UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PISOCLOGICAS

"EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO"

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

presentado al HOnorable Consejo Directivo

de la

de la Escuela de Ciencias Psicologicas

POR

AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO

Previo a optar al título de Psicologa

En el grado académico de Licenciatura

Guatemala, octubre 29 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
ICOLOGICAS
l Universitaria, Zona12
4769905, ext. 490-1
4767219, fax 4769914
PSIC@usa.gt
ENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 1124-95

CODIPs. 1262-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Octubre 29 de 1999

Señorita Estudiante
Aurora Ileana Santizo Castro
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO CUARTO (24o.) del Acta SESENTA Y UNO NOVENTA Y NUEVE (61-99) de Consejo Directivo, de fecha 27 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO CARNET No. 79-14302

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela y revisado por la Licenciada Sonia Guadalupe Toledo Cancino.

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

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

DE SAN CARLOS
GUATEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona12
4769985, ext. 490-1
4767319, fax 4769914
CPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

271099

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

CIEPs. 176/99
REG. 1124/95

Guatemala, 22 de octubre de 1999.

INFORME FINAL

REGISTRADO
ESCUELA DE PSICOLOGIA-USAC
CONSEJO DIRECTIVO
Pto. 24 Acta 61-99.
Fecha 27/10/99
CODIFs. 1262-99

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Sonia Guadalupe Toledo Cancino, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION,** titulado:

"EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO"

ESTUDIANTE:	CARNE No.
AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO	**79-14302**

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

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licenciada Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora Cieps.

c.c. Revisor/a
Archivo
ERDM/edr

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPTO. DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
DEDIPs
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

DE SAN CARLOS
TEMALA

ELA DE
SICOLOGICAS
d Universitaria, Zona12
4769985, ext. 470-1
, 4767219, fax 4769914
CPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

CIEPs. 177/99

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

Guatemala, 22 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:

"EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO"

CARRERA: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

ESTUDIANTE: CARNE No.

AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO **79-14302**

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 ALFREDO ENRIQUEZ CABRERA
DOCENTE REVISOR

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

c.c.: Archivo
Docente Revisora
JAEC/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Ciudad de Guatemala, C. A.

Cablegráfica IGSSO
Postal: Apartado 349
fono 232-6001-9

Guatemala, 1 de septiembre de 1999.

Señores
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Ciudad Universitaria, Zona 12.

Respetables Señores:

De manera muy atenta me dirijo a ustedes para informarles que tuve la oportunidad de asesorar el trabajo de investigación titulado:

"EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIETNO DEL NIÑO HOSPITALIZADO"

elaborado por la estudiante: AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO. 7914302 Previo a obtener el título de PSICOLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA.

Durante la elaboración del trabajo se cumplió con las tareas de examinar, estudiar y discutir el mismo, haciendo las observaciones pertinentes que fueron atendidas por la estudiante y están incluidas en el presente informe final.

Considero que el trabajo se ajusta a la metodología científica y que además constituye un verdadero aporte a la psicología infantil guatemalteca.

Por lo anterior ha sido **APROBADO** por lo que solicito continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

LICDA. CARMEN ISABEL HOWARD
Colegiado No. 452
Asesora de Investigación.

HOSPITAL GENERAL
DEPTO. DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA
I. G. S. S.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Ciudad de Guatemala, C. A.

ción Cablegráfica IGSSO
ción Postal: Apartado 349
teléfono 232-6001-9

Guatemala, 1 de septiembre de 1999.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Ciudad Universitaria, Zona 12.

Respetables Señores:

El Jefe del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ubicado en la 9ª. Calle y 7ª. avenida de la zona nueve de esta ciudad, informa que la estudiante de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO 7914302

Realizó en esta Institución la aplicación de su trabajo de investigación titulado:

"EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO"

el cual se realizó en los meses de abril a septiembre del año mil novecientos noventa y siete.

Para los usos que convengan a la interesada extiendo, sello y firmo la presente constancia en una hoja de papel membretado de la Institución.

DOCTOR MARCO ANTONIO ACEVEDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES
JEFATURA PEDIATRIA
I. G. S. S.

Dr. Marco Antonio Acevedo
JEFE DEL DEPTO. DE PEDIATRIA
Hospital General de Enfermedades Común

D DE SAN CARLOS
ATEMALA

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

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1124-95

CODIPs. 823-99

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Septiembre 30 de 1999

Señorita Estudiante
Aurora Ileana Santizo Castro
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA Y OCHO (36-98) de Consejo Directivo, de fecha 30 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

AURORA ILEANA SANTIZO CASTRO CARNET NO. 79-14302

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 Carmen Isabel Howard Valenzuela."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
S A C.

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

P A D R I N O S :

LICENCIADA CARMEN ISABEL HOWARD VALENZUELA

LICENCIADO JOSE ALFREDO ENRIQUEZ CABRERA

LICENCIADO MARIANO SANTIZO DIAZ.

ACTO QUE DEDICO

A: DIOS
Cuyo amor y fidelidad hacen posible llegar a este momento.

Mi Madre Olga Argentina Castro de Santizo
En recuerdo a su memoria hoy realizo su deseo.

Mi Padre Licenciado Mariano Santizo Díaz
Porque gracias a su ejemplo, esfuerzo y sacrificio por mí culmino este anhelo.

MIS ABUELITOS:
Miguel Santizo
Con especial cariño
Aurora Cristina Díaz de Santizo
Su ayuda y consejos han sido siempre decisivos en mi vida.

MIS HIJOS:
Ileana, Mariano y Andrea
Con amor maternal.

Haroldo Guevara
Con cariño.

Todos mis hermanos, pero especialmente a Lisette, por apoyarme siempre.

Doctores:
Salvador López Mendoza y
Rodolfo López Pozuelos
Por sus consejos y palabras de aliento fueron importantes en todo momento.

Todos mis sobrinos, pero especialmente a Claudia, Mariana y Cristian. Con mucho amor.

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Pediatría del INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, en cuya Clínica de Psicología realicé mi práctica supervisada.

A: LICENCIADA CARMEN ISABEL HOWARD VALENZUELA, por su ayuda en mi práctica supervisada y por su asesoría para la realización de este trabajo de investigación.

A: LICENCIADO JOSE ALFREDO ENRIQUEZ CABRERA, por la ayuda que me prestó como revisor de este trabajo.

A: LICENCIADA EMILIA HERNANDEZ, afectuosamente.

INTRODUCCION

En este trabajo se trata la importancia que tiene el hecho de que la madre esté junto al niño durante el tiempo que el esté hospitalizado, pues de acuerdo con lo investigado se considera de mucha importancia que la madre no se separe del niño al momento que éste tenga que ser hospitalizado por cualquier enfermedad.

Se considera que el niño se recupera de una forma más eficaz porque no pierde su relación de madre e hijo, lo que da un estímulo para que la conducta del niño tenga una percepción positiva del tratamiento médico o psicológico en algunos casos, y que la recuperación se de en un corto tiempo, ayudando así a la economía del hospital, a la no desintegración familiar y a la integración social.

Que el niño acepte la hospitalización a través de la presencia de la madre y que por medio del cuidado materno no se descuide su momento alimenticio.

INDICE

PROLOGO

En el Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuando un niño es internado para recibir asistencia médica, no se permite el ingreso de la madre junto con su hijo.

De esa cuenta, el niño, acumula una serie de factores negativos, emocionales y físicos, entre otros, no sólo por los efectos de la misma enfermedad, sino también por el trauma de su hospitalización, por el o los tratamientos a que es sometido, que casi siempre resultan dolorosos, como aplicación de inyecciones y sueros y por supuesto, por la separación intempestiva de la madre.

Todo esto podría evitarse totalmente o reducirse en un gran porcentaje, si la madre estuviera junto a su hijo proporcionándole toda clase de cuidados, que son necesarios y útiles en esos momentos difíciles para él, a la vez, esto también contribuiría con la tarea del personal hospitalario, ya que sus labores se vendrían circunscribiendo ya casi exclusivamente a la atención médica, mientras que la madre coadyuva en la atención de su hijo en todo lo demás, por ejemplo, dándole sus alimentos, bañándolo, cambiándole la ropa, administrándole las medicinas, que no requieran conocimientos especializados o cuando ello se considerara prudente, pero sobre todo, brindándole afecto, cariño y comprensión.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

El ambiente social del niño pequeño está basado en la relación madre-hijo y es la madre la que va a contribuir a que el niño supere o no sus crisis del desarrollo.

De la calidad de la relación temprana madre-hijo va a depender en gran parte cómo se desarrolle emocionalmente el pequeño.

La primera conducta del niño consiste en actividades de tipo reflejo, incluidos el chupar, tragar, llorar etcétera. El aprendizaje conduce rápidamente a la modificación de estas conductas. Un recién nacido ejercitará el reflejo de succión en distintas circunstancias y con esto aplicará su experiencia. Sin embargo, si está hambriento rechazará, por ejemplo, el dedo o el cobertor que se le ofrezcan para chupar, pero el niño satisfecho chupará acaso un gran número de objetos en su afán de descubrir el mundo que le rodea.

Las teorías de Piaget (1) explican el desarrollo intelectual del niño. En el momento del nacimiento, la vida mental se reduce al ejercicio de ciertos reflejos, es decir, de coordinaciones sensoriales y motrices, montadas de forma absolutamente hereditaria que corresponden a tendencias instintivas, tales como la nutrición. En primer lugar, los reflejos de succión se afinan con el ejercicio: un recién nacido mama mejor al cabo de una o dos semanas que al principio. Luego el lactante no se contenta con chupar cualquier objeto que se le presente, finalmente coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse sistemáticamente, a veces desde el segundo mes, el pulgar a la boca. La succión sistemática del pulgar pertenece ya al segundo estadio que es el sensorio motor al igual que los gestos de mover la cabeza en dirección a un ruido, o de seguir un objeto en movimiento. El niño empieza a sonreír desde la quinta semana en que reconoce a ciertas personas por oposición a otras.

---

1 Piaget, Jean " Seis estudios de Psicología " Décimo segunda edición, Editorial Seix Barral S. A. España Pag. 20.

Entre los tres y los seis el lactante comienza a coger lo que ve, y esta capacidad de prensión que mas tarde será la manipulación multiplica su poder de formar nuevos hábitos.

En el tercer estadio que es más importante para el desarrollo, se da la inteligencia práctica o sensorio motriz propiamente dicha. La inteligencia, en efecto, aparece mucho antes que el lenguaje, es decir mucho tiempo antes que el pensamiento interior que supone el empleo de signos verbales. Pero se trata de una inteligencia exclusivamente práctica que se aplica a la manipulación de los objetos y que no utiliza, en el lugar de las palabras y los conceptos.

En la primera infancia que se da de los dos a los siete años con la aparición del lenguaje, las conductas resultan profundamente modificadas tanto en su aspecto afectivo como el intelectual. Además de todas las acciones reales que es capaz de realizar, el niño adquiere, gracias al lenguaje, la capacidad de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras madiante la representación verbal.

Cuando interviene la aparición del lenguaje el niño se ve enfrentado no solo con el universo físico como antes, sino con dos mundos nuevos y estrechamente solidarios: El mundo social y el mundo de las representaciones interiores.

El niño pequeño no habla tan solo a los demás, sino que se habla a sí mismo constantemente mediante monólogos variados que acompañan sus juegos y su acción. A pesar de ser comparables a los que será más tarde el lenguaje interior continuo del adulto o del adolescente. Los auténticos monólogos, al igual que los monólogos colectivos, constituyen más de la tercera parte del lenguaje espontáneo entre niños de tres y aún cuatro años y van disminuyedo regularmente hasta los siete años. En la primera etapa que se da de 0 a 1 año, según Erikson (2) el conflicto básico de la infancia es el de la confianza versus desconfianza.

La capacidad de respuestas visuales y auditivas están presentes aunque en forma rudimentaria, después del nacimiento. La fijación de

(2) Erickson H. Erick. "Infancia y Sociedad". Ediciones Hormé, S.A. Buenos Aires. 1980. Pag. 222.

atención a tales estímulos se designa como REACCIóN DE ORIENTACIóN o RESPUESTA DE ORIENTACIóN. Con frecuencia esta orientación es hacia la madre, porque durante los primeros seis meses suele ser ella la que proporciona al recién nacido la mayoría de los diversos estímulos. La estimulación puede tener lugar a través de la manipulación y el tacto, a través de los receptores a distancia (la vista y el oído), o através de las propias actividades exploradoras del recién nacido.

La ausencia de la mayoría de los estímulos crea aquello que Gewirtz(3) ha llamado un estado de privación. Los estímulos funcionales necesarios para el aprendizaje más temprano faltan. Se presentan muy pocos estímulos provocadores de respuestas, que requieren que el recién nacido efectúe una distinción.

---

3 Singer Robert, Singer Anne, "Psicología Infantil Evolución y Desarrollo ". Nueva Editorial Interamericana.. México, 1971. Pag. 72.

Según Philip Gray(4), la primera respuesta social del recién nacido es la de aprender a distinguir a su madre. Una vez que distingue a la madre con respecto a los extraños, el recién nacido aprende a temer a los estímulos extraños.

En ausencia de estímulos a los que el recién nacido pueda reaccionar, no se darán ni habituación de evitación innata o tempranamente aprendida de sobresalto, ni respuestas emocionales.

También puede darse la situación opuesta, en que el niño es expuesto a excesivos y/o intensos estímulos. Esta impide la organización saludable de su conducta ya que el niño cambia constantemente de actividad y no logra respuesta satisfactoria. Se toma con facilidad irritable e inconsolable.

Hacia la edad de seis meses, el niño empieza a conocer a los miembros individuales de la familia, al lado de su madre lo cual exige ajustes de su conducta ante cada uno.

---

4 Ibid, Pag. 60.

Entre el sexto y octavo mes se produce un cambio decisivo en la conducta del niño hacia los otros. Ya no responderá el bebe con una sonrisa cuando un visitante casual se detenga junto a su camina y le sonría moviendo la cabeza. A hora el infante distingue claramente entre el amigo y el extraño. Si uno de estos se acerca al niño, este dará muestras de angustia y rechazará al desconocido.

Según las observaciones del Dr. Spitz (5) se distingue en el primer año de vida tres etapas en la ontogénesis de la angustia. La primera de estas etapas es la reacción del infante al proceso de parto. Entre el cuarto y sexto mes de vida se habla del miedo y es el segundo paso hacia el establecimiento de la angustia propiamente dicha.

La llamada angustia del octavo mes que aparece en la segunda mitad del primer año de vida, es diferente de la conducta de temor o de miedo.

---

(5) Spitz René. " El Primer Año de Vida del Niño". Fondo de Cultura Económica. México, 1986. PAG. 98.

En la reacción hacia el desconocido, el niño responde a algo a alguien con lo que o con quien, no tuvo nunca antes una experiencia desagradable.

Del tercero al sexto mes el niño manifiesta desagrado cuando su pareja adulta le deja. En la etapa de la ansiedad del octavo mes, el niño esta ya mas avanzado en todos los aspectos. Sí reacciona al enfrentarse con un desconocido, es porque este no es su madre: su madre "le ha dejado".

Esto contrasta con el niño de tres meses; para el cual un rostro humano es lo mismo que otro, pues para el solo representa una Gestalt signo de la satisfacción de la necesidad. No obstante, cuando el desconocido se acerca al niño de ocho meses, este se siente burlado, en su deseo de tener a su madre con él. la angustia se manifiesta no en respuesta al recuerdo de una experiencia desagradable con una persona desconocida; es en respuesta a su percepción de que el rostro de la misma coincide con las huellas anémica del rostro de la madre.

También empieza a mostrarse relativamente coordinado en sus actos de agarrar y otros movimientos motores grandes. El primer logro social del niño es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o rabia.

La capacidad de resolver problemas empieza a manifestarse al rededor de los ocho meses. El niño es ha capaz de clasificar objetos en términos de sus respectivos empleos, según resulta de sus pasadas experiencias con los mismos. El niño aprende que para producir efectos ha de agarrar el objeto, que se convierte así en una extensi6n de sus manos.

Puede servirse luego de un bastón para empujar o atraer los objetos al alcance de sus manos, y aprende que puede servirse de otras cosas con el mismo fin.

Erick Erikson (6) formuló una teoría general sobre el desarrollo emocional y social que comprende ocho etapas críticas, que él llamó las ocho grandes pruebas del carácter de la persona. En cada una de ellas se lleva a cabo una crisis o conflicto del desarrollo.

La crisis del desarrollo es un conflicto específico cuya solución prepara el camino para pasar a la etapa siguiente. Si esta crisis se resuelve de manera favorable, el niño será sano emocionalmente y continuará su desarrollo normal. Si la crisis no se resuelve satisfactoriamente, el niño presentará problemas emocionales y no podrá pasar sanamente a la etapa siguiente.

El desarrollo emocional del niño tiene una relación muy estrecha con la influencia del ambiente social en el que el niño se desarrolla.

---

6 Erikson H. " Infancia y Sociedad", Ediciones Hormé, S.A. Buenos Aires, 1989. Pag. 22 1.

La teoría de Erikson (7) en las etapas del desarrollo psicosocial describe la relación entre las necesidades emocionales del individuo y el ambiente social.

En la primera etapa que se da de 0 a 1 año, según Erikson (8) , el conflicto básica de la infancia es el de la confianza versus desconfianza.

En esta etapa el niño aprende que el es independiente de su mundo exterior. Si el niño se da cuenta que la madre lo atiende y satisface de inmediato sus necesidades esenciales de alimento y afecto, entonces empezará a vivir en el mundo con confianza. Si el niño descubre que tiene necesidades que no le son satisfechas, empezará a desarrollarse con desconfianza.

Cuando el niño tiene entre uno y dos años empieza a adquirir mayor conciencia del yo y su necesidad de independencia aumenta.

---

7 Erikson H. Erick " Infancia y Sociedad ". Ediciones Hormé S.A. Buenos Aires, 1989. Pag. 222.
8 Ibid.

Si los padres evitan la sobreprotección y le permiten independizarse en algunas conductas, por ejemplo: comer solo, vestirse, ir al baño, entonces el niño resolverá su segunda crisis con autonomía. Si los papás no mantienen una actitud firme y segura y no ayudan ni fomentan el esfuerzo del hijo por lograr el dominio de sus habilidades, el niño empezará a sentirse avergonzado o a dudar de su capacidad para conocer y manejar el mundo en el que está aprendiendo a vivir. Si los niños pasan por este estado de duda durante esta etapa no van a poder confiar en sus propias capacidades durante su vida.

La vergüenza es una emoción insuficientemente estudiada, porque en nuestra civilización se ve muy temprana muy fácilmente absorbida por la culpa. La vergüenza supone que uno está completamente expuesto y consciente de ser airado; en una palabra, consciente de uno mismo. Uno es visible y no esta preparado para ello; a ello se debe que soñemos con la vergüenza como situación en la que nos observan fijamente mientras estamos desnudos, con ropa de dormir o 'con los pantalones bajos". La vergüenza se expresa desde muy temprano en un impulso a ocultar el rostro o hundiese en ese presiso instante en el suelo.

Esta etapa se vuelve decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación, terquedad, libertad de autoexpresión y su supresión. Un sentimiento de autocontrol sin de la auto estimación da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo; un sentimiento de pérdida del autocontrol y de un sobrecontrol foraneo da origen a una inclinación perdurable a la duda y a la,vergüenza.

Esta segunda etapa es llamada por Erikson (9) " autonomía versus vergüenza y duda" y sucede de 1 a 3 años.

De acuerda con Erikson (10), en la tercera etapa que se da de 3 a 5 , el niño debe enfrentarse al conflicto iniciativa versus culpa. La iniciativa es el deseo de empezar a realizar actividades nuevas y de explorar nuevos caminos. El niño es curioso por naturaleza y necesita que los padres acepten sus iniciativas y que sus aportes e ideas sean valoradas.

---

9 Erikson H. Erick. " infancia y Sociedad ", Ediciones Hormé. S.A. Buenos Aires, 1989. Pag. 226
10 Ibid, Pag. 229

Las niños está deseosos de tener responsabilidades y los padres deben proporcionar oportunidades para que intente actividades con su propia iniciativa, y de esta forma estimular un desarrollo emocional armonioso. El papel de los padres en esta etapa debe consistir en la supervisión del niño pero sin interferencias que anulen sus actos y le provoquen culpa.

Si los padres no le permiten al niño hacer algunas cosas por sí solo, le pueden crear un sentimiento de culpabilidad y puede llegar a pensar que todo lo que quiere hacer es malo.

Es importante para fomentar en el niño la iniciativa que los padres lo alienten a tomar decisiones y a que actúe de acuerdo con esas decisiones. Que eviten en la medida de lo posible interrumpir al niño cuando está muy entretenido con alguna actividad, procurando aceptar sus sugerencias y tomar en cuenta sus ideas. Es recomendable que la madre se asegure de que el niño tenga la oportunidad de tener éxito y sea tolerante con los accidentes y errores, en especial cuando el niño intenta ha algo solo.

Las etapas de socialización que transcurren en el niño desde que nace hasta los seis años de edad son la base para el avance a las etapas posteriores, hasta llegar a la vida adulta.

La socialización es un proceso que permite al niño desarrollar y dominar clases de conducta necesarias para vivir de modo apropiado y entre los demás; de su éxito depende en parte que se ligue de afecto con otras personas. Una vez estos lazos afectivos han sido establecidos, la aprobación o la desaprobación y las reacciones psicológica positivas o negativas de los otros ante su conducta, se convierten para el niño en elementos importantes y eficaces de la reglamentación moral de su vida.

La socialización implica el aprendizaje de las normas de conducta que se esperan en el contexto cultural en que el niño se desenvuelve. El proceso del aprendizaje es el que explica la capacidad del niño para modificar su horario de alimentación, cambiar fundamentalmente una clase de alimentos por otra y controlar sus hábitos urinario e intestinal. La forma más simple de aprender consiste en la adaptación o la

habituación, esto es, en dejar esencialmente de responder anteriormente provocaban una conducta.

Los primeros aspectos de la socialización que los niños han de dominar en su medio cultural dentro de los dos primeros años aproximadamente, son el aprender a consumir

alimentos sólidos y semisólidos (destete) y el control de esfínteres.

La anotado anteriormente destaca la importancia en el desarrollo emocional del niño en la relación que establezca con sus padres y, en nuestra cultura, especialmente de la relación con la madre; pero, Qué pasa si el niño en algún momento es separado de su madre? 0 es rechazado por ella?

El amor que un niño muestra hacia su madre y la atracción que esta siente respecto a su hijo no es solamente un enlace emocional místico, determinado por la naturaleza. De hecho, el niño no tiene forma de saber

quien es su madre biológica; un pequeñito amará a cualquier persona o a cualquier cosa que lo conforte, lo acaricie, lo dé alimento y protección. Sin esta amorosa atención el niño morirá o sufrirá grandes trastornos que pueden persistir hasta la edad adulta(11).

La madre sin embargo, es más probable que pueda sobrevivir mejor sin las muchas demandas que el niño impone sobre su tiempo y energía.

Entonces, Por qué una mujer ama y centra su atención y esfuerzo en un niño? No necesariamente por haber nacido de ella. Es la sociedad la que exige que una mujer ame, o cuando menos, se preocupe por sus hijos y los cuide. Esta constituye una prueba de que no hay un INSTINTO NATERNAL que determine a una mujer a amar a su hijo. Por sorprendente que parezca, en los seres humanos y en la mayoría de otros animales elevados, parece que el instinto maternal es notablemente debil.

---

11 Mc. Conell, James " Psicología ". Nueva Editorial Centroamericana, S.A. México, 1978. Pag. 450

Muchas mujeres ni aman, ni cuidan a sus hijos o hijas; hay millares de mujeres que cada año abandonan, destruyen o bien matan a sus hijos.

La cualidad básica del amor de la madre hacia el niño es su capacidad de generar confianza al niño. Una "buena madre" le proporciona a su hijo una gran cantidad de estímulos y lo prepara para que responda de modo aceptable desde el punto de vista social, cubriéndolo de amor y atenciones cuando se porta bien y retirándole su afecto cuando la conducta del niño es inaceptable. Esta experiencia la permite al cerebro del niño desarrollar los complejos circuitos neurales que necesitará más tarde en su vida.

Si la madre demuestra patrones conductuales coherentes y constantes al cuidar del niño, éste adquiere con rapidez dependencia hacia ella, puesto que se da cuenta que todo lo que es agradable y satisfactorio en su mundo, le llega a través de su madre.

La "mala madre", en cambio, no responde a la presencia del niño o lo hace en forma inconsistente, que impide al niño anticipar las

reacciones que ella mostrará y ajustar su conducta. Este es el origen de trastornos psicológicos de severidad e intensidad variable.

Cuando la madre se identifica con el niño sabe lo que el siente y está por la tanto predispuesta para proveerla a su hijo de todo aquello que le haga falta.

Sin embargo una identificación así no será capaz de darle al niño lo que necesita al principio, es decir, una adaptación viva frente a las necesidades del niño. Gracias a los cuidados que recibe de la madre, cada niño está preparado para tener una existencia personal y empieza a edificar lo que podríamos llamar el sentimiento de ser en continuidad.

Es a partir de esta continuidad que su potencial innato lo convierte gradualmente en un niño que tiene individualidad. Si los cuidados maternos no son lo suficientemente buenos, el niño no consigue llegar a existir realmente, ya que le falta el sentimiento de ser en continuidad. La personalidad entonces, se edifica sobre la base de reacciones a las usurpaciones del entorno.

Un niño al que cuida una buena madre, con patrones conductuales constantes adquiere con rapidez una dependencia de su madre, puesto que se da cuenta que todo lo que es agradable y satisfactorio en su mundo, la llega a través de ella.

A la edad de seis meses el recién nacido distingue a su madre de la demás gente. Una separación prolongada de la madre, alrededor de esta edad, podrá producir algunos efectos desfavorables de la conducta. El bebé ha empezado a formar su primer lazo verdaderamente social. La intensidad de este lazo varía de un niño a otra Da origen a una serie de respuestas de conducta, como aferrarse o llorar, a las que la madre y las demás personas responderán en el hogar en forma característica que afecta, a su vez, la conducta de apego. La intensidad final del lazo emocional depende tanto de la intensidad del niño, como de la extensión en que las que lo rodean están preparadas para satisfacerla. El vínculo afectivo del niño para con la gente se convierte en un factor vital del dominio de los problemas de desarrollo a los que se enfrenta.

Antes de alcanzar el año, la mayoría de los niños se encariñan con más de una persona de la familia, aunque la madre sigue siendo normalmente la preferida. La intensidad del apego del niño puede tener su origen en el nivel innato de preferencia para diversas cantidades o formas de estimulación.

Algunos niños no les gusta que se les abrace, se les acaricie y se las bese y prefieren medios sociales y auditivos de acción social recíproca. La madre observa que necesita adaptarse a la conducta del niño, aunque tenga acaso su propio nivel distinto preferido de contacto corporal con aquel. Independientemente de hasta qué punto la conducta afectuosa del niño esté causada por su propia naturaleza, resulta interesante observar que los hijos de madres muy afectuosas tienen puntuaciones inferiores en las pruebas de desarrollo a un año; pero mayores puntuaciones de inteligencia durante los años escolares, que los niños de madres menos afectuosas(12).

---

12 Singer Robert, Singer Anne. " Psicología Infantil. Evolución y Desarrollo". Nueva Editorial Interamericana. México. 1971, Pag. 83

Los niños difieren unos de otros en sus índices de desarrollo y en sus niveles de inteligencia, en cualquier edad dada, pero la secuencia de las etapas formativas del nacimiento a la madurez, el orden en que una sigue a otra, es el mismo para todos los niños, desde el más lerdo, hasta el más listo.

Entre los seis meses y los tres años de vida, el niño depende para su futuro desarrollo emocional e intelectual, de los estímulos y cuidados afectivos de la gente que conoce bien y que lo conoce a el como individuo La pérdida de la madre, sobre todo si esta pérdida va seguida de los cuidados en una institución impersonal, es probable que tenga efectos adversos de larga duración o quizá hasta permanentes.

El modo de relacionarse madre e hijo, depende de varios factores, por ejemplo, las condiciones sociales y familiares desde el nacimiento (si la llegada del niño colma los deseos de la madre o la frustra en sus satisfacciones profesionales, conyugales, etc.); las dificultades obstétricas (nacimiento fácil o difícil); las del embarazo, las de toda la evolución afectiva anterior a la madre.

La comunicación entre el niño que, con su potencial de base expresa más o menos sus necesidades y su madre que, consciente o inconscientemente está dispuesta a satisfacerlos o a rechazarlos, es a menudo difícil. El modo de reacción será distinto según que la madre se haga una imagen ideal a racional de las relaciones con el niño; según modifique o no su actitud cuando descubra las contrariedades que existen detrás de su imagen idealizada; según descubra o no, detrás de su imagen racional, la posibilidad de modificar su rigidez y a través de una libre disposición, ofrecer satisfacciones a las necesidades del niño.

Es evidente que la comunicación entre los diferentes tipos de madre y sus hijos no puede considerada solo desde un punto de vista de la dinámica de una personalidad en evolución, lo que conlleva una diversidad de modos de comunicación.

En las relaciones madre-hijo, influyen tanto la valoración de la función materna como las características del niño objeto de los cuidados o incluso la realidad de una auténtica inter-relación madre-hijo.

Al estudiar el proceso de la relación del infante humano con su madre, se dan efectos desastrosos sobre el niño de la prolongada separación materna, en su desarrollo motor, mental- y afectivo. Es claro que para su desarrollo y supervivencia, el infante depende totalmente de esta relación madre-hijo. Durante toda su vida, la fuerza y el carácter de la misma influirán considerablemente sobre sus lazos afectivos y sus relaciones con las demás personas.

Sabemos que la separación de la madre y su hijo durante las primeras horas y los primeros días, luego de ocurrido su nacimiento, puede ocasionar dificultades para la formación del vínculo afectivo.

Por eso creemos que los primeros años de vida del niño son la base de la personalidad y del aprendizaje. Por tal razón es importante que los adultos comprendan y apoyen a los niños, ayudándolos a sentirse personas capaces, independientes y fuertes, para hacerle frente a la vida.

Desde que el niño nace es capaz de sentir, ver, oír y percibir la presencia de las personas a su alrededor.

El recién nacido necesita sentirse querido y protegido por su familia, especialmente por la madre. Por eso es que al niño se le debe hablar cm frecuencia, se le debe acariciar, se le debe ofrecer seguridad y cariño y esto generalmente la madre lo hace cuando le da de mamar, lo baña, lo cambia, lo viste, etc.

Todas estas conductas de las madres harán que el niño se desarrolle de manera sana, especialmente en el aspecto emocional. En lo referente a lo físico, es la madre quien sabe el niño necesita atención por tener algún problema de salud física. Es capaz de distinguir en el llanto del bebé, si éste tiene dolor o simplemente quiere recibir afecto.

Aún así, cuando el niño sufre alguna dolencia, e1 no puede decir dónde la siente; entonces corresponde a la madre busca el origen, para darle solución al problema. Para evitar que el niño enferme, la madre prevenida Procurará más bien adelantarse al problema; pero es indudable

que para una mejor comprensión del mismo, es preciso que veamos qué es estar sano y qué es estar enfermo.

Si la salud consiste en la ausencia de todo malestar que afecte física a psicológicamente al ser humano, la enfermedad, en cambio, va a consistir en toda disfunción o disminución del funcionamiento de uno o varios órganos del cuerpo humano y es aquí donde las ciencias resultan de la mayor importancia para lograr la recuperación de la salud perdida.

Esta situación reviste aún mayor importancia en el caso de los lactantes, infantes y niños, ya que los mismos suelen sufrir de todo género de dolencias, sin estar en condiciones de dar las más mínimas explicaciones, lo cual dificulta más el diagnóstico y por ende, la prescripción de la conducta médica a seguir.

Es por ello que la ciencia médica ha diseñado todo un programa de prevención de las enfermedades en los niños, a través de la vacunación que se debe practicar al niño con toda rigurosidad, casi desde sus primeros días de nacido.

Los preescolares a quienes se ha administrado todas las vacunas programadas, no necesitan ningún refuerzo sino hasta los seis años de edad, pero se recomienda un examen médico anual, para vigilar el crecimiento y el desarrollo del niño y estar así en posibilidad de identificar con prontitud, posibles problemas de salud. Los niños que asisten a los jardines de niños o a las guarderías, por lo general son sometidos a exámenes médicos constantes, mientras que los que se quedan en casa pueden no tener esta ventaja, mayormente cuando ambos padres trabajan y sus ocupaciones habituales les dejan poco tiempo para estos menesteres.

Se debe de prestar atención especial a la visión y a la audición del niño, de modo que se pueda administrar el tratamiento adecuado antes de que empiece a asistir a la escuela.

Para prevenir los accidentes, los padres y las personas que atienden a los niños deben estar atentos a ellos, por ejemplo con los que empiezan a caminar, ya que la curiosidad del niño en esta etapa es mayor

que su criterio. Las quemaduras, las intoxicaciones y las caídas, son a accidentes comunes. Los niños con frecuencia son víctimas de a accidentes automovilísticos, ya sea porque se atraviesan las calles intempestivamente o conduciéndose como pasajeros, cuando no se les colocan los cinturones de seguridad. A este respecto debe tomarse en cuenta que muchas regulaciones de países extranjeros previenen que los niños siempre deben ir en el asiento trasero del vehículo.

Los niños a quienes se proporciona una nutrición adecuada, un reposo adecuado, ejercicio y abrigo, no resultan afectados grandemente por las infecciones comunes en la niñez.

Sin embargo, hay niños menos afortunados que pueden resultar seriamente afectados incluso por enfermedades relativamente sencillas como una diarrea, que luego trae complicaciones que pueden llegar a ser incluso fatales. Se dispone en la actualidad de vacunas para muchas enfermedades contagiosa de la niñez , pero algunos padres no se preocupan de que sus niños sean convenientemente inmunizados, sino hasta que les es solicitado como un requisito previo a su ingreso a la

escuela. Por ello, algunos niños sufren innecesariamente de enfermedades.

La mayor parte de los preescolares sufren problemas salud pero se recuperan con bastante rapidez, si se les brindan los cuidados, atención, tratamiento y nutrición adecuados.

Sin embargo, algunos niños de este grupo de edad deben someterse a tratamientos prolongados y a veces hasta dolorosos, cuando están afectados por trastornos de importancia. Este es el período en que suelen resultar evidentes algunos padecimientos congénitos, como las afecciones auditivas y visuales leves y los trastornos del sistema nervioso central.

Muchos escolares son bastante independientes en lo que se refiere a alimentarse o vestirse, hacer sus evacuaciones y otras actividades cotidianas. Se debe alentar esta independencia durante los períodos de enfermedad y hospitalización, de modo que se reduzca o se minimice la interrupción del desarrollo normal del niño.

En lo que se refiere a hospitalización de los niños podemos decir que hay que ser cuidadosos y tomar medidas para que esta situación no sea traumática para el niño y este no se vea afectado en otros aspectos.

Muchas veces es necesaria la hospitalización del niño, ya que su tratamiento y proceso de restablecimiento no puede llevarse a cabo en casa.

El hecho de ser internado en un hospital, conlleva cambios que emocionalmente podrían afectar a los niños. Nos encontramos entonces, si no tenemos cuidado, con un niño que no solo esta sufriendo por una dolencia orgánica, sino que a esto hay que sumarle el aspecto emocional que es tan importante, por supuesto.

El niño debe adaptarse a su nueva situación; dejar su cuarto o habitación donde duerme, su casa, sus juguetes, su familia, y muy especialmente a su madre, para acomodarse a otro ambiente que le es

completamente extraño, debiendo sumarse que en muchas ocasiones ni siquiera sabe porque ha ocurrido el cambio.

Los cambios conllevan temor a lo desconocido y nos afectan a todos, incluso, si somos personas inteligentes y maduras. Hasta fechas recientes, la hospitalización entrañaba innumerables interrogantes para todos los pacientes, en particular, para los niños. No es sorprendente que los pacientes más pequeños hayan sido los que presentaron más temores que ninguno, quizá con la excepción de sus padres.

Sin embargo, antes que los niños supieran más acerca de los hospitales, éstos deberían aprender más acerca de los niños, particularmente en lo relativo a sus necesidades emocionales. Hacia 1966, un creciente número de estudios analizaron el efecto subsecuente de la hospitalización en la recuperación del niño y su salud. El consenso fue que con frecuencia el estrés que produce la hospitalización interfería en el proceso de curación que se suponía tendría lugar. El principal factor estresante pareció ser la separación de padres e hijos, combinada con el miedo de entrar a un medio desconocido y propio de los adultos. lenta,

pero constantemente, estos hallazgos han comenzado a cambiar las tácticas y los procedimientos hospitalarios, de modo que se pueda alcanzar el objetivo final de instauración de la salud, tan pronto como sea posible, con el menor traumatismo posible para los niños y sus familiares.

En la actualidad, un número cada vez mayor de hospitales, tienen un programa de bienestar infantil que hace la hospitalización menos atemorizaste para los niños y sus padres. Estos programas usualmente están bajo la dirección de un especialista con estudios en psicología y ,en el desarrollo de la niñez temprana. Este profesional trabaja junto con enfermeras, médicos y otros miembros del personal del hospital, a fin de ayudarlos a satisfacer las necesidades de desarrollo emocionales e intelectuales de los niños hospitalizados.

A1 cambiar la filosofía de los hospitales acerca del cuidado de los niños, también ha ocurrido lo propio con el medio hospitalario, desde el punto de vista físico. Las salas pediátricas y los hospitales infantiles, en el pasado sitios desnudos, fríos y de aspecto serio, con enfermeras ocupadas en cosas importantes, tienen en la actualidad un aspecto

relajado y constituyen sitios de colorido brillante en los que trabajan personas que muestran interés y dedicación a los pequeños pacientes.

Se han modificado las horas de visita y otras políticas hospitalarias, a fin de minimizar la separación de padres e hijos.

En muchos hospitales, los padres tienen libertad de visitar a sus hijos a cualquier hora y es abierta la participación de los mismos en el cuidado de su hijo, incluyendo la convivencia con los mismos, excluyendo desde luego, lo relativo a las unidades intensivas.

A los niños hospitalizados se les permite que vistan su ropa usual y corriente, a menos que las pruebas y tratamientos a seguir indiquen lo contrario. Esto ayuda a vincularlos con su marco familiar.

Otra forma de combatir la soledad que acompaña a la hospitalización, es servirle al niño sus alimentos en una mesa, como ocurre en casa. La comida es un acontecimiento social y los alimentos parecen tener un mejor sabor si se ingieren en compañía y no en soledad.

Los hospitales para niños son más atractivos en su aspecto y más relajados en su ambiente, pero continúan siendo una fuente de miedo y de angustia.

Los padres u otras personas que lleven al niño al hospital deben explicarle cuidadosamente por qué va a estar ahí. Es necesario que respondan de manera sincera a cualquier pregunta que plantee el niño.

Por otra parte, se le hará una entrevista de hospitalización al padre u otro adulto acompañante del niño. Durante la entrevista se colocará una pulsera de identificación en la muñeca del niño. Es de particular importancia prepararlo para este sencillo procedimiento con una explicación de por qué es necesario.

La enfermera que reciba al niño en la unidad pediátrica, debe tener una actitud amistosa y espontánea, recordando que incluso un niño bien informado puede sentir timidez y desconfiar de la amabilidad excesiva. Los niños que saben que sus padres se quedarán con ellos por la general

asumen una actitud relajada con mayor rapidez. Cuando se requieran radiografías se debe permitir que la madre acompañe al niño hasta el departamento de radiología. Un niño que súbitamente se halle en una situación extraña o desconocida y quizá peligrosa, desconfiará de todos y de todo lo que encuentre a su paso, ya que se encuentra atemorizado.

Los lactantes y los preescolares hospitalizados sufren una gran ansiedad con la separación de sus padres, cuando a éstos no les es posible estar con él. los niños de edad escolar, ya mayorcitos, son más fáciles de tratar porque comprenden la razón de su hospitalización y el por qué reviste importancia su cooperación.

Algunas veces los padres se angustian tanto, no solo por la hospitalización en sí, sino por el tipo de tratamiento que se va a aplicar al niño, sin pensar que le comunican su preocupación en vez de brindarle apoyo. El niño puede pensar incluso, mi madre está preocupada par lo que me van a hacer. Por otra parte, las madres sobreprotectoras quizá cuestionen los procedimientos que se vayan a aplicar o se estén

aplicando, con lo que quedará en el niño una imagen de que el personal hospitalario es insensible y cruel.

Los hallazgos proporcionados por las investigaciones, han demostrado, más allá de toda duda razonable, que la separación de los niños de muy corta edad de sus padres, especialmente durante períodos de estrés, puede ejercer efectos dañinos y aún más, en los niños hospitalizados. Se habla de tres etapas consecutivas: protesta, desesperación y negación. En la primera etapa, de protesta, el niño llora, se rehusa frecuentemente a ser consolado por otros y busca de manera constante a sus padres en todo lo que ve y oye. Cuando se da cuenta que no aparecen, entra en la segunda etapa, la desesperación y entonces se vuelve apático y exesivamente quieto. El personal médico con frecuencia interpreta esto como un signo de que el niño acepta la situación, pero no es así: simplemente, se da por vencido.

En la etapa tercera o de negación, el niño comienza a interesarse en sus alrededores y parece aceptar la situación. Sin embargo, el daño resulta evidente cuando sus padres lo visitan; es frecuente que les dé la

espalda, mostrando desconfianza y rechazo. Quizá tenga que transcurrir un largo período antes de que los acepte de nuevo. Quizá siempre tenga un recuerdo de la ocasión en que sus padres lo abandonaron.

El uso de la cohabitación (permanencia de los padres con el niño), que actualmente ya empieza a utilizarse en numerosos hospitales, ayuda a prevenir el daño y la depresión a que se ven sometidos los niños de esta edad cuando se las hospitaliza.

Por lo general, se considera que la separación de sus padres origina las mayores alteraciones entre los seis meses a los tres y cuatro años de edad, pero se debe considerar a niños de todas las edades, cuando se establece un sistema de cohabitación. Una ventaja que tiene el niño cuyos progenitores se quedan con él, es que estos últimos participan en sus cuidados, lo cual representa para él cierta seguridad.

Quizá los padres lo bañen, lo vistan, alimenten, lo preparen para acostarlo y participen en sus actividades recreativas.

A los padres se les debe explicar cuidadosamente todas las normas que rigen en la institución, antes de la hospitalización del niño y deben conocer previamente todas las instalaciones dispuestas para ellos.

En ocasiones, surge fricción entre los padres y el personal hospitalario; a veces esto se da debido a la sobreprotección de los padres hacia el niño. las reuniones entre el personal hospitalario y los padres resultan útiles para aclarar malos entendidos y crear un ambiente más satisfactorio para todos.

El juego ayuda a que los niños superen el dolor, la angustia y la separación que entraña la hospitalización. La hospitalización de un niño es tanto más tolerante cuando más cerca está la madre de su hijo. Oportunamente guiada e instruida, la madre se constituye en la mejor cuidadora de su propio hijo enfermo y, al mismo tiempo, se transforma en una excelente e insustituible colaboradora del personal encargado de la asistencia, con las ventajas siguientes:

a) Eliminación de las graves repercusiones de naturaleza psico-afectiva a las cuales está sujeto el niño durante la separación del ambiente familiar.

b) Asistencia contínua y completa para el niño. La madre, mejor que ninguna otra persona, puede informar al personal técnico acerca del comportamiento de su hijo durante las veinticuatro horas del día.

c) Diminución del riesgo de infecciones cruzadas intrahospitalarias transmitidas con frecuencia por las manos del personal técnico al pasar de un área a otra, mientras que la madre se ocupa de su hijo exclusivamente.

d) Posibilidad de instruir a la madre sobre las normas higiénicas más comunes y las nociones más elementales de orden técnico para el cuidado y asistencia de su hijo enfermo.

e) Hospitalización más breve, debido a una convalecencia más rápida, por el continuo estímulo que recibe el niño de su madre y la

posibilidad de pasear el niño al aire libre, en los espacios abiertos del hospital.

f) Humanización de los cuidados del hospital; la aceptación de la presencia de la madre en los servicios hospitalarios mejora las relaciones entre el equipo técnico, el niño y su familia.

La ausencia de la angustia de la separación es el mayor sentimiento de seguridad que experimenta el niño cuando está acompañado de sus padres. El consuelo y eventual apoyo que las madres se proporcionan unas a otras, especialmente en los momentos más difíciles y la mayor absorción del programa de enseñanza por estas familias, son otros grandes beneficios del sistema de cohabitación. Los tipos de actividades en las que el personal hospitalario recibiría con agrado la colaboración de los parientes, deben especificarse claramente, por ejemplo: bañar al niño, cambiarlo de ropa, darle alimentos, acompañarlos a los exámenes diagnósticos, participar en sus pasatiempos, arreglarle la cama y ayudar en los procedimientos terapéuticos que más adelante deberán continuarse en el hogar.

Se debe poner cuidado en no despertar sentimientos de culpa en una madre que tiene la pena de no poder acompañar a su hijo, debido a otra serie de obligaciones y compromisos , como la atención a sus otros hijos, compromisos laborales, etc. También se debe evitar que la presencia de los padres en el hospital se prolongue demasiado e impida que el niño se mezcle con sus compañeros y comparta con ellos, todo lo cual interfiere, en general, con su adaptación.

Se debe contar con normas y límites de la participación de la familia, claramente especificados por escrito. Un folleto preparado para los padres, diciendo lo que se les ofrece, a menudo previene choques de toda índole con el personal. Los permisos para quedarse en el hospital por la noche, se conceden en vista de que el personal reconoce que la hospitalización es menos traumática para los niños pequeños cuando un miembro de la familia permanece a su lado.

Los padres deben saber que, independientemente de su presencia o su ausencia, el personal médico y de enfermería, observa al niño

ininterrumpidamente y lleva a cabo los procedimientos necesarios durante las veinticuatro horas del día. Debe quedar entendido que el personal asume la responsabilidad del cuidado del paciente, aún cuando la ejecución de algunas tareas se deleguen en los padres, por todas las razones que se han venido considerando.

Cuando no se permite la participación de los padres, ni su permanencia al lado de sus pacientes, o cuando las familias no están en posibilidad de aprovechar las facilidades que se les ofrecen, la mejor alternativa para minimizar la angustia de la separación en los niños pequeños, es instituir horas de visita extensas y flexibles, de ser posible, considerando el tiempo y las obligaciones de los padres, en cada caso particular.

En realidad, la separación de los padres desencadena en un niño pequeño un proceso llamado angustia de separación y que va desde la simple protesta, hasta la desesperación y la negación. Lo característico de la primera fase es que el niño se muestra inquieta, llora mucho, busque ansiosamente señales y sonidos que puedan indicarle la presencia

de sus padres; en esta etapa, suele rechazar las palabras de consuelo del personal. En la segunda fase, el niño hace intentos más débiles de alterar el medio que lo rodea, llora menos y su ánimo es apático. Es un estado de tristeza que con frecuencia se mal interpreta como un signo positivo. Al iniciarse la tercera fase, el niño demuestra interés en su alrededor y parece aceptar la separación. Diríase que ha olvidado a sus padres completamente y los deja ir, después de una visita, sin ninguna queja.

Vemos entonces que un niño hospitalizado debe enfrentar dos, problemas fundamentales: su dolencia o enfermedad, que ya de por sí trae varios problemas a los que se debe someter, como son las intervenciones quirúrgicas, aplicación de inyecciones, curaciones, exámenes físicos y de laboratorio e incluso, la toma de medicina que no siempre tienen un sabor agradable. Por otro lado, los cambios y todas las consecuencias emocionales que ello conlleva ya que cambia por completo su entorno, aunque sea temporalmente.

Creemos que existen formas de minimizar la huella que estos problemas pueden dejar en el niño, siendo una de ellas, la afirmación que sostenemos por este medio: el alojamiento conjunto.

El alojamiento conjunto consiste en ingresar a la madre juntamente con su hijo para que pueda atenderlo durante su estancia en el hospital y podrá acompañarlo, apoyarlo durante su sometimiento a los exámenes clínicos y tratamientos médicos que le sean prescritos.

Esto hará que disminuya el trauma de la hospitalizaci6n en el niño y la permanencia de la madre ayudará a que el mismo enfrente todas las crisis y las consecuencias de las mismas, con el apoyo de su madre.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

TECNICA DE MUESTREO:

La muestra utilizada fue de 100 niños que ingresaron al encamamiento cuatro del departamento de pediatría del HOSPITAL GENERAL del INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

La muestra se dividió en dos grupos de cincuenta niños cada uno, un grupo experimental acompañado de la madre y un grupo control donde los niños permanecieron con la compañía de estas. Al día siguiente de su ingreso al hospital, a los niños se les aplicó el test GESELL y a la madre una entrevista, para tomar datos sobre las características de sus hijos.

La muestra del grupo experimental fue escogida de manera intencional, tomando en consideración la voluntad de las madres, para permanecer al cuidado de sus hijos durante el tiempo que duró su hospitalización.

Para el grupo control, se seleccionó a niños que presentaran condiciones de enfermedad y características similares a los del grupo experimental.

DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.).

TIPO DE INSTITUCION:

Se trata de una entidad de derecho público, con personería jurídica propia y por ello, con capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Esta Institución fue creado conforme el Decreto número 295 del Congreso de la República de Guatemala que entró en vigor el 4 de noviembre de 1946, Decreto que contiene su Ley Orgánica, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala un régimen a nivel nacional, unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad con el sistema de protección (Artículo lo. de dicha Ley).

PERSONAL:

El indicado Departamento cuenta con el personal que se enumera a continuación:

Un jefe del Departamento, que a la fecha está desempeñado por el Doctor Marco Antonio Acevedo.

Un jefe de la clínica de psicología a cargo de la Licenciada Isabel Howard.

Una psicóloga cargo que desempeña la Licenciada Emilia Hernández Pineda.

Además labora también el siguiente personal:

Nueve jefes de departamento.
Veintidós médicos especialistas.
Un jefe de residentes del programa de Post-Grado de pediatría.
Catorce médicos residentes R-III.
Catorce médicos residentes R-II.
Diez médicos residentes R-I.
Tres Trabajadores Sociales.
Ciento ochenta y nueve auxiliares de enfermería.
Veintiún miembros que realizan labores administrativas.
Noventa y siete miembros de servicios varios,

SERVICIOS:

El Departamento de Pediatría funciona con las siguientes unidades:
a) Unidad Periférica que atiende la población infantil de la zonas uno, tres, cuatro, ocho, nueve, diez, trece y catorce de la ciudad de Guatemala, municipio de Villa Canales, Aldea de Villalobos del municipio de Villa Nueva; y Aldea El Jocotillo de Villacanales Villanueva. Esta población corresponde a la clase media, media baja y baja.

b) Centro de Especialidades Pediátricos que atiende niños

referidos de todas las unidades periféricas de la

República que ameriten atención especializada en:

1. Neurología
2. Neumología
3. Genética
4. Neonatologia
S. Cirugía General
6. Neurocirugía
7. Cirugía plástica
8. Ortopedia
9. Dermatolagía

10. Cardiología
11. Endocrinología
12. Otorrinolaringología
13. Nutrición
14. Gastroenterología
15. Odontología
16. Ficiatria
17. Cuidados Intensivos
19. Psicología
19. Fisioterapia
20. Terapia del habla
21. Servicio Social
22. Hematología
23. Oftalmología
24. Uroligía
25. Nefrología
26. Radiología
27. Laboratorio

c) Hospital General de Enfermedades que atiende a la población infantil procedentes de 1= áreas antes mencionadas, en consulta externa (niño sano y niño enfermo), así como emergencias y observación, ubicadas en el primer nivel y también el área de encamamiento distribuida de la siguiente forma:

1.-Segundo nivel: Unidad de tratamiento intensivo e intermedio y encamamiento dos.

2.- Tercer nivel: Nutrición, gastroenterología, neonato y

cirugía.

3.-Cuarto nivel: Infectología, hematología y

encamamiento cuatro.

OBSERVACION:

Las cinco especialidades enumeradas al final de la literal b), se encuentran en el hospital de adultos.

POBLACION:

El total de la población atendida en el Departamento de Pediatría, incluye consultas a niño sano, niño enfermo y especialidades y en el plazo comprendido del uno de enero al treinta y uno de diciembre de 1996, se proporcionaron 21,176 consultas y se realizaron un total de 95,316 reconsultas.

HORARIO DE SERVICIO DE LA INSTITUCION:

El Departamento de Pediatría presta sus servicios de consulta externa en tres jornadas diarias:

a) De 8:00 a 12:00 horas.
b) De 12:00 a 16:00 horas.
c) De 16:00 a 20:00 horas.

A La clínica de Psicología atiende en horario de 8:00 a 12:00 horas.

El servicio de emergencia y encamamiento, atiende las veinticuatro horas del día.

PROCEDIMIENTO:

La sección de Higiene Materno Infantil del departamento de Medicina Preventiva del I.G.S.S. consideró de importancia realizar un estudio sobre el Alojamiento Conjunto de madres e hijos en el I.G.S.S., ya que en la institución no existe esta modalidad. El alojamiento conjunto consiste en que cuando un niño es ingresado al hospital, la madre puede permanecer al cuidado de él, el tiempo que dure su hospitalización. La sección de Higiene Materno Infantil pidió la colaboración de la clínica de psicología, para integrar un plan piloto. Debería evaluarse a los niños y orientar a las madres durante su estadía en el hospital; y así mismo, recoger información objetiva de las condiciones en que esta experiencia se llevaba a cabo.

El estudio fue propuesto por la Doctora Elsa Camey de Díaz y se desarrolló en el encamamiento cuatro del Departamento de Pediatría con niños de 0 meses hasta 5 años.

Fue habilitada una sala especialmente para que los niños pudieran permanecer acompañados de sus madres. En esta sala, además de las cunas de los niños, habían sillas para las madres, un baño y se les proporcionaba tres raciones de alimentación durante el día.

Inicialmente se dispuso de un médico residente encargado de todos los ingresados en esta sala, que conformaban el grupo experimental. En las otras salas del mimo encamamiento había otro médico encargado de elegir a los niños, para el grupo control. A medida que pasaron los días el médico encargado de la sala de Alojamiento Conjunto se retiró y entonces a cada niño lo veía un médico diferente. Esto provocó trastornos en el control de egresos y dificultando las citas posteriores en Consulta Externa. Era necesario entregar una tarjeta a las madres donde se les citaba, para regresar a revaluación un mes después, pero esto era complicado porque no se sabía en que momento egresaría.

La falta de cumplimiento en el procedimiento de atención médica causó que algunos de los niños del grupo experimental no regresaron y lo mismo ocurrió con los niños del grupo control.

Para realizar las correspondientes evaluaciones psicológicas a los niños se hacía lo siguiente: todas las mañanas nos presentábamos en el Encamamiento cuatro en la sala de Alojamiento Conjunto, en un horaqrio de 08:00 a 11:00 de la mañana y algunas veces hasta las 12:00 horas, permaneciendo allí de lunes a jueves.

El trabajo de psicología consistía en revisar los ingresos de la tarde o noche anterior, así como los que se habían realizado durante el fin de semana, ya que no acudíamos al hospital sábado y domingo.

Empezábamos entrevistando a las madres y luego evaluábamos al niño si estaba en condiciones de colaborar; sin no, esperábamos a que se recuperara.

La evaluación consistía en entrevistar a la madre, luego aplicar el test Gesell a los niños y finalmente consultar los expedientes médicos, para complementar la información de cada caso.

Cuando los niños eran dados de alta en el hospital, se les daba una tarjeta para citarlos a reevaluación en Consulta Externa, sin embargo, una seria dificultad fue que la mayoría de niños no regresaron a esta cita.

Cuando terminábamos de trabajar con los niños de Alojamiento Conjunto, íbamos a las demás salas, para seleccionar a los niños del grupo central y poder realizar las mismas evaluaciones pero no se obtenía la misma colaboración de estos niños, ya que casi siempre estaban irritables, en cambio los niños acompañados de sus madres estaban contentos, jugaban, se interesaban más en la aplicación de la prueba y se relacionaban mejor con el personal.

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:

Se revisaron los expedientes médicos de los niños y se evaluó la conducta de los mismos a través de la madre, utilizando para el efecto la Hoja de Control de Conducta usada regularmente en la Clínica de Psicología. En muchos casos, fue difícil entrevistar a las madres de los niños del grupo control, debido a que el horario de visita era en la tarde.

Posteriormente, en cuanto sus condiciones lo permitían, se evaluaba al niño mediante el test Gesell. En algunas oportunidades, esto solo fue posible un día antes de su egreso, ya que, permanecían con suero y tenían dificultad para mover el brazo, o estaban muy enfermos y no podían colaborar en la aplicación.

La efectividad de la presencia de la madre se determinó tomando en cuenta el tiempo que permanecieron hospitalizados los niños de ambos grupos.

TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO:

La técnica a utilizar fue porcentual debido a que esta investigación es de carácter asociativo.

Para su análisis, se hizo la comparación de los resultados del grupo experimental y el grupo control.

La muestra inicial fue de 100 niños en cada grupo y se redujo a 27 por grupo, debido a que los demás niños no llevaban las condiciones necesarias para el grupo experimental y tampoco para el grupo control. Las razones para no incluirlos fueron que algunos niños tenían enfermedades de difícil manejo y tratamiento prolongados.

Otra razón por la que se redujo la muestra fue porque no había una cantidad equivalente de niños en el grupo experimental y en el grupo control, con enfermedades y condiciones de tratamiento que no se pudieran comparar.

INSTRUMENTOS:

1. Expedientes Médicos:

   Un expediente médico consta de varias hojas, la primera contiene los datos del niño ingresado así como los de sus padres; también el diagnóstico con el cual ingresan al hospital. En las siguientes hojas aparecen otros diagnósticos que se determinan durante sus estancia hospitalaria, el tratamiento a seguir y las anotaciones de su evaluación hasta que egresa.

2. Hoja de Control de Conducta:

Sirve para llevar un registro de las características de conducta del niño, su apetito y alimentación, sueño y conducta y algunos trastornos físicos, como: convulsiones o alucinaciones.

En esta hoja también se anotan los resultados de la evaluación del desarrollo del niño, su higiene y algunos antecedentes familiares, como el embarazo y el parto.

También incluye información sobre su ambiente emocional y las relaciones con sus padres y hermanos.

3. TEST DE GESELL:

Este test evalúa cuatro áreas del desarrollo psicomotor, que son: MOTORA GRUESA, SENSORIO MOTORA O ADAPTATIVA, LENGUAJE Y PERSONAL SOCIAL. Las evaluaciones se realizan preferentemente en las denominadas edades claves. Estos son momentos estratégicos en el desarrollo, que evidencian los progresos del niño en las diferentes áreas.

Las edades claves son: 1 mes, 2 meses, 4 meses, 7 meses, 18 meses, 21 meses, 24 meses, 2 _ años, 3 años, 3 _ años, 4 años, 4 _ años y 5 años.

Las conductas en las 4 áreas manifestadas por el niño, permiten ubicar el nivel en que se encuentra su desarrollo. Este es llamado EDAD DE DESARROLLO (E.D.) y al relacionarlo con su EDAD CRONOLÓGICA (E.C.), se obtiene el COCIENTE DE DESARROLLO (C.D.) de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$C.D. = \frac{E.D.}{E.C.} \times 100$$

En donde la media es 100 y la desviación standard es ± 15.

En base a esta evaluación, se puede determinar si el desarrollo psicomotor del niño se encuentra dentro de límites normales o por debajo de lo esperado para la edad. Esta información se interpreta de acuerdo a la siguiente tabla:

NIVEL	C.D.
Desarrollo Normal	85-115
Retardo Psicomotor Leve	70-84
Retardo Psicomotor Moderado	55-69
Retardo Psicomotor Severo	40-54
Retardo Psicomotor Profundo	Inferior a 39

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los porcentajes obtenidos de haber comparado las características físicas, emocionales y cognoscitivas de niños acompañados de sus madres con niños que permanecieron sin éstas, durante el tiempo que duraron hospitalizados.

Fueron niños de ambos sexos, residentes en la capital y en otros departamentos.

3.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Fue una muestra de 54 niños de ambos sexos, 27 para el grupo experimental y 27 para el grupo control; con las mismas enfermedades para poder efectuar la comparación.

Cuadro No. 1

SEXO DEL NIÑO

	EXPERIMENTAL	CONTROL
FEMENINO	11	12
MASCULINO	16	15
TOTAL	27	27

Fuente: Diario de Campo **N = 54**

En la distribución por sexo, es levemente superior al número de casos de sexo masculino, en ambos grupos.

Cuadro No. 2
EDADES DE DESARROLLO DE
LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

Edades en meses	EXPERIMENTAL	CONTROL
1 mes a 12 meses	6	11
13 meses a 24 meses	13	13
Mayor de 25 meses	8	3
TOTAL	27	27

Fuente: Diario de Campo **N = 54**

El mayor número de niños está entre las edades de 13 a 24 meses. En el grupo control hay más niños menores o igual de 12 meses que en el experimental.

Cuadro No. 3
PROCEDENCIA

	EXPERIMENTAL	CONTROL
CAPITAL	18	19
OTROS	9	8
TOTAL	27	27

Fuente: Expedientes **N = 54**

En este cuadro se ve que es mayor el número de niños que proceden de la ciudad, en comparación con otros Departamentos de la República.

Cuadro No. 4
EDAD DE LAS MADRES

Edad en Años	EXPERIMENTAL	CONTROL
Menores de 25 años	2	5
Mayores de 25 años	25	22
TOTAL	27	27

Fuente: Expedientes Médicos **N = 54**

La mayoría de las madres tienen más de 25 años, en los dos grupos.

Cuadro No. 5
ESTADO CIVIL

	EXPERIMENTAL	CONTROL
SOLTERAS	4	6
Casadas o Unidas	23	21
TOTAL	27	27

Fuente: Diario de Campo **N = 54**

Son pocas las madres solteras en ambos grupos.

Cuadro No. 6
PARTO

	EXPERIMENTAL	CONTROL
NORMAL	19	22
CESAREA	8	5
TOTAL	27	27

Fuente: Hoja de Control **N = 54**

En el Grupo Control se dio la mayor cantidad de partos normales. En general, las cesáreas son menos frecuentes en ambos grupos.

3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A continuación se exponen los resultados obtenidos al aplicar los instrumentos de evaluación y que permiten detectar como fue la evolución en el hospital de cada grupo de niños.

Cuadro No. 1
ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL ENCAMAMIENTO CUATRO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE PEDIATRIA DEL I.G.S.S.

Enfermedades	EXPERIMENTAL	CONTROL
Bronconeumonía	14	14
Síndrome Convulsivo	3	3
Síndrome Diarreico Agudo	4	4
Otras (Fiebres, Vómitos, Infecciones)	6	6
TOTAL	27	27

Fuente: Diario de Campo **N = 54**

La enfermedad que afectó a la mayor cantidad de niños de ambos grupos fue la Bronconeumonía.

Cuadro No. 2
ESTANCIA HOSPITALARIA DE NIÑOS(AS) CON BRONCONEUMONÍA, POR SEXO

SEXO	Est. Hosp. Experimental	Est. Hosp. Control	SEXO
1	5	8	1
1	9	3	1
1	4	5	1
1	5	12	1
1	4	8	1
1	7	4	1
1	4	6	1
1	7	5	1
2	6	3	2
2	5	3	2
2	8	5	2
2	4	5	2
1	3	6	2
2	4	4	2
14			14

Fuente: Diario de Campo N= 28

CODIGO:

1= NIÑOS

2= NIÑAS

En este cuadro, se evidencia el niño que más tiempo permaneció, fue del grupo control y estuvo 12 días.

El promedio de estancia en el grupo control fue de 5.5 días, con un mínimo de 3 días y un máximo de 12 días.

En el grupo experimental el promedio de estancia fue de 5.35 días, con un mínimo de 3 días y un máximo de 9 días.

Los varones representan el 64.2 % de la muestra y las niñas el 35.7% total de la muestra en el grupo experimental. Los varones representan el 57.14% de la muestra y las niñas el 42.85% de la muestra en el grupo control.

Cuadro No. 3
ESTANCIA HOSPITALARIA DE NIÑOS(AS)
CON SINDROME CONVULSIVO POR SEXO

SEXO	Est. Hosp. Experimental	Est. Hosp. Control	SEXO
2	5	3	2
2	3	4	2
1	5	7	1
	13	14	

Fuente: Diario de Campo

N=28

En este cuadro se observan dos niños del grupo experimental que tardaron menos tiempo que los dos niños del grupo control.

El promedio de estancia en el grupo control fue de 4.66 con un mínimo de 3 días y un máximo de 7 días.

En el grupo experimental el promedio de estancia fue de 4.33 días, con un mínimo de 3 días y un máximo de 5 días.

Este único varón representa el 33.33% de la muestra y las niñas representan el 66.66% total de la muestra tanto para el grupo experimental como el grupo control.

Cuadro No. 4
ESTANCIA HOSPITALARIA DE NIÑOS(AS)
CON SINDROME DIARREICO AGUDO POR SEXO

SEXO	Est. Hosp. Experimental	Est. Hosp. Control
1	4	4
1	2	6
1	3	4
2	4	4
	13	18

Fuente: Diario de Campo

Dos niños de ambos grupos permanecieron el mismo tiempo en el hospital y los otros dos del grupo experimental tardaron menos que los de control.

El promedio de estancia en el grupo control fue de 4.5 días, con un mínimo de 4 días y un máximo de 6 días.

En el grupo experimental el promedio de estancia fue de 3.25 días, con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 días.

Los varones representan el 75% del total de la muestra y las mujeres el 25% de la muestra para los dos grupos.

Cuadro No. 5
ESTANCIA HOSPITALARIA DE NIÑOS(AS)
CON DIFERENTES ENFERMEDADES

SEXO	Est. Hosp. Experimental	Est. Hosp. Control
1	4	4
1	4	4
1	2	10
2	4	12
2	3	10
2	5	6
	22	46

Fuente: Diario de Campo

Un niño y dos niñas del grupo control fueron los que más tiempo permanecieron en el hospital.

Los niños tanto del grupo experimental como del grupo control permanecieron entre 2 y 6 días, en una media de 33.66% días para el grupo experimental y con una media de 7.66% días para el grupo control.

Cuadro No. 6
NIVEL DE DESARROLLO

	EXPERIMENTAL (# CASOS)	CONTROL (# CASOS)
NORMAL	16	13
RETARDO LEVE	10	13
RETARDO MODERADO	1	1
RETARDO SEVERO	–	–
	27	27

Fuente: Diario de Campo

Según el cuadro anterior hay más niños con desarrollo normal en el grupo experimental que en el grupo control.

El grupo control tiene más niños con retardo leve que el grupo experimental. En ambos grupos sólo hay un niño con retardo moderado y no hay ningún niño con retardo severo en los dos grupos mencionados.

Cuadro No. 7
ESTANCIA HOSPITALARIA

# Dias / Enfermedades	Experimental			Control			
	1	2	3	1	2	3	
BNM N=14	6	3	5	5	4	5	N=14
SAC N=3	1	2	–	2	–	1	N=3
SDA N=4	4	–	–	3	–	1	N=4
OTRAS N=6	5	1	–	2	–	4	N=6
	N=27						N=27

Fuente: Diario de Campo

CODIGOS:

DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
1. MENOS AL PROMEDIO 1-4 DIAS
2. PROMEDIO 5-3 DIAS
3. MAS DEL PROMEDIO 6-12 DIAS

En el grupo experimental 9 de los niños estuvieron hasta o por debajo del promedio en cuanto a su estadía en el hospital. En el grupo control fue similar ya que el mismo número de niños permaneció hasta el promedio en el hospital.

Los niños con síndrome convulsivo duraron el promedio de días que fue de 5 en el grupo experimental y en el grupo control estuvieron dos niños debajo del promedio y 1 día más del promedio.

En general, la mayoría de niños permaneció en el hospital menos de 5 días o sea por debajo del promedio en el grupo experimental y en el grupo control fue casi lo mismo.

Cuadro No. 8
CONDICION EMOCIONAL DE LOS NIÑOS

	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	(0)	(1)	(0)	(1)
1. Respuesta al tratamiento médico.	26	1	25	2
2. Relación con el examinador.	26	1	16	11
3. Apetito.	27	-	22	5
4. Juego.	26	1	14	13
5. Estado Anímico	26	1	14	13
6. Colaboración en la prueba.	26	1	22	5
7. Sueño.	24	0	26	1
	N = 27		N = 27	

Fuente: Hoja de Conducta

CODIGOS:

1. Respuesta al tratamiento médico:	0. Positiva
	1. Negativa
2. Relación con el examinador:	0. Positiva
	1. Negativa
3. Apetito:	0. Bueno
	1. Malo
4. Juego:	0. Interés y juego constructivo
	1. Indiferencia
5. Estado Anímico:	0. Estable
	1. Irritable
6. Colaboración en la Prueba:	0. Interesado
	1. No colabora
7. Sueño:	0. Tranquilo
	1. Intranquilo

En el grupo experimental 26 niños tuvieron una respuesta positiva al tratamiento médico y en el grupo control 25 niños respondieron positivamente al tratamiento médico.

En el grupo experimental 26 niños tienen buena relación con el examinador y en el grupo control 16 niños tienen buena relación con el examinador.

En el grupo experimental todos los niños tienen buen apetito y en el grupo control 22 niños se interesan en el juego y uno no, en el grupo control 14 niños se interesan por jugar y 13 son indiferentes al juego.

En el grupo experimental casi todos los niños son estables en cuanto a su estado anímico y en el grupo control 14 niños son estables y 13 son muy irritables.

Para el grupo experimental solo 1 niño no colabora con la prueba y en el grupo control 22 niños se interesan en la prueba y 5 niños no colaboran con la misma.

Tanto para el grupo experimental como para el grupo control casi todos los niños tienen un sueño tranquilo a excepción de 1 niño del grupo control que tiene un sueño intranquilo.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES

- De la calidad de la relación temprana madre-hijo depende en gran parte el desarrollo emocional del niño.
- La llamada Reacción de Orientación o Respuesta de Orientación es hacia la madre porque en su primera edad es ella quien le atiende con exclusividad.
- La primera respuesta social del recién nacido es la de aprender a identificar a su madre.
- El niño cuya madre le atiende y satisface de inmediato sus necesidades esenciales empieza a vivir en un mundo de confianza.
- Una cualidad básica del amor de la madre hacia su hijo es su capacidad de generarle confianza.
- La presencia de la Madre durante la hospitalización del niño posibilita una mejor atención del mismo.
- Los niños acompañados de su madre mejoran más rápidamente que cuando se quedan solos.
- En el 60% de niños con síndrome convulsivo fue mayor la efectividad de la presencia de la Madre.

RECOMENDACIONES

1. Que se permita la permanencia de la madre junto a su hijo hospitalizado.
2. Que la madre se encargue de los cuidados del niño, tales como bañarlo, cambiarlo y darle alimento.
3. Confiar a la madre, previa instrucción, la administración de medicamentos que no requieran conocimientos o técnicas especiales.
4. Facilitarle a la madre un lugar para guardar sus objetos de uso personal y alguna ropa que lleve consigo, incluyendo un baño.
5. Proporcionarle alimentos mínimos necesarios para su subsistencia.
6. Elaborar un reglamento y darlo a conocer a las Madres para que sepan lo que pueden hacer y lo que deben evitar cuando permanezcan dentro del recinto hospitalario.
7. Aprovechar la permanencia de la madre en el hospital con programas sobre nutrición adecuada, hábitos higiénicos, alimenticios, etcétera.

GLOSARIO

BRONCONEUMONIA:

Inflamación de los pulmones que generalmente, comienza a nivel de los bronquios y se extiende más tarde a los pulmones.

SINDROME CONVULSIVO:

Contracción violenta e involuntaria, de naturaleza morbosa, de los músculos que determina movimientos irregulares.

SINDROME DIARREICO AGUDO:

Evacuación intestinal frecuente, líquida, abundante.

OTRAS ENFERMEDADES:

Entre ellas están vómitos, fiebres de origen desconocido e infecciones urinarias.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J de. Manual de Psiquiatría Infantil.
- Masson S.A. Barcelona 1983.
- Atkin, Lucille y coautores.
- Paso a Paso. Como Evaluar el Crecimiento y Desarrollo de los Niños.
- Editorial Pax. México, 1987.
- Erickson H. Erick. Infancia y Sociedad.
- Ediciones Hormé S.A., Editorial Paidos, Buenos Aires, 1980.
- Mc. Connell, James. Psicología. Nueva Editorial Centroamericana S.A.
- México, 1978.
- Piaget Jean. Seis Estudios de Psicología.
- Editorial Seix Barral, S.A. Barcelona, 1975.
- Plank Emma. El Cuidado Psicológico del Niño Enfermo en el Hospital.
- Editorial Paidos. Buenos Aires, 1966.
- Portillo Madeline y Sanger Sirgay. Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado.
- La Prensa Médica Méxicana.

- Editorial Fournier, S.A. México 1975.

- Singer Robert y Singer Anne. Psicología Infantil. Evaluación y Desarrollo. 45
- Nueva Editorial Interamericana, S.A. México 1971.
- Spitz René. El Primer Año de Vida del Niño.
- Fondo de Cultura Económica, México 1986.
- Wolff, Sula. Trastornos Psíquicos del Niño. Causas y Tratamientos.
- Siglo Veintiuno. México.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.
- Salvat Editores S.A. Barcelona 1977.

ANEXOS

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECCION MATERNO INFANTIL

CLINICA DE PSICOLOGIA
DEPTO. DE PEDIATRIA

EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

HOJA DE CONTROL DE CONDUCTA

A: INFORMACION					
FECHA:					
EDAD:					
1. CONDUCTA					
Berrinches					
Agresividad					
Hiperactividad					
B.T. a la Frust.					
Crisis de ira					
Crisis de miedo					
Crisis de llanto					
Crisis de risa					
Negativismo					
Inestabilidad					
Irritabilidad					
Tics					
Hurto					
Mentira					
Sexualidad precoz					
Violencia					
Espasmo del sollozo					
2. APETITO-ALIMENTACION					
Anorexia					
Hiperfagia					
Vómitos					
Bulimia					
Pica					
Onicofiagia					
Tricotilomanía					
Potomanía					
Aliment. selectiva					
3. SUEÑO					
Sobresaltado					
Discontinuo					
Pesadillas					
Terrores nocturnos					
Somniloquios					
Sonambulismo					
Bruxismo					
Insomnio					
Hipersomnio					
4. ELIMINACION					
Enuresis nocturna					
Enuresis diurna					
Encopresis					
5. TRAST. FISICOS					
Convulsiones					
Alucinaciones					
Ausencias					
Vértigos					
Desmayos					

LILI/CA.

HOJA DE CONTROL DE CONDUCTA

B: OBSERVACION

FECHA						
EDAD						
1. DESARROLLO PSICOMOTOR						
Motor						
Adaptativo						
Lenguaje expresivo						
Lenguaje comprensivo						
Personal-Social						
2. CONDUCTA						
Irritable						
Inquieto						
Inestable						
Destructor						
Dependiente						
Quejumbroso						
Pasivo						
Acepta límites						
Interés en estímulos						
Interés en personas						
Contacto visual						
Acepta contacto físico						
3. ARREGLO E HIGIENE						
Vestido						
Peinado						
Uñas						
C: HISTORIA						
1. ANTECEDENTES						
Familiares						
Embarazo						
Parto						
Hospitalizaciones						
Accidentes						
2. AMBIENTE EMOCIONAL						
Relación padre-hijo						
Relación madre-hijo						
Relación niño-hermanos						
Relación padre-madre						
3. RENDIMIENTO ESCOLAR						
Bajo						
Desadaptación Social						
EVALUO:						

DESDE QUE EL NIÑO EGRESO, DESPUES DE HABER ESTADO HOSPITALIZADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO, HA CONSULTADO NUEVAMENTE POR LA MISMA ENFERMEDAD: SI ☐ NO ☐

HA ESTADO HOSPITALIZADO NUEVAMENTE: SI ☐ NO ☐

LILI/CA.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

CLINICA DE PSICOLOGIA

No. _____

EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
(TEST DE GESELL ADAPTADO)

NOMBRE _____ F. NACIMIENTO _____

EDAD	No.		ITEM	1	2	3	4	OBSERVACIONES
1 MES	1	m	Sup: reflejo tónico-cervical					
	2	m	Pr: gira la cabeza a zona I					
	3	m	Movimientos simétricos sup/inf.					
	4	sm	Manos: ambas cerradas					
	5	sm	Manos: reflejo presión palmar					
	6	sm	Son: suelta inmediatamente					
	7	sm	Camp: reacciona al sonido					
	8	sm	ArCg: lo mira en su línea de visión					
	9	sm	Reflejo: de succión					
	10	l	Expr: indefinida					
	11	l	Art: pequeños ruidos guturales					
	12	se	Llanto: reflejo defensivo					
	13	se	Llanto: consolable					
	14	se	Alim: dos comidas nocturnas					
	15	se	Alerta: respuesta inmediata					

2 MESES	1	m	Sup: cabeza en línea media momentáneamente					
	2	m	Pr: cabeza momentáneamente a zona II					
	3	m	Suspensión ventral: reacción de soporte					
	4	m	Sent. cabeza oscilante					
	5	sm	Son: retiene brevemente					
	6	sm	ArCg: mira la mano del Ex.					
	7	sm	ArCg: lo sigue en 90°					
	8	sm	Camp: respuesta facial					
	9	l	Expr: mirada directa, definida					
	10	l	Art: respuesta vocal social					
	11	se	Llanto: expresivo					
	12	se	Mira al Ex.					
	13	se	Sonríe en correspondencia					
	14	se	Alim: se anticipa					
	15	se	Sueño: períodos ininterrumpidos					

4 MESES	1	m	Sup: predomina cabeza en línea media					
	2	m	Sup: pataleo simultáneo					
	3	m	Pr: cabeza levantada a zona III					
	4	m	Sent: cabeza firme					
	5	m	Par: sustenta parte de su peso					
	6	sm	Manos: juntas en el centro del cuerpo					
	7	sm	Manos: espontánea contemplación					
	8	sm	ArCg: lo sigue en 180°					
	9	sm	ArCg: lo mira, sosteniéndolo en su mano					
	10	sm	Camp: aproximación binaural					
	11	sm	Se lleva objetos a la boca					
	12	l	Art: murmullos					
	13	l	Ríe al estimularla.					
	14	se	Tira ropa sobre su cara.					
	15	se	Sonríe espontáneamente					

CA/Aury

EDAD	No.		I T E M	1	2	3	4	OBSERVACIONES
	1	m	Sup: gueda a posición prona					
	2	m	Sent. con apoyo: tronco recto, cabeza firme					
	3	m	Sent. solo: apoyado en sus manos					
	4	m	Par: sostiene gran parte de su peso.					
	5	sm	Camp: busca origen del sonido -					
	6	sm	Camp: sacude contra la mesa					
7	7	sm	Camp: transfiere de mano.					
	8	sm	Cu: retiene uno al presentarle el segundo.					
MESES	9	sm	Bol: presión radial					
	10	l	Art: parloteo espontáneo					
	11	l	Distingue rostros conocidos					
	12	l	Sonidos en respuesta					
	13	se	Se interesa en los juguetes.					
	14	se	Esp: acaricia su imagen.					
	15	se	Alim: semisólidos y sólidos.					

OBSERVACIONES: _____

	1	m	Sent. solo: buen control postural					
	2	m	Par: se incorpora, apoyado					
	3	m	Par: sostiene todo su peso					
	4	m	Gateo.					
	5	sm	Camp: sacude espontáneamente (ed/cd).					
	6	sm	Cu: busca y toca dentro de la taza.					
10	7	sm	Cu: golpea uno contra el otro.					
	8	sm	Bol: incipiente presión en pinza.					
MESES	9	l	Voc: 3 palabras					
	10	l	Responde a su nombre					
	11	l	Compr: reacciona al "no, no"					
	12	l	Gestos de adiós o palmaditas.					
	13	se	Ríe cuando juegan con él.					
	14	se	Muestra un juguete a otra persona					
	15	se	Alim: sostiene su pacha solo.					

OBSERVACIONES: _____

	1	m	Par. solo: momentáneamente					
	2	m	Par: se traslada, apoyado					
	3	m	Camina sostenido de una mano.					
	4	sm	Cu: saca de la taza.					
	5	sm	Cu: intenta torre de 2 (cd)					
	6	sm	Cu: juega sucesivamente					
12	7	sm	Bol: meta presión en pinza					
	8	sm	Tbl: remueve bloque redondo (cd)					
MESES	9	sm	Pel: lanza con la mano (cd).					
	10	l	Voc: 5 palabras					
	11	l	Compr: "dame o alcánzame".					
	12	l	Reacciona al escuchar música.					
	13	se	Coopera cuando le visten.					
	14	se	Le gusta la compañía de otros niños.					
	15	se	Alim: con ayuda, bebe de la taza.					

OBSERVACIONES: _____

Org: CA/Aury

NOMBRE: _____ FECHA NAC. _____

EDAD	No.		I T E M	1	2	3	4	OBSERVACIONES
15 MESES	1	m	Inicia unos pocos pasos y se para.					
	2	m	Esc: sube gateando (2 o más peldaños).					
	3	sm	Cu: torre de 2 (sd)					
	4	sm	Bol: introduce en la botella (sd)					
	5	sm	Tbl: inserta bloque redondo (sd)					
	6	sm	Dib: incipientes trazos (cd)					
	7	l	Voc: 4-6 palabras, incluyendo nombres.					
	8	l	Usa jerigonza					
	9	l	Señala, parlotea cuando desea algo.					
	10	l	Reconoce objetos familiares. (1+)					
	11	l	Lbr: acaricia imágenes.					
	12	se	Tira o rechaza objetos					
	13	se	Elim: indica ropas mojadas					
	14	se	Alim: usa cuchara, derrama parte					
	15	se	Alim: inhibe voltear su plato					

OBSERVACIONES: _____

18 MESES	1	m	Camina solo, cae rara vez					
	2	m	Esc: sube sostenido de una mano					
	3	m	Sent: se sienta solo en silla pequeña					
	4	m	Pel: patea (cd).					
	5	sm	Cu: mete 10 en la taza (sd/cd)					
	6	sm	Cu: torre de 3-4 (sd/cd)					
	7	sm	Tbl: apila los 3 bloques					
	8	sm	Dib: garabateo espontáneo. (sd)					
	9	sm	Recupera objetos escondidos: varía métodos					
	10	l	Lbr: nombra o señala dibujos (1+)					
	11	l	Voc: 10 palabras, incluyendo nombres.					
	12	l	Pel: cumple órdenes. (2+).					
	13	se	Jue: inicia actividades					
	14	se	Acaricia, transporte un juguete					
	15	se	Lleva y trae objetos o mensajes.					

OBSERVACIONES: _____

21 MESES	1	m	Se agacha jugando					
	2	m	Esc: sube y baja sostenido de una mano.					
	3	m	Trepa en la silla grande.					
	4	m	Camina hacia atrás (cd)					
	5	sm	Cu: torre de 5-6 cubos (sd/cd)					
	6	sm	Tbl: coloca 2 bloques (cd)					
	7	sm	Dib: incipiente trazo vertical (cd)					
	8	l	Voc: 20 palabras					
	9	l	Pide comida o bebida					
	10	l	Señala partes corporales (2+)					
	11	l	Pel: cumple órdenes (3+)					
	12	se	Jue: imita acciones de los adultos					
	13	se	Elim: control diurno, supervisado					
	14	se	Alim: distingue sustancias comestibles					
	15	se	Alim: come y bebe solo, derrama poco.					

OBSERVACIONES: _____

Org. CA/Aury

EDAD	No.		ITEM	1	2	3	4	OBSERVACIONES
	1	m	Corre bien, sin caerse					
	2	m	Pel: patea (sd)					
	3	m	Esc: sube y baja solo.					
	4	sm	Cu: torre de 6-7 (sd/cd)					
	5	sm	Tbl: coloca 3 bloques (sd)					
	6	sm	Dib: trazos circulares (cd)					
24	7	sm	Recupera objetos escondidos: repr. mental					
MESES	8	sm	Lbr: vuelve las páginas una a una.					
	9	l	Lbr: nombra (3+) y señala (5+) dibujos					
	10	l	Voc: 50 palabras					
	11	l	Dice su nombre					
	12	l	Combina 2-3 palabras					
	13	se	Jue:paralelo					
	14	se	Elim: verbaliza necesidades regularmente					
	15	se	Circula por la casa libremente					

OBSERVACIONES:

RECORD DEL DESARROLLO GRAFICO:

Orig. CA/Aury

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL GENERAL - DEPTO DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICOLOGIA

No. _____

EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR II

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ No. Afiliación _____

EDAD	No.		ITEM	1	2	3	4	OBSERVAC.
2 1/2 AÑOS	1	m	Se para en un pie con ayuda (c.d.)					
	2	m	Salte con ambos pies (c.d.)					
	3	sm	Cu: torre de 8					
	4	sm	Dib: copia trazos verticales (c.d.)					
	5	sm	Dib: imita una cruz (c.d.)					
	6	sm	F.Geog: aparea (1+)					
	7	l	Cuenta: un cubo					
	8	l	Responde: "¿que estás haciendo?"					
	9	l	Responde: "sí" o "no"					
	10	l	Lam: identifica objetos por su uso. (2+)					
	11	l	Lam: nombra dibujos (5+)					
	12	l	Pel: 4 órdenes (silla, mesa, mamá, examinador) (4+)					
	13	se	Esq. Corp.: señala partes (4+)					
	14	se	Ayuda a guardar objetos en su lugar					
	15	se	Juega y comparte juguetes					

3 AÑOS	1	m	Equilibrio momentáneo en un pie (c.d.)					
	2	m	Salta de una grada					
	3	m	Triciclo: usa pedales					
	4	sm	Ensarta cuentas (3+)					
	5	sm	Cu: imita un puente (c.d.)					
	6	sm	Dib: copia un círculo (c.d.)					
	7	sm	Dib: imita un cuadrado (c.d.)					
	8	sm	TbI: invertido, coloca 3 bloques					
	9	l	Lam: nombra dibujos (8+)					
	10	l	Usa plurales					
	11	l	Conceptos: niña-niño (Dice su sexo)					
	12	l	Responde preguntas: sueño, hambre, frío. (1+)					
	13	se	Come solo (cuchara o tenedor;vaso): derrama poco					
	14	se	Esc: regularizado día y noche, con supervisión.					
	15	se	Transporta objetos frágiles					

3 1/2 AÑOS	1	m	Parado sobre un pie (3 seg) (c.d.)					
	2	m	Control de movimientos gruesos (trepar, saltar, correr)					
	3	sm	Conceptos: grande - pequeño (láminas) (3+ de 3)					
	4	sm	Dib: copia un círculo (s.d.)					
	5	sm	Toca el dedo pulgar con los otros dedos					
	6	sm	FigGeog: aparea (5+)					
	7	l	Responde preguntas: sueño, hambre, frío (2+)					
	8	l	Lg: refiere acciones (3+)					
	9	l	Lam: nombra dibujos (10+)					
	10	l						
	11	se	Dice su nombre y el de sus padres					
	12	se	Se lava y seca manos y cara, solo					
	13	se	Juego asociativo con otros niños					
	14	se	Puede ponerse ropas sencillas solo.					
	15	se	Ayuda en pequeñas tareas					

Edad	No.	Item	1	2	3	4	Observ.
4 AÑOS	1 m	Par: talón punta, ojos cerrados.(15seg)					
	2 m	Esc: sube y baja alternando los pies					
	3 sm	DFH: 4 partes					
	4 sm	Dib: copia un cuadrado (s.d.)					
	5 sm	Tocarse nariz con dedos índes (izq.yder)					
	6 sm	Usa tijeras					
	7 sm	Rompecabezas: 3 partes					
	8 l	Cuenta: 3 cubos					
	9 l	Reconoce colores primarios (3+)					
	10 l	Dice oraciones completas: usa artículos					
	11 l	Conceptos: pesado-liviano(pesos)(3+de3)					
	12 l	Conceptos:adelante-atrás(pelota)(3+de3)					
	13 se	Se viste y desviste con supervisión					
	14 se	Combina elementos al jugar					
	15 se	Juega cooperativamente con otros niños					

Edad	No.	Item	1	2	3	4	Observ.
4 1/2 AÑOS	1 m	Salta con ambos pies en el mismo lugar: pies juntos (7)					
	2 m	Sent: círculos en el aire con índices: brazos horizontales					
	3 sm	Esc: sube y baja solo					
	4 sm	Figuras incompletas: (3+) (15 mina)					
	5 sm	Semejanzas y diferencias (3+) (15 mina)					
	6 sm	Dib: imita un triángulo (s.d.)					
	7 sm	Conceptos más o menos (láminas)(3+de3)					
	8 l	Cuenta: 5 cubos					
	9 l	Lam: identifica por su uso (comida, llueve, leche, barrer. (4+)					
	10 l	Memoria p/nombrar objetos(3+)(juguetes)					
	11 l	Analogías opuestas: (3+)(fichas)					
	12 l	Repite oraciones: (1+) (ficha)					
	13 se	Control total de esfínteres(diur/noct)					
	14 se	Esq. Coro: señala y nombra (+8)					
	15 se	Sociable y conversador					

Edad	No.	Item	1	2	3	4	Observ.
5 AÑOS	1 m	Par:en puntas de pies:pies juntos(10se)					
	2 m	Pel: rebota, apaña					
	3 sm	Rompecabezas					
	4 sm	Papel: doble en diagonal					
	5 sm	Figuras incompletas: (3+) (lámina)					
	6 sm	Dib: copia un triángulo (s.d.)					
	7 sm	DHF: 6 partes					
	8 l	Nombra y agrega colores (4+) (cubos)					
	9 l	Dice pequeños versos o canciones inf.					
	10 l	Conceptos: cerca-lejos (pelota)(3+de3)					
	11 l	Repite oraciones: (1+) (ficha)					
	12 l	Repite oraciones: (1+) (ficha)					
	13 se	Control total de esfínteres(diur/noct)					
	14 se	Participa en juegos de competencia					
	15 se	Se viste y desviste completamente solo					

Pelota: _____

Sombrero: _____