

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL  
SUPERVISADO –EPS–**

**“AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL  
DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL FUNDACIÓN PEDIÁTRICA  
GUATEMALTECA”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO –ETS–  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**SHARON PAOLA SANDOVAL FIGUEROA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
TÉCNICA UNIVERSITARIA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2019**

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

**DIRECTOR**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal

**SECRETARIA**

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

Astrid Theilheimer Madariaga  
Lesly Danineth García Morales

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG. 624-2017  
CODIPs.2313-2019

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

08 de noviembre de 2019

Estudiante  
Sharon Paola Sandoval Figueroa  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO CUARTO (14º.) del Acta SETENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (76-2019) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de noviembre de 2019, que copiado literalmente dice:

“**DÉCIMO CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: “**AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL FUNDACIÓN PEDIÁTRICA GUATEMALTECA**”, de la carrera de: Profesorado en Educación Especial, realizado por:

**Sharon Paola Sandoval Figueroa**

**CARNÉ No. 2014-00965**  
**CUI: 2399 93071 0101**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Jeniffer Mariela Arenales Minchez y revisado por el Licenciado Francisco José Ureta Morales. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal  
SECRETARIA

/Gaby

Reg. 624-2017  
E.P.S. 151-2017

28 de octubre del 2019

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

**Sharon Paola Sandoval Figueroa**, carné No **201400965 DPI 2399-93071 0101**, titulado:

**“AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL  
DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL FUNDACIÓN  
PEDIÁTRICA GUATEMALTECA.”**

De la carrera de **Profesorado en Educación Especial**

Así mismo, se hace constar que la **revisión** del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Francisco José Ureta Morales, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Rosa Pérez de Chavarría  
**COORDINADORA DE E.P.S.**



Reg. y Control Académico  
Expediente



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas



Reg. 624-2017  
E.P.S. 151-2017

28 de octubre del 2019

Licenciada  
Rosa Pérez de Chavarría  
Coordinadora del Departamento de E.P.S.  
Escuela de Ciencias Psicológicas –CUM–

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la **revisión** del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

**Sharon Paola Sandoval Figueroa**, carné No **201400965 DPI 2399-93071 0101**, titulado:

**“AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL FUNDACIÓN PEDIÁTRICA GUATEMALTECA.”**

De la carrera de **Profesorado en Educación Especial**

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"  
  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Ejercicio Profesional Supervisado  
REVISOR  
Licenciado Francisco José Ureta Morales  
REVISOR

c. Expediente

Reg. 624-2017  
E.P.S. 151-2017

24 de julio del 2019

Licenciada  
Rosa Pérez de Chavarría  
Coordinadora del Departamento de E.P.S.  
Escuela de Ciencias Psicológicas –CUM-

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado –ETS- de

**Sharon Paola Sandoval Figueroa**, carné No 201400965 DPI 2399-93071 0101, titulado:

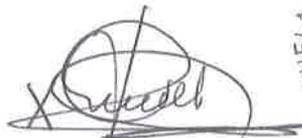
**“AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL FUNDACIÓN PEDIÁTRICA GUATEMALTECA.”**

De la carrera de Profesorado en Educación Especial

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Jeniffer Mariela Arenales Minchez  
**ASESORA-SUPERVISORA**



c. Expediente



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas



c.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg.624-2017  
CODIPs.1486-2017  
De Aprobación de Proyecto ETS

23 de junio de 2017

Estudiante  
Sharon Paola Sandoval Figueroa  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO CUARTO (14º.) del Acta TREINTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (39-2017) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de junio de 2017, que literalmente dice:

**“DÉCIMO CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“AVANCES EVIDENTES AL EJECUTAR ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELLECTUAL FUNDACIÓN PEDIÁTRICA GUATEMALTECA”**, de la carrera técnica de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

**Sharon Paola Sandoval Figueroa**

**CARNÉ No. 201400965**

Dicho proyecto se realizará en Ciudad capital, asignándose a la Licenciada Luisa Carrillo, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Pablo Tzoy, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal  
SECRETARIA

/Gaby



Guatemala, septiembre de 2017

Licenciado Pablo Tzoy  
Supervisor  
Departamento de Ejercicio Técnico Supervisado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

A quien interese:

Reciba un cordial saludo en nombre de Fundación Pediátrica Guatemalteca, deseándole éxitos en todas sus actividades. Por este medio hago de conocimiento que la estudiante **SHARON PAOLA SANDOVAL FIGUEROA**, con el número de carné **201400965** realizó su Ejercicio Técnico Supervisado, en la unidad del Programa Inclusión Escolar, previo a obtener el título de Profesorado en Educación Especial durante el ciclo 2017.

En el tiempo de ETS la estudiante llenó los requisitos que corresponden, no teniendo hasta la fecha ninguno pendiente.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente.

Atentamente,

Licda. Luisa Fernanda Carrillo  
Fundación Pediátrica Guatemalteca

Coordinadora del Programa Inclusión Escolar

Licda. Luisa Fernanda Carrillo  
Psicóloga Clínica  
Educatriz Especial  
Colegiado No. 8514

## **Madrinas de Graduación**

Luisa Fernanda Carrillo Rosales

Licenciada en Psicología

Colegiado Activo: 8519

Wendy Roxana González Dardón

Licenciada en Psicología

Colegiado Activo: 8835

## **Dedicatoria**

- A Dios: Por ser mi amigo fiel, por su misericordia y gran amor, por iluminar mi vida y darme la bendición de haber culminado una etapa muy importante y desde ya gracias por todas las bendiciones tanto profesional como personalmente.
- A mi Madre: Gladys Figueroa por todo el amor, apoyo y consuelo. Porque siempre has estado conmigo cuando más te he necesitado has sido un modelo de madre inigualable te amo con todo mi corazón eres lo más hermoso de mi vida.
- A mi hermana: Alejandra Mérida gracias por toda la ayuda, apoyo y amor que me has brindado, te amo mucho. Deseo que este triunfo sea de ejemplo para tu futura formación como profesional.
- A mi padre: Edwin Mérida gracias por tu apoyo, dedicación y cariño.
- A mi novio: Bani Agustín Desearía tanto que hubieses estado aquí para celebrar juntos, quiero dedicarte este triunfo y agradecerte por ser mi inspiración y haberme motivado a seguir siempre adelante siendo mejor cada día, gracias por tanta felicidad, tanto apoyo, tanto amor, por hacer que parte de mi carrera tan especial y llena de recuerdos valiosos para mi vida porque tú estuviste a mi lado incondicionalmente. Siempre estarás en mi mente y mi corazón. Te amo para siempre.
- A mis amigos: Melissa, Debby, Andrea, Zoe, Sonia y Rocío. Gracias por el apoyo y aprecio, son una parte importante en mi vida, las quiero a todas. En especial a Gabriela, fuiste tan especial desde el primer día de universidad Dios me permitió conocerte y recorrer contigo tantas experiencias personales y profesionales, gracias por tu valiosa amistad, amor y apoyo en los momentos más difíciles de mi vida. te quiero mucho.

## **Agradecimientos**

- A: Universidad de San Carlos de Guatemala. Por ser el centro de enseñanza que inculcó en mí la responsabilidad, el trabajo y la dedicación.
- A: La Escuela de Ciencias Psicológicas. Por ser mi segundo hogar y por haberme permitido pasar dentro de sus aulas viviendo buenos y difíciles momentos que la carrera conlleva y por crear en mí el amor a mi carrera.
- A: Licda. Jeniffer Arenales y Lic. Pablo Tzoy. Por su esfuerzo, dedicación y paciencia.
- A: Licda. Luisa Carrillo. Por ser ejemplo a seguir y darme la oportunidad de vivir experiencias profesionales como Educadora Especial.
- A: Licda. Wendy González. Por su acompañamiento, apoyo y aprecio.
- A: A la familia Agustín por su apoyo, amor incondicional y permitirme vivir junto a ellos momentos únicos y especiales.

## Resumen

El presente trabajo hace referencia al Ejercicio Técnico Supervisado (ETS) del Profesorado en Educación Especial, se llevó a cabo en la ciudad de Guatemala, en la Fundación Pediátrica Guatemalteca, ubicada en la 4ª. Avenida 1-47, zona 1. La Fundación Pediátrica Guatemalteca presta 14 unidades médicas que incluyen desde pediatría hasta un hospital para la atención médico-quirúrgica, al igual que programas de desarrollo educativo y otros servicios psicológicos que evidencian un crecimiento tanto en el paciente como en la institución.

La Fundación Pediátrica Guatemalteca, fue el centro asignado para elaborar dicho trabajo. La población que asiste son niños y niñas de familias de escasos recursos del país. Este ejercicio se llevó a cabo con niños y niñas al igual que con padres de familia del área de “Inclusión Escolar” en el departamento de Psicología dentro de la Fundación, estableciendo como título al proyecto: “Avances evidentes al ejecutar estimulación temprana en el diagnóstico de Discapacidad Intelectual”. en el cual se realizó tres ejes centrales que se dividen en: servicio, docencia e investigación. Estos ejes fueron elaborados de la siguiente forma:

Durante el eje de servicio se realizó dos tipos de atención uno de ellos fue la intervención individualizada para la evaluación, elaboración y entrega de informes psicopedagógicos; el segundo fue intervención grupal realizando un plan de tratamiento en base a los informes psicopedagógicos, cubriendo las necesidades de cada uno de los niños y niñas.

En el eje de docencia se utilizó la metodología participativa, creando un ambiente de confianza y libertad para los padres de familia de los niños del programa Inclusión Escolar del aula Estimulación Temprana, ofreciendo talleres y capacitación para la intervención en estimulación temprana en casa cubriendo las áreas del desarrollo del niño como: motricidad gruesa y fina, cognición, lenguaje, autonomía y área socioafectiva; se estableció un trabajo con compromiso diario llevando un cuaderno con actividades diarias para realizar en casa, los padres de

familia se comprometieron a llenar el registro de descripciones como: la experiencia, las dificultades y los logros alcanzados; esto beneficio para llevar el control de logros alcanzados para el niño y por parte de los padres de familia a sensibilización de crear un compromiso, motivación y satisfacción individual para el aprendizaje en la intervención de sus hijos.

Por último, en el eje de investigación el objetivo principal fue demostrar los avances evidentes al llevar una estimulación temprana de forma integral: casa e institución. Se ejecutó una investigación cuasiexperimental donde el instrumento de medición se utilizó la escala del desarrollo EDIN. Realizando la evaluación a cada uno de los niños y niñas del aula estimulación temprana al inicio y posteriormente a seis meses el post-test para evidenciar los logros alcanzados.

En el proceso de intervención surgieron distintas cuestiones en cuanto a los diagnósticos de Retraso Global del Desarrollo y Discapacidad Intelectual; la inteligencia es una capacidad mental que genera los procesos cognitivos de procesamiento de resolución de problemas, aprendizaje, pensamiento abstracto, comprensión, entre otras. En cuanto al diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo se define como un retraso revelador en dos o más áreas del neurodesarrollo como motricidad gruesa-fina, lenguaje, cognición, autonomía y desarrollo social, este diagnóstico se emplea en niños menores de cinco años colocándolo como un predictor para un futuro diagnóstico de Discapacidad Intelectual el cual se emplea en niños mayores de cinco años. Es importante conocer los criterios diagnósticos de ambas formas, identificar cada uno de los datos clínicos claves que contribuyan con el sustento de información para determinar un diagnóstico predeterminado.

## Introducción

El Ejercicio Técnico Supervisado se llevó a la práctica en la ciudad de Guatemala, en la Fundación Pediátrica Guatemalteca en la unidad de Psicología, en el área de Inclusión Escolar, que tiene como misión prestar servicio profesional a la población con discapacidad, de forma integral, promoviendo la independencia, por medio de diferentes herramientas que fortalezcan las áreas del desarrollo del niño o niña como: motricidad fina o gruesa, cognitiva, lenguaje, autonomía y área afectiva, con el fin de lograr una mejor adaptación en el medio social, siendo un ente completo y feliz.

Fundación Pediátrica guatemalteca ofrece servicios de terapias individuales y grupales de educación especial, terapias de neuronet y terapias del lenguaje, los programas de la jornada matutina se dividen en:

- ✓ Programa avanzado
- ✓ Intermedio
- ✓ Inicial
- ✓ Estimulación temprana.

Es importante mencionar el papel que ejercen los padres de familia alrededor de su hijo con discapacidad, ya que se ven afectados por una serie de cambios en sus expectativas y por no conocer técnicas y estrategias para abordar las dificultades en su desarrollo. La falta de estimulación y de cuidados a temprana edad, tiene efectos devastadores e irreversibles en el desarrollo, el cual se ver reflejado en las áreas del desarrollo y posteriormente la falta de autonomía. Por el contrario, las expectativas ricas y positivas, durante la primera infancia, se crean efectos favorables, potencializando a los niños y niñas en la adquisición de nuevos aprendizajes y un óptimo desarrollo de todas sus áreas y destrezas para la resolución de problemas, desarrollo de la independencia y formación de relaciones sociales con personas de su entorno.

Cada niño posee un desarrollo diferente, pero la diferencia para la potencialización del desarrollo de estas es a la estimulación que sea expuesto para desenvolverlas. Durante los primeros años de vida la estimulación temprana que se le dé al niño o niña influye grandemente en el crecimiento y desarrollo de la plasticidad cerebral y desarrollo físico, más que en cualquier otra etapa de su vida.

La estimulación temprana se le llama así, debido a que inicia desde los primeros años de vida trabajando con estrategias acorde a su edad y madurez con la finalidad de desarrollar sus habilidades y destrezas, sin presionar, ni acelerar ningún proceso de desarrollo. La estimulación es una manera lúdica, creativa y con base científica para trabajar las estrategias que invitan al niño o niña a experimentar y explorar cosas nuevas iniciando a desarrollar y optimizar su desarrollo motriz, lenguaje, cognición, habilidades sociales y de independencia de manera inconsciente, promoviendo un desempeño en su futuro y adquisición de aprendizajes nuevos.

En Guatemala no se cuenta con información, capacitación ni motivación para los padres de familia en esta área, debido a los altos costos, el grado de analfabetismo, falta de importancia e información; estos aspectos han influido a que la población desconozca los beneficios de la estimulación temprana. Los padres de familia se ven en la necesidad de llevar a sus hijos a guarderías del estado en horarios completos, no porque no quieran dedicarse a ellos, sino porque necesitan de un lugar para dejar al cuidado mientras ellos trabajan.

El ETS se inició con la recaudación de datos en Fundación Pediátrica Guatemalteca con sus eventos históricos más importantes, al igual que los principales hechos sociales sucedidos en el lugar, siendo fundada en 1984, como una organización privada, sin fines de lucro; con el propósito de unir esfuerzos con el gobierno de Guatemala para brindar a la sociedad guatemalteca un servicio de salud para personas de escasos recursos.

En el capítulo uno se describe la población que se atendió, donde se incluyeron aspectos socioculturales, ideológico-políticos y organizacionales, al igual que detección de los principales problemas a abordar. En el capítulo dos se describe la problemática y acciones de abordaje para cumplir con los objetivos que se plantearon al desarrollar el proyecto. En el capítulo tres se describen la planificación sobre las acciones que se realizó a lo largo del proyecto.

El objetivo principal de este proyecto fue dar a conocer a padres con hijos con retraso en el desarrollo global, técnicas de estimulación temprana para abordar áreas donde tengan dificultad y llevarlos a un desarrollo óptimo, mejorando su calidad de vida. Este proceso permitió descubrir la atención, dedicación y deficiencias por parte de los padres de familia hacia la estimulación temprana de sus hijos o hijas.

Los aspectos con mayor importancia es la preocupación por la falta de capacitación, información, compromiso y motivación para los padres de familia en la estimulación. Esto provoca que los niños no sean estimulados de forma apropiada, oportuna y en base a sus necesidades. Lo cual originó la propuesta para implementar una guía y orientación de estimulación temprana para padres de familia; facilitando el desempeño, la formación y motivación para optimizar el desarrollo en sus primeros años de vida. Se ofreció a sus hijos o hijas una atención adecuada, permitiendo la oportunidad de disfrutar nuevas experiencias, aprendizajes. Además, se fortaleció el vínculo paterno.

En el capítulo cuatro se describen los resultados de la intervención que llevó acabo; se demostró que efectuar la estimulación temprana por medio de los padres de familia, se construye un espacio valioso para afianzar el vínculo afectivo con sus hijos; lo cual les permitió momentos de compartir y dedicar para actividades disfrutando de la compañía y el afecto. Asimismo, se equiparon de estrategias de intervención para la estimulación del desarrollo de acuerdo con las necesidades, aplicando en la vida cotidiana y por último, en el capítulo cinco se expone las

Conclusiones y recomendaciones que se realizó al finalizar el Ejercicio Técnico Supervisado.



## Índice

Resumen	
Introducción	
Capítulo I .....	17
Antecedentes .....	17
1.1. Aspecto Histórico y Antropológico .....	17
1.2. Aspecto Sociocultural .....	19
1.3. Aspecto Socioeconómico .....	21
1.4. Aspecto Ideológico Político .....	25
1.5. Descripción de la Institución .....	27
1.6. Descripción de la Población .....	34
1.7. Planteamiento de los Problemas / Necesidades Psicosociales .....	36
Capítulo II .....	40
Referente Teórico Metodológico .....	40
2.1 Abordaje Teórico de los Problemas/Necesidades Psicosociales.....	40
2.1.1. Estimulación Temprana .....	40
2.1.2. Desarrollo del Niño .....	42
2.1.3. Desarrollo Motor .....	44
2.1.4. Desarrollo Cognitivo .....	46
2.1.5. Desarrollo del Lenguaje .....	46
2.1.6. Desarrollo Social Afectivo .....	47
2.1.7. Trastorno del Espectro del Autismo .....	47
2.1.8. Discapacidad Intelectual .....	49
2.1.9. Retraso Global del Desarrollo .....	50
2.1.10. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH).....	51
2.1.11. Impulsividad e Hiperactividad .....	52
2.2. Objetivo General .....	54
2.3. Objetivos Específicos.....	54

2.3.1. Servicio.....	54
2.3.2. Docencia.....	54
2.3.3. Investigación.....	55
2.4. Metodología .....	56
2.5. Subprograma de Servicio.....	57
2.6. Subprograma de Docencia .....	60
2.7. Subprograma de Investigación.....	62
2.4.1. Fases del Proceso de ETS .....	63
2.4.2. Sub Programa de Servicio .....	63
2.4.2.1. Diagnóstico .....	63
2.4.2.2. Inmersión .....	64
2.4.2.3. Planificación:.....	64
2.4.2.4. Ejecución .....	65
2.4.2.5. Sistematización.....	65
2.4.2.6. Monitoreo.....	65
2.4.2.7. Evaluación .....	66
2.4.2.8. Cierre de Procesos .....	66
2.4.3. Sub Programa de Docencia .....	66
2.4.3.1. Diagnóstico .....	66
2.4.3.2. Inmersión.....	67
2.4.3.3. Planificación .....	67
2.4.3.4. Ejecución .....	68
2.4.3.5. Sistematización.....	68
2.4.3.6. Monitoreo.....	68
2.4.3.7. Evaluación .....	69
2.4.4. Sub Programa de Investigación .....	69
2.4.4.1. Diagnóstico .....	69
2.4.4.2. Inmersión.....	69
2.4.4.3. Planificación .....	70
2.4.4.4. Ejecución .....	70
2.4.4.5. Sistematización.....	70

2.4.4.6. Monitoreo.....	70
2.4.4.7. Evaluación .....	71
2.5. Técnicas e instrumentos eje de servicio.....	71
2.6. Técnicas e instrumentos eje de docencia .....	72
2.7. Técnicas e instrumentos eje de investigación .....	72
Capítulo III .....	73
Presentación de Actividades y Resultados.....	73
3.1 Sub Programa de Servicio: .....	73
3.2. Sub Programa de Docencia .....	77
3.3. Sub Programa de Investigación .....	80
Capítulo IV .....	89
Análisis y Discusión de Resultados.....	89
4.1. Sub Programa de Servicio .....	89
4.2. Sub Programa de Docencia .....	91
4.3. Sub Programa de Investigación .....	93
Capítulo V .....	96
Conclusiones y Recomendaciones .....	96
5.1. Conclusiones .....	96
5.1.1. Conclusiones Generales.....	96
5.1.2. Sub Programa de Servicio .....	96
5.1.3. Subprograma de Docencia .....	97
5.1.4. Sub Programa de Investigación .....	97
5.2. Recomendaciones .....	98
5.2.1. Recomendaciones Generales.....	98
5.2.2. Sub Programa de Servicio .....	99
5.2.3. Sub Programa de Docencia.....	99
5.2.4. Sub Programa de Investigación .....	100
5.3. Bibliografía.....	101
5.4 Anexos.....	103

# Capítulo I

## Antecedentes

### 1.1. Aspecto Histórico y Antropológico

Para la siguiente información se entrevistó al Doctor Francisco Batres colega del Doctor Luis Morales fundador de la Fundación Pediátrica Guatemalteca, la cual fue creada en el año 1985 por iniciativa del Dr. Luis Genaro Morales Padilla, quien se interesó por la salud de la niñez guatemalteca. El Dr. Morales, estudió para ser médico en la Universidad San Carlos de Guatemala. Al finalizar su carrera como médico, tuvo la oportunidad de ir a España a especializarse en cirugía pediátrica.

En su estadía en España conoció distintas fundaciones las cuales prestaban servicios médicos a personas con escasos recursos; realizando actividades de lotería para beneficio a estas personas. Al regresar a Guatemala, pensó en crear una fundación que se dedicara a lo mismo. Así que decidió asociarse con el Dr. Francisco Batres y el Dr. Fernando Estrada, juntos pensaron en una institución que atendiera específicamente a niños de familias con escasos recursos, utilizando como base los fondos que se recaudan de la lotería para que los pacientes pagaran una mínima donación por el servicio.

Fundación Pediátrica Guatemalteca inició en octubre del año 1984 con una clínica pediátrica y una clínica de odontología en la casa del Dr. Morales, ubicada en la 4ta avenida 1-42 zona 1. Finalmente, en agosto del año 1985 obtiene oficialmente el permiso legal para continuar con los servicios.

A finales de los años 80 el Dr. Luis Genaro Morales Padilla junto a sus asociados, logran a través de gestiones internacionales la donación de equipo médico y remodelación de las instalaciones de FPG; al igual que se desarrolló el

proyecto de lotería y apuestas en la confederación deportiva para recaudar fondos.

A partir de estos proyectos la Fundación fue incrementando sus servicios a principios del 2003, donde la junta directiva pensó en crear diferentes unidades de atención y se plantearon distintas propuestas; las cuales fueron aprobadas y a raíz de esto decidieron realizar la compra de una casa que se ubica al frente de las clínicas centrales, para iniciar con el proyecto de las unidades de psicología, rehabilitación y farmacia.

A principios del 2006, el Ministerio de Salud crea un proyecto llamado “Extensión de Cobertura”; este plan consistía en contratar fundaciones sin fines lucrativos para que brindaran servicios especializados para niños, dando un aporte anual para cubrirlos. En este proyecto se aplicaron distintas fundaciones, una de ellas fue Fundación Pediátrica Guatemalteca que inició con un aporte de 2 millones de quetzales para las unidades de medicina y odontología. Con el pasar del tiempo el Ministerio de Salud incrementó el aporte para cubrir los gastos de las unidades de psicología y rehabilitación facilitando un subsidio anual.

La unidad de psicología inicio ofreciendo psicoterapias individuales. La población que se atendía mostró una necesidad de apoyo educativo ya que presentaban problemas de aprendizaje, autismo, discapacidad intelectual, entre otros, por lo que la coordinación de psicología presentó una propuesta a la junta directiva de un programa de “Inclusión Escolar” para apoyar a niños con necesidades educativas especiales; la propuesta fue analizada por los miembros de la junta directiva de FPG.

A principios del 2010 el proyecto fue aprobado y decidieron alquilar la casa de al lado de la unidad de psicología para llevar a cabo el proyecto de Inclusión Escolar. Se inició atendiendo en la jornada matutina, ofreciendo terapias grupales de educación especial, lenguaje y neuronet. Durante el transcurso del año la población fue incrementado con éxito, a tal punto que se vio la necesidad de abrir

otro proyecto dentro del mismo programa que atendiera a adultos con discapacidad, orientados a un servicio laboral; este taller se abrió en la jornada vespertina en el cual los jóvenes realizan distintas actividades de cocina, bisutería, carpintería, entre otros.

Actualmente Fundación Pediátrica Guatemalteca cuenta con todas sus unidades de servicio. Sin embargo, lamentablemente el Ministerio de Salud redujo el aporte anual en un 85%, por lo que se vieron obligados a incrementar las cuotas de donaciones de los servicios que se ofrecen a la población. Las unidades de atención únicamente tienen el soporte de las donaciones de los pacientes.

## **1.2. Aspecto Sociocultural**

La mayoría de los habitantes que residen en la zona 1 también conocido como “Centro Histórico” pertenecen a la clase social media – baja. El Centro Histórico es el área que corresponde a los límites de la traza original de la ciudad donde se ubican edificios emblemáticos para nuestro país entre estos: el Palacio Nacional de la Cultura. Fue construido por el general Jorge Ubico Castañeda. La sede del gobierno de Guatemala de 1943 a 1998, año en el que fue convertido en un espacio dedicado para diversas actividades artísticas y exposiciones de pintura y escultura. Se declaró monumento histórico el 7 de noviembre de 1980.

La Catedral Metropolitana es la iglesia principal del Arquidiócesis de Guatemala y está localizada frente al costado este de la Plaza de la Constitución en Centro Histórico. El edificio fue construido entre 1782 y 1814 y las torres fueron completadas en 1867; tiene elementos propios del neoclásico y ha resistido a numerosos terremotos. La Iglesia San Sebastián se considera la primera iglesia y se construyó en 1778 y se nombró Capilla de Nuestra Señora del Manchen. La iglesia de San Sebastián se ubica a cuatro manzanas al norte de la plaza central. Uno de los hechos históricos que guarda este centro parroquial es el que sucedió

durante la noche del 26 de abril del 1998 cuando en su interior fue asesinado el Obispo Juan José Gerardi Conedera, en la Casa Parroquial de la misma iglesia; solamente a los dos días después de haber publicado el informe de recuperación de la Memoria Histórica REMHI.

El barrio de San Sebastián es uno de los más populares de la zona 1 de la capital, siendo otro edificio emblemático de este sector el colegio católico San Sebastián; el cual fue fundado por el sacerdote Mariano Rossel Arellano quien en sus inicios lo abre con la idea de ser una escuelita para los niños del barrio 7 de enero de 1930. Fue en el año de 1993 cuando esta escuelita se convierte en el Colegio para varones San Sebastián. Este colegio ha visto pasar a grandes personalidades guatemaltecas como lo son: el historiador Celso Lara, el licenciado Francisco Arredondo, el monseñor Tomas Barrios, entre otros más. Iglesia la Recolectión se fundó en el año de 1854, caracterizado por ser una de las obras magníficas de arquitectura guatemalteca, la cual ha sufrido innumerables daños debido a los diferentes terremotos del país. Al mismo tiempo que se construía el templo se incrementó el carácter religioso de la ciudad de Guatemala y que en Semana Santa es uno de los barrios más concurridos en los cortejos procesionales. (Carcache, 2000)

La Biblioteca Central fue fundada en el gobierno del General Justo Rufino Barrios en el año de 1879 y entró al servicio público el 24 de junio del año siguiente, con el objetivo de propagar toda clase de conocimientos útiles, ya que la Ciudad de Guatemala carecía de un establecimiento de esta índole. El Portal del Comercio, anteriormente conocido como “El portal Aycinena” y desde su construcción siempre ha sido utilizado para locales comerciales de la época, pero existe un local que es un restaurante que lleva por nombre “Portalito” ha sido visitado por generaciones.

El Centro Histórico era el centro de las actividades políticas y en muchas formas no sólo de Guatemala, sino de todo Centro América. Algo característico

es que sus edificios, casi en su totalidad, se visten de estilos arquitectónicos de finales del siglo XIX. Las fachadas e interiores hasta el día de hoy evidencian el arte, barroco, neoclásico, ecléctico y arte novelar. Las zonas 1, 2, 3 son denominadas como pertenecientes al Centro Histórico y es común en esta área encontrar hoteles de economía informal en su gran mayoría. A partir del año de 1990 se han estado desarrollando iniciativas impulsadas por la municipalidad mediante las cuales se han recobrado y revitalizado lugares históricos y públicos; una muestra de esto es el Paseo de la Sexta, el Barrio San Sebastián y otras áreas importantes que habían sido olvidadas. Un fenómeno sociocultural importante en el Centro Histórico es la Semana Santa caracterizándose por sus bellas alfombras y los cortejos procesionales que son apreciados por propios y extranjeros.

La mayoría de la población que habita la zona 1 capitalina es población mestiza; predomina el castellano, aunque no se descarta que exista población que hable alguna lengua maya.

Existen diversos grupos culturales como las bandas marciales del colegio San Sebastián, coros católicos pertenecientes tanto a la iglesia San Sebastián como el coro de la Iglesia la Recolección.

### **1.3. Aspecto Socioeconómico**

En la ciudad capital el nivel de educación era bajo en el año 2002. De cada diez personas, ocho no tuvieron la oportunidad de ingresar a un proceso educativo, sin embargo, el analfabetismo en el resto de la nación era bajo en comparación con el de la población total del país en un 7.0% contra el 42%. La población de Guatemala es principalmente conformada por jóvenes alrededor del 40.4% de la población del 2002 que tenía menos de 20 años, el segundo grupo conformado por el 32.7% era entre 20 y 39 años y el tercer grupo, el resto eran mayores de 40 años. Sólo la dos de las quintas partes de la población ha cursado

educación primaria y sólo el 2% de la población guatemalteca tienen acceso a la universidad. (Calderón J. , 2011)

Según el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) dice que los guatemaltecos que trabajan en áreas agrícolas son el 25%, mientras que en la Ciudad de Guatemala tal proporción es el 6%. Un poco más del cuarto de la población trabajan en la industria de manufactura; específicamente en el sector de producción de alimentos, calzado, bebida, prendas de vestir y productos químicos. En la ciudad capital la mayoría trabaja en el área de sectores públicos como salud, educación, justicia, seguridad, administración pública, etc.

Los sectores sociales son definidos por el nivel económico de las personas y características en su estilo de vida. Dentro de la clasificación de estos sectores podemos mencionar: alta, media alta, media, media baja, pobreza y pobreza extrema.

En cuanto a las familias que asisten a la Fundación Pediátrica Guatemalteca constituyen las siguientes clases sociales:

- ✓ **Media:** La clase media es una categoría social definida por sus ingresos o patrimonio y comprende los pequeños industriales y comerciantes; algunas profesiones liberales, los empleados asalariados del sector terciario y los funcionarios medios. Sus intereses económicos no son comunes, pero su unidad reside en sus formas de vida, educación, costumbres e intereses recreativos. Los padres se encargan de darle buenas costumbres, buenos hábitos higiénicos y comen a horas determinadas; generalmente es la clase donde la familia se encuentra más unida. No viven con muchos lujos, pero viven cómodamente.
  
- ✓ **Media- baja:** Tienen menos prestigio y pueden ser trabajadores de “cuello blanco” o trabajadores cualificados de “cuello azul”. Su renta está entorno a

la media nacional, proporcionan una calidad de vida modesta pero segura. Acumulan algún patrimonio a lo largo de la vida, generalmente su vivienda. Las personas de esta clase suelen realizar algún tipo de formación profesional tras la educación obligatoria.

✓ Baja: Se refiere a los trabajadores y sus familias que viven en situaciones de inferioridad económica y social, por razón de su dependencia del trabajo. Entre las principales características de esta clase se menciona:

a). Subordinación y dependencia: Debido a que esta clase no tiene poder de decisión en la empresa; se limita simplemente a ejecutar órdenes.

b). Dependencia económica: El trabajador y su familia viven de un salario el cual no es muy elevado.

Dentro de estas clases de población que asiste a FPG, con regularidad utilizan centros de salud y hospitales públicos cuando lo amerita. Las familias que solicitan la asistencia en esta institución en su mayoría trabajan de cuidar niños, son pilotos, trabajan desde casa, son amas de casa y utilizan el transporte público. Algunos pobladores han llegado a la primaria, aunque no la han terminado; otros a nivel diversificado o universitario también pertenecen a familias en su mayoría integradas, por lo que repercute en los ingresos familiares.

Dentro de la economía de la Fundación Pediátrica Guatemalteca, actualmente el Ministerio de salud redujo su aportación anual a la Fundación en un 85%, por lo que se vieron obligados a incrementar las cuotas de donaciones de los servicios que ofrecen, cerrar las unidades de atención de odontología, oftalmología, trabajo social y rayos X. Las unidades de atención únicamente tienen el soporte de las donaciones de los pacientes que se describen a continuación:



<b>Rehabilitación</b>	Niños Q.75.00 Adultos Q.100.00	Terapias 2 veces por semana Q.500.00 niños 10 sesiones adultos Q.900.00
-----------------------	-----------------------------------	--

#### 1.4. Aspecto Ideológico Político

Guatemala fue conquistada por los españoles por muchos años, el país estuvo subordinado a la Corona Española; así como lo estuvo el resto de los países de Centroamérica. El 15 de septiembre de 1821, Guatemala se independiza de la Corona Española formando así parte de la Federación de Centroamérica; que posteriormente fue desintegrada y Guatemala formó sus propias leyes y Constitución Política. La República de Guatemala se compone por 22 departamentos y por un territorio de 108, 889 km<sup>2</sup> limitando al Norte con la Península de Yucatán México, al Oeste y Norte que está con México, al Este con Belice y con el Golfo de Honduras, al Sureste con El Salvador y al Sur con el Océano Pacífico. Guatemala es un estado libre, soberano e independiente.

El Organismo Ejecutivo es integrado por el presidente de la República de Guatemala, el vicepresidente de la República de Guatemala y el Consejo de Ministros; así como por las demás entidades públicas correspondientes a este órgano. Son elegidos cada período de cuatro años por medio del sufragio universal y secreto (VOTO). La actual política de la nación está regida por la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 y reformada en 1993. El presidente electo se convierte en el comandante y jefe de las Fuerzas Armadas de Guatemala y sus fuerzas públicas.

El Congreso de la República está conformado por dos períodos de sesiones anuales, el primero del 14 de enero al 15 de mayo; el segundo del 1 de agosto al 30 de noviembre. Las sesiones son efectuadas desde el Palacio Legislativo, ubicado en la zona 1 de la Ciudad de Guatemala. El Honorable Congreso de la República de Guatemala es el órgano legislativo unicameral de Guatemala. El Organismo Judicial es ejercido por la Corte Suprema de Justicia de Guatemala, la cual está conformado por 13 magistrados electos por el Congreso de la República para un periodo de gestión de 5 años. La función de dicho organismo es administrar la justicia conforme lo dicte la constitución y demás leyes.

En la actualidad el Organismo Judicial encabeza el Sistema de Justicia de Guatemala. Dividida por 5 magistrados, quienes conservan porque se cumpla la Constitución Política de Guatemala y el cumplimiento de la constitución misma y evitar violar o irrespetar las leyes de país. Los 22 departamentos de Guatemala se dividen en 334 municipios autónomos y tiene 3 niveles en el gobierno: nacional, departamental y municipal. Los alcaldes son los que rigen las municipalidades que son autónomas y la población los elige democráticamente.

En diciembre de 1996 Guatemala realizó su inicio al proceso de firma de los Acuerdos de Paz entre grupos armados guerrilleros y las autoridades del gobierno. La firma de estos pone el fin a un duro y largo enfrentamiento de una guerra civil en Guatemala; contribuyendo al inicio de un proceso democrático. Cada departamento de Guatemala está guiado por un gobernador nombrado por el presidente de la República y por un consejo departamental integrado por los alcaldes de todos los municipios del departamento y representantes del sector privado y público. (Calderón O. , 2015)

La base de la sociedad se encuentra orientada a ciertas creencias y maneras de ver la vida, con relación a los padres de los niños de seguimiento individual o grupal de Fundación Pediátrica Guatemalteca en el área de inclusión escolar y las afectaciones que ellos han tenido en su rendimiento escolar o en su

adaptación a la sociedad, refieren que es simplemente porque no quieren o pueden aprender por las metodologías que utilizan los maestros, por perezosos. Entre otros casos encontramos a papás comprometidos con el diagnóstico de sus hijos, hay algunos que mencionan que sus hijos se van a curar por el hecho de que lo sienten en el corazón o porque Dios así lo va a hacer.

En cuanto a la seguridad del país todos concordaron en que la delincuencia hoy en día se encuentra en un estado crítico, pues en su mayoría han sufrido de asaltos y extorsiones o cerca de sus residencias se han dado asesinatos con armas de fuego o arma blanca, situaciones en que las personas se van acoplando a recibir noticias de esta índole. Sin embargo, muestran cierta frustración, temor e inseguridad en las calles y esto es debido a los acontecimientos que han enfrentado.

### **1.5. Descripción de la Institución**

Desde hace 31 años de servicio al sector materno e infantil guatemalteco de recursos limitados, se puede decir que la Fundación Pediátrica Guatemalteca-FPG- tiene las mejores bases para realizar un trabajo eficiente, responsable, profesional, integral de salud con todo el recurso humano especializado que dan lo mejor de sí día a día para proporcionar un excelente servicio a la comunidad. Esta institución fue fundada ante la necesidad de la población en el año de 1984, como una organización sin fines de lucro y de índole privada; con el firme propósito de unir esfuerzos junto al Gobierno de Guatemala para erradicar el hambre y ayudar en problemas de salud.

La ayuda social a los más necesitados es lo que cataloga a FPG como la institución pionera, con una enorme cantidad de beneficios y esto es lo que ha ayudado al crecimiento con una diversidad de servicios médicos para complementar la integración de estos, en un solo lugar; esto para que la familia guatemalteca alcance su máximo desarrollo.

**-Visión:** Ser la institución privada no lucrativa de mayor prestigio a nivel nacional e internacional por su liderazgo, estándares de calidad en la prestación de servicios especializados en salud y educación a la población materna infantil.

**-Misión:** Prestar servicios sociales especializados de salud y educación de forma integral a la población materna infantil con calidad y excelencia.

**-Objetivos:** La creación, administración y mantenimiento de un Hospital Pediátrico de especialidades; velar por el bienestar del niño y del adolescente; participar en proyectos y programas que se desarrollen a nivel nacional y que tengan como propósito mejorar la prevención, salud e higiene del niño y del adolescente; contribuir a todos los medios posibles para elevar el nivel académico, profesional y técnico del personal especializado, para mejorar la atención y demás servicios.

**-Valores:**

- Integridad: Ofrecer un servicio de calidad e integro a la población guatemalteca.
- Honestidad: Mantener un servicio de confianza, sinceridad y respeto, apoyando las necesidades de los pacientes.
- Lealtad: mostrar a la población guatemalteca una actitud de compromiso y nobleza ante las necesidades de los demás.
- Responsabilidad: Cumplir con las obligaciones y actuar de forma correcta.
- Respeto por la vida: Tener consideración y aprecio por la vida humana.

Algunos de los servicios médicos que la Fundación ofrece son:

- **Enfermería:** Es la encargada de la asistencia integral del niño y otros pacientes en sus diferentes etapas de la vida; desde el nacimiento, etapa de crecimiento y desarrollo de este. Dentro de sus actividades están: la prestación de cuidados para promover y proteger la salud, prevenir y curar la enfermedad y la rehabilitación si esta fuera necesaria. Para fortalecer el control de los niños y lograr un mayor acercamiento a una vida plena; se cuenta con los siguientes servicios: control de talla, peso y circunferencia craneal, hidratación oral y curaciones, estabilización y traslado de emergencia, salud reproductiva, vacunaciones y manejo de cadena en frío, terapias respiratorias, procedimientos propios de enfermería y servicio a jornadas internacionales.
- **Pediatría:** Conociendo las necesidades de salud de la población infantil de bajos recursos, -FPG- cuenta con el programa de Pediatría, en donde se tiene como objetivos principales atender a niños de 0 a 18 años. Se recibe por primera vez a los pequeños para iniciar el historial médico. Se lleva control del crecimiento y desarrollo del niño de manera integral, así como las condiciones que dañen su salud para el restablecimiento de esta. Después de la atención médica profesional del área de pediatría y si los niños así lo requieren, serán referidos a otros especialistas para que puedan recibir tratamientos especiales y específicos.
- **Ortodoncia y Odontología:** El objetivo principal de las clínicas es la de restaurar y preservar las estructuras dentales, así como de restablecer la debida funcionalidad de la cavidad bucal y promover el cuidado de la salud oral entre los pacientes. Se atiende a personas de todas las edades y se ofrece servicios de calidad con tratamientos inmediatos y de bajo costo para el paciente de escasos recursos; que, por el alto costo en otros centros de salud bucal, es casi imposible de que puedan llevarlos a cabo. Dentro de los

servicios que se prestan en esta unidad están: aplicación de flúor, coronas de acero, extracción de piezas dentales, limpieza y detartrajes, ortodoncia, prótesis fijas, removibles y totales, rellenos de amalgama y de porcelana, sellado de fosas y fisuras, técnica de cepillado e higiene oral y tratamientos preventivos.

- **Ginecología y Obstetricia:** En dicha unidad se tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. Se realiza revisiones periódicas a mujeres adolescentes y adultas, tanto en salud preventiva como curativa, para garantizar la salud reproductiva de la mujer. Dentro de esta unidad se prestan los siguientes servicios: detección de enfermedades propias de la mujer, exámenes pélvicos, orientación familiar, toma de Papanicolaou y ultrasonido pélvico, control pre y post-natal, detección del embarazo de alto riesgo, manejo de amenazas de aborto y parto prematuro, monitoreo del bienestar fetal y traslado de pacientes de alto riesgo obstétrico a emergencia de hospitales nacionales.
- **Medicina General:** Surgió por la necesidad de extender servicios desde el paciente pediátrico (0-12 años) hacia el resto de la familia. El objetivo principal de esta unidad es la de resolver las necesidades de salud de la población pediátrica mayor de 12 años, así como población adulta y de la tercera edad que acude a las mismas, en donde el médico general es un profesional capacitado para diagnosticar y manejar diferentes patologías comunes para derivar al especialista indicado cuando corresponda. Las principales causas de consulta en la población adulta son: artritis, colon irritable, diabetes, enfermedad péptica, hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico.

Algunos de los servicios de diagnóstico y tratamiento que presta FPG son:

- **Laboratorio Clínico:** Ofrece la mejor y más rápida atención para los distintos diagnósticos del resto de unidades de servicios, lo cual incluye: diferentes estudios y análisis que permiten a los médicos especialistas elaborar un diagnóstico preciso. Está integrado por un químico biólogo activo, respaldado con equipo de alta tecnología, con el fin de llevar a cabo los distintos estudios y análisis que permiten a los médicos especialistas elaborar un diagnóstico conciso y preciso; contribuir a la prevención y/o tratamiento de enfermedades. Dentro de los exámenes que se realiza están: coagulación, evaluación de electrolitos, hematología, inmunología química sanguínea, toxicología y urología, cuantificación de distintos tipos de hormonas y pruebas tiroideas T3 y T4.
- **Radiología:** Brinda servicios de rayos X para que, por medio de imágenes, se pueda obtener el diagnóstico en menor medida, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades. Los estudios son de tipo convencional y por medio de contraste, así como evaluaciones panorámicas, cefalométricas y peri apicales. Además, cuenta con equipo convencional y telemando, mediante los cuales se puede efectuar estudios de rutina y especializados tales como: enema de bario, pielogramas, series gastroduodenales y uretrocistogramas retrógrados.
- **Farmacia:** Creada con el objetivo principal de ofrecer el más completo portafolio de productos farmacéuticos a todos los pacientes, garantizando así la calidad y bajo costo. De esta forma se complementan los servicios médicos con el surtido de medicamentos y material médico a los pacientes atendidos en las distintas unidades de Fundación Pediátrica Guatemalteca y al público en general.

Dentro de los servicios de rehabilitación que presta la fundación están:

- **Psicología:** Tiene como objetivo principal brindar herramientas que propicien el desarrollo integral del niño, adolescente o padre de familia, tanto a nivel emocional como educativo; esto con la ayuda de un grupo multidisciplinario de: psicólogos, educadores especiales, terapeutas de lenguaje, terapeutas en neuronet, neurólogo y orientador vocacional. La unidad de psicología está dividida en el área clínica y área educativa, donde se prestan los servicios de: evaluaciones emocionales, talleres a alumnos de nivel diversificado, talleres a padres de familia, terapia grupal y terapia individual, grupo de apoyo a padres, programa de inclusión escolar, orientación vocacional, programa de educación especial, programa de problemas de aprendizaje, terapia de lenguaje y programa de neuronet.
  
- **Rehabilitación:** Tiene como objetivo primordial beneficiar a niños, jóvenes y adultos guatemaltecos que presenten diversas patologías o que requieran de tratamientos por secuelas físicas. Estos tratamientos terapéuticos, tienen como finalidad, que el paciente llegue a su estado funcional óptimo; tomando en cuenta sus capacidades residuales y así lograr que ellos cuenten con una mejor calidad de vida, como el que todos los seres humanos necesitan. Dentro de los programas de rehabilitación se encuentran: clínica traumatológica, hidroterapia, programa de deporte adaptado, terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional y talleres de terapias.
  
- **Oftalmología:** Su principal objetivo es prestar servicios a niños y adultos con diferentes patologías oftalmológicas, para darle seguimiento. Además de mostrarles la importancia del cuidado de la visión evitando que pueda convertirse en padecimientos crónicos que estos desemboquen en dolores agravados, también trabaja en conjunto con pacientes referidos de otros campos especializados de FPG como pediatría, genética, neurología, psicología, dermatología, ginecología y rehabilitación. Dentro de los servicios

se encuentran: diagnóstico de enfermedades oculares, detección de trastornos refractivos y tratamiento médico-oftalmológico.

Entre los servicios quirúrgicos que presta la fundación se encuentran:

- **Jornadas comunitarias:** Al conocer las necesidades de atención médica en la población guatemalteca y como parte de la proyección social del interés de incidir en los problemas a nivel nacional, se cuenta con las jornadas médicas comunitarias que tienen como objetivo resolver las necesidades inmediatas de salud de la población guatemalteca en el área rural. El programa es coordinado juntamente con dirigentes de comunidades o instituciones, ya que quienes conocen el trabajo de la fundación solicitan de estas jornadas para resolver necesidades inmediatas y básicas de salud.
- **Centro de desarrollo integral "Dr. Carlos Cossich Márquez" -CEDEIN-:** Tiene como misión brindar servicios a todas las familias de bajo recursos con servicios médicos integrales, de igual forma facilitar la recuperación de la salud; especialmente de niños y adultos que trabajan en el reciclaje de basura alrededor del relleno sanitario de la zona 3 de la ciudad de Guatemala. Cuenta con un comedor infantil en donde se atiende a un promedio de 150 niños y niñas a diario; el requisito es que los infantes no abandonen sus estudios y que provengan de familias de escasos recursos. En los programas de atención y servicio están: comedor infantil, enfermería, ginecología y obstetricia, medicina general y odontología.
- **Hospital Niño Jesús:** Contribuye al cumplimiento de la misión institucional, la cual consiste en prestar servicios de calidad a niños y niñas menores de 18 años; además de ser el mayor complemento para las distintas necesidades quirúrgicas que se manejan a través de las jornadas nacional e internacional. Está dirigido a todas las personas de escasos recursos económicos del área metropolitana y del interior del país; el hospital presta

los siguientes servicios: programa continuo de cirugía pediátrica, programa continuo de otorrinolaringología y jornadas internacional de urología, cirugía plástica y reconstructiva, pie y tobillo, ortopedia, cirugía de mano, oftalmología y neurocirugía. El hospital cuenta con los siguientes ambientes y departamentos: 5 salas de operaciones, central de equipos, clínica de consulta externa, cocina, farmacia interna, infraestructura de 5 niveles con 30 camas, personal capacitado y servicio de ambulancia.

## **1.6. Descripción de la Población**

La población que asiste a Fundación Pediátrica Guatemalteca en el Programa Inclusión Escolar presenta necesidades educativas especiales de forma integral, promoviendo la independencia de cada uno de los niños a través de diferentes estrategias que fortalezcan y estimulen las áreas afectivas, sociales, motrices y cognitivas; con el fin de lograr una mejor incorporación al sector social del país. Para dar apoyo con Terapias de Aprendizaje, Lenguaje y Neuronet, de forma grupal e individual.

Los pacientes que asisten al programa fueron evaluados y diagnosticados, según los resultados muestran que hay mayor prevalencia en el diagnóstico del Espectro autista con un 46.15%, en discapacidad intelectual existe un 19.24%, en Retraso Global del desarrollo y parálisis cerebral un 11.52% y en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad un 7.73%. Cada uno de estos pacientes fue referido por pediatras, médicos generales, neurólogos, maestros y padres de familia, para ser evaluados, diagnosticados y atendidos en el programa.

En el proceso de atención a la población referida se inició con evaluaciones de acuerdo con sus necesidades y capacidades individuales, proporcionando una impresión clínica a los padres de familia, con el objetivo de conocer áreas bajas donde necesitaba de una mayor estimulación y establecer un plan de intervención

para optimizar dichas áreas, en el cual se refería a una terapia individual o grupal de acuerdo con sus necesidades.

En las terapias grupales del programa de Estimulación Temprana se estableció como objetivo: estimular áreas básicas del desarrollo involucrando a los padres de por medio de estrategias innovadoras en casa. Lo que consistía realizar actividades de fortalecimiento de áreas del desarrollo con actividades sensoriales donde los niños lograron descubrir, desarrollar y fortalecer diferentes habilidades; cada uno llevaba a casa un cuaderno donde se colocaron diferentes estrategias para elaborarlas, se invitó a los padres a escribir como fue la experiencia y que dificultades se presentaron al momento de cada actividad.

Los pacientes visitaron a FPG de diferentes zonas, donde el 53.84% se movilizan en carro, un 38.46% en bus, un 3.84% en taxi a y a pie; unos de los padres comentaron que debido a la delincuencia preferían moverse en carro y otros por las condiciones económicas se movilizaban en bus. Cada uno de ellos son llevados por alguno de sus padres, abuelos o un encargado de distintas zonas de residencia, en zona 1, 2, 5, 6, 7, 15 y 18.

Como se describió anteriormente la totalidad de pacientes que asisten al Programa La Prevalencia, son de Diagnóstico de Autismo y Discapacidad Intelectual; siendo la mayoría varones. En algunas familias se encontró falta de involucramiento por parte de los papás, ya que en la mayoría de los casos las encargadas de la crianza son las madres y los papás se mostraban ausentes o poco comprometidos por distintas razones; ya sea por el trabajo, falta de interés o por no saber cómo abordar las necesidades de sus hijos. Todos estos aspectos se ven reflejados en el comportamiento y avance de cada uno de los pacientes, por lo que será necesario brindar un acompañamiento y enseñar distintas técnicas a los padres de familia para lograr un avance y desarrollo del niño.

Dentro del programa se pudo observar también, que existe un 26.92% que tenían la oportunidad de asistir a un establecimiento escolar, lo que les facilita adaptarse mejor, aunque siempre presentan dificultad con la socialización y comunicación con sus pares. Mientras que un 73.07% no asistía a ningún establecimiento, debido a que no contaban con los recursos necesarios para pagar un colegio especializado en educación especial y en otros casos por sus habilidades distintas necesitaban un apoyo aún mayor y requería de más atención, por lo que las instituciones muchas veces no se responsabilizan.

Dentro de la población de pacientes había familias creyentes, 22 de ellas son familias católicas y 4 familias evangélicas; exponen que creen en Dios y confían en él y participan activamente, otras sólo son por tradición, pero no se congregan a ninguna parroquia o iglesia.

Estos datos descritos son importantes para identificar cada uno de los puntos para poder ayudar y brindar un trabajo de servicio, docencia e investigación de calidad y verdaderamente aprovechar las habilidades de cada uno de los niños.

### **1.7. Planteamiento de los Problemas / Necesidades Psicosociales**

En las entrevistas, evaluaciones y observación que se ejecutó a los pacientes y docentes de la institución, se mostró un alto índice de dificultades en el desarrollo e independencia de los pacientes, debido a la falta o poca estimulación, involucramiento y motivación por parte de los padres de familia. Algunos de ellos comentaron que se les dificultaba realizar actividades con sus hijos, debido al no conocer estrategias de abordaje; otros comentaron que no contaban con tiempo por asuntos laborales o domésticos y otros porque consideraban que era suficiente con las terapias que se realizaban en la institución.

Por estos problemas que afronta la población de esta institución se trabajó con niños en edades de 2 a 6 años y padres de familia con antecedentes notorios

en falta o poca estimulación; donde es importante iniciar con un proceso paralelo entre padres y la institución para estimular y potencializar las áreas afectadas como: cognitivas, sociales, autonomía, motrices y sensoriales.

Durante las terapias grupales se observó que las necesidades más notorias que reflejan los pacientes son: falta de atención, desordenes sensoriales, falta de estructura, seguimiento de instrucciones, poca autonomía, dificultades motoras finas y gruesas, dificultades sociales, discapacidad intelectual, autismo, retraso global del desarrollo e hiperactividad. Estas dificultades se trabajaron en base a evaluaciones y elaboración de planes de tratamiento de forma grupal e individual de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes.

Los problemas que se presentaron con frecuencia en los niños con discapacidad, en el área de Inclusión Escolar de FPG, diagnosticados en base el DSM-5- son:

- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: Se observó dentro del aula a niños que manifestaron dificultad para concentrarse y prestar atención, dificultad para controlar la conducta e hiperactividad (actividad excesiva).
- Retraso global del desarrollo: La mayoría de los niños intervenidos en el aula de Estimulación Temprana fueron diagnosticados ya que presentan un retraso de dos o más áreas del desarrollo del niño donde se encuentran: motricidad fina y gruesa, lenguaje, cognición, habilidades sociales y hábitos. Este retraso debe cumplir con dos desviaciones estándares en comparación con las esperadas para su edad y se aplica a niños menores de 5 años.
- Discapacidad intelectual: En cuanto a los niños con diagnóstico de Discapacidad Intelectual se mostró que algunas de estas condiciones son inherentes a la persona, son sus puntos fuertes y sus puntos débiles, que es preciso descubrir para poder intervenir adecuadamente. Por eso la

discapacidad intelectual de un individuo no es una entidad fija e incambiable. Va siendo modificada por el crecimiento y desarrollo biológicos del individuo y por la disponibilidad y calidad de los apoyos que recibe. En una interacción constante y permanente entre el individuo y su ambiente.

- Trastorno del espectro del autismo: Se muestra como una afección neurológica y del desarrollo que inicia en la niñez, afectando el comportamiento, la interacción social, la comunicación y su aprendizaje. Los niños intervenidos mostraron varias características que definían este diagnóstico, por lo cual se realizó una intervención y evaluación. Este trastorno tiene una gran variedad de síntomas al igual que intereses limitados y comportamientos repetitivos.
  
- Trastorno específico del aprendizaje: muchos de los niños referidos a Inclusión escolar asistieron al programa por estas dificultades al dominar las habilidades académicas propias a su edad, de su capacidad intelectual y nivel educativo. Muestran conflicto para entender el significado de lo que leen, deletrear, expresarse por escrito, hacer cálculos y dominar el razonamiento matemático. Este trastorno agrupa trastornos relacionados con las matemáticas (discalculia) y la lectura (dislexia).

Al momento de formar una familia el anhelo de todos es la incorporación de un o una nueva integrante; sin embargo, la vida puede dar un cambio drástico cuando son conscientes que su hijo tiene alguna discapacidad o una condición que puede influir en el desarrollo y la adaptación de ellos mismos a su entorno. Lo más importante en este punto es que las familias y los niños encuentren un apoyo y orientación para iniciar a construir una vida feliz y llena de oportunidades. La mayoría de las familias al momento de recibir la noticia que su hijo es una persona con discapacidad puede causarle miedo, negación, frustración, tristeza, confusión; pero sobre todo mucha incertidumbre al futuro, preguntándose: “¿Ahora qué haremos?”.

Los padres se encuentran sin información, sin herramientas y sin una orientación profesional. Por lo cual la tristeza, desesperanza y muchos sentimientos de angustia y frustración se manejan. La vida del niño con discapacidad se condiciona en el nivel de discapacidad que tenga.

Es importante para los niños con discapacidad que se estimulen desde temprana edad, esto desenvuelve en ellos mejores habilidades que permiten un mejor desarrollo. Muchas veces los padres no tienen el conocimiento de cómo desarrollar y potencializar habilidades en sus hijos o en ocasiones en la falta de dedicación de tiempo que los padres brindan a sus hijos, debido a su trabajo u otro tipo de actividades; tanto así que recurren a otros familiares para que ellos se encarguen o hagan cuidado de esta parte importante de la formación de los niños.

Otro punto muy importante que afecta en varios casos es la falta de una buena economía, la mayoría de ellos no tienen los recursos necesarios para cubrir todos los costos para acceder a un centro de especialistas, profesionales en el área, los costos de la medicina, entre otros.

## **Capítulo II**

### **Referente Teórico Metodológico**

#### **2.1 Abordaje Teórico de los Problemas/Necesidades Psicosociales**

La población que se le brindara atención pertenece a Fundación Pediátrica Guatemalteca; ubicada en la zona 1 de la Ciudad Capital. Las problemáticas psicosociales afectan en lo los diversos aspectos de vida de los niños con Discapacidad.

##### **2.1.1. Estimulación Temprana**

La estimulación temprana es un conjunto de ejercicios y actividades con base científica aplicada en forma sistemática y secuencial, la cual fomenta la estimulación de las distintas áreas del desarrollo del niño como: motricidad gruesa y fina, cognición, lenguaje, socioafectivo y hábitos.

(Ordoñez & Miketta, 2012) define la estimulación temprana como una teoría basada en las neurociencias, en la pedagogía y en la psicología cognitiva y evolutiva, que se implementa mediante programas fundados con la finalidad de ayudar al desarrollo integral del niño.

En el programa Inclusión escolar se cuenta con una población numerosa de niños que han sido referidos por médicos pediatras y neurólogos por problemas en el desarrollo no alcanzando los hitos esperados a su edad, dando a conocer las dificultades que se muestran para la elaboración de tareas sencillas o seguimiento de instrucciones, convirtiéndose en una situación frustrante para el niño y el padre de familia.

(Vinas, 2007) menciona que el objetivo de la estimulación temprana es: promover la salud y el bienestar del infante, reforzar las competencias emergentes,

minimizar los retrasos del desarrollo y remediar deficiencias existentes o emergentes, prevenir el deterioro funcional y promover la adaptación de los padres y el funcionamiento de la familia en conjunto.

Como se indica anteriormente el punto focal de la estimulación temprana debe ser promover la salud y el bienestar del infante, esto permitirá facilitar aprendizajes futuros y generar una base habilidades de todas las áreas del desarrollo, alcanzando los hitos esperados de acuerdo con la edad, también es de vital importancia conocer cuáles son sus debilidades y fortalezas, la edad de habilidades del desarrollo que se encuentra, siempre respetando sus capacidades individuales, su predisposición y ritmo; al inicio las actividades se enfocan en desarrollar el vínculo emocional por medio de masajes y estímulos sensoriales, respetando la individualidad del desarrollo del infante y aprovechar la capacidad de aprendizaje.

Durante el periodo del desarrollo del niño se establece una serie de eventos y momentos claves, para el progreso y adquisición de habilidades y destrezas, los cuales se le llaman “periodos críticos” estos periodos no están claramente delimitados con un inicio y un final, pero los niños adquieren con mayor facilidad el conocimiento y aprendizaje.

(Preciado, 2002) define que: Los períodos críticos son determinantes para el funcionamiento adecuado de los sistemas sensoriales, así como para la ejecución de patrones de conducta compleja, de manera que la alteración de una o varias modalidades sensoriales (por ejemplo: visión, audición, tacto, propiocepción) o de la experiencia social en esta etapa de la vida, puede ocasionar alteraciones funcionales irreversibles. Por esta razón se considera de importancia incluir en las consultas del niño sano de 0 a 2 años, una evaluación del desarrollo psicomotor grueso, fino, social y de lenguaje, para así poder detectar cualquier alteración o problema y prevenir oportunamente, aplicando técnicas de Estimulación Temprana.

La estimulación se emplea en edades de 0 a 6 años para desarrollar su habilidades sociales, motrices, cognitivas y emocionales, aumentando en la capacidad de optimización del desarrollo de cada niño. La estimulación permite aprovechar la capacidad de aprendizaje por medio de distintos juegos y ejercicios para proporcionar una serie de estímulos repetitivos que actúan con los sentidos, la percepción, el movimiento, funciones cognitivas, el descubrimiento, la motivación por explorar y conocer, potenciando funciones cerebrales no solo enfocándose en aspectos intelectuales si no también en aspectos físicos, sociales y adaptativos.

### **2.1.2. Desarrollo del Niño**

El desarrollo del niño se refiere a la interacción de distintos factores: emocionales, físicos y cognitivos conformando estos un desarrollo general.

(Eming & Fujimoto, 2003) Menciona que El desarrollo del cerebro está determinado por la interacción compleja entre los genes con los que se nace y las experiencias que se viven; dicho esto se considera un efecto combinado de los cambios en la maduración y aprendizaje ya que la maduración es un conjunto de procesos de crecimiento físico que da la evolución del niño o niña hacia un estado adulto ofreciendo cambios en la estructura, el pensamiento y comportamiento, tomando en cuenta los factores ambientales, el aprendizaje y la estimulación que ha sido expuesto.

Los primeros años del niño o niña demuestran un papel clave en el desarrollo del cerebro, las primeras experiencias tienen un impacto decisivo sobre la arquitectura del cerebro y sobre la naturaleza y el alcance de las capacidades del adulto; dado esto el proceso de estimulación y aprendizaje inicia durante los periodos prenatales, perinatales y postnatales. Se expone al bebé a todos los estímulos de su entorno incitando a la exploración, descubrimiento y adquisición de nuevos aprendizajes.

(Arce, 2015) expone que: es importante recordar que son tres los fenómenos que caracterizan el proceso de crecimiento y desarrollo del niño; (a) cambios en magnitud, es decir, aumento de tamaño, tanto del cuerpo en su totalidad como de los diferentes órganos en particular; (b) cambios en características, como por ejemplo la extinción de los reflejos del recién nacido y su sustitución por movimientos intencionales y los que se observan en aspecto somático, y (c) perfeccionamiento de las estructuras y funciones, fenómeno, este último que se conoce como maduración. Tener conocimiento de estos aspectos permite identificar características que no están siendo cumplidas naturalmente e intervenir de forma oportuna con el niño o niña.

La calidad de atención e interacción que reciban los niños y niñas son expuestos a una facilidad en el aprendizaje durante el desarrollo es una herramienta primordial ya que este desarrolla en el niño o niña cambios en funciones cognitivas, motrices, lenguaje, autonomía y relaciones sociales.

(Zapata & Restrepo, 2013) alude que: El aprendizaje es también fundamento, es criterio de orientación y de sentido donde el ser humano, y en este caso el niño o niña desde sus primeros años, descubre cómo encausar su potencial, como proyectar su ser en relación con otros, qué transformar y qué conservar, y cómo ser feliz reconociéndose uno con los demás y con el entorno.

Las primeras experiencias de un niño es lo que pueden formar con sus padres ya que ellos son los que ofrecen las primeras experiencias educativas que afectan todo su desarrollo preparando al niño para adquirir en el futuro un mejor aprendizaje.

(Núñez, Polanco, & Rojas, 2002) describe que: A la edad de cuatro años su cerebro es extremadamente plástico (plasticidad cerebral), en términos de desarrollo de las funciones cerebrales, esto permite que, si antes de esta edad sucede una situación anormal, como, por ejemplo, un daño cerebral, el niño pueda

recuperarse en un alto porcentaje. Ya a los cinco años esta plasticidad cerebral disminuye debido a que se han estabilizado los circuitos neuronales que se encargan del cerebro, por ejemplo, los correspondientes al lenguaje ya están establecidos.

Esto demuestra que durante el desarrollo los niños y niñas tienen mayores oportunidades de tener una estimulación a pesar de una condición de discapacidad, aprovechando la plasticidad cerebral que permite nuevas conexiones cerebrales para la adquisición y compensación de distintos aprendizajes y experiencias.

La primera infancia se conforma en edad de 0 a 5 años, durante este periodo el nivel cognitivo se realiza bajo relaciones funcionales, que pueden variar de acuerdo con las nuevas experiencias que adquieran durante este tiempo. En el lenguaje se desarrolla a través de la escucha e imitación de palabras, oraciones e instrucciones, el área social-afectiva se evidencia en el aprendizaje a través de la observación de su entorno y ambiente. Y en cuanto al área motriz se expone al niño o niña al conocimiento y movimiento del cuerpo.

Anteriormente se menciona características de cada una de las áreas del desarrollo las cuales se componen por: Motricidad fina y gruesa, cognición, lenguaje, autonomía y social afectiva. Es importante conocer el abordaje específico para conocer los hitos significativos que permiten a los niños desarrollar y fortalecer las áreas.

### **2.1.3. Desarrollo Motor**

El desarrollo motor se caracteriza por adquirir nuevas habilidades en movimientos del cuerpo. Se considera un proceso evolutivo ya que permite el desarrollo de los músculos y nervios que se relacionan a las habilidades sensorperceptivas las cuales permiten la adquisición de aprendizajes.

(Cándales, 2012) refiere que la motricidad fina son los movimientos de la pinza digital y pequeños movimientos de la mano y muñeca. La adquisición de la pinza digital, así como de una mejor coordinación óculo manual (la coordinación de la mano y el ojo) constituyen uno de los objetivos principales para la adquisición de habilidades de la motricidad fina.

La motricidad fina se compone por el refinamiento de control motriz grueso, desarrollándose a través de la experiencia, aprendizaje y control de distintas destrezas.

Piaget & Inhelder (2000) citado por (Campo, Jiménez, & Paredes, 2011) , ponen de manifiesto que la actividad psíquica y la actividad motriz forman un todo funcional que es la base del desarrollo de la inteligencia; además, reconocía que mediante la actividad corporal, el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas; es decir que los niños que logran conocer y desarrollar los movimientos corporales adquieren beneficios en su aprendizaje a nivel cognitivo.

(Vidarte & Orozco, 2015) plantea que la motricidad tiene en cuenta aquellos aspectos relacionados con la coordinación, el control postural, la lateralidad, la estructuración espaciotemporal y el lenguaje, los cuales ayudan al desarrollo y al dominio adecuado del cuerpo, lo que propicia la construcción de procesos más complejos como el esquema corporal y el afianzamiento del yo, ello con la intención de alcanzar aprendizajes individuales y colectivos que le van a permitir integrarse al mundo social. En base a lo anterior el desarrollo motor no únicamente se ve conformado por habilidades motrices, sino que se relaciona en aspectos como el desarrollo social, afectivo, cognitivo y motriz.

#### **2.1.4. Desarrollo Cognitivo**

Es un proceso en el cual el niño o niña se esfuerza y se interesa por comprender su entorno a través de habilidades innatas y destrezas que se van adquiriendo conforme a la experiencia.

Piaget citado por (Campo L. , 2009) considera que el desarrollo cognitivo a los cambios cualitativos que ocurren en la capacidad de pensar y razonar de los seres humanos en forma paralela a su desarrollo biológico desde el nacimiento hasta la madurez. Desde antes de nacer y durante el crecimiento se producen diferentes etapas en la cognición que se definen por variaciones y características individuales, conduciendo a un proceso por el que una persona adquiere distintos conocimientos sobre su entorno, desarrollando su inteligencia y capacidades. Iniciando desde el nacimiento y prologándose durante la infancia y adolescencia.

#### **2.1.5. Desarrollo del Lenguaje**

El lenguaje es la forma de comunicación con los demás. El desarrollo del lenguaje está estrechamente relacionado con los procesos cognitivos y socioafectivos. Se hace uso de una lingüística innata, aprenden a comunicarse verbalmente usando la lengua natural del entorno donde se desarrolla. Los factores que influyen en el lenguaje son: la familia el ambiente en el que se desarrolla y la escolarización.

Durante el desarrollo del lenguaje (Díez, Pacheco, de Caso, García, & García, 2009) menciona la importancia de destacar las dotaciones innatas iniciales que sirven para conducir la atención del bebé hacia los estímulos lingüísticos relevantes para iniciar el proceso de adquisición del lenguaje; es decir, que el niño antes y en el nacimiento, posee unas predisposiciones mínimas que le hacen prestar especial atención a las manifestaciones lingüísticas del contexto comunicativo.

En base a lo anterior en la adquisición del aprendizaje lingüístico es a través de la imitación e interacción con el ambiente que le rodea, dirigiendo el significado del lenguaje a través de la experiencia.

### **2.1.6. Desarrollo Social Afectivo**

El desarrollo social afectivo se define como un elemento crucial para el desarrollo del aprendizaje ya que abarca las emociones y sentimientos de una persona las cuales se encuentran presentes a lo largo de toda la vida.

Al lograr el adecuado desarrollo de esta área adquiere seguridad de sí mismo, capacidad de autocontrol y autoestima estas habilidades logran potenciar el resto de sus capacidades.

(Palacio & Múnera, 2018) describen que la familia cumple funciones como la preparación para ocupar roles sociales, control de impulsos, valores, desarrollo de fuentes de significado como, por ejemplo, la selección de objetivos de desarrollo personal, siendo esta socialización la que permite que los niños se conviertan en miembros proactivos de la sociedad.

Durante este desarrollo el niño se involucra más con su familia, primero con sus padres, después con los hermanos y otros familiares para luego extenderse a amigos y compañeros de juego. En esta etapa el niño imita a los adultos y niños con los que se relaciona, aprendiendo a establecer relaciones sociales y formas de comportarse, volviéndose más independiente gracias a todo el aprendizaje de su entorno.

### **2.1.7. Trastorno del Espectro del Autismo**

“El autismo es un síndrome que estadísticamente afecta a 16 de cada 10,000 niños; cifra que ha sido muy controversial, puesto que existen agrupaciones que afirman que es mayor (30 de cada 10,000). A la fecha las causas son desconocidas;

sin embargo, desde hace muchos años se le reconoce como un trastorno del desarrollo” (Garza, 1997).

“Las características por las que podemos reconocer a un niño con autismo son variadas; como ya dijimos anteriormente, es un síndrome (conjunto de anomalías) y no es una enfermedad” (Garza, 1997).

De acuerdo con los criterios del DSM V (psiquiatría, 2013) los criterios son los siguientes:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

- Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- Dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (Por ejemplo: alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (Por ejemplo: patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (Por ejemplo: intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- Hipersensibilidad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

### **2.1.8. Discapacidad Intelectual**

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica. La discapacidad se origina antes de los 18 años”. (Schalock, 2009)

“La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)” es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico, según el DSM V para ser catalogado como discapacidad intelectual el paciente deberá cumplir con los tres criterios siguientes:

A) Deficiencia en las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B) Deficiencia del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares del desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social, sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o ms actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, la comunidad etc.

C) Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

Además, deberá especificarse el nivel de discapacidad como grave, moderado y leve, comparando las conductas del individuo con las tablas de funcionalidad que aparecen adjunto a los criterios de diagnóstico, las cuales facilitan al evaluador el diagnóstico ya que no se rige por evaluación de coeficiente intelectual, sino de funcionalidad en los ámbitos conceptual, social y práctico. (psiquiatría, 2013)

### **2.1.9. Retraso Global del Desarrollo**

Se incluye dentro de un gran apartado titulado “trastornos del desarrollo neurológico” y dentro de un sub-apartado llamado trastornos del desarrollo intelectual. Viene a darle cuerpo diagnóstico a lo que hasta ahora se le llamaba “retraso madurativo”, pero que en realidad no era un diagnóstico reconocido.

Los criterios diagnósticos del retraso global del desarrollo son:

El diagnóstico de retraso global del desarrollo se reserva a los niños y niñas menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Dice el DSM-5 que esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Además, el DSM-V, (psiquiatría, 2013) considera el “retraso global del desarrollo” como una categoría diagnóstica provisional ya que establece que esta categoría se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

#### **2.1.10. Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)**

Las dificultades de atención en el TDAH se manifiestan de diferentes formas, Según el DSM V el trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad se puede presentar con predominio de inatención o impulsividad, y debe especificarse si es leve, mediano o grave según la frecuencia e intensidad de los síntomas que deben permanecer en más de seis meses y cumplir con un mínimo de cinco síntomas para ser considerado significativo. A continuación, se presentan los criterios según DSM V.

**Inatención;** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas.

A) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

B) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades creativas (p. ej., tiene dificultades para mantener la atención en clase, conversaciones o la lectura prolongada).

C) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

D) Con frecuencia tienen dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo no cumple los plazos).

E) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos)

F) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos etc.).

G) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.

H) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas etc.).

### **2.1.11. Impulsividad e Hiperactividad**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas.

A) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

B) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, y en distintas situaciones que requieren que permanezca sentado en su lugar).

C) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.

D) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

E) Con frecuencia esta “ocupado” actuando como si “lo impulsara un motor” (p., ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

F) Con frecuencia habla excesivamente.

G) Con frecuencia responde inesperadamente o antes que se haya concluido una pregunta (p. ej., no respeta su turno en la conversación).

H) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

I) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en los juegos o actividades de otros, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso). (psiquiatría, 2013).

## **2.2. Objetivo General**

- Demostrar que la estimulación temprana de forma integral: (institución-casa), benefician en menor tiempo al niño o niña con discapacidad, realizando un acompañamiento con un equipo multidisciplinario y padres de familia.

## **2.3. Objetivos Específicos**

### **2.3.1. Servicio**

- Ofrecer atención psicopedagógica de forma individual y grupal a los niños con Retraso Global del Desarrollo, realizando planificaciones semanales para su intervención diaria y estimulación del desarrollo en general.
- Crear planes de tratamiento e intervención trimestrales para la estimulación de áreas afectadas por medio de actividades innovadoras.
- Realizar informes psicopedagógicos, para orientar y conocer las necesidades del niño o niña en su periodo escolar facilitando la intervención y abordaje.

### **2.3.2. Docencia**

- Promover la educación sobre la importancia de la estimulación temprana a través de talleres dirigidos a padres con hijos diagnosticados con Retraso Global del Desarrollo, para lograr una temprana intervención.
- Capacitar a los padres de familia con la estimulación temprana, para que trabajen e identifiquen los beneficios, avances en las habilidades y áreas afectadas, motivando y promoviendo la importancia de la estimulación.

- Motivar en los padres de familia la elaboración de actividades innovadoras con sus hijos utilizando materiales que tengan a su alcance, para la intervención en el desarrollo de sus habilidades.

### **2.3.3. Investigación**

- Evaluar de acuerdo con las necesidades de cada uno de los niños y niñas las dificultades en su desarrollo para una óptima intervención.
- Medir a través de la evaluación EDIN el avance en los niños y niñas que son estimulados, tanto en casa como en la institución para conocer los avances y dificultades.
- Evidenciar los avances en el desarrollo de los niños y niñas de la institución, utilizando un instrumento de evaluación (Escala del desarrollo EDIN), el cual se utiliza al inicio del proceso y al final, para evaluar la eficacia de la intervención de Estimulación Temprana en casa e institución durante el tiempo establecido.

## 2.4. Metodología

El Ejercicio Técnico Supervisado ETS de la carrera de Educación Especial, se desarrolló en la institución Fundación Pediátrica Guatemalteca, ubicado en la 4ª. 1-42 zona 1 de la ciudad capital, a través de acciones y procedimientos divididos en tres ejes, los cuales son: Servicio, Docencia e Investigación; teniendo una duración de 8 meses aproximadamente, logrando los objetivos propuestos en cada uno.

Se inició con una intervención de cuatro semanas, en las cuales se realizó las observaciones y entrevistas correspondientes para iniciar el proceso diagnóstico institucional y poblacional. También se permitió la presentación con los profesionales de la institución y autoridades para el reconocimiento de necesidades de la población y a su vez observar la forma de vida de estos.

Para el proceso de ETS se empleó 3 tipos de metodologías; Cuasiexperimental, participativa y analítica.

**Metodología cuasiexperimental:** Se elaboró un estudio cuasiexperimental con evaluaciones de pre-intervención y post intervención de tipo comparativo utilizando la evaluación de Escala del Desarrollo (EDIN). Se brindó la intervención donde se efectuó una evaluación del desarrollo de los niños que asisten al programa, para identificar dificultades, comprobar y medir avances al igual que evidenciarlos

El marco muestral se integró por 11 niños del aula de Estimulación Temprana en edades de 3 a 5 años.

**Metodología Participativa:** Es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza aprendizaje y construcción del conocimiento. Concibe a los participantes como agentes activos en la construcción, reconstrucción y deconstrucción del conocimiento y no únicamente como agentes receptores. Por lo cual utilizó dicha metodología para optimizar el desarrollo y aprendizaje de los

talleres para padres de familia y actividades grupales e individuales en los niños; esto benefició en la adquisición de nuevos conocimientos los cuales se basaron en la experiencia de los padres y niños generando un aprendizaje significativo.

**Metodología Analítica:** Este método consiste en la desmembración de un todo para lograr observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es importante tomar en cuenta todos los ámbitos de un niño individual, social, familiar y escolar para brindar un plan de intervención en base a sus necesidades individuales.

## **2.5. Subprograma de Servicio**

En este programa se efectuó una atención a niños y padres de familia en sesiones individuales e inicio de procesos de evaluación personalizada, con los niños que se encontraban dentro del programa inclusión escolar.

Al iniciar con el proceso de servicio fueron asignados diez pacientes del Programa Inclusión Escolar del área de estimulación temprana. Se estableció en el horario de lunes a jueves de 8:00 a 12:00, brindar atención de terapias grupales y los viernes de 7:30 a 12:00 sesiones individuales con padres de familia e inicio con evaluaciones para la elaboración de informes psicopedagógicos. Se presentó a la Licda. Luisa Carrillo las referencias para así trabajar en el área de Educación Especial.

Al finalizar la fase de observación y auxiliatoria en el aula de estimulación temprana, se continuó con la segunda fase en la que se contactó a los padres de familia por medio de notas y llamadas telefónicas para establecer las sesiones de los viernes e iniciar el proceso de evaluación para la elaboración de informes psicopedagógicos. Se hicieron entrevistas, anamnesis, para la recopilación de datos importantes y conocer las habilidades, retos y necesidades de cada uno de los pacientes asignados.

En base a los datos obtenidos durante las primeras sesiones con los padres de familia, se elaboró distintas propuestas de evaluación con pruebas específicas de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas en proceso de informe. Estas propuestas fueron presentadas a la Lcda. Luisa Carrillo para su aprobación.

Posteriormente se estableció con cada uno de los padres de familia los horarios del viernes con sesiones de evaluación de 45 minutos. Se inició con la presentación y explicación sobre las distintas sesiones que se llevaron a cabo, primero la anamnesis donde se recabó información con los padres de familia acerca de aspectos relevantes de desarrollo prenatal perinatal, postnatal del niño o niña, así mismo cualidades del problema actual, historia familiar, historia de salud y si ha llevado un proceso escolar.

Al finalizar la anamnesis con los padres de familia y la aprobación de propuestas de evaluación, se dio inicio con las sesiones de evaluación directas con los niños y niñas asignados; en la primera sesión con el niño o niña se realizó una sesión de rapport para establecer una relación de confianza y libertad, posteriormente se inició con el plan de evaluación específico de acuerdo con las necesidades de cada uno de los niños y niñas asignados. Las sesiones fueron alrededor de 3 a 4 sesiones de 45 minutos.

En la finalización del proceso de evaluación se continuó ocupando el horario de cada uno de los niños y niñas asignados para la calificación de pruebas, recopilación de datos de los padres de familia y los observados propiamente. En base a esto se inició la redacción y análisis de evaluaciones y entrevista para concluir con el informe donde se detalla: Datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, historia personal, historia familiar, historia escolar, descripción del análisis de cada una de las pruebas aplicadas y sus resultados. Tomando en cuenta las evaluaciones y los datos obtenidos en base a criterios del DSM-5 se determina una impresión clínica y un listado de recomendaciones. Posterior a esto al finalizar la elaboración del informe se envió a la Licda. Luisa

Carrillo para la revisión y aprobación de estos y ser entregados a los padres de familia.

Durante la intervención de terapias grupales se estableció un plan de intervención, en base a las evaluaciones y adaptado a las necesidades, habilidades, fortalezas y debilidades de cada uno de los niños y niñas. Dentro del programa de estimulación temprana el grupo estaba dividido por diferentes días de asistencia por parte de los niños y niñas: cuatro de ellos llegaron los cuatro días de la semana, otros cuatro llegaron tres días por semana y dos de ellos dos veces por semana, en horario de 8:00 am. a 12:00 pm.

En base al plan de intervención que se realizó, se le entregó a la licenciada Luisa Carrillo una planificación semanal durante meses, trabajando en cada una de las áreas con mayor dificultad que presentaba el grupo, como por ejemplo área de independencia, motricidad fina y gruesa y cognición. Se realizaron actividades de estimulación, llevando a cada niño y niña al desarrollo de habilidades sociales, independencia y autonomía.

Al finalizar el proceso con los planes de intervención en las sesiones grupales, se elaboró trimestralmente listas de cotejo con las áreas descritas que se trabajó durante la intervención. Estas listas fueron enviadas para revisión y aprobación de la Lcda. Luisa carrillo. Al obtener el visto bueno los padres de familia fueron citados para la entrega de estas y se les presentó el trabajo que se cumplió durante la intervención grupal de los niños y niñas del programa de estimulación temprana.

## 2.6. Subprograma de Docencia

En el eje de docencia se desarrolló por medio de talleres para padres, que fueron fundamentales para la motivación la intervención e importancia de los procesos de estimulación de los niños del Programa Inclusión Escolar.

Se inicio con un taller informativo y rompe hielo con actividades lúdicas para establecer una relación de confianza, bienestar y promover el interés y motivación por parte de los padres de familia con su asistencia, dedicación, compromiso y aprendizaje. En este taller se impartió información sobre que es estimulación temprana y como beneficia al niño llevarla a cabo; se colocaron a los padres en forma de circulo para que compartieran cada uno su experiencia y conocimiento del tema. Se mostraron distintos tipos de material para estimulación elaborados con material de desecho. Demostrando que no se necesita de un material sofisticado para apoyar en la estimulación de los niños y niñas.

Los siguientes talleres se dividieron en base a las 5 áreas del desarrollo del niño: Motricidad fina y gruesa, cognición, lenguaje, autonomía y área socioafectiva. Todos los talleres se basaron en la misma secuencia: ¿Primero que es determinada área (Motricidad gruesa) ?, ¿Para qué sirve? Y ¿Cómo beneficia a mi hijo?; luego de la información teoría se muestra el material posible a utilizar y por último se brindan técnicas en donde cada uno de los padres participó de forma activa en cada actividad programada efectuando el circuito de actividades vivenciales de acuerdo con el área vista en el taller.

Al inicio de los talleres se les presentó a los padres de familia la opción de participar en una capacitación sobre estimulación temprana, en la cual se les brindó: guías, estrategias, actividades y herramientas diarias para aplicarlo en casa con su hijo o hija con la condición de tener un compromiso para llevarlo a cabo hasta su finalización; por medio de un cuaderno se les envió diariamente dichas herramientas para trabajar en casa. Cada padre de familia realizó un registro donde describió: La experiencia, las dificultades y los logros alcanzados.

Para la finalización de talleres se ejecutó un repaso unificando todas las áreas del desarrollo vistas en todos los talleres que asistieron. Se estableció un circuito en el cual basó en la estimulación de todas las áreas básicas del desarrollo: Motricidad gruesa y fina, cognición, lenguaje, autonomía y área socioafectiva. En el circuito de motricidad gruesa se colocó diferentes estaciones, iniciando con bancos de plástico donde cada uno de los padres de familia realizó la dinámica llevando un ritmo, subiendo y bajando cada uno de ellos, saltando entre aros, lanzado pelotas, tiro al blanco y juego de boliche utilizando pelotas con diferente peso. Durante la actividad se explicó las habilidades que se desarrollan en cada actividad como: tono muscular, lateralidad, asociación de movimiento y sonidos, atención, seguimiento de instrucciones, coordinación, entre otros.

En el siguiente circuito de motricidad fina se realizó actividades de enhebrar limpia pipas en cuadros de foamy, ensartar botones dividiéndolos por colores, juegos de pesca y se realizó una masa sensorial realizando fuerza y movimientos de dedos. Se explicó a los padres de familia las áreas a desarrollar en cada una de las actividades.

En el circuito de cognición se colocó en parejas a cada uno y se estableció diferentes actividades de juegos de memoria utilizando objetos y una manta donde describieron los animales que hacían falta, cuenta cuentos donde cada uno tenía que asociar la palabra con un objeto, secuencia de formas y colores, encaje de siluetas, entre otros. Durante estas actividades se mostró a los padres de familia que en actividades tan sencillas se pueden desarrollar muchas habilidades como: la atención, estructura, orientación espacial, coordinación, resolución de problemas.

En el circuito de lenguaje se explicó cada uno de los materiales de la estación, cuenta cuentos utilizando pictogramas, títeres, imágenes de distintos tamaños, dibujos con texturas, actividades como articulación de palabras, manejando un espejo para mostrar los movimientos de la boca al pronunciar diferentes palabras, articulación de palabras utilizando un globo sintiendo las

vibraciones y realizando diferentes sonidos, estructura de oraciones manipulando pictogramas de palabras o dibujos utilizando tira-frases.

Por último, se realizó el circuito de autonomía donde se les explicó a los padres de familia la importancia de exponer a sus hijos a realizar actividades por sí mismos, tomando en cuenta la edad y habilidades. Se mostró videos sobre pequeñas tareas que los niños realizan de acuerdo con las edades.

Al finalizar estos talleres y se creó conciencia sobre la importancia de intervención a edad temprana para el desarrollo y estimulación de las áreas básicas del desarrollo. Se brindó a los padres de familia estrategias sencillas con objetivos claros para el desarrollo de estas.

## **2.7. Subprograma de Investigación**

En el mes de enero, durante la inducción dirigida por la coordinadora Lcda. Luisa carrillo del Programa Inclusión Escolar, se cumplió un trabajo de observación, auxilioria e intervención grupal; en este periodo se dio a conocer la importancia de demostrar los beneficios de llevar a cabo una estimulación temprana de forma integral (Casa-institución).

En base a los datos y la observación se determinó utilizar como instrumento de investigación la Escala del Desarrollo EDIN; esta evaluación se adapta a las características y necesidades de la población con la que se ejecutó el programa de investigación.

Para inicio de la investigación se estableció el viernes para efectuar una entrevista con preguntas básicas sobre el diario vivir del niño o niña, posterior a esto se explicó sobre la evaluación que se realizó para conocer el desarrollo utilizando la evaluación EDIN. Esta evaluación y entrevista a los padres de familia se aplicó a principios del mes de febrero. El tiempo estimado en la evaluación fue de 4 sesiones

de los viernes en un periodo de cuarenta y cinco minutos, se citó a la primera sesión a los padres de familia y las demás se realizó la evaluación.

La investigación se efectuó en un periodo de seis meses, iniciando en el mes de febrero hasta julio. En este periodo se dio un seguimiento donde se citó a padres de familia los 2 viernes al mes, en sesiones de 30 minutos para verificación de datos y aplicar una entrevista, en cual invita al padre de familia a describir una rutina diaria en casa, dando a conocer si está llevando un acompañamiento en casa de estimulación temprana o no.

También a través de la observación dentro de la intervención grupal de los niños y niñas, se recopiló información relevante para sustanciar la investigación y comprobar quienes aumentaron y desarrollaron más habilidades.

Al finalizar se realizó una reevaluación con la misma Escala del Desarrollo EDIN como instrumento de medición. se ejecutó el mismo procedimiento de citar a los padres de familia y a los niños o niñas los viernes, para evaluar cada una de las áreas. Por último, se calificó las evaluaciones, se analizó los resultados tanto como las del inicio y las del final, se efectuó la comparación de los resultados para demostrar los beneficios de llevar una estimulación temprana de forma integral.

#### **2.4.1. Fases del Proceso de ETS**

#### **2.4.2. Sub Programa de Servicio**

##### **2.4.2.1. Diagnóstico**

Se realizó un periodo de observación y auxiliatoria para determinar e identificar la situación y tendencias; se ejecuta en la base de datos, hechos, entrevistas dirigidas a padres de familia. También distintas evaluaciones de acuerdo con las necesidades de cada niño y niña como: Escalas del desarrollo, evaluaciones

de psicomotricidad, escalas evaluación del proceso en el desarrollo social e independencia personal. Al realizar esta base de información optima se logró, permitiendo crear un plan de intervención certero de acuerdo con las necesidades de cada uno de los niños y niñas, facilitando terapias de estimulación temprana grupales y ofreciendo planes psicopedagógicos a cada uno.

#### **2.4.2.2. Inmersión**

A inicios del mes de enero del 2017, la licenciada Luisa Carrillo tomó acciones para dar a conocer el programa, como ser presentada ante cada una de las Educadoras Especiales encargadas de las distintas aulas, la terapeuta del lenguaje, niñeras y conserjes. Con el fin de facilitar la comunicación con el equipo y conocer todas las áreas en las cuales el programa inclusión escolar ofrece servicios e intervención. El programa Inclusión escolar se compone por distintos grados, los cuales los niños se dividen por edad, habilidades y necesidades, entre ellas está el Aula de Estimulación Temprana, Inicial y Avanzado. Se tomó 2 semanas de observación y auxilioria en cada una de las aulas con el fin de darse a conocer y ejercer el plan que ser llevó a cabo.

#### **2.4.2.3. Planificación:**

Posteriormente a la visita y a las observaciones elaboradas con la población a trabajar, se realizó la planificación donde se organizó según las necesidades de la población. En el marco de servicio se establecieron horarios específicos para cada uno de los pacientes para efectuar evaluaciones de áreas básicas del desarrollo, y en base a esto la elaboración de planes de intervención. Se diseñó un esquema para la ejecución de planificaciones de estimulación de forma grupal, llevando un control y adaptación para las necesidades individuales.

#### **2.4.2.4. Ejecución**

En la fase de servicio se inició con sesiones individuales con los padres de familia, para el comienzo de la intervención psicopedagógica realizando anamnesis, estableciendo metas y conocer aspectos importantes del niño o niña.

Asimismo, se estableció sesiones de evaluación de acuerdo con las necesidades individuales, posterior a esto se ejecutó un plan de intervención trimestral para el inicio de las terapias grupales en el aula de estimulación temprana; en este plan trimestral se diseñó un esquema para planificación, donde se llevó un control y adaptación para cada uno de los niños; se efectuó una planificación semanal la cual fue entregada a la coordinadora del programa detallando diariamente las sesiones grupales de estimulación temprana.

#### **2.4.2.5. Sistematización**

La sistematización se llevó a cabo a través del diario de campo y hojas de evolución de cada paciente, en los cuales se anotaron dificultades, objetivos alcanzados, proyecciones; así también las características necesarias para mejorar los planes de intervención y que tipo de actividades podían trabajar en casa. Trimestralmente se diseñó listas de cotejo que describió las áreas a trabajar llevando el registro de avances alcanzados. Para informes psicopedagógicos se ejecutó propuestas de evaluación para dar una impresión clínica.

#### **2.4.2.6. Monitoreo**

El monitoreo consistió en la supervisión de cumplimiento de lo establecido en las sesiones individuales con los padres de familia, con un tiempo establecido por sesión de 30 minutos, registrando la asistencia y puntualidad a las sesiones por medio de listado. En el diario de campo se detalló las sesiones de las evaluaciones llevando un registro del niño o niña; se elaboró informes mensuales, donde se detalló cada una de las actividades en intervenciones que se efectuaron durante el proceso los cuales se entregaron al supervisor de ETS Lic. Pablo Tzoy.

#### **2.4.2.7. Evaluación**

Al inicio se realizó una entrevista con los padres de familia, en base a esto se elaboró propuestas de evaluación, las cuales se presentaron a la coordinadora del programa, quien reviso y aprobó para llevar a cabo el proceso de informe psicopedagógico. Evaluando a cada niño y niña de acuerdo con las necesidades que presentó utilizando: Escalas del Desarrollo, Escalas de Autismo, Evaluación de Psicomotricidad, entre otros. Durante la intervención en terapias grupales de estimulación temprana se presentó trimestralmente una lista de cotejo, describiendo las habilidades y objetivos que se establecieron con cada niño y niña, dando a conocer la evolución del trabajo de intervención, teniendo un control durante este periodo.

#### **2.4.2.8. Cierre de Procesos**

Durante el tiempo de la ejecución de los planes de intervención en sesiones grupales, se cumplieron actividades donde los pacientes participaron de forma integrativa y al mismo tiempo demostraron sus habilidades básicas ya con la intervención adecuada. A los padres de familia se les entregó un trifoliar donde nuevamente se resaltó la importancia de continuar, conocer y realizar estimulación en casa y se les brindo un listado de actividades recomendadas. Al concluir con los procesos se entregó once expedientes donde se incluyeron informes psicopedagógicos, evaluaciones, planes de intervención y fichas de evoluciones.

### **2.4.3. Sub Programa de Docencia**

#### **2.4.3.1. Diagnóstico**

Durante la fase de docencia a través de la base de datos, la observación durante las terapias grupales, evaluaciones individuales y las entrevistas a los padres de familia, se determinó que los padres de familia carecen de conocimientos

para intervenir y participar en la formación óptima del desarrollo de habilidades motoras, cognitivas, afectivas y de independencia. Mostraron la falta de interés, compromiso y motivación para el apoyo en casa. En base a esto se planteó una serie de talleres y capacitaciones en base a la importancia la estimulación temprana, llevando un enfoque integral (Casa-institución).

#### **2.4.3.2. Inmersión**

La inmersión fue por medio de la presentación a los padres de familia por la Licenciada Luisa Carrillo coordinadora del Programa Inclusión Escolar. Se convocó y se efectuaron invitaciones físicas a los padres de familia del aula, para participar en los talleres. Al inicio de la serie de talleres se diseñó con la intención de dar a conocer los beneficios de la estimulación temprana e invitarlos a participar en los diferentes talleres que se llevarían a cabo; se realizó actividades lúdicas y rompe hielo para que todos tuvieran la libertad de expresar, estar en confianza y aprender nuevas estrategias.

#### **2.4.3.3. Planificación**

Se estableció junto a los padres de familia metas por cumplir y además comprometerlos a la asistencia de los talleres y las capacitaciones que se llevaron a cabo. Se planificó talleres mensuales divididos por temas de las áreas del desarrollo los cuales se abordaron estrategias e información específica de cada una de las áreas: motricidad gruesa-fina, cognición, lenguaje, hábitos y área socioafectiva; en cada uno se planeó ofrecer al padre de familia por qué y para que, de las áreas a trabajar, iniciado con una pequeña teoría y reflexión sobre dichas áreas. Posterior se continuó con experiencias vivenciales de las estrategias y herramientas. En cuanto al diseño de las capacitaciones se les entregó diariamente una serie de ejercicios y estrategias para trabajar en casa, donde cada uno llevó un registro de la experiencia, las dificultades y los logros de lo que trabajaron junto a su hijo.

#### **2.4.3.4. Ejecución**

Para la ejecución de la intervención en talleres y capacitaciones se utilizaron diferentes formas para promover la asistencia se realizó invitaciones de forma verbal y físicas. Se presentaron los beneficios de la estimulación temprana, promoviendo la reflexión por parte de los padres de familia en la importancia de aplicarlo en casa. Durante los talleres se les presentó circuitos, los cuales ofrecieron incluir todas las áreas del desarrollo, haciendo énfasis en las dificultades y el porqué de cada uno de los ejercicios y actividades que realizaron. Para las capacitaciones utilizaron un cuaderno guía para proporcionarles las herramientas vistas en los talleres y llevar un control y registro de la estimulación para sus hijos.

#### **2.4.3.5. Sistematización**

Para tener un control se elaboraron listas de asistencia, aspectos importantes en el diario de campo donde se anotaron las características necesarias para mejorar los talleres y que áreas les interesa estimular de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Así mismo diariamente los pacientes llevaron un cuaderno con actividades y estrategias de estimulación para realizar con los padres de familia en casa. Se comprometió a cada uno a escribir la experiencia y dificultades a ejecutar en cada actividad.

#### **2.4.3.6. Monitoreo**

Durante las actividades de taller e intervenciones de actividades en casa, se realizó con el acompañamiento de la coordinadora general del Programa Inclusión Escolar, la licenciada Luisa Carrillo y la encargada Educadora Especial. También se utilizó pequeños cuestionarios, observación y un cuaderno registro de aplicación de estimulación en casa elaborado por los padres durante los talleres; para administrar un registro del aprendizaje de los padres de familia.

#### **2.4.3.7. Evaluación**

En la serie de talleres que se ofrecieron a los padres de familia del aula de estimulación temprana, se implementó una pequeña evaluación al finalizar cada taller, se pidió a cada uno a contestar que es y para qué sirve determinada área del desarrollo y describir pequeñas actividades que logró aprender durante el taller y los materiales a utilizar.

#### **2.4.4. Sub Programa de Investigación**

##### **2.4.4.1. Diagnóstico**

En base a la observación e intervención en las distintas áreas del programa inclusión escolar, se mostró la falta de interés y apoyo por parte de los padres de familia, en base a estos resultados se vio la necesidad de comprobar y demostrar los beneficios de una estimulación integral (Casa-institución). Se utilizó un instrumento de medición del desarrollo siendo esta: la escala del desarrollo (EDIN) la cual se utilizó para la evaluación de los niños y niñas de la institución al inicio y al final de la investigación.

##### **2.4.4.2. Inmersión**

Al inicio los padres fueron citados los viernes para una pequeña entrevista sobre aspectos básicos de la vida diaria, historias de vida y desarrollo de sus hijos, al igual que preguntas sobre el conocimiento la estimulación en casa, posterior a esto se explicó los motivos de la evaluación con la Escala del Desarrollo, que se llevó a cabo.

#### **2.4.4.3. Planificación**

Se estableció la división de sesiones de evaluación, al inicio se cita a la madre o padre de familia para una pequeña entrevista, y posterior a esto se inicia con una sesión de rapport estableciendo la confianza y libertad por parte de niño o niña. Posterior a esto se comienza con el estudio cuasiexperimental con la evaluación de la Escala del Desarrollo EDIN dividida por áreas las cuales son: motricidad gruesa y fina, cognición, lenguaje, hábitos y área socioafectiva efectuándolas antes y después de la intervención ejecutando la investigación simultáneamente.

#### **2.4.4.4. Ejecución**

En conjunto con la coordinadora del Programa Inclusión Escolar se planeó los horarios y los salones que se utilizaron para el inicio de las entrevistas y evaluaciones. Los padres fueron citados individualmente, estableciendo a la vez con ellos los horarios y días a su conveniencia para la realización de entrevistas y evaluaciones con cada uno de ellos y sus hijos.

#### **2.4.4.5. Sistematización**

Se llevó a cabo el proceso de reclamación de información a través de entrevistas para conformar el grupo asignado que cumpliera con las características de la evaluación tales como: niños con impresión clínica de Retraso del Desarrollo Global, que perteneciera al grupo de estimulación temprana, que los padres de familia presentaran compromiso durante el proceso, niños en edad de 3 a 5 años.

#### **2.4.4.6. Monitoreo**

Durante la fase de investigación se efectuaron reuniones con padres de familia utilizando cuestionarios enfocados en las áreas de desarrollo que describe la Escala EDIN las cuales son: motricidad fina y gruesa, cognición, lenguaje, área socioafectiva y hábitos. Se ejecutó una investigación cuasiexperimental la cual

consiste en aplicar la Escala del Desarrollo EDIN; al inicio y al final de la investigación para validar los resultados de los avances.

#### **2.4.4.7. Evaluación**

A través de la observación, las entrevistas, y la intervención grupal, se estableció evaluar con la Escala del Desarrollo EDIN; ya que se acopla a las necesidades y características de la población, recabando toda la información relevante sobre el desarrollo y demostrar los beneficios de una estimulación temprana integral.

### **2.5. Técnicas e instrumentos eje de servicio**

- Técnicas:
  - ✓ Observación
  - ✓ Rapport
  - ✓ Interpretación
- Herramientas:
  - ✓ Anamnesis
  - ✓ Escala del desarrollo
  - ✓ Test psicométricos
  - ✓ Informes psicopedagógicos
  - ✓ Material didáctico
  - ✓ Planes de tratamiento
  - ✓ Hojas de evolución

## **2.6. Técnicas e instrumentos eje de docencia**

- Técnicas:
  - ✓ Talleres
  - ✓ Exposiciones
- Herramientas:
  - ✓ Capacitación
  - ✓ Libro de registro
  - ✓ Orientación

## **2.7. Técnicas e instrumentos eje de investigación**

- Técnicas:
  - ✓ Técnica de muestreo aleatorio
  - ✓ Técnica de escala comparativa
  - ✓ Técnica de análisis de evaluaciones
- Herramientas
  - ✓ Escala del desarrollo EDIN
  - ✓ Entrevista descripción de rutinas diarias en casa (elaboración propia)

## Capítulo III

### Presentación de Actividades y Resultados

Durante el Ejercicio Técnico Supervisado se observó diversas áreas en las que se ofrece terapias de educación especial, dentro del Programa Inclusión Escolar. En el proceso se presenciaron las terapias que brinda, logrando estar en contacto con la población que asiste. En la institución se asignó una de las aulas para desempeñar de manera profesional el Ejercicio Técnico Supervisado. A continuación, se presenta la experiencia adquirida en el ETS, sistematizando el trabajo, que se realizó en tres ejes: Eje de atención directa, Eje de docencia y Eje investigativo.

#### 3.1 Sub Programa de Servicio:

El proceso de inducción en la Fundación Pediátrica Guatemalteca duró dos semanas, en las cuales se conocieron las distintas áreas de trabajo, en este lapso se buscó establecer lazos de comunicación con los padres y niños que asistieron y el personal docente de la institución.

Se realizó un trabajo de observación desde el primer momento que se ingresó a la Fundación, posterior a esto fue la presentación de los programas que tenía a cargo cada una de las Educadoras Especiales; por parte de la coordinadora se asignó un día de auxilioria en cada una de las aulas. Posterior a la rotación entre aulas se empezó con la realización de la atención directa, primero con entrevistas, se citó a los padres de familia del aula Estimulación Temprana, programando fecha, día y hora de atención para la entrevista.

Al finalizar las entrevistas y evaluaciones se efectuaron: Informes psicopedagógicos y planes de intervención. Para la entrega de los informes psicopedagógicos se citó a los padres de familia los viernes. Los planes de intervención se realizaron para un tratamiento de 3 meses y de acuerdo con las

necesidades de cada uno de los niños brindando terapias grupales de estimulación temprana. Los niños tenían distintos días de asistencia dividiéndose en dos, tres y cuatro veces por semana, se atendían entre 7 a 10 estudiantes diarios. se entregó una planificación por semana especificando por día las actividades a realizar durante el día basándose en los planes de intervención; al finalizar a cada tres meses se entregó a los padres de familia una lista de cotejo de las áreas en las cuales se enfocó el tratamiento y los avances alcanzados.

Las problemáticas que se desarrollaron durante el Ejercicio Técnico Supervisado se enfocaron en la falta de interés en la estimulación por parte de los padres de familia, por lo cual se orientó a la atención individual los viernes para ellos, realizando sesiones de 30 minutos donde se orientó a cada uno a participar en casa con actividades de estimulación.

En las sesiones finales grupales se alcanzaron resultados satisfactorios, se logró obtener completas las sesiones de entrevistas, evaluaciones y entrega de informes a padres de familia, la asistencia y compromiso a las sesiones grupales de parte de los niños en un 85%.

Se logró alcanzar, que los niños asignados al aula de Estimulación Temprana se adaptaron a un ambiente escolar siguiendo rutinas establecidas, prolongación en sus lapsos de atención, comprensión y seguimiento de instrucciones, mayor comunicación con los demás verbalmente o de forma expresiva, control de esfínteres vesicales y anales, mayor independencia en actividades básicas de la vida diaria, aumento en control y coordinación de movimientos.

A continuación, en la tabla siguiente se describen los casos a quienes se les brindó atención con el número de sesiones y los principales logros alcanzados:

## Servicios Brindados en el Programa Inclusión Escolar

Tabla 1 Eje de Servicio

No.	Sexo-Edad	Motivo de Consulta	Cantidad de Sesiones Brindadas.	Principales Logros
1	Masculino/ 3 años	La madre refiere: "porque mi hijo no hace cosas que debería de hacer a su edad"	Sesiones: 80  Sesiones de evaluación: 5	Mayor conciencia de su entorno, comprensión de instrucciones respondiendo con acciones en las actividades.
2	Masculino/ 3 años	La madre refiere: "me dijeron que mi hijo tiene autismo y necesita estimulación"	Sesiones: 100  Sesiones de evaluación: 5	Se prolongó sus lapsos de atención durante las actividades.
3	Masculino/ 4 años	La madre refiere: "Porque mi hijo tiene un retardo en el desarrollo"	Sesiones: 98  Sesiones de evaluación: 5	Mayor control en movimientos de su cuerpo explorando objetos que son de su interés.
4	Femenino/ 4 años	La madre refiere: "Porque mi hija tiene autismo y necesita de estimulación y logre ser más independiente"	Sesiones: 108  Sesiones de evaluación: 6	Mayor estructura, adaptación y conciencia al participar en las actividades que se realizaron en clase.
5	Masculino/ 4 años	La madre refiere: "Mi hijo no es como los demás"	Sesiones: 54	Logró comprender y responder verbalmente o

		necesita ayuda, me dijeron que tiene autismo”	Sesiones de evaluación: 4	con acciones a instrucciones de las actividades que se realizaron.
6	Masculino/ 5 años	La madre refiere: “porque quiero que mi hijo hable y se más independiente”	Sesiones:106 Sesiones de evaluación: 4	alcanzó mayor control de sus movimientos, al igual que se comunicó utilizando expresiones gestuales y señas.
7	Masculino/ 4 años	La madre refiere: “porque S. no puede hacer cosas como los demás le cuesta mucho”	Sesiones:108 Sesiones de evaluación: 4	Mayor comprensión de instrucciones sencillas y complejas, inicio con mayor independencia en actividades de la vida diaria.
8	Masculino/ 3 años	La madre refiere: “porque no habla y ordena cosas llora por todo”	Sesiones:103 Sesiones de evaluación: 4	Obtuvo mayor tolerancia y flexibilidad ante cambios de rutinas.
9	Masculino/ 4 años	La madre refiere: “porque tiene muchas dificultades y me dijeron que es autismo lo que tiene”	Sesiones: 78 Sesiones de evaluación: 4	Alcanzó a reconocer su espacio de trabajo manteniendo en orden los materiales a utilizar.

10	Masculino/ 5 años	La madre refiere: “Porque no es como los demás llora por muchas cosas que no tienen sentido y no hace cosas que debería de hacer”	Sesiones: 80 Sesiones de evaluación: 4	Alanzó mayor tolerancia a diferentes texturas, y estructura y adaptación en clase.
Total, de sesiones:				915
Total, de sesiones de evaluación:				45

Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar.

### 3.2. Sub Programa de Docencia

En los programas de docencia se trabajó con todos los padres de los niños del Programa Inclusión Escolar, motivando a los padres de familia del aula Estimulación Temprana, se brindó este servicio por razones relacionadas con las necesidades de la población ya que se mostraban con poco compromiso, interés, poca información, conocimiento y desorientación.

Se acordó con la Licda. Luisa Carrillo coordinadora del Programa el día mensual para realizar los talleres, los cuales se ejecutaron los días viernes en horario de 9:00 a 11:00 am. Una vez al mes. Se efectuó una planificación donde se describió el programa de los talleres.

En el grupo de padres de familia el objetivo era promover la motivación, informar y ofrecer herramientas de Estimulación Temprana, para la intervención adecuada en casa, estimulando y fortaleciendo todas las áreas del desarrollo de sus hijos para alcanzar logros en cuanto a su autonomía, independencia, habilidades básicas, aprendizajes y experiencias. Se trabajó con los padres de familia desde febrero a agosto, es decir, desde su inicio hasta que finalizó con el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado.

El programa de Estimulación Temprana se inició con su preparación desde el primer día de asistencia a los talleres, consistió en informar a los padres de familia la importancia de la estimulación y los beneficios, se les motivó a realizar un compromiso para asistir, dedicarse y aprender distintas técnicas.

Los talleres consistieron en las áreas del desarrollo dividiéndose en: Taller de Motricidad gruesa y fina, Cognición, lenguaje, hábitos y área social. Los talleres se desarrollaron durante los siete meses efectivos, llevándose a cabo los días viernes de 9:00 a 11:00, en el primer momento con una actividad rompe hielo, la cual daba la oportunidad a los padres a expresar sus expectativas, temores y anécdotas con sus hijos, luego continuaba con aspectos teóricos e informativos, segundo observación de materiales y elaboración de estos y tercero participativo, se realizó circuitos de juego donde ellos se involucraron activamente en diferentes actividades de estimulación y para finalizar exponer su experiencia y resolución de dudas.

Durante la intervención que se efectuó con los talleres se les envió durante las semanas diariamente diferentes actividades a realizar en casa, para continuar con la capacitación de los padres de familia, se colocó un pequeño cuestionario con preguntas que donde cada uno describió su experiencia de la actividad, que se les dificultó y que logró.

En los talleres se vio reflejado el entusiasmo e interés por parte de los padres de familia que asistían constantemente, sin embargo, hubo un poco de deserción ya que informaron que se les complicaba asistir debido a los horarios de su trabajo, también se les dificultaba en algunos casos cumplir con los ejercicios diarios que se enviaron, comunicando que se les complicaba, ya que no contaban con tiempo.

El éxito del programa de talleres de Estimulación Temprana fue de mucho beneficio para los padres de familia que lograron asistir y culminar con el proceso,

cada uno expresó los logros significativos que sus hijos lograron alcanzar desde su inicio hasta la finalización.

A continuación, se presenta el eje de docencia a través de una tabla donde describe los temas, metodología y principales logros de los talleres que fueron impartidos.

### Presentación de talleres impartidos

*Tabla 2 Eje de Docencia*

<b>No.</b>	<b>Temática abordada</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Metodología de trabajo</b>	<b>Principales logros</b>
1.	¿Qué es la estimulación temprana?	20	Teórica Participativa Práctica	Se mostraron con interés de conocer las técnicas en Estimación Temprana.
2.	Estimulación Motricidad Gruesa y Fina.	13	Teórica Práctica Participativa	Participación e involucramiento durante las actividades que se realizaron.
3.	Estimulación en la Cognición	15	Teórica Práctica Participativa	Mayor conciencia por parte de los padres al conocer estrategias para estimular la cognición en sus hijos
4.	Estimulación en el Lenguaje	16	Teórica Práctica Participativa	Participación realizando preguntas de como intervenir

				como padres de familia.
5.	Estimulación en el área socioafectiva	13	Teórica Práctica Participativa	Se mostraron con mayor libertad y confianza exponiendo cada uno los casos de sus hijos y como han intervenido.
6.	Estimulación en el desarrollo de Hábitos.	15	Teórica Práctica Participativa	Se evidenció mayor conocimiento en aplicar técnicas y desarrollar ideas para estimular con actividades sencillas a sus hijos
Total, de talleres impartidos:				6

Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar.

### 3.3. Sub Programa de Investigación

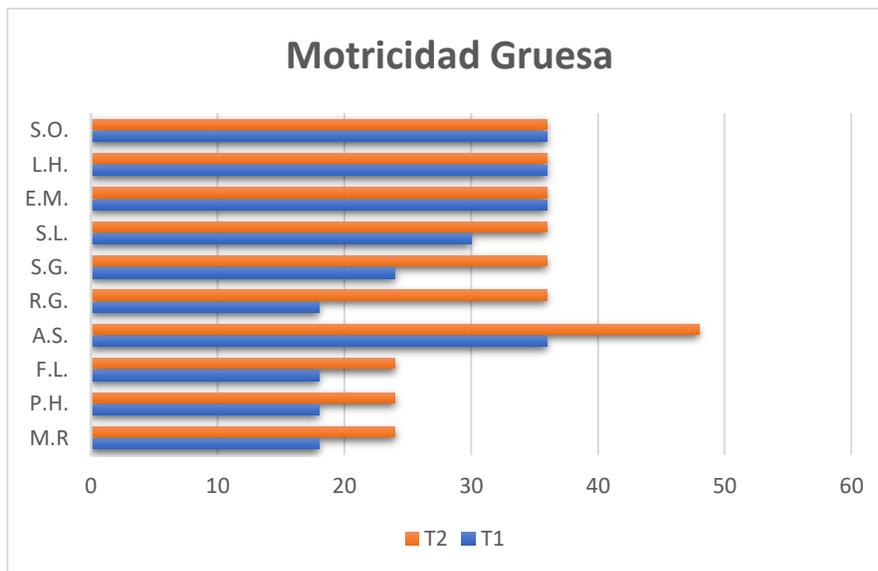
Dentro del programa de investigación se planteó, a través de la metodología cuasiexperimental, el enfoque de investigación el cual, a través de un proceso de discusión, fue verificar los aspectos relacionados con dar a conocer los beneficios de llevar una estimulación temprana de forma integral (casa-institución). El objetivo se inició desde el planteamiento a las familias que asistieron a los talleres de estimulación temprana, en el cual se les planteó a ellos que necesidades les gustaría conocer acerca de su realidad, varios padres de familia mencionaron que les gustaría saber intervenir y estimular a sus hijos para desarrollar todas sus habilidades.

Dentro del marco investigativo se efectuó en un periodo de seis meses, iniciando en el mes de febrero hasta julio, se evaluó utilizando la Escala del Desarrollo EDIN efectuándola con cada uno de los niños del aula Estimulación Temprana, con el fin de registrar todas las áreas del desarrollo de los niños y conocer en qué nivel se encontraban para cumplir con el objetivo de la investigación.

Durante el periodo de intervención a través de la observación, comentarios de los padres de familia y Educadoras Especiales se recopiló información relevante para sustanciar la información y evidenciar el aumento de habilidades y desarrollo.

En las siguientes tablas y gráficas se describe los punteos de las evaluaciones iniciales y finales de la Escala del Desarrollo EDIN; las edades se describen por meses:

Tabla 3

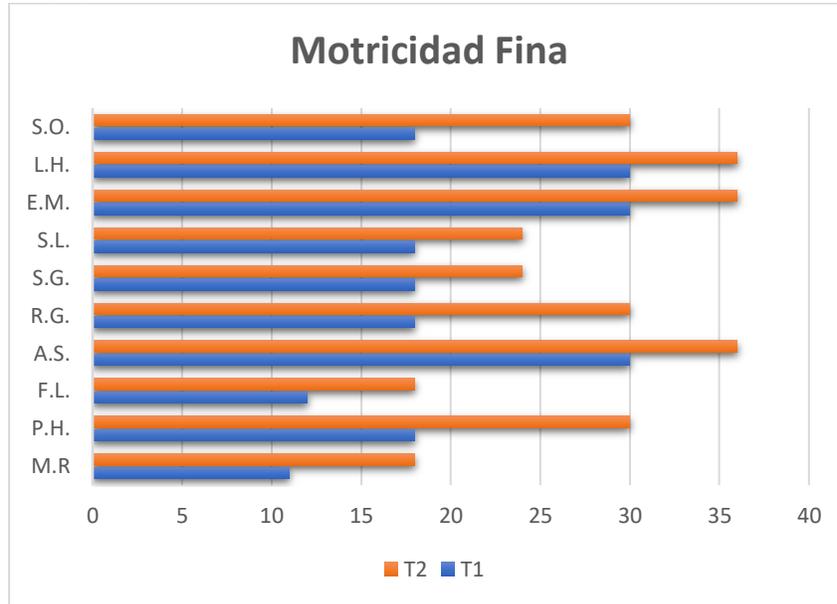


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar.

Motricidad Gruesa		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	18	24
P.H.	18	24
F.L.	18	24
A.S.	36	48
R.G.	18	36
S.G.	24	36
S.L.	30	36
E.M.	36	36
L.H.	36	36
S.O.	36	36

Referente al área motriz, se pudo observar que los niños al recibir una estimulación integral (casa-institución) comparando la evaluación inicial con la evaluación final se encuentran notablemente más desarrollados teniendo una edad promedio inicial de 27 meses aumentando a una edad promedio final de 34 meses.

Tabla 4

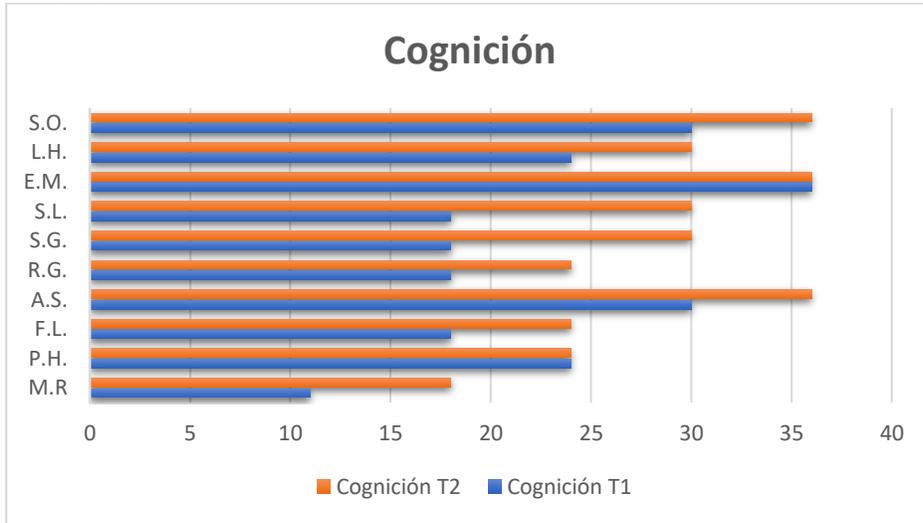


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

Motricidad Fina		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	11	18
P.H.	18	30
F.L.	12	18
A.S.	30	36
R.G.	18	30
S.G.	18	24
S.L.	18	24
E.M.	30	36
L.H.	30	36
S.O.	18	30

En el desarrollo motriz fino se observa mayor variabilidad en los resultados, durante la evaluación inicial se muestra edades bajas donde se evidencia las dificultades que presentan los niños en esta área del desarrollo, teniendo una edad promedio inicial de 20 meses aumentado a una edad promedio de 28 meses.

Tabla 5

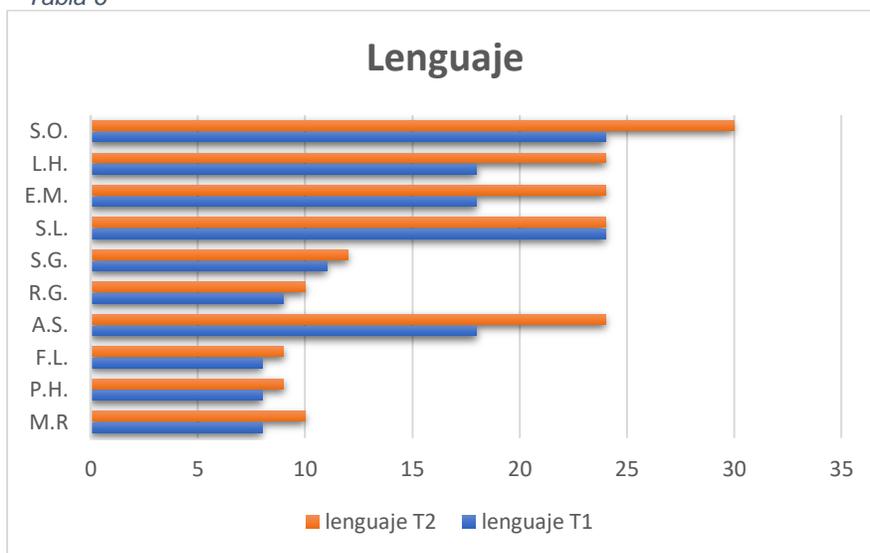


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

Cognición		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	11	18
P.H.	24	24
F.L.	18	24
A.S.	30	36
R.G.	18	24
S.G.	18	30
S.L.	18	30
E.M.	36	36
L.H.	24	30
S.O.	30	36

En lo que respecta al área cognitiva se muestra que los niños que recibieron estimulación con más frecuencia en todos sus ambientes adquieren un nivel en habilidades relacionadas con el pensamiento. Se evidencian alcances reveladores comparando las evaluaciones iniciales y finales en un 80%. En el caso de M.R. presenta una edad de 11 meses en la evaluación inicial aumentando con una edad de 18 meses en la evaluación final.

Tabla 6

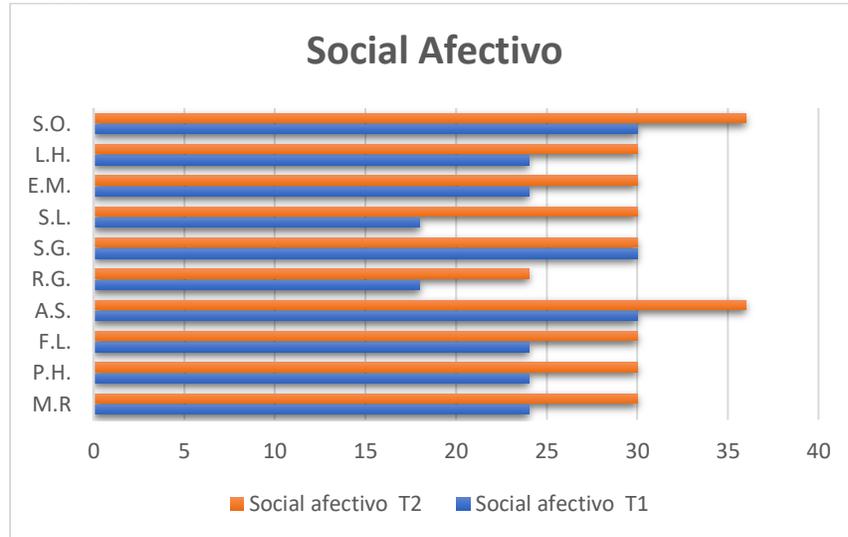


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

Lenguaje		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	8	10
P.H.	8	9
F.L.	8	9
A.S.	18	24
R.G.	9	10
S.G.	11	12
S.L.	24	24
E.M.	18	24
L.H.	18	24
S.O.	24	30

En el área de lenguaje y comunicación, se observa que esta área es la mayormente afectada mostrando en la evaluación inicial punteos de edades bajas siendo la edad promedio de 15 meses aumentando no tan notoriamente con una edad promedio final de 18 meses.

Tabla 7

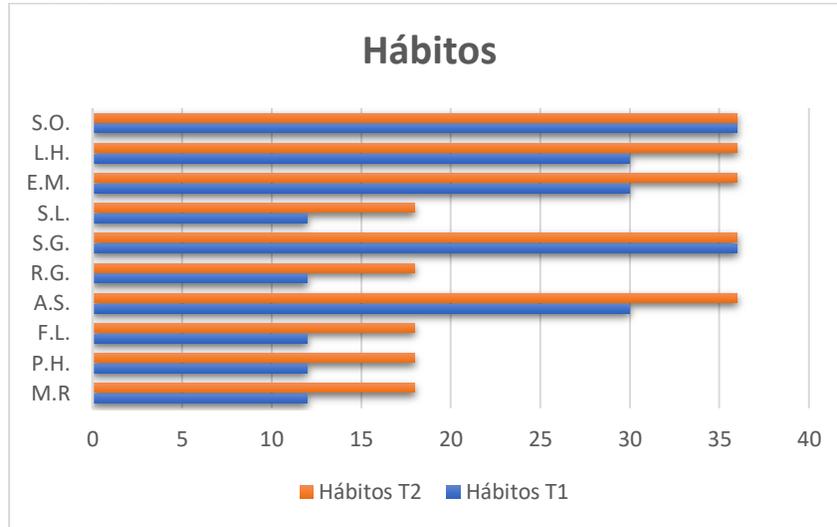


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

Social Afectivo		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	24	30
P.H.	24	30
F.L.	24	30
A.S.	30	36
R.G.	18	24
S.G.	30	30
S.L.	18	30
E.M.	24	30
L.H.	24	30
S.O.	30	36

En el área social afectiva es un área de las que marca mayor grado de aumento en edad ya que los niños acuden al Programa Inclusión y reciben también estimulación en casa de la mano. Lograron destacar y potenciar sus habilidades socioafectivas aumentando notoriamente con una edad promedio final de 30 meses.

Tabla 8

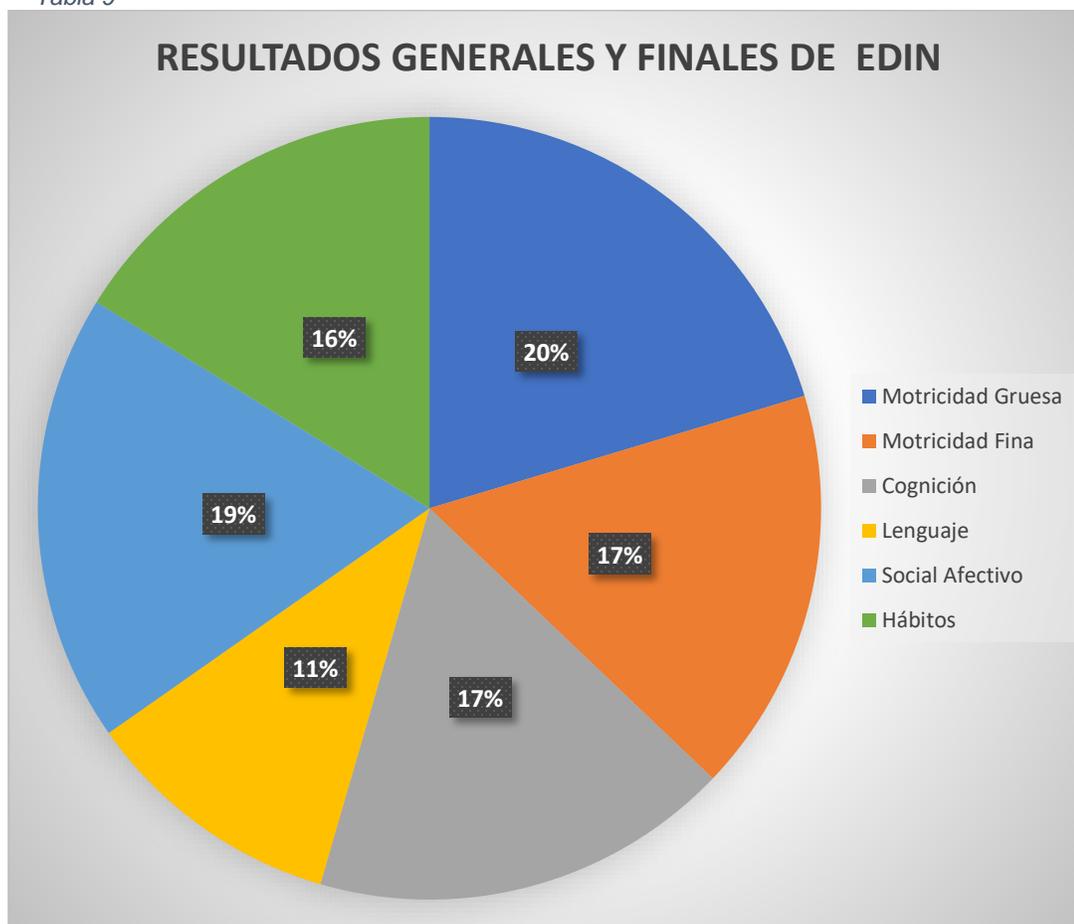


Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

Hábitos		
Casos	Evaluación 1	Evaluación 2
M.R.	12	18
P.H.	12	18
F.L.	12	18
A.S.	30	36
R.G.	12	18
S.G.	36	36
S.L.	12	18
E.M.	30	36
L.H.	30	36
S.O.	36	36

El área de hábitos va de la mano con el área social afectiva ya que los niños tuvieron la oportunidad de fortalecer relaciones afectivas con sus padres y juntamente desarrollar habilidades realizando actividades sencillas de la vida cotidiana. Los resultados de la evaluación inicial arrojan dificultades con una edad promedio baja de 22 meses aumentando satisfactoriamente a una edad promedio final de 27 meses.

Tabla 9



Fuente: Propia autoría, año 2017, FPG. Programa Inclusión Escolar

En las evaluaciones finales de la Escala del Desarrollo EDIN se observa que en un 20% alcanza mayor avance en las áreas de motricidad gruesa y en un 19% en el área Social Afectiva. Lo cual representa que al ofrecer una estimulación temprana integral (institución-casa) fortalece estas áreas del desarrollo en los niños. En cuanto al área de motricidad fina y cognición aumentaron en un 17% mostrando avances equivalentes en la edad y un 16% en el área de hábitos. En la edad del lenguaje se muestra un bajo porcentaje con 11% revelando dificultades para alcanzar logros significativos.

## Capítulo IV

### Análisis y Discusión de Resultados

#### 4.1. Sub Programa de Servicio

En el eje de servicio, en recolección de datos y entrevista, los padres de familia se mostraron perseverantes, colaboradores, generosos, responsables, presentando interés y compromiso en las sesiones y en el trabajo de intervención que se expuso para sus hijos. En el periodo de observación las docentes del Programa Inclusión Escolar se mostraron accesibles, brindaron toda la información necesaria para la intervención de los niños y niñas.

Las instalaciones donde se atendió a la población contaban con buena iluminación, espacio, material didáctico de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas, en las sesiones grupales el espacio era amplio, y contaban con equipo para la intervención de ellos.

Las docentes y directora del Programa Inclusión Escolar ofrecieron apertura, confianza y flexibilidad en horarios de sesiones sugerencias, esto permitió mayor compromiso y motivación para la intervención de los niños y niñas asignados.

Durante el periodo de intervención individual se efectuaron diferentes evaluaciones para la elaboración, entrega de informes psicopedagógicos, planes de tratamiento y planificaciones semanales para las terapias grupales. En este tiempo al inicio se realizó una anamnesis con los padres de familia y en base a la información obtenida se envió a la Licda. Carrillo propuestas de evaluación, las cuales permitieron estructurar y enforcar de acuerdo con las necesidades de cada uno de los niños del Programa de Estimulación Temprana, un plan de evaluación óptimo.

Al tener en cuenta las impresiones clínicas y los resultados de cada una de las evaluaciones por niño, en base a estos resultados se logró elaborar un plan de intervención principal basándose en cada una de las áreas afectas individualmente, beneficiando a los niños del programa de estimulación temprana, ya que se enfocó directamente a trabajar estas áreas bajas; especificando semanalmente las actividades y adaptaciones de ellas mediante una planificación.

El abordaje fue integral ya que durante la mañana tenían servicios como Terapia de Lenguaje Y Neuronet, estas terapias las recibieron en distintos días de la semana. Estando divididos por aulas y cada una de las intervenciones se enfocaron en áreas bajas del desarrollo específicas.

Los niños a través de las actividades de estimulación temprana se manifestaron cambios notorios y lograron adaptarse a la estructura de un ambiente escolar, comprensión y seguimiento de instrucciones cortas, mayor control de movimientos, tiempos prolongados en la atención, mayor flexibilidad ante el cambio de actividades y rutinas.

Durante la intervención se resaltó las áreas en las que la mayoría de los niños se mostraron con mayor dificultad, creando una rutina para la práctica de actividades que estimularon la plasticidad cerebral. El beneficio fue visible a través de la capacidad que mostró cada uno de los niños en actividades básicas de la vida diaria,

En el proceso de tratamiento grupal, se logró la mayoría de los objetivos individuales de cada uno de los niños del Programa, ya que en cada uno de los planes de intervención se especificó las adaptaciones individuales. A la entrega trimestral de listas de cotejo y avances se citó a cada uno de los padres de familia de manera individual. Cada uno expresó sentirse satisfecho de los avances obtenidos en las áreas específicas de cada uno.

## 4.2. Sub Programa de Docencia

En el eje de docencia se implementó en los padres de familia el conocer y aprender acerca la estimulación temprana y los objetivos de los talleres, En los primeros talleres, el grupo de padres de familia tuvo mayor asistencia; después fue en deserción, los padres se excusaron por motivos laborales su inasistencia. Hubo una gran ventaja al realizar las sesiones individuales y semestrales, por medio de esas reuniones se motivó y reforzó la importancia de la estimulación temprana y se les llevó la información de los talleres. En total se logró atender, capacitar y motivar e integrar al trabajo de estimulación integral en todos los padres del aula de estimulación temprana del programa inclusión escolar.

Los padres mostraron mayor interés por el trabajo de estimulación temprana durante los talleres, se les dio a conocer la importancia de la estimulación a temprana edad condicionalmente se desarrollan habilidades cognitivas, emocionales y físicas que son fundamentales para el proceso de adquirir nuevos aprendizajes, que permiten la formación de conexiones neuronales; favoreciendo el desarrollo en todas sus áreas básicas.

También se les explicó los beneficios de llevar un trabajo en equipo a través de las terapias que se le brindan en el programa y las actividades en casa. Se les comentó si ellos querían avances significativos en sus hijos como pretendían solo llevarlos a un centro y no continuar desarrollando estimulación en casa.

Se fortaleció el compromiso, confianza, interés y motivación por parte de los padres de familia. Los cuadernos que se enviaron diariamente fueron fuente de evidencia del trabajo en casa y los avances significativos de sus hijos, llevando el trabajo integral, lo expresaron por medio de comentarios, anécdotas, videos, fotografías, notas en los cuadernos, entre otros. Al igual que en las sesiones individuales trimestrales se les entregó las evoluciones de sus hijos realizaban

preguntas de acuerdo con los temas impartidos en los talleres con mayor grado de interés y compromiso.

En esta intervención con los talleres para padres de familia se logró afianzar la confianza, interés y motivación en padres poco entusiastas. Se logró la asistencia y atención a aproximadamente a 20 padres de familia quienes participaron en los talleres mensuales, se trabajó con temas orientados al beneficio de la estimulación temprana, las áreas del desarrollo del niño y actividades funcionales y sencillas de practicar en casa. Esta intervención tuvo como objetivo informar, capacitar y motivar a los padres de familia en la estimulación de sus hijos.

Los talleres de estimulación temprana se desarrollaron en el edificio de enfrente al Programa de Inclusión Escolar, ya que se contaba con un espacio físico amplio, material audiovisual, mesas y sillas suficientes para la atención a los padres de familia, ofreciendo un ambiente agradable, cómodo, accesible, con buena iluminación y sonido para un mejor trabajo.

Dentro de las razones por las cuales algunos padres de familia no asistían a los talleres se debió que en algunas ocasiones se les dificultaba llegar por los horarios del trabajo, ya que algunos sus horarios eran matutinos. Sin embargo, en la mayoría de los talleres se logró la mayoría de la participación por parte de los padres de familia, mostrándose muy entusiasmados y motivados a informarse y conocer un poco más sobre la intervención en casa.

La metodología participativa fue de gran beneficio para los padres de familia, ya que permitió que cada uno tuviera la experiencia vivencial de participar en las actividades de estimulación de cada una de las áreas, mostrando la importancia, conocimiento y objetivo de cada una de las actividades. Al realizar este tipo de actividad con los padres, se logró establecer empatía, confianza, expresión de experiencias con sus hijos y manejo de conocimiento de intervención.

### **4.3. Sub Programa de Investigación**

La investigación se enfocó en la necesidad de demostrar los avances significativos de una estimulación complementaria trabajando en casa y en la institución, a los padres de familia y niños y niñas que asisten al Programa Inclusión Escolar en el aula de Estimulación Temprana; ya que son quienes conviven la mayoría del tiempo con ellos, sin estar informados de cómo llevar un proceso de estimulación integral que beneficie el desarrollo de sus hijos, ya sea por falta de información para intervenir y optimizar la estimulación de sus hijos. Se produce toda una serie de falta de motivación, compromiso e interés hacia el progreso de sus hijos.

Fue una experiencia sumamente enriquecedora ya que se tomó en cuenta el desarrollo de cada uno de los niños y niñas, desenvolviéndose en diferentes ambientes. Al realizar esta actividad de análisis, se coincidió que la razón primordial de algunos casos que se llevaron a cabo en el aula de estimulación temprana es la privación de estimulación y su repercusión en el desarrollo; por lo tanto, el progreso del desarrollo de los pacientes se muestra con más dificultad y lentitud de progresos.

Al obtener esta información sobre el proceso, dificultades, experiencias y satisfacciones, se evidenció que los padres son un elemento muy significativo para el trabajo de estimulación en sus hijos ya que son quienes comparten la mayoría del tiempo.

Se demostró la importancia del trabajo de estimulación de forma integral y su resultado al realizarla en los primeros años de vida del paciente de forma conjunta, aplicando técnicas en estimulación innovadoras que motiven a cada uno de los pacientes, de acuerdo con la edad y necesidad que presenta cada uno de los pacientes.

Los resultados del análisis de las Escalas del Desarrollo EDIN que fueron aplicadas al inicio y finalización de la investigación, fue con el objetivo de demostrar los beneficios y los avances evidentes que alcanzan los niños al llevar una estimulación temprana de forma integral (casa-institución), se alcanzó a comprobar los beneficios de la estimulación integral, reflejándose en la comparación de las evaluaciones y entrevista hechas. Los resultados detallaron un mayor beneficio en el área de autonomía, área social y motricidad. Promoviendo el compromiso, motivación para los padres de familia, resaltando los factores que influyen en el proceso de estimulación en edades tempranas.

Al inicio de las evaluaciones se utilizó la escala del desarrollo EDIN, se mostró que las áreas mayormente afectadas fueron: lenguaje con un 11%, motricidad fina con 15%, hábitos y cognición con 17%, social afectivo con 19% y motricidad gruesa con 21%. Luego de las evaluaciones se realizó una intervención de estimulación integral (casa- institución), 6 meses después se efectuó una reevaluación para evidenciar los avances significativos al estructurar una intervención de este tipo.

Los resultados de la reevaluación mostraron avances significativos en: Motricidad gruesa con 20%, social afectivo con 19%, motricidad fina y cognición con 17%, hábitos con 16% y 11% en el área del lenguaje. Se observó mayor avance en las áreas de motricidad gruesa y social afectiva; al realizar la estimulación integral (casa- institución), hubo mayor oportunidad de crear y fortalecer el vínculo entre padres en hijo realizando actividades motoras o actividades donde tuvo la oportunidad de aprender nuevas experiencias.

Se logró evidenciar que llevar una estimulación integral (casa-institución) beneficia grandemente en la intervención de niños con Retraso Global del Desarrollo, ya que fortalece los lazos afectivos entre padre e hijo promoviendo las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas, se estimula el proceso

de aprendizaje para la adquisición de experiencias nuevas de su desarrollo favoreciendo la curiosidad y observación para el conocimiento de su entorno.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

##### **5.1.1. Conclusiones Generales**

- La falta de estimulación afecta en gran manera a niños guatemaltecos en condición de una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo, por lo cual es necesario implementar una adecuada estimulación integral; involucrando y capacitando a padres de familia para la intervención de sus hijos.
- Es necesario ofrecer una estimulación eficaz para el adecuado desarrollo de áreas básicas, con el fin de mejorar, optimizar las habilidades y capacidades de los pacientes con dicha condición.
- Es de vital importancia conocer los criterios diagnósticos de Discapacidad Intelectual y Retraso Global del Desarrollo, para identificar los datos clínicos y ofrecer una evaluación eficiente, determinando un diagnóstico certero.

##### **5.1.2. Sub Programa de Servicio**

- La intervención individual de los casos de los pacientes que presentan dificultades en el desarrollo como motricidad gruesa y fina, cognición, lenguaje y autonomía, son de gran beneficio, se brindó herramientas necesarias para la estimulación integral llevando un refuerzo en casa para la evolución óptima de su desarrollo.

- La intervención directa con los padres de familia favoreció a cada uno de los pacientes del programa, ya que se estableció objetivos individuales, y planes de intervención específicos que estimularon áreas afectadas individualmente.
- Durante el proceso de evaluación, las pruebas específicas evidenciaron las capacidades, habilidades y funcionamiento de cada uno de los pacientes; elaborando informes psicopedagógicos que se proporcionaron a los padres de familia para darles a conocer las áreas afectas y la intervención adecuada.

### **5.1.3. Subprograma de Docencia**

- La participación y compromiso de los padres de familia en cuanto a la intervención de estimulación en casa fue de gran beneficio porque adquirieron conocimientos prácticos para desarrollar cada una de las áreas del desarrollo de sus hijos.
- El ofrecer estrategias para la intervención de estimulación en casa, permitió el empoderamiento por parte de los padres de familia formando un vínculo afectivo más fuerte con sus hijos; permitiendo la adquisición de nuevas experiencias.
- Por medio de los talleres los padres de familia lograron reconocer la intervención y estimulación de acuerdo con las necesidades que presentan sus hijos.

### **5.1.4. Sub Programa de Investigación**

- Al efectuar una estimulación integral (casa-institución) en niños con Retraso Global del desarrollo, muestra avances significativos favoreciendo el apego y los lazos afectivos entre padres e hijo.

- La estimulación integral desarrolla el proceso de maduración de aprendizaje, en áreas motrices, intelectuales y afectivas que le permiten a cada uno de los niños el progreso de nuevas habilidades para fortalecer sus experiencias.
- Al ejecutar una estimulación integral aumenta los resultados en avances en las áreas del desarrollo.

## **5.2. Recomendaciones**

### **5.2.1. Recomendaciones Generales**

- Se recomienda al equipo de Inclusión Escolar continuar con el trabajo de estimulación temprana de forma integral durante el año de intervención, involucrando a padres de familia con el fin de favorecer las áreas del desarrollo de cada uno de los niños que asisten al programa.
- Se recomienda al equipo de Educación Especial del Programa Inclusión Escolar, realizar planes de tratamiento trimestrales, con objetivos individuales y actividades específicas, de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes para facilitar la intervención y planear estrategias y actividades según la condición de cada uno de los niños del programa.
- Se recomienda al Departamento de Psicología de la Fundación Pediátrica Guatemalteca, continuar con la capacitación y orientación a padres de familia sobre la intervención, para motivar la estimulación temprana integral beneficiando al desarrollo físico, intelectual, social y autónomo de los niños del programa.

### **5.2.2. Sub Programa de Servicio**

- Se recomienda al equipo de Educadores Especiales del Programa de Inclusión Escolar, continuar con el trabajo de estimulación temprana tomando en cuenta las necesidades de cada uno de los niños y niñas del programa Estimulación Temprana para establecer objetivos individuales y facilitar la intervención.
- Se recomienda al Departamento de Psicología del Programa Inclusión Escolar, realizar informes psicopedagógicos al inicio de la intervención, recabando la información necesaria para dar una impresión clínica correcta.
- Se recomienda al Departamento de Psicología del Programa Inclusión Escolar, utilizar diferentes tipos de evaluación que se adapten a las condiciones individuales de los niños y niñas del programa, para realizar una evaluación confiable, completa y ofrecer una impresión clínica correcta.

### **5.2.3. Sub Programa de Docencia**

- Se recomienda al Equipo de Educadores Especiales del Programa Inclusión Escolar, que durante el año de intervención capaciten e involucren a los padres de familia ofreciendo estrategias y actividades de intervención para la estimulación de sus hijos para obtener mayores logros en todas las áreas del desarrollo de los niños.
- Se recomienda al Equipo de Educadores Especiales del Programa Inclusión Escolar, mantener el compromiso y motivación de los padres a través de tareas de estimulación en casa, potencializando las áreas específicas a trabajar debiendo un control semanal; por medio de notas donde expresen dudas y experiencias, para establecer una comunicación e intervención más cercana.

- Se recomienda al Departamento de Psicología del Programa Inclusión Escolar, proporcionar asesoría y motivación a padres de familia en cuanto a la teoría y práctica para el trabajo integral con sus hijos, reforzándolo en casa, para fortalecer la estimulación en casa.
- Se recomienda al Departamento de Psicología del Programa Inclusión Escolar, dar continuidad a los talleres para padres de familia en la capacitación de intervención en diferentes temas como: modificadores conductuales, problemas de aprendizaje, entre otros. Para informar y ofrecer a los padres de familia las herramientas y estrategias necesarias para la intervención.

#### **5.2.4. Sub Programa de Investigación**

- Al investigador se recomienda, motivar a los padres de familia a fortalecer la relación entre padre e hijo. Para establecer mayor interés por capacitarse e informarse por parte de las familias.
- Al investigador se les recomienda continuar promoviendo la estimulación integral en el Programa Inclusión Escolar. Para beneficiar la intervención en todas las áreas del desarrollo de los niños.
- Se recomienda al investigador, capacitar y motivar a los padres de familia en la estimulación temprana para continuar con un programa integral, para beneficiar a cada una de las familias con información, estrategias y actividades en la intervención.

### 5.3. Bibliografía

- Arce, M. (2015). Crecimiento y Desarrollo Infantil Temprano. *Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 574-578.
- Calderón, J. (2011). *Breve Historia Económica de Guatemala del siglo XX*. Guatemala.
- Calderón, O. (2015). *Universidad y Realidad Enfoques sobre la sociedad y el Estado guatemalteco*. Guatemala: Óscar de León Castillo.
- Campo, A., Jiménez, P., & Paredes, E. (2011). Características del desarrollo motor en niños de 3 a 7 años de la ciudad de Barranquilla. *Psicogente*, 76-89.
- Campo, L. (2009). Características del desarrollo cognitivo y del lenguaje en niños de edad preescolar. *Psicogente*, 341-351.
- Cándales, R. (2012). La capacitación psicopedagógica para desarrollar la motricidad fina en los niños de 3 a 6 años del Centro de Educación Nacional Bolivariano "El Llano". *EduSol*, 61-71.
- Carcache, H. C. (2000). *Independencia Centroamericana. Gestión y Ocaso del "Plan Pacífico"*. Guatemala: Universitaria.
- Díez, M., Pacheco, D., de Caso, A., García, J., & García, E. (2009). El Desarrollo de los componentes del lenguaje desde aspectos psicolingüísticos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 129-135.
- Eming, M., & Fujimoto, G. (2003). Desarrollo Infantil Temprano: lecciones de los programas no formales. *Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*.
- Garza, J. (1997). *Autismo Manual para padres avanzados*. Colombia: Taller Creativo PSICOM Editores .
- Luckasson, R. y. (2002). Retraso Mental. Definición y Clasificación. En R. y. Luckasson. Washington: American Association on Mental.
- Núñez, J., Polanco, A., & Rojas, P. (2002). El niño entre cuatro y cinco años: características de su desarrollo socioemocional, psicomotriz y cognitivo lingüístico. *Educación*, 169-182.

- Ordoñez, M., & Miketta, T. (2012). *Estimulación Temprana: Inteligencia Emocional y Cognitiva*. Equipo Cultural S.A.
- Palacio, P., & Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 173-197.
- Preciado, J. (2002). *Estimulación Temprana Lineamientos Técnicos*. México.
- Psiquiatría, A. E. (18 de mayo 2013). DSM V. En A. E. Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 996). Estados Unidos: Saga Editorial.
- psiquiatría, A. E. (2013). DSM 5. En A. E. Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición* (pág. 996). Estados Unidos: Saga Editorial.
- Schalock, R. (2009). la nueva definición de discapacidad Intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *SIGLOCERO*, 24.
- Vidarte, J., & Orozco, C. (2015). Relaciones entre el desarrollo psicomotor y el rendimiento académico en niños de 5 y 6 años de una Institución Educativa de la Virginia (Risaralda, Colombia). *Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 190-204.
- Vinas, J. (2007). A favor de la detección precoz e intervencionismo moderado: ¿hasta qué punto es efectiva la estimulación temprana? *NEUROL*, S35-S37.
- Zapata, B., & Restrepo, J. (2013). Aprendizajes relevantes para los niños y las niñas en la primera infancia. *Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 217-227.

## 5.4 Anexos

### Anexo 1. Fotografías de los ejes de servicio y docencia.



**Descripción:** Talleres de estimulación Temprana

(Fuente: Sharon Sandoval)



**Descripción:** Intervención grupal en el aula estimulación temprana.

(Fuente: Sharon Sandoval)



## Cuestionario de estimulación en casa

**Instrucciones:** conteste las siguientes preguntas colocando una X según sea el caso.

Los datos suministrados voluntariamente a través de esta encuesta serán únicamente para fines de investigación.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Da la oportunidad que su hijo baje y suba gradas?		
¿Motiva a su hijo moverse y cantar llevando un ritmo?		
¿Da la oportunidad a su hijo para realizar juegos al aire libre?		
¿Motiva a su hijo a relacionarse con niños de su misma edad?		
¿Da la oportunidad a su hijo a que realice actividades de la vida diaria?		
¿Motiva a su hijo a correr y caminar dando paseos?		
¿Enseña a su hijo a contar e identificar números y letras?		
¿Motiva en su hijo a nombrar y formar frases utilizando un vocabulario adecuado?		
¿Indica instrucciones sencillas a su hijo?		

¿Enseña a su hijo a identificar y señalar las partes de su cuerpo?		
¿Motiva a su hijo a relacionarse con niños de su edad?		
¿Proporciona a su hijo y lo motiva al uso de crayones o materiales para colorear?		
¿Le lee a su hijo cuentos o historias?		
¿Motiva a su hijo a nombrar y armar frases con la pronunciación correcta?		
¿Felicita a su hijo con besos, abrazos o caricias?		
¿Enseña a su hijo a orinar y defecar en el inodoro?		
¿Expone a su hijo a actividades donde utilice sus manos para pintar con temperas o alguna otra textura?		
¿Enseña a su hijo a colocarse los zapatos?		
¿Enseña a su hijo a colocarse la ropa?		
¿Enseña a su hijo a abrochar botones, zippers y broches?		
¿Motiva a su hijo a colocar las cosas en su lugar?		
¿Promueve en su hijo a realizar hábitos higiénicos sólo? (cepillarse los dientes, lavarse las manos y la cara, bañarse)		
¿Enseña a su hijo a imitar sonidos de animales u objetos?		
¿Expone a su hijo a probar distintos sabores?		
¿Motiva a su hijo a realizar movimientos como saltar, cruzar brazos, mover las piernas, etc?		
¿Le enseñó a su hijo conceptos básicos como: arriba-abajo, adelante-atrás, alto-bajo, ¿adentro-afuera?		

¿Juega usted con su hijo?		
¿Motiva a su hijo a dormir sólo?		
¿Permite a su hijo a resolver problemas sencillos sin su intervención?		
¿Motiva usted a su hijo a socializar con otras personas?		

**¡Muchas gracias por su participación!**

ESCALA SELECTIVA  
DEL  
DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO (\*)

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACION DE UN NIÑO

- El gráfico consiste en una serie de casetillas donde aparecen descritas las conductas que ejecutan la mayoría de los niños (70 a 100%), desde su nacimiento hasta los seis años. En cada casetilla puede observarse también un punto central que servirá para trazar un gráfico de desarrollo al finalizar la evaluación.
2. Para evaluar a un niño empiece por buscar la fase en que se le puede ubicar según su edad. En las casillas del lado encontrará las conductas que se espera que el niño pueda realizar de acuerdo con su edad. Por ejemplo, si el pequeño tiene 3 años y 2 meses, deberá ser capaz de hacer todo lo que se describe en la línea horizontal que se inicia en la fase 3-4 años.
  3. Evalúe al niño área por área. Marque en el gráfico de desarrollo las conductas que el niño puede ejecutar y continúe evaluando las conductas correspondientes a esa área en la edad posterior. Si también la puede hacer, márkela y pase a la edad siguiente hasta que ya no pueda continuar. Significa que el niño en esa área se encuentra avanzado en su desarrollo.
  4. Si el niño no hace una de las conductas esperadas para su edad en un área de desarrollo determinada, evalúe la conducta que se espera que realice en la edad anterior. Si esta conducta tampoco es realizada, continúe evaluando las conductas de edades anteriores hasta que logre realizar una. Marque con una "X" esa conducta. Quiere decir que el niño en esa área determinada se encuentra retrasado en su desarrollo.
  5. En algunas casillas aparecen dos conductas esperadas. En tales casos se espera que el niño cumpla ambas acciones para considerar que se encuentra funcionando adecuadamente para su edad en esa área específica. Si puede ejecutar una conducta pero la otra no, evalúe las conductas de la edad anterior tal y como se describe en el punto 4.
  6. Una vez que ha terminado de evaluar al niño, una los puntos de las casillas que corresponden a las conductas más avanzadas que el niño puede ejecutar en cada área. Nos dará un perfil del proceso general del desarrollo del pequeño.
  7. Finalmente, escriba la edad real del niño en la casilla donde termina el perfil, en la columna "Edad del niño".

(\*) Instrumento elaborado por el equipo técnico del Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Costa Rica. 1984.



9-10	<input type="checkbox"/> GATEA (73.5%) <input type="checkbox"/> PASA DE SENTADO A POSICION DE GATEO (80.0%) <input type="checkbox"/> SE PARA BREVEMENTE SOSTENIDO DE MANOS (78.5%) <input type="checkbox"/> SE SIENTA SIN APOYO POR BREVES MINUTOS (81.3%)	<input type="checkbox"/> JALA EL PAÑAL PARA ALCANZAR UN OBJETO (82.5%) <input type="checkbox"/> QUITA PAÑAL Y TOMA LA BOLA ESCONDIDA ANTE SU VISTA <input type="checkbox"/> BUSCA OBJETOS ESCONDIDOS FRENTE A EL (73.5%) <input type="checkbox"/> RECUPERA BOMBERO QUE SE LE CAE DE LA MANO (84.8%) <input type="checkbox"/> SIGUE CON LA MIRADA MOMENTANEAMENTE LOS OBJETOS QUE CAEN (85.2%) <input type="checkbox"/> OBSERVA UN OBJETO ANTES DE METTERLO A LA SOCA (85.7%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE A ORDENES SIMILES A COMPARADAS DE GESTOS (78.0%) <input type="checkbox"/> SUSPENDE ACTIVIDAD CUANDO SE LE DICE: [NO] (80.0%) <input type="checkbox"/> USA GESTOS PARA COMUNICAR SEÑALES DESEOS (78.5%) <input type="checkbox"/> COMBINA SILABAS: MA-NA-TA-TA (70.4%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS REPETITIVAMENTE "U", "M", "H", "H", "U" (76.1%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS VOCALES: "A", "E", "U" (83.0%)	<input type="checkbox"/> REPITE ACTIVIDAD AL CELEBRAR SU ACTUACION (74.5%) <input type="checkbox"/> REACCIONA ANTE SU IMAGEN EN EL ESPEJO (83.0%) <input type="checkbox"/> CAMBIA DE ACTITUD CUANDO LLEGAN EXTRAÑOS (80.0%) <input type="checkbox"/> DISFRUTA JUGAR CON AL ESCONDIRLO (89.0%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
8-9	<input type="checkbox"/> CODA CUERDA CON DOS DEDOS (87.1%) <input type="checkbox"/> TOMA UN DULCE CON EL PULGAR Y EL INDICE (72.4%) <input type="checkbox"/> TOMA GOMITA ENTRE PULGAR, INDICE Y MEDIO (78.9%) <input type="checkbox"/> TOMA GOMITA CON PULGAR Y OTROS DEDOS (70.0%)	<input type="checkbox"/> SIGUE CON MIRADA SOLO QUE SE DESPLAZA EN MOVIMIENTOS CIRCULARES (84%) <input type="checkbox"/> MUEVE CABEZA EN BUSCA DE SONIDO (89.8%) <input type="checkbox"/> SIGUE OBJETOS CON LA MIRADA (82.7%) <input type="checkbox"/> FIJA MIRADA EN SONAJERO (88.0%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
7-8	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
6-7	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
5-6	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
4-5	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
3-4	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
2-3	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
1-2	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCAS ABAJO A BOCA ARRIBA (71.4%) <input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO CABEZA FIRME (88.3%) <input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.5%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)
0-1	<input type="checkbox"/> SUCCION (84.2%) <input type="checkbox"/> PRENS. PALMARES (%), PRENS. PLAN- <input type="checkbox"/> TAR (100%) <input type="checkbox"/> MORD. (80.9%)	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) <input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) <input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CABEZA ERRECTA UNOS SEGUNDOS (88.2%)	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.9%) <input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (90.7%) <input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%)	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) <input type="checkbox"/> SE RIE A CARJAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (83.3%) <input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (86.9%) <input type="checkbox"/> MOSTRO POCO EXPRESIVO (90.7%)	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (78.5%) <input checked="" type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) <input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) <input checked="" type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, GALLETTAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) <input type="checkbox"/> EMPIEZA A Masticar ALIMENTOS (78.5%) <input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (86.0%) <input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.8%)

## Evaluación de la Psicomotricidad

(Hoja de anotación)

### Ejecución

✓ : lo realiza  
X : no lo realiza

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Área	Ítem	Ejecución
<b>Locomoción</b>	1. Camina sin dificultad	
	2. Camina hacia atrás	
	3. Camina de lado	
	4. Camina de puntillas	
	5. Camina en línea recta sobre una cinta	
	6. Corre alternando movimiento de piernas y brazos	
	7. Sube escalones alternando los pies	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Área	Ítem	Ejecución
<b>Posiciones</b>	1. Se mantiene de cuclillas	
	2. Se mantiene de rodillas	
	3. Se sienta en el suelo con las piernas cruzadas	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Area	Ítem	Ejecución
<b>Equilibrio</b>	1. Se mantiene sobre el pie derecho sin ayuda	
	2. Se mantiene sobre el pie izquierdo sin ayuda	
	3. Se mantiene con los dos pies sobre el bordillo	
	4. Anda sobre el bordillo alternando los pasos	
	5. Anda sobre el bordillo hacia delante, atrás y de lado	
	6. Se mantiene en un pie (ojos cerrados) sobre el bordillo	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Area	Ítem	Ejecución
<b>Coord. Piernas</b>	1. Salta desde una altura de 40 cms	
	2. Salta una longitud de 35 a 60 cms	
	3. Salta una cuerda a 25 cms de altura	
	4. Salta con ritmo	
	5. Salta avanzando	
	6. Salta hacia atrás	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Área	Ítem	Ejecución
Coord. brazos	1. Lanza la pelota con las dos manos	
	2. Agarra la pelota con las dos manos, cuando se lanza	
	3. Bota la pelota y la recoge	
	4. Bota la pelota controlándola	
	5. agarra la bolsita de semillas con una mano	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Área	Ítem	Ejecución
Coord. manos	1. Corta papel con tijeras	
	2. Corta papel siguiendo una recta	
	3. Corta papel siguiendo una curva	
	4. Puede atornillar una rosca y/o tuerca	
	5. Con los dedos doblados, los toca uno a uno con el pulgar	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Área	Ítem	Ejecución
E.C. en si mismo	1. Conoce sus manos, pies, cabeza, piernas y brazos	
	2. Muestra su mano derecha cuando se le pide	
	3. Muestra su mano izquierda cuando se le pide	
	4. Toca su pierna derecha con su mano derecha	
	5. Toca su rodilla derecha con su mano izquierda	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

Área	Ítem	Ejecución
<b>E.C. en otros</b>	1. Señala el codo	
	2. Señala la mano derecha	
	3. Señala el pie izquierdo	
	<b>Total de ítem realizados</b>	

## Porcentajes para los ítems realizados

<b>Locomoción</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	14 %
2	29 %
3	43 %
4	57 %
5	71 %
6	86 %
7	100 %

<b>Coord. Brazos</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

<b>Posiciones</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	33 %
2	67 %
3	100 %

<b>Coord. Manos</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

<b>Equilibrio</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	17 %
2	33 %
3	50 %
4	67 %
5	83 %
6	100 %

<b>E. C. en si mismo</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

<b>Coord. Piernas</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	17 %
2	33 %
3	50 %
4	67 %
5	83 %
6	100 %

<b>E.C. en otros</b>	
Ítems realizados	Porcentaje
1	33 %
2	67 %
3	100 %

\* Esta tabla es útil al momento de evaluar a niños/as con Discapacidad ya que no se toma en cuenta la calidad de la realización del ítem, solamente se evalúa si el niño/a lo realiza o no lo realiza.

