia), entre las personas poco inteligentes pero normales y la imbecilidad. El debil mental se

forma una idea correcta de lo que se aprecia a primera vista y utiliza correctamente conceptos concretos, pero no es capaz de pensamientos abstractos y no puede formar juicios y conclusiones.

DIAGNOSTICO:

Indagación , determinación y comprobación del estado corporal y psíquico mediante anamnesis, exploración y pruebas.

DISFASIA:

Perturbación o dificultad del lenguaje hablado.

DISLALIA:

Transtorno en la articulación del lenguaje hablado como consecuencia, de perturbaciones en los órganos periféricos de la fonación o de su inervación. (farfulleo, tartajeo, etc.).

DISLEXIA:

Perturbación de la lectura. El paciente solamente puede leer parte del texto o dice cosas distintas de las que están escritas (disanagnosia).

DISFRASIA:

Inhibición del lenguaje hablado, debida a transtornos intelectuales.

EDAD CRONOLOGICA:

Edad en años. Según su edad, el individuo se encuentra en la fase de desarrollo correspondiente que determina su modo de ser y sus características psiquicas.

EDAD MENTAL:

Estado de inteligencia correspondiente por término medio a una edad determinada.

FENOTIPO:

Conjunto de la propiedades manifiestas en un individuo, sean o no hereditarias. Organismo considerado desde el punto de vista exterior. La totalidad de la naturaleza física, bioquímica y fisiológica de un individuo, tal como viene determinada por su genotipo y el ambiente dentro del cual se desarrolla.

GENETICO:

Ciencia que estudia la herencia de los organismos y el modo de transmitirla. Estudia también los fenómenos y todos los problemas relacionados con la descendencia..

GENOTIPO:

Organismo considerado desde el punto de vista de su constitución genética .

MANERISMO:

Transtorno observado principalmente en la demencia precoz por el que el paciente efectúa actos o gestos superfluos.

MENINGITIS:

Inflamación de la meninges . Purulenta: forma de meningitis en las que el exudado es purulento o seroso.

PARTICIPACION INTIMA:

Participación de la esfera íntima, de nuestra interioridad, en la percepción, las representaciones mentales y el pensamiento.

PARALISIS CEREBRAL :

Tiene como causa una lesión intracraneal.

PREMATURO:

Que ocurre antes del tiempo propio o término. Niño nacido antes del término del embarazo, pero viable.

SINDROME:

Conjunto de síntomas (o de síntomas y signos) que se observa en una enfermedad. Acción conjunta de síntomas característicos de causa genética.

TRAUMA:

Herida, lesión, contusión, vivencia que aparece de modo brusco y afecta profundamente al individuo.

TOXEMIA DEL EMBARAZO:

Transtorno del metabolismo en el embarazo, con albuminuria e hipertensión aguda, que puede producir convulsiones y coma.

ANEXOS

CARTILLA DE ENTREVISTA PSICOLOGICA

Fecha de administración:

Apellido y nombre:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Diagnóstico:

Domicilio:

Teléfono:

Grupo Familiar:

Padre: Edad: Ocupación:

Madre: Edad: Ocupación:

Hermanos: Edad: Escolaridad:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Embarazo:_____

_____

Parto:_____

_____

Peso del bebé:_____Perinatales:_____

Alimentación:_____

_____

Dentición y uso del chupete: _____

Funcionamiento intestinal y uso de pañales: _____

Lenguaje: _____

_____

Locomoción: _____

Sueño: Lugar – horario: _____

Actividad en el hogar: juegos_____

_____

Descripción que hacen los padres de los aspectos emocionales de su hijo:

_____

_____

Iniciación de la enfermedad y noción que tienen de ella:

_____

_____

Estudios realizados: Operaciones

_____

_____

Médico de cabecera:

Referido por:

Actitud de los padres ante la situación y rasgos emocionales de ambos:

_____

_____

Diagnóstico:

_____

_____

_____

_____

Fecha del próximo control:

_____

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Para desarrollar un Programa que sea efectivo para evaluar la conducta psicomotriz y social del niño, se necesita la descripción de cada uno de los pasos a seguir con el niño y con los padres de familia, para ello debemos realizar lo siguiente:

I. EVALUACION:

- Observación de los niños que conformarán la muestra.
- Primera entrevista con los padres de familia.
- Revisión del expediente y el Informe de la Trabajadora Social para saber el nivel socioeconómico que rodea al niño.
- Evaluación individual de cada niño con la Escala de Gesell.
- Determinar nivel de maduración.
- Selección del plan de trabajo.
- Información a los padres de familia, de los resultados de la evaluación y del tratamiento del paciente dentro de la Institución.
- Entrega a los padres de las guías de trabajo, para estimular las áreas que estén deficientes.

II. TRATAMIENTO:

- El primer paso y el más importante es lograr la comunicación entre el niño y la madre.
- Lograr que el niño tenga deseos de hacer las cosas en un marco efectivamente adecuado.
- Presencia de estímulos positivos para cada momento del desarrollo.

DESCRIPCION DE LOS PASOS DEL PROGRAMA

I. EVALUACION

1. OBSERVACION:

   Esta técnica sirve para el estudio de la conducta y de cualidades; es útil extender la observación a un lapso de tiempo de 1 hora en cuyo caso se utilizará la observación a intervalos de 5 minutos.

2. PRIMERA ENTREVISTA CON LOS PADRES DE FAMILIA:

   La entrevista comprende el interogatorio breve pero agudo a padres o adultos familiarizados con la vida cotidiana del niño, llevada en forma sistemática y estructurada. La entrevista proveerá detalles conductuales concretos, respecto de cada uno de los cinco campos a evaluar, además de determinar el contexto social en el cual aquellos se desarrollan. Así mismo, la entrevista es un paso previo necesario para la evaluación conductual.

3. REVISION DEL EXPEDIENTE:

   Se revisará el expediente para saber cual ha sido la causa por la que el niño o la niña consultaron al hospital; la evolución de la enfermedad, interesa saber si quedaron secuelas de alguna enfermedad y conocer el informe que del paciente realiza la Trabajadora Social, indicando el nivel socioeconómico que rodea al niño/niña.

4. EVALUACION INDIVIDUAL DE CADA NIÑO/NIÑA:

   Se procederá a evaluar a cada niño/niña según su edad cronológica y la Escala de Gesell correspondiente.

5. DETERMINAR EL NIVEL DE MADURACION:

Después de haber sido evaluados por el Pediatra y la Psicóloga, se determinará si el nivel de maduración del niño/niña va acorde a su edad y a su problemática de salud.

6. SELECCION DEL PLAN DE TRABAJO:

Se establecerá de mutuo acuerdo con padres o encargado las fechas y horario en el que el niño/niña recibirá el Programa de Estimulación.

7. INFORMACION A LOS PADRES DE FAMILIA:

La psicóloga cita a los interesados y les expone las expectativas de evolución del niño/niña. Los padres de familia asumen la responsabilidad del tratamiento del paciente ante la Institución, cumpliendo con llevarlo al hospital el día y la hora establecidos y la tarea de apoyar, enseñar y guiar a su hijo/hija en casa.

8. ENTREGA DE MATERIAL:

Se le entregará a los padres el primer material en donde se explica brevemente la forma de trabajo; es una guía para realizar ejercicios con los niños y reforzar las áreas que esten deficientes en su desarrollo. Los padres serán entrenados en el uso de las guías.

II. TRATAMIENTO:

1. LOGRAR COMUNICACION ENTRE EL NIÑO Y LA MADRE:

La comunicación que se inicia a través del lenguaje del cuerpo, es decir el contacto que se cortó con el cordón umbilical, se continúa a través del pecho materno, pero ésta necesita ayuda. Se le debe explicar a la familia que la

estimulación va a permitir esa comunicación con su bebé y que debe realizarse a través de todas las actividades diarias del niño, alimentanción, baño, cambio de pañales, etc.

2. LOGRAR QUE EL NIÑO TENGA DESEOS DE HACER LAS COSAS:
   Lograr que el niño tenga deseos de hacer cosas en un marco afectivo adecuado, logrando su integración al núcleo familiar que debe incorporarlo y aceptarlo.

3. PRESENCIA DE ESTIMULOS ADECUADOS PARA CADA MOMENTO DEL DESARROLLO:
   La madre debe ayudar a su hijo a descubrir, conocer y ejercitar su propio cuerpo, porque a partir de él podrá conectarse con la realidad y explorar el mundo que lo rodea, almacenar experiencias, sensaciones y conocimientos.

EDAD CLAVE: 4 SEMANAS O MENOS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Arc, Son: mira únicamente cuando están en línea de visión (*8 s.)		
Arcg: lo sigue con la mirada hacia la línea media		
Son: cae inmediatamente de la mano (*8 s.)		
Camp: escucha, actividad disminuye (*24 s.)		
MOTRIZ GRUESA		
Su: predomina posición lateral de la cabeza (*16 s.)		
Su: predomina posición asimétrica, reflejo tónico-cervical (*16 s.)		
Su: rueda parcialmente hacia el costado (*8 s.)		
Sent: al intentarlo, caída hacia atrás de cabeza (*8 s.)		
Pro: en suspensión ventral la cabeza cuelga hacia adelante (*8 s.)		
Pro: colocado en esta posición, la cabeza gira al costado (*8 s.)		
Pro: levanta momentáneamente la cabeza a zona I		
Pro: movimientos de arrastre (*8 s.)		
MOTRIZ FINA		
Su: ambas manos fuertemente cerradas y apretadas (*12 s.)		
Son: la mano se cierra al contacto (*8 s.)		
LENGUAJE		
Expr: faz inexpresiva (*8 s.)		
Expr: mirada vaga, indirecta (*8 s.)		
Voz: pequeños ruidos guturales (*8 s.)		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: mira al ex., actividad disminuye (*8 s.)		
Su: mira indefinidamente en derredor (*8 s.)		
Ali: 2 comidas durante la noche (*8 s.)		

EDAD CLAVE: 8 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Arcg: la mirada demora en linea media (*12 s.)		
Arcg: lo sigue más allá de la linea media		
Son: retiene brevemente		
Camp: respuesta facial (* 24 s.)		
MOTRIZ GRUESA		
Sent: cabeza predominante erecta aunque bambolenate (*16 s.)		
Pro: cabeza compensa suspensión ventral		
Pro: cabeza en linea media		
Pro: de modo intermitente, levanta la cabeza a zona II (*12 s.)		
LENGUAJE		
Expr: sonrisa (social)		
Expr: expresión despierta, viva		
Expr: mirada directa, definida		
Voz: a-e-u (*36 s.)		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: respuesta facial social		
Soc: sigue a persona en moviminto		
Su: mira al esaminador		
Ali: solamente 1 comida en la noche (*28 s.)		

EDAD CLAVE: 12 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Arcg: rápida mirada a la linea media		
Arcg: sigue a 180 grados		
Son: lo mira manteniéndolo en la mano		
Cu: Ta: los mira más que momentáneamente		
MOTRIZ GRUESA		
Su: cabeza predominantemente a un lado (r-t-c) (*16 s.)		
Su: cabeza en posición mediana; se observan posturas simétricas		
Sent: cabeza dirigida hacia adelante; bamboleo (*16 s.)		
Pa: brevemente, pequeña fracción del peso corporal		
Pa: levanta el pie (*28 s.)		
Pro: cabeza sostenida en zona II		
Pro: sobre antebrazos (*20 s.)		
Pro: cadera baja, piernas flexionadas (*40 s.)		
MOTRIZ FINA		
Su: manos abiertas o laxantemente cerradas		
Son: sostiene activamente		
Ta: la toca		
LENGUAJE		
Voz: murmullo (*36 s.)		
Voz: cloqueo		
Soc: respuesta vocal-social		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: respuesta vocal-social		
Su: observa preferentemente al examinador		
Jue: observa las manos (*16 s.)		
Jue: tira de la ropa (*24 s.)		

EDAD CLAVE: 16 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Arcg, Son: mira inmediatamente		
Arcg: Son; Cu, Ta: provocan actividad de miembros superiores (*24 s.)		
Arcg: Son: mira, sosteniéndolos en la mano		
Arcg: lleva a la boca		
Arcg: mano libre a linea media (*28 s.)		
Mes: baja la mirada a la mesa o a las manos		
Cu: Ta: mira de la mano a los objetos (*20 s.)		
Bol: observa repetidamente		
MOTRIZ GRUESA		
Su: predomina posición mediana de la cabeza		
Su: predomina postura simétrica		
Su: las manos se encuentran (*24 s.)		
Sent: cabeza firme dirigida hacia adelante (*20 s.)		
Pro: cabeza sostenida en zona III		
Pro: piernas extendidas o semiextendidas (*40 s.)		
Pro: tendencia a rodar		
MOTRIZ FINA		
Arcg: lo retiene		
Su: araña; rasca, ase (*24 s.)		
LENGUAJE		
Expr: se entusiasma, respira fuertemente (*32 s.)		
Voz: rie fuertemente		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: sonrie expontáneamente.		
Soc: al intentár sentarlo vocaliza o sonrie (*24 s.)		
Ali: anticipación a la vista de alimentos		
Jue: con ayuda permanece sentado 10 a 15 min. (*40 s.)		
Jue: juego manual, dedos entre si (*24 s.)		
Jue: tira la ropa sobre la cara (*24 s.)		

EDAD CLAVE: 20 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Son: Camp: aproximación bimanual (*28 s.)		
Son Arcg: lo ase sólo si está próximo a la mano (*24 s.)		
Son: sigue con la vista sonajero caído		
Cu: mantiene el primero y mira el segundo		
Ccu: al tocarlos, agarra uno (*24 s.)		
MOTRIZ GRUESA		
Tent, sentar: la cabeza no pendula		
Sent: cabeza erecta, firme		
Pro: brazos extendidos		
MOTRIZ FINA		
Pro o Mes: araña la superficie de la mesa o la plataforma (*28)		
Cu: pensión precaria (*24)		
LENGUAJE		
Voz: chillidos		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: sonrie a la imagen del espejo		
Ali: acaricia la botella con ambas manos (*36)		

EDAD CLAVE: 24 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Arcg, Son: Cu; Camp: se aproxima y agarra		
Son: intenta agarrarlo cuando se le cae		
Cu: mira al tercer cubo inmediatamente		
Cu: Camp: lleva a la boca (*18 s.)		
Cu: rescata el cubo caído		
Ccu: sostiene uno, se aproxima a otro (*28 s.)		
MOTRIZ GRUESA		
Su: eleva los pies, en extensión		
Su: rueda a posición prona		
Tent Sent: levanta la cabeza, ayuda (*40 s.)		
Sent Silla: tronco erecto (*36 s.)		
MOTRIZ FINA		
Cu: agarra, presión palmar (*36 s.)		
Son: retiene		
LENGUAJE		
Camp: vuelve la cabeza hacia lugar sonido		
Voz: gruñidos (*36 s.)		
Voz: parloteo espontáneo (incluyendo jugetes)		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: distingue a extraños.		
Jue: agarra el pie (supinal) (*36 s.)		
Jue: sentado con soporte, 30 minutos (*40 s.)		
Esp: sonrie y parlotea		

EDAD CLAVE: 28 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Son; camp: intenta acercarse, asir con una mano		
Ccu: sostiene uno, agarra otro		
Ccu: mantiene dos más que momentaneamente		
Camp: golpea contra la mes (*40 s.)		
Son: sacude definitivamente		
Arcg; Cu: pasa de una mano a la otra		
Camp: transfiere de una mano a otra correctamente		
Camp: retiene		
MOTRIZ GRUESA		
Su: levanta la cabeza (*40 s.)		
Sent: brevemente inclinado hacia adelante, apoyado sobre manos.(*32 s.)		
Sent: momentáneamente erecto		
Pa: sostiene gran parte del cuerpo (*36 s.)		
Pa: salta activamente (*32 s.)		
MOTRIZ FINA		
Cu: prensión palmar radial (*36)		
Bol: intenta sirla con toda la mano, la toca (*32 s.)		
LENGUAJE		
Voz: "m-m-m" (llorando) (*40 s.)		
Voz: sonidos vocales polisilábicos (*36 s.)		
PERSONAL-SOCIAL		
Ali: toma bien los sólidos		
Jue: lleva el pie a la boca (supinal) (*36 s.)		
Esp: toca, acaricia imagen		
Arci: se agita o abandona esfuerzo (*32 s.)		

EDAD CLAVE: 32 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu: agarra segundo cubo		
Cu: retiene el segundo cuando se presenta un tercero		
Cu: mantiene dos de modo prolongado		
Ta; Cu: sostiene el cubo, mira la taza (*36 s.)		
Arci: aprisiona el aro		
MOTRIZ GRUESA		
Sent: un minuto erecto, inseguro (*36 s.)		
Pa: se mantiene brevemente, sostenido de la mano (*36 s.)		
Pro: gira (*40 s.)		
MOTRIZ FINA		
Bol: barrido radial (*36 s.)		
Bol: ineficaz presión tipo inferior tijera (*36 s.)		
LENGUAJE		
Voz: sílabas simples tales como "da.ba,ca"		
PERSONAL-SOCIAL		
Jue: muerde, chupa, los jugetes (*18 s.)		
Jue: busca persistentemente juguetes fuera de su alcance (*40 s.)		
Arci: persistente		

EDAD CLAVE: 36 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu: ase tercer cubo (*40 s.)		
Cu: sacude, golpea cubo contra cubo (*15 s.)		
Ta: Cu: lleva cubo contra la taza (*44 s.)		
Bol y Bol: se dedica primero a la botella (*40 s.)		
Arci: manipula la cinta		
MOTRIZ GRUESA		
Sent: firmemente más de 10 minutos		
Sent: se inclina hacia adelante; recobra posición anterior		
Pa: sostenido de la baranda, mantiene todo su peso (*48 s.)		
MOTRIZ FINA		
Cu: prensión dígito-radial		
Bol: prensión tipo tijera (*40 s.)		
LENGUAJE		
Voz: "da-da" o equivalente		
Voz: imita sonidos		
Comp: responde al nombre, a "no-no"		
PERSONAL-SOCIAL		
Ali: sotiene el biberón (*15 s.)		
Ali: come, solo, una galletita		

EDAD CLAVE: 40 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu: aparea dos cubos (*15 s.)		
Cu: Ta: toca cubo dentro de la taza (*44 s.)		
Bol: se aproxima con el índice		
Bol en Bot: observa bolita si sale de la botella		
Bol y Bot: atiende antes a bolita		
Bol y Bot agarra bolita		
Camp: agarra por el mango		
Camp: sacude espontáneamente		
MOTRIZ GRUESA		
Sent: permanece firme, indefinidamente		
Sent: pasa a la posición prona		
Pa: se para apoyado en la baranda (*15 s.)		
Pro: gatea (*15 s.)		
MOTRIZ FINA		
Cu: suelta crudamente (*15 s.)		
Bol: agarra rápidamente		
Bol: prensión en pinza de tipo inferior (*48 s.)		
Arci: agarra la cinta con facilidad		
LENGUAJE		
Voz: "da-da" y mamá		
Voz: una "palabra"		
Comp: adiós, palmaditas		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: movimiento de adiós y palmaditas(*...)		

EDAD CLAVE: 44 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ta: Cu: saca el cubo de la taza		
Ta: Cu: (Idem) cubo dentro de la taza, sin soltarlo (*52 s.)		
Bol en Bot: señala bolita a través del vidrio (*18 s.)		
Camp: mira y hurge el bajado		
Arci: se dedica primero a la cinta		
MOTRIZ GRUESA		
Pa: tomado de la baranda, levanta y reemplaza el pie (*48 s.)		
MOTRIZ FINA		
Camp: agarra por la punta del mango		
PERSONAL-SOCIAL		
Soc: extiende el jugete a otra persona, sin soltarlo (*52 s.)		
Ali: bebe, en parte, leche de la taza (*15 s.)		
Esp: busca la imagen de la pelota en el espejo (*52)		

EDAD CLAVE: 48 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu: juego sucesivo (*48 s.)		
Bol y Bot: ase la bolita únicamente (*52 s.)		
Tab: quita fácilmente el bloque redondo		
MOTRIZ GRUESA		
Sent: gira o se tuerce		
Pa: se traslada apoyado en la baranda (*15 m)		
Mar: necesita ser sostenido de ambas manos (*52 s.)		
MOTRIZ FINA		
Bol: neta prensión en pinza		
PERSONAL-SOCIAL		
Jue: juguetes al lado de la baranda (*15 m.)		
Jue: juega sobre la plataforma (*15 m.)		

EDAD CLAVE: 52 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu: (dem.) intenta construir torre: fracasa (*15 m.)		
Cu y Ta (dem) deja caer cubo dentro de taza (*56 s.)		
Bol y Bot: trata de introducir, suelta, fracasa (*15 m.)		
Arci: sacude el aro por la cinta		
Tab: mira selectivamente el agujero redondo (*56 s.)		
MOTRIZ GRUESA		
Mar: necesita ser sostenido de una sola mano (*15 m.)		
LENGUAJE		
Voz: dos "palabras" además de "mamá" y "dadá"		
Comp: alcanza un juguete (pedido y gesto)		
PERSONAL-SOCIAL		
Esp: ofrece pelota a imagen del espejo		
Vestido. Coopera en vestirse (*48 m.)		

EDAD CLAVE: 56 SEMANAS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Cu y Ta: (sin dem.) cubo dentro de la taza		
Dib: vigorosos garabatos imitados (*18 m.)		
Tab: (dem) inserta bloque redondo (*15 m.)		
MOTRIZ GRUESA		
Pa: momentáneamente solo (*15 m.)		
MOTRIZ FINA		
Cu: agarra dos en una mano		
LENGUAJE		
Voz: 3-4 palabras		
Voz: jerga incipiente (*15 m.)		
Comp: unos pocos objetos por el nombre		
PERSONAL-SOCIAL		
Pel: suelta con débil impulso hacia el examinador (*18 m.)		

EDAD CLAVE: 15 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre de 2		
Ta. Cu: coloca 6 cubos (*18 m.)		
Dib: incipiente imitación del trazo (*18 m.)		
Tab: (sin dem.) coloca bloque redondo		
Tab: adapta bloque redondo rápidamente		
MOTRIZ GRUESA		
Mar: pocos pasos, inicia, se para		
Mar: cae por derrumbe (*18 m.)		
Mar: abandona el gateo		
Esc: sube gateando (*18 m.)		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 2		
Bol: (sin dem.) introducen en la botella		
Lib: ayuda a volver páginas (*18 m.)		
LENGUAJE		
Voc: 4 ó 5 palabras incluyendo nombres		
Voc: usa jerga (*24 m.)		
Lib: acaricia dibujos (*18 m.)		
PERSONAL-SOCIAL		
Ali: descarta biberón		
Ali: inhibe agarrar el plato		
Esp: regulación parcial 24 m.)		
Esp: control rectal		
Esp: indica ropas mojadas (*18 m.)		
Comun: dice "ta-tá" o equivalentes		
Comun: señala, parlotes, cuando desea algo (*21 m.)		
Jue: muestra u ofrece juguetes (*21 m.)		
Jue: arroja juguetes durante el juego o como rechazo (*18 m.)		

EDAD CLAVE: 18 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre de 3-4		
Ta. Cu: 10 dentro de la taza		
Bol y Bot: extracción		
Dib: garabateo espontáneo (*36 m.)		
Dib: imitando, hace un trazo (*24 m.)		
Tab: apila 3 bloques (*24 m.)		
MOTRIZ GRUESA		
Mar: cae rara vez		
Mar: ligera; corre tieso (*24 m.)		
Esc: sube, sostenido de una mano (*21 m.)		
Sipq: se sienta solo		
Sign: se trepa (*...)		
Pel: la arroja (*48 m.)		
Pelgr: empuja con el pie (*21 m.)		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 3-4		
Lib: vuelve página, 2-3 por vez (*24 m.)		
LENGUAJE		
Lib: mira selectivamente		
Voz: 10 palabras, incluyendo nombres		
Lám: nombra o señala un dibujo		
Obj: nombra la pelota		
Pel: 2 órdenes		
PERSONAL-SOCIAL		
Ali: agarra plato vacio (*...)		
Ali: Come solo, en parte: derrama (*36 m.)		
Esp: regulado durante el día (*24 m.)		
Jue: arrastra un juguete (*30 m.)		
Jue: lleva o abraza muñeca (*24 m.)		

EDAD CLAVE: 21 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre 5-6		
Ccu: imita empujar un tren (*24 m.)		
Tab: coloca 2-3 bloques (*30 m.)		
CaPr: inserta esquina del bloque cuadrado (*24 m.)		
CaPr: recupera la pelota		
MOTRIZ GRUESA		
Mar: se agacha jugando (*...)		
Esc: baja, sostenido de una mano (*24 m.)		
Esc: sube, sostenido de pasamano (*24 m.)		
Pelgr: (dem) patea (*24 m.)		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 5 ó 6		
LENGUAJE		
Voc: 20 palabras		
Conv: combina 2-3 palabras espontáneamente (*24 m.)		
Pel: 3 órdenes		
PERSONAL-SOCIAL		
Ali: maneja bien la taza		
Comun: pide comida, bebida, exc.		
Comun: repite 2 o más últimas palabras (*24 m.)		
Comun: empuja personas para mostrar (*24 m.)		

EDAD CLAVE: 2 AÑOS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre de 6 ó 7		
Ccu: alinea 2 ó más, tren (*30 m.)		
Dib: imita un trazo vertical		
Dib: imita trazo circular (*36 m.)		
Tab: coloca bloques aislados (*30 m.)		
Tab: adapta, después de 4 ensayos (*30 m.)		
CaPr: inserta bloque cuadrado		
MOTRIZ GRUESA		
Su: predomina posición lateral de la cabeza (*16 s.)		
Su: predomina posición asimétrica, reflejo tónico-cervical (*16 s.)		
Su: rueda parcialmente hacia el costado (*8 s.)		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 6 ó 7		
Lib: vuelve páginas una por una		
LENGUAJE		
Conv: descarta la jerga		
Conv: frase de 3 palabras		
Conv: usa yo, mi, tú		
Lám: nombra 3 ó más dibujos		
Lám: identifica 5 ó más		
Obj: nombra 2		
Pel: 4 órdenes		

PERSONAL-SOCIAL		
Ali: inhibe girar la cuchara		
Esf: seco de noche, levantándolo (*36 m.)		
Esf: verbaliza necesidades regularmente (*42 m.)		
Vest: se pone prendas simples		
Comun: manifiesta experiencias inmediatas (*...)		
Comun: se refiere a si mismo por el nombre (*30 m.)		
Comun: comprende y pide por "otro"		
Jue: alcanza taza llena de cubos		
Jue: imitación doméstica		
Jue: predomina juego paralelo (*42 m.)		

EDAD CLAVE: 30 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre de 8		
Ccu: agrega chimenea al tren		
Dib: imita trazos verticales y horizontales		
Dib: dos o más trazos para una cruz (*36 m.)		
For Col: coloca una		
Tab: inserta 3 bloques		
Tab: adapta repetidamente, error (*36 m.)		
Dígitos: repite dos (1 de 3 ensayos)		
MOTRIZ GRUESA		
Mar: (dem.) en puntas de pie		
Salt: con ambos pies		
Pa: intenta pararse sobre un pie		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 8		
Dib: sostiene el lápiz con los dedos		
LENGUAJE		
Nombre: dice su nombre completo		
Lám: nombra 5 dibujos		
Lám: identifica 7 dibujos		
Obj: indica el uso		
PERSONAL-SOCIAL		
Comun: se refiere a sí mismo por el pronombre más que por el nombre		
Jue: empuja un juguete, buena dirección		
Jue: ayuda a llevar de vuelta cosas a su lugar		
Jue: puede transportar objetos frágiles		

EDAD CLAVE: 3 AÑOS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: torre de 9 (10 en 3 ensayos)		
Ccu: imita puente (*42 m.)		
Bol: 10 en la botella en 30 segundos		
Dib: nombra sus dibujos		
Dib: nombra hombre incompleto		
Dib: imita cruz (*48 m.)		
For Col: aparea tres		
ForGeo: señala cuatro		
Tab: adapta sin error o con corrección espontánea e inmediata		
Digitos: repite tres (1 en 3 ensayos)		
MOTRIZ GRUESA		
Esc: alterna los pies al subir		
Salt: desde el escalón inicial		
Montar: triciclo usando pedales		
Pa: sobre un pie, equilibrio momentáneo		
MOTRIZ FINA		
Ccu: torre de 9 (10 en 3 ensayos)		
Bol: 10 en la botella en 30 segundos		
LENGUAJE		
Lib: explica acción		
Conv: usa plurales		
Lám: nombra 8 imágenes		
Sexo: dice su sexo		
Comp Preg A: contesta 1		
Ordenes: obedece 2, pelota y silla		

PERSONAL-SOCIAL		
Ali: come solo, derrama poco		
Ali: vierte bien de un jarrito		
Vest: se pone los zapatos		
Vest: desabrocha botones accesibles		
Comun: comprende hacer turno		
Comun: conoce unos pocos versos		

EDAD CLAVE: 42 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: construye puente de un modelo		
ForGeo: señala seis		
Digitos: repite tres (2 de 3 ensayos)		
Pesos: entrega bloque pesado (2 de 3 ensayos)		
MOTRIZ GRUESA		
Pa: permanece sobre un solo pie 2 segundos		
MOTRIZ FINA		
Dib: describe el rombo entre sus dobles lineas		
LENGUAJE		
Lám: nombra todas las figuras		
Fig.: enumera 3		
CompPreg A: contesta 2		
Ordenes: cumple 3, pelota y silla		
PERSONAL-SOCIAL		
Vest: se lava y se seca la cara y las manos		
Jue: el juego asociativo reemplaza el juego paralelo (*48 m.)		

EDAD CLAVE: 4 AÑOS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: imita portal (*54 m.)		
Dib: hombre con dos partes (*60 m.)		
Dib: copia una cruz		
Dib: agrega tres partes al hombre incompleto		
ForGeo: señala 8		
Partes faltantes: 1 correcta		
Cuenta: 3 objetos señalándolos correctamente		
Pesos: selecciona invariablemente el más pesado		
MOTRIZ GRUESA		
Esc: desciende con un pie en cada peldaño		
Salto: sobre un pie solamente (*60 m.)		
Salto: corriendo o parado, en largo		
Pel: la arroja por alto		
Pa: sobre un pie entre 4 y 8 segundos		
MOTRIZ FINA		
Bot: 10 entre la botella en 25 segundos		
LENGUAJE		
Color: nombra 1		
Ordenes: obedece 4, pelota y silla		
PERSONAL-SOCIAL		
Vest: se lava y se seca las manos y la cara; se cepilla los dientes		
Vest: se viste y se desviste con supervisión (*60 m.)		
Vest: se ata los zapatos		
Vest: distingue frente y dorso de la ropa		
Jue: coopera con otros niños		
Jue: construye edificio con bloques		
Separación evolutiva: cumple encargos fuera del hogar (sin cruzar la calle)		
Separación evolutiva: tiende a exceder los límites establecidos (*60 m.)		

EDAD CLAVE: 54 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: forma el portal según el modelo		
Dib: copia un cuadrado		
ForGéo: señala 9		
Cuenta: 4 objetos y contesta "cuántos"		
Comparación estética: correcta		
Partes faltantes: 2 correctas		
Digitos: répite cuatro (1 de 3 ensayos)		
MOTRIZ GRUESA		
Salto: sobre un pie, con desplazamiento		
Articulación: no infantil		
MOTRIZ FINA		
Dib: reproduce una cruz		
LENGUAJE		
Definiciones: 4 en función del uso		
CompPreg B: 1 correcta		
PERSONAL-SOCIAL		
Comun: llama la atención sobre lo que hace (*60 m.)		
Comun: relata cuentos fantasiosos		
Comun: manda y critica (*60 m.)		
Jue: realiza demostraciones exhibicionistas (*60 m.)		

EDAD CLAVE: 5 AÑOS	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: construye 2 peldaños		
Dib: figura inequivocada de hombre con cuerpo, etc.		
Dib: copia, triángulo		
(Dib: copia rectángulo don diagonales. 66m.)		
Dib: agrega 7 partes al hombre incompleto		
Cuenta: 10 objetos señalandolos, correctamente		
(Cuenta: 12 objetos correctamente, 66 m.)		
Pesos: sólo un error en 5 pruebas con bloques (*72 m.)		
Dedos: cantidad correcta, cada mano (*72 m.)		
MOTRIZ GRUESA		
Salto: utilizando cada pie de modo alternado		
Pa: sobre un pie por más de 8 segundos		
MOTRIZ FINA		
Bol: 10 dentro de la botella en 20 segundos		
LENGUAJE		
Monedas: nombra 3 valores distintos		
Color: nombra los 4		
Fig: comentario descriptivo, con enumeración		
CompPreg: B: 2 correctas		
Encargos: 3 en sucesión		
PERSONAL-SOCIAL		
Vest: se viste y se desviste sin ayuda		
Comun: pide el significado de palabras		
Jue: se disfraza con ropas adultas		
(Jue: escribe algunas letras de molde, 60-66 m.)		

EDAD CLAVE: 74 MESES	SI	NO
ADAPTATIVA		
Ccu: construye 3 peldaños		
Dib: hombre con cuello, manos y ropa		
Dib: piernas del hombre son bidimensionales		
Dib: copia un rombo		
Dib: agrega 9 partes al hombre incompleto		
Pesos: 5 bloques, sin error en el mejor ensayo		
Partes faltantes: todas correctas		
Digitos: 4 correctos (2 de 3 ensayos)		
Dedos: cant. exacta de c/mano y de las 2 junt.		
Suma y resta: dentro de 5		
MOTRIZ GRUESA		
Salto: desde una altura de 30 cm y cae sobre los dedos de los pies		
Pel: lanzamiento avanzado		
Pa: sobre cada pie alternadamente y con los ojos cerrados		
MOTRIZ FINA		
Dib: copia un rombo		
LENGUAJE		
Aquí deben emplearse los items de Binet		
PERSONAL-SOCIAL		
Vest: se ata los cordones del zapato		
Comun: diferencia entre mañana y tarde		
Comun: conoce derecha e izquierda (3 de 3)		
Comun: recita los números hasta 30		

INDICE