

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE HUMANIDES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
MENCIÓN PREESCOLAR

CONSECUENCIAS PSICOMOTRICES Y COGNITIVAS, ASOCIADAS AL USO
DE TERAPIA FARMACOLÓGICA POR PSICOPATOLOGÍAS EN NIÑOS(AS)
DE 3 A 6 AÑOS.

Trabajo Especial presentado como requisito para Optar por la Licenciatura en
Educación Mención Preescolar.

BACHILLER: RONDÓN ROA FRANCY C. C.I. 16664170

TUTOR: Dr. ALIRIO PÉREZ LO PRESTI

MÉRIDA, FEBRERO 2011

ÍNDICE

	Pag
ÍNDICE.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición del planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Limitación.....	8

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes.....	9
Fundamentación Teórica.....	10
Desarrollo del Ser Humano.....	10
Psicología del Desarrollo.....	22

Trastornos Psiquiátricos.....	24
Psicomotricidad.....	45
Formación de la Inteligencia.....	53
Psicofármacos.....	56
Marco legal.....	58

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación y Tipo de Investigación.....	63
Población y Muestra.....	64
Elaboración de los Instrumentos y Materiales de Investigación.....	64
Procedimiento de la Investigación.....	66

CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DE LA UNIDAD EDUCATIVA “JOSEFA MOLINA DE DUQUE”

Reseña Histórica.....	68
Biografía de “Josefa Molina de Duque”.....	69
Ubicación.....	70
Organigrama de la Unidad Educativa “Josefa Molina de Duque”.....	71

CAPÍTULO V. ANÁLISIS, DESARROLLO E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Análisis de los Resultados de la Niña Caso A.....	73
Análisis de los Resultados del Niño Caso B.....	77
Análisis de los Resultados del Niño Caso C.....	81
Comparación de los Casos.....	85

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	91
Recomendación.....	93
Bibliografía.....	96
Anexos.....	100
Anexo A Consentimiento Informado.....	100
Anexo B Guía de Observación.....	101
Anexo C Tipo de aprendizaje.....	105
Anexo D Guía para la Recopilación de Información Padres y Docentes.....	109
Anexo E Trascipción del consentimiento informado, guía de observación, entrevistas realizadas al representante y docente Niña caso A.....	113
Anexo F Trascipción del consentimiento informado, guía de observación, entrevistas realizadas al representante y docente Niño caso B.....	126
Anexo G Trascipción del consentimiento informado, guía de observación, entrevistas realizadas al representante y docente Niño caso C.....	139

AGRADECIMIENTO

A Dios Todo Poderoso y al Santo Cristo de la Grita por iluminarme día y noche,
llenándome de bendiciones, todo en su tiempo es perfecto.

Al profesor Alirio Pérez Lo Presti, por todos los conocimientos intelectuales que me
brindó, además de su apoyo y amistad incondicional durante mi carrera y durante
la investigación. Mil Gracias.

Al Concejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la
Universidad de Los Andes. (C.D.C.H.T) por brindarme el apoyo económico
(H-1240-08-07-F).

A mi casa de estudios la ilustre; Universidad de Los Andes, que me abrió sus puertas
y donde tuve la oportunidad de formarme con una gran cantidad de profesionales en
la enseñanza que día a día impartieron sus conocimientos en las diferentes cátedras
para contribuir en mi formación.

Gracias a todos y todas por brindarme su apoyo, por confiar y creer en mí
ayudándome para cumplir mi primer y esperada meta.

DEDICATORIA

A mi madre que con amor dedicación y sacrificio me ha dado todo en la vida, gracias a ti estoy aquí hoy no tengo palabras para retribuirte lo que me has brindado. Gracias a Dios por permitir que sea tu hija; Te Amo

A mi hermano, tú que has estado a mi lado acompañándome en mis aventuras alegrías y tristezas eres todo en mi vida, gracias por tu apoyo este logro también es tuyo; Te Amo.

A mis abuelos, tíos, primos y sobrinos han sido pilares fundamentales en mi existencia, creyendo y confiando en mí apoyándome en cada momento, a ustedes les dedico este logro. Los Quiero

A todos mis amigos y amigas que siempre estuvieron allí para tenderme la mano y apoyarme en los momentos difíciles mil gracias, siempre los llevaré en mi corazón.
Los Quiero

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE EDUCACIÓN.
MENCIÓN PREESCOLAR.

Consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años.

Autora: Francy Rondón
Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito analizar las consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años, en la Unidad Educativa “Josefa Molina de Duque”; a través de un estudio de campo de tipo exploratorio- descriptivo. Como metodología de investigación se toma el estudio de casos; dos niños y una niña identificados como caso niña A, caso niño B, caso niño C cuyas edades se encuentra dentro de los 5 años teniendo como característica particular padecer un trastorno psiquiátrico; es por ello que son tratados con neurosicofármacos. Se emplea la técnica de la entrevista a la docente de aula y a los padres involucrados en el estudio, así mismo la observación de aprendizajes a los sujetos estudiados; planteando como parámetros de medición las siguientes categorías: “en ocasiones” “casi siempre”, “siempre” y “no se observan”. En su gran mayoría los aprendizajes de los tres niños se presentan “en ocasiones”; así mismo en todos los casos se observan una serie de efectos colaterales no deseados, que repercutieron de manera significativa en su comportamiento; ya que estas patologías son cada día más frecuentes en nuestra sociedad es importante conocer aspectos básicos de las mismas para de esta forma lograr la integración de estos niños de modo eficaz dentro de las aulas de clase.

Palabras claves: consecuencias psicomotrices y cognitivas/ psicopatología/ psicofármacos.

INTRODUCION

Los procesos evolutivos en el ser humano tienen distintos momentos en la vida especialmente la infancia y juventud; en ellos se dan el desarrollo emocional, motor, cognitivo, social y del lenguaje que interfieren de manera directa en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Conocer el desarrollo psicobiológico de los niños es de gran importancia para decidir las estrategias que conlleven a un resultado óptimo de acuerdo a las necesidades de los educandos.

En las diferentes etapas de la vida del ser humano es posible que se presenten un gran número de trastornos, dentro de estos se pueden mencionar los de tipo psiquiátrico, es por ello que en la presente investigación se planteó el uso de psicofármacos en niños y niñas preescolares y las consecuencias psicomotrices y cognitivas que los mismos producen; de allí el objetivo principal de la misma.

La relevancia se basa en que los niños y niñas con estas patologías presentan una serie de características particulares no solo por el trastorno que padecen sino por los diversos fármacos que deben suministrárseles, los mismos no solo producen efectos beneficiosos como la disminución de los diferentes síntomas, también causan otros no deseados que influyen en la vida cotidiana y en la escolarización de quienes los consumen.

En este trabajo se describen las actitudes y conductas que presentan los sujetos en estudio (niños-niña), siguiendo una investigación de tipo exploratoria, empleándose

los métodos del estudio de casos y el de la observación en los diferentes momentos de la jornada diaria escolar, haciendo énfasis en el desarrollo psicomotriz y cognitivo de los sujetos y realizando entrevistas tanto a los padres como a la docente, con el fin de comprender las relaciones existentes entre ellos para formular diversas recomendaciones que puedan contribuir con la integración de estos casos de manera eficaz dentro del aula de clases. Además esta investigación tiene como propósito que los datos aquí aportados sirvan como base para estudios más amplios.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición del Planteamiento del Problema

El desarrollo normal del ser humano puede ser valorado en cinco áreas principales: motor, del pensamiento, del lenguaje, emocional y psicosocial. Todos ellos le permiten a un individuo adquirir las habilidades necesarias para interactuar con su entorno.

Dentro de este desarrollo pueden llegar a surgir diversos trastornos, entre los que se encuentran los trastornos psiquiátricos; que comprenden todas aquellas alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Aunque para la aparición de un trastorno psiquiátrico influyen múltiples factores, entre ellos la genética, el ambiente en que se desarrolla un niño es fundamental para que éste aparezca. Es por ello que, en los últimos años se ha incrementado el número de niños en edades preescolares que debido a diversas causas psiquiátricas como la ansiedad, los trastornos de comportamiento e hiperactividad con déficit de atención están siendo medicados. Los estudios recientes han revelado un incremento notable en el uso de psicofármacos como estimulantes y antidepresivos en niños de dos a cinco años.

Según lo expone Mardomingo, (2002) “dichos fármacos minimizan los síntomas que padecen mejorando su calidad de vida, pero a su vez generan una serie de efectos colaterales no deseados, que van desde ansiedad hasta rigidez muscular y tics”.

A lo largo de la infancia y adolescencia, las enfermedades psiquiátricas representan un importante problema socio-sanitario no sólo por el trastorno en sí, sino también por las importantes secuelas que pueden prolongarse en la edad adulta si el problema no se diagnostica a tiempo y no se trata adecuadamente.

Justificación

Según lo expone el Currículo de Educación Inicial (2005) en nuestro país:

La educación inicial se concibe como una etapa de atención integral al niño desde su gestación hasta cumplir los seis años o hasta el momento en el que ingrese al primer grado de educación básica, por medio de la atención convencional, con la participación de la familia y de la comunidad. La educación inicial está comprendida en dos niveles, maternal de cero a tres años y preescolar a partir de los tres años hasta los seis.

Tomando como base el artículo 103 de La Constitución de La República Bolivariana de Venezuela que establece:

Toda persona tiene derecho a una educación integral de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado... La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad...

De la misma manera; en el currículo de educación inicial (2005) se establece como uno de los objetivos: “propiciar oportunidades de integración a la educación inicial a los niños y niñas en situación de riesgo y con necesidades especiales.” De allí la necesidad de que los docentes conozcan aspectos relacionados con las diferentes psicopatologías, a su vez los neuropsicofármacos usados para controlarlas y del mismo modo los efectos colaterales que estos producen, para poder integrar de manera eficaz a estos niños en el aula, a efectos de no padecer ningún tipo de discriminación y se logre su desarrollo integral.

Se considera importante señalar que esta situación forma parte de la vida cotidiana y nos afecta de modo directo, de la misma manera influye en el proceso de enseñanza aprendizaje, ya que estos casos cada día se observan con mayor frecuencia en nuestras aulas y es por ello que surge la necesidad de que en el ámbito escolar se promuevan acciones dirigidas a destacar las consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica en niños(as) de 3 a 6 años con ello se estaría propiciando un ambiente óptimo, ideal para el sano desarrollo de los niños y niñas, que les asegure una educación integral y de calidad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar las consecuencias en el área psicomotriz y cognitiva, que se producen en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, a efectos de formular recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares, en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Objetivos Específicos

- a. Realizar una revisión bibliográfica sobre los diferentes trastornos psiquiátricos, así como también los diversos fármacos utilizados para su tratamiento
- b. Establecer los efectos terapéuticos y consecuencias por efectos colaterales, que producen los neuropsicofármacos
- c. Precisar las psicopatologías más comunes encontradas en niños y niñas preescolares
- d. Detectar la existencia de niños preescolares medicados por psicopatologías y los efectos que dichos fármacos producen.

- e. Analizar datos sobre las características de los neuropsicofármacos empleados en preescolares
- f. Elaborar recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares medicados, en el proceso de enseñanza aprendizaje

Limitación

Es importante resaltar que la investigación será realizada por una estudiante de la facultad de Humanidades y Educación, no por personal médico es por ello que la misma está basada en establecer cómo se ven afectados aspectos del proceso de enseñanza-aprendizaje debido las consecuencias que se producen en el área psicomotriz y cognitiva por causa del uso de neuropsicofármacos en niños y niñas preescolares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Al revisar los trabajos realizados en la facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Los Andes, no existen evidencias documentadas sobre las consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años. Por tal razón se procedió a indagar vía internet, encontrándose a:

Lemos, S., (2003), elaboró una investigación teórica denominada “La Psicopatología De La Infancia Y La Adolescencia: Consideraciones Básicas Para Su Estudio”. Se analizan los trastornos psicológicos de la infancia y adolescencia bajo el marco teórico de la psicopatología del desarrollo, y se hacen algunas sugerencias para entender la relación entre las grandes dimensiones psicopatológicas y los síndromes clínicos desde una perspectiva etiológica. Se formulan algunas hipótesis sobre el rol del contexto en la aparición de la psicopatología y, finalmente, se analiza el riesgo y la vulnerabilidad para algunos trastornos específicos.

Camfield, P. y Camfield, C. (2009), presentaron un estudio titulado “Epilepsia infantil: ¿cuándo empezar y cuándo interrumpir los medicamentos antiepilepticos?”. Los medicamentos antiepilepticos no curan la epilepsia, tan sólo reducen la frecuencia de ataques, sin un efecto benéfico aparente sobre las remisiones a largo

plazo. Las razones aducidas para dar tratamiento están relacionadas con el temor al daño cerebral, a las lesiones físicas o a las consecuencias sociales; no obstante, ninguna es tan apremiante para obligar a una medicación de rutina y algunos niños no necesitan tratamiento alguno. La selección del fármaco depende, en parte, del tipo de síndrome epiléptico y la terapia puede interrumpirse sin problemas en 60% a 70% de los niños que no presentan crisis durante un año; pero algunos de ellos logran beneficiarse del tratamiento en menos tiempo. Los pacientes con epilepsia mioclónica juvenil y algunos con indicios de pronóstico pobre requieren un tratamiento más prolongado.

Fundamentación Teórica

Desarrollo del ser humano

El desarrollo humano es el proceso que se da desde la concepción, pasando por cada una de las etapas, hasta llegar a la muerte. El desarrollo y, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas.

Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Se nace con algunas disposiciones muy generales, pero en un medio producido por la especie humana, en el que pueden desarrollarse de manera poderosa. Si el medio es pobre el desarrollo es escaso. La misma capacidad de hablar, tan básica para los humanos y exclusiva de ellos solo es posible en un medio adecuado, en el que otros hablan y guían inconscientemente para que se aprendan.

La escuela no puede limitarse a transmitir informaciones concretas o crear habilidades determinadas, sino que tiene que impulsar también ese desarrollo general del individuo. Con la institucionalización de los centros para enseñar se ha producido una separación en el aprendizaje que no existía en las sociedades sin escuela. En estas el individuo aprende su práctica social cotidiana, en el contacto con los otros, y adquiere generalmente conductas que tienen.

Según Rice, (1997), el desarrollo humano pasa por 3 períodos esenciales, que son:

- Desarrollo infantil
 - Periodo prenatal: De la concepción al nacimiento.
 - Infancia: Los dos primeros años.
 - Niñez temprana: De los 3 a los 5 años.
 - Niñez intermedia: De los 6 a los 11 años.
- Desarrollo adolecente: De los 12 a los 19 años.
- Desarrollo adulto:
 - Juventud: Los veinte y los treinta.
 - Edad madura: Los cuarenta y los cincuenta.
 - Vejez: De 60 en adelante. (p. 6)

Según Chueca, (2010), cada uno de estos períodos consisten en:

El periodo pre-natal

Se desarrolla en el vientre materno, desde la concepción del nuevo ser hasta su nacimiento. Pasa por tres períodos:

1. Período zigótico

Se inicia en el momento de la concepción, cuando el espermatozoide fecunda al óvulo y se forma el huevo o zigoto. Este comienza entonces a dividirse y subdividirse en células y aumenta de tamaño hasta formar el embrión, que al final de la segunda semana se arraiga en el útero.

2. Período embrionario

Dura unas 6 semanas, en las cuales el embrión se divide en tres capas que se van diferenciando hasta formar el esbozo de los diversos sistemas y aparatos corporales.

3. Período fetal

Es la culminación del embrión. El feto ya tiene la definida forma de un ser humano, que después de desarrollarse aceleradamente durante 7 meses, abandona el claustro materno en el acto del nacimiento.

Hoy en día se da mucha importancia a esta etapa, puesto que se ha comprobado que precedentemente al nacimiento hay formas de actividad. La madre, con sus situaciones psicoafectivas tiene contacto con el feto. Por medio de ella llegan al niño los primeros mensajes de la vida. Recepta la alegría o la contrariedad del padre, el alborozo o fastidio de sus hermanos, las angustias y satisfacciones de la madre.

Esta etapa es la materia prima de las demás. Se está gestando ya el futuro de su personalidad. Todo lo que pasa dentro y fuera de su fuente vital deja huella en su ser.

A partir de los tres meses la persona responde a los estímulos internos y desde los seis meses a los externos. Hay, pues, formas de sensación y actividad.

Se puede suponer un psíquico elemental, difuso, con un estado indistinto de sueño, con variaciones afectivas de malestar y bienestar.

La Infancia

Es la etapa comprendida entre el nacimiento y los seis o siete años.

Desarrollo físico y motor

El neonato pesa normalmente entre 2,5 y 3 Kg y tiene una estatura promedio de 0.50 m. Tiene una cabeza mayor en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo. Pero no es un ser completamente pasivo ya que gradualmente va reaccionando a la variedad e intensidad de los estímulos de su nuevo ambiente.

Aparecen los primeros actos reflejos:

Succión del pecho materno.

Contracción pupilar.

Reacción ante sonidos fuertes y ante diversos sabores.

Realiza movimientos espontáneos e indiferenciados:

Agita y retuerce su cuerpo

Mueve los brazos y piernas (pedalea)

Reacciones emocionales indiscriminadas de agitación y excitación que acompañan a los movimientos espontáneos y que se producen ante estímulos agradables o desagradables.

En el desarrollo motor se observa lo siguiente:

A las 15 semanas: Puede coger un objeto perfectamente.

A las 25 semanas: Se sienta solo.

A las 45 semanas: Gatea

A los 15 meses: Ya camina solo.

A los 2 años: Sube las escaleras solo.

A los 3 años: Corre de una manera más uniforme, puede lavarse y secarse las manos solo, alimentarse con una cuchara sin ensuciar demasiado, ir al baño, responder a instrucciones.

Desarrollo cognoscitivo

Según Piaget, el infante, hasta los 6 o 7 años, pasa por los siguientes períodos de desarrollo de la inteligencia:

1. Período de inteligencia senso – motora

El infante se interesa en ejercitarse sus órganos sensoriales, sus movimientos y su lenguaje que le van permitiendo el ir afrontando determinados problemas. Así, entre los 5 y 9 meses, el bebé moverá su sonaja para escuchar el ruido.

2. Período de la inteligencia concreta

A. Fase del pensamiento simbólico (2 – 4 años) Aquí el niño lleva a cabo sus primeros tentativos relativamente desorganizados e inciertos de tomar contacto con el mundo nuevo y desconocido de los símbolos. Comienza la adquisición sistemática del lenguaje gracias a la aparición de una función simbólica que se manifiesta también en los juegos imaginativos. Por ejemplo, el niño que le regalaron una pelota grande y de colores que está colocada como un adorno. Sus hermanos salen a jugar (sin llevar la pelota de siempre, sucia y pequeña) y le dicen al niño que traiga la pelota; él llevará la que está de adorno porque para él no hay más pelota que la que le regalaron.

B. Fase del pensamiento intuitivo (4 – 7 años) Se basa en los datos perceptivos. Así dos vasos llenos de la misma cantidad de bolitas, el niño dirá que hay más en el vaso largo. En este período el desarrollo del niño va consiguiendo estabilidad poco a poco, esto lo consigue creando una estructura llamada agrupación. El niño comienza a razonar y a realizar operaciones lógicas de modo concreto y sobre cosas manipulables. Encuentra caminos diversos para llegar al mismo punto (sabe armar rompecabezas).

En la infancia se produce el egocentrismo, es decir, todo gira en torno al "yo" del infante y es incapaz de distinguir entre su propio punto de vista y el de los demás. También en este periodo predomina el juego y la fantasía, por lo que el infante gusta de cuentos, fábulas y leyendas. Mediante su exaltada fantasía dota de vida a los objetos y se crea un mundo psicológico especial.

Desarrollo afectivo, sexual y social:

Según Freud se distinguen tres fases:

Fase oral

El niño nace preparado a conservar la vida mamando, y mientras se nutre tiene las primeras relaciones con los demás, creando de este modo un nexo entre afecto y nutrición y entre necesidad de los otros y actividad oral. El niño llevará – para experimentar y comunicar con los demás: todo a la boca.

La relación oral incluye la comunicación a través del tacto, el olor, la posición del cuerpo, el calor, los nexos visuales, el rostro de la madre, etc.

Esta etapa se supera, pero siempre nos quedan rezagos tales como mascar chicle, fumar, llevar objetos a la boca.

Hay casos en que no se supera esta etapa, entonces tenemos el carácter oral como el sujeto totalmente dependiente e inseguro.

Fase anal

Se denomina así porque el niño ya comienza a controlar sus esfínteres y obtiene placer reteniendo los movimientos intestinales que estimulaban la mucosa anal.

Hay que tener en cuenta que el efectivo control de la defecación se alcanza sólo luego que ha sido posible el control muscular a través de la maduración de los rasgos nerviosos de la médula espinal. Por tanto una educación prematura a la limpieza lleva a fijar a la persona en el carácter anal; por ejemplo: El avaro. El colecciónar objetos es un rezago de analidad.

Fase Edípica

El infante desarrolla un intenso amor por el progenitor del sexo opuesto. El niño se apega a la madre y la niña al padre.

El niño es posesivo, de aquí que el padre es sentido un intruso y un rival (complejo de Edipo). En esta rivalidad frente al padre, el niño teme ser destruido por el padre (complejo de castración). Al mismo tiempo nace una angustia en el niño o por el temor confirmado de poder ser destruido por el padre o por su hostilidad frente a un

padre que, pese a todo, lo quiere (sentimiento de culpa). Finalmente el niño descubre que para llegar a poseer a su madre tiene que llegar a ser todo un hombre como su padre (principio de identificación). Aquí es cuando el niño comienza a interiorizar las normas de los padres conformándose el "super yo". Analógicamente se llega a la identificación de la niña con su madre.

La mayoría de los problemas en las etapas posteriores tienen su origen en un Edipo no resuelto. Son manifestaciones de una fijación en esta etapa cuando hay falta de identificación con su propio sexo. Concluimos afirmando que, en esta etapa, el niño aprende a ser varón y la niña a ser mujer.

La Niñez

Se sitúa entre los 6 y 12 años. Corresponde al ingreso del niño a la escuela, acontecimiento que significa la convivencia con seres de su misma edad. Se denomina también "periodo de la latencia", porque está caracterizada por una especie de reposo de los impulsos institucionales para concentrarnos en la conquista de la socialización.

Las socializaciones que comienza a desarrollar es "egocéntrica": "Todo sale de mí y vuelve a mí", "Te doy para que me des". Sus mejores amigos son los que le hacen jugar, le invitan al cine o un helado".

Cognoscitivas

El niño desarrolla la percepción, la memoria, razonamiento, entre otras.

Afectivas

En cuanto que el niño sale del ambiente familiar donde es el centro del cariño de todos para ir a otro ambiente donde es un número en la masa; donde aprende y desarrolla el sentimiento del deber, respeto al derecho ajeno amor propio, estima de sí, entre otras.

Social

La escuela contribuye a extender las relaciones sociales que son más incidentes sobre la personalidad.

Características principales en esta etapa:

- Aprende a no exteriorizar todo, aflora, entonces, la interioridad.
- Son tremadamente imitativos, de aquí que necesiten el buen ejemplo de sus padres.
- El niño se vuelve más objetivo y es capaz de ver la realidad tal como es.

- Suma, resta, multiplica y divide cosas, no números.
- Adquiere un comportamiento más firme sobre sus realidades emocionales.

La Adolescencia

Es la etapa en que el individuo deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Sin embargo se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años promedio, en las mujeres y a los 13 años en los varones. Este es el momento en que aparece el periodo de la pubertad, que cambia al individuo con respecto a lo que hasta entonces era su niñez.

La juventud

Según Erickson, (citado por Chueca 2010), es la etapa comprendida aproximadamente de los 18 a los 25 años. Es la etapa en la que el individuo se encuentra más tranquilo con respecto a lo que fue su adolescencia, aunque todavía no ha llegado al equilibrio de la adultez. El joven es capaz de orientar su vida y de ir llegando a la progresiva integración de todos los aspectos de su personalidad.

La adultez

Es la etapa comprendida entre los 25 a los 60 años aproximadamente, aunque como es sabido, su comienzo y su término dependen de muchos factores personales y ambientales.

En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad.

Así, hay adultos de firme y segura personalidad capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida; hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; finalmente existen los que adolecen de una pobre y deficiente manera de ser (personalidad) que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales.

La ancianidad y posterior muerte

La etapa final de la vida, conocida también como tercera edad, se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental.

La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos.

La Psicología del Desarrollo

Según Rice (1997), es una rama de la psicología que estudia los cambios conductuales y psicológicos de las personas, durante el periodo que se extiende desde su concepción hasta su muerte, y en todo tipo de ambientes, tratando de describirlo y explicarlo en relación con el propio sujeto, así como en relación con las diferencias que existen entre ellos; a fin de poder llegar a predecir los comportamientos y, como dirían los teóricos del ciclo vital, "optimizar el desarrollo".

La teoría del desarrollo humano supone tres tareas

Rice (1997), señala que son:

- Describir los cambios en una o más áreas de conducta o de actividad psicológica.
- Describir los cambios en relación con las otras áreas de conducta o actividad psicológica.
- Explicar el curso del desarrollo que se ha descrito.

La solución que se puede plantear para cada una de estas tareas pueden producir un resultado final, es decir, una teoría, según el mismo autor.

La Psicología del Desarrollo puede dividirse en cuatro etapas

1^a Etapa: (siglo XVIII y primera mitad del XIX): Primeras observaciones.

Durante el siglo XIV empieza a recogerse en Francia los acontecimientos familiares más importantes en las denominadas "Livres de raison". En el siglo XVI y principios del XVII aparecen informaciones procedentes de tratadistas médicos referidas a los cuidados físicos y al desarrollo en las

primeras etapas. Durante este siglo también aparecen las obras de John Locke, en ellas expone que toda conducta es adquirida. Durante el último cuarto del siglo XVIII aparece un gran número de estudios sobre niños. Aunque sin duda, la aportación más importante fue la aparición de “El origen de las especies” de Charles Darwin, que marcó un cambio decisivo en las concepciones de la evolución biológica y, sobre todo del hombre.

2^a Etapa: Surgimiento de la Psicología del Desarrollo como disciplina independiente.

Antes de la obra de Darwin, el principal objeto de estudio era encontrar las diferencias entre adultos-niños, y humanos-animales; pero después de Darwin, el objeto de estudio cambió hacia la determinación de similitudes entre adulto y niño.

3^a Etapa: Consolidación y desarrollo.

Esta disciplina tuvo su mayor arraigo y desarrollo en EEUU, donde se produjeron numerosos avances. Cabe destacar la importancia de la medida de la inteligencia, la consolidación del rol psicológico en la sociedad y la creación de centros de investigación sobre el desarrollo. Además de la ampliación de la metodología y la fragmentación de los temas de estudio.

4^a Etapa: Crecimiento y expansión.

Ocurrieron dos hechos fundamentales:

Revisionismo y modificación de las teorías existentes.

Elaboración de nuevas teorías o aproximaciones al estudio del desarrollo humano.

Trastornos Psiquiátricos

Según la Sociedad Americana de Psiquiatrías, (APA, 2004), los trastornos se clasifican en:

Retraso mental

Este tipo de trastorno se entiende como la capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (medido a través del Coeficiente Intelectual), puede ser leve, moderado, grave o profundo.

Trastornos del aprendizaje:

Rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado en el área afectada, considerando la edad del niño o adolescente, su inteligencia, y una educación apropiada para su edad.

Pueden ser:

Trastorno de la lectura: Dislexia

Trastorno del cálculo: Discalculia

Trastorno de la expresión escrita: Disgrafía

Trastorno del aprendizaje no especificado

Trastorno de las habilidades motoras

Trastorno del desarrollo de la coordinación. En este apartado se consideran las deficiencias del habla o del lenguaje:

Trastorno del lenguaje expresivo

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

Trastorno fonológico

Tartamudeo

Trastorno de la comunicación no especificado

Trastornos generalizados del desarrollo

Son déficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Se incluyen:

Trastorno autista

Trastorno de Rett

Trastorno desintegrativo infantil

Trastorno de Asperger

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador: incluyen trastornos cuyas características son la desadaptación impulsividad-hiperactividad, o trastornos del comportamiento perturbador (violación de derechos de otros, hostilidad, conducta desafiante). Están incluidos:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella

Trastorno disocial

Trastorno negativista desafiante

Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: consisten en diversas alteraciones, que se dan de manera persistente en la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Éstas constituyen:

Trastorno de pica

Trastorno de rumiación

Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

Trastornos de tics

Trastorno de La Tourette

Trastorno de tics motores o vocales crónicos

Trastorno de tics transitorios

Trastorno de tics no especificado

Trastornos de la eliminación: trastornos cuya característica es la eliminación de heces y orina en lugares inadecuados y de manera persistente. Son:

Encopresis

Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

Trastorno de ansiedad por separación: definido como ansiedad excesiva para la edad frente a la separación del hogar o de seres queridos.

Mutismo selectivo: Cuando el niño o adolescente no habla en situaciones específicas, como sociales, pero en otras no tiene problemas de lenguaje.

Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: Dado por una relación social manifiestamente alterada, generalmente causada por crianza patógena.

Trastorno de movimientos estereotipados: trastorno por movimiento repetitivo aparentemente impulsivo, estereotipado y no funcional que causa malestar en el sujeto.

Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado

Delírium o delirio

Es el fenómeno agudo, de corta duración, que se caracteriza por una disfunción cerebral global. Hay muchos factores que lo pueden producir, esta clasificación recoge los siguientes:

Delírium debido a enfermedad médica

Delírium inducido por sustancias

Delírium por abstinencia de sustancias

Delírium debido a múltiples etiologías

Delírium no especificado

Demencia

En contraste con el delirio o delirium, la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta las funciones cognitivas superiores (pensamiento, lenguaje, memoria).

Demencia tipo Alzheimer.

Demencia vascular.

Demencia debida a enfermedad por VIH.

Demencia debida a traumatismo craneal.

Demencia debida a enfermedad de Parkinson.

Demencia debida a enfermedad de Huntington.

Demencia debida a enfermedad de Pick.

Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Demencia debida a otras enfermedades médicas.

Demencia persistente inducida por sustancias.

Demencia debida a múltiples etiologías.

Demencia no especificada.

Trastornos amnésicos

Deterioro de la memoria sin deterioro de otras funciones cognitivas.

Trastorno amnésico debido a enfermedad médica.

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

Trastorno amnésico no especificado.

Trastorno cognoscitivo no especificado.

Trastornos relacionados con sustancias

Son los que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de medicamentos y con la exposición a sustancias tóxicas. En cuanto al

consumo de sustancias, es importante la distinción entre “abuso de sustancias” y “dependencia de sustancias”.

El abuso de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo; consume la o las sustancias en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal.

La dependencia de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Este apartado involucra aquellos trastornos que tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Psicótico es entendido aquí como la pérdida de los límites del sí mismo y de la evaluación de la realidad. Como característica de esta sintomatología pueden existir, por tanto, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos

del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros. El manual los clasifica como:

Esquizofrenia.

Trastorno esquizofreniforme.

Trastorno esquizoafectivo.

Trastorno delirante.

Trastorno psicótico breve.

Trastorno psicótico compartido (folie à deux, locura a dúo).

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

Trastorno psicótico inducido por sustancias.

Trastorno psicótico no especificado.

La esquizofrenia, es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicología más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

El autismo

Según Biopsicología (2010), el autismo es un trastorno del desarrollo, permanente y profundo. Afecta a la comunicación, imaginación, planificación y reciprocidad emocional. Los síntomas, en general, son la incapacidad de interacción social, el aislamiento y las esterotipias (movimientos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos).

El bebé autista puede pasar desapercibido hasta el cuarto mes de vida; a partir de ahí, la evolución lingüística queda estancada, no hay reciprocidad con el interlocutor, no aparecen las primeras conductas de comunicación intencionadas (miradas, echar los brazos, señalar.)

Su origen obedece a una anomalía en las conexiones neuronales que es atribuible, con frecuencia, a mutaciones genéticas.

Se estima que el autismo afecta a cuatro de cada 10.000 personas, dependiendo del criterio de diagnóstico usado. En Estados Unidos, por cada 150 niños uno de estos es diagnosticado con autismo. En el estado de Oregon se diagnostica que por cada 88 niños 1 sufre de autismo. Se cree que la incidencia está en aumento, pero no está claro si eso se debe a un aumento real de casos o simplemente a un mayor número de diagnósticos. El autismo afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres, y se puede encontrar en todo el mundo, sin importar etnia o cultura.

Características

La Asociación Americana de Psicología, (APA, siglas en inglés, 2004), indica que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación:

A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel de desarrollo.
- c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
- b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
- d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel de desarrollo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
d. Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1)Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Aspectos Cognoscitivos

Anteriormente se creía que el retraso mental se presentaba con frecuencia en individuos autistas. Uno de los problemas de esta determinación es que se basa en una medición del cociente intelectual (CI), la cual no es factible ni fiable en ciertas circunstancias. También se ha propuesto que puede haber individuos sumamente autistas que sin embargo son muy inteligentes y por lo tanto, capaces de eludir un diagnóstico de autismo. Esto hace que sea imposible hacer una determinación exacta y generalizada acerca de las características cognitivas del fenotipo autista.

Sin embargo, se sabe que los niños superdotados tienen características que se asemejan a las del autismo, tales como la introversión y la propensión a las alergias. Se ha documentado también el hecho de que los niños autistas, en promedio, tienen una cantidad desproporcionada de familiares cercanos que son ingenieros o científicos. Todo esto se suma a la especulación controvertida de que figuras históricas como Albert Einstein e Isaac Newton, al igual que figuras contemporáneas como Bill Gates, tengan posiblemente síndrome de Asperger. Observaciones de esta naturaleza han llevado a la escritora autista Temple Grandin, entre otros, a especular que ser genio en sí "puede ser una anormalidad".

Hay quienes proponen que el fenotipo autista es independiente de la inteligencia. Es decir, se pueden encontrar autistas con cualquier nivel de inteligencia. Aquellos con inteligencia por debajo de lo normal serían los que tienden a ser diagnosticados. Aquellos con inteligencia normal o superior serían los que ganan notoriedad, según este punto de vista.

Rimland (1978, citado por portalpsicológico, 2009) encontró que el 10% de los autistas tienen "talentos extraordinarios" en campos específicos (comparado con un 0,5% de la población general).

Brown y Pilvang (2000, citado por portalpsicológico, 2009) han propuesto el concepto del "niño que esconde conocimiento" y han demostrado por medio de cambios en las pruebas de inteligencia que los niños autistas tienen un potencial que se esconde detrás de su comportamiento argumentan también que la falta de optimismo que promueve gran parte de la literatura científica sobre el tema puede empeorar la situación del individuo autista.

Dawson (2005, citado por portalpsicológico, 2009), una investigadora autista, ha realizado comparaciones cognitivas entre individuos autistas y no autistas; encontró que su rendimiento relativo en las pruebas de Wechsler y RPM son inversos. Un estudio de la Universidad Estatal de Ohio encontró que los autistas tienen mejor rendimiento en pruebas de memoria falsa.

Happe (2001, citado por portalpsicológico, 2009) hizo pruebas a hermanos y padres de niños autistas y propuso que el autismo puede incluir un "estilo cognitivo" (coherencia central débil) que confiere ventajas en el procesamiento de información.

En la actualidad los neuropsicólogos clínicos están llevando a cabo terapias cognitivas y evaluaciones e investigaciones sobre la implicación del lóbulo frontal en el autismo, planteando unas posibilidades terapéuticas muy interesantes. Por tanto, el tratamiento neuropsicológico se plantea como necesario, siempre y cuando se pueda obtener efectividad.

Tratamientos

Según plantea Biopsicología (2010), en la actualidad, el tratamiento riguroso multimodal resulta útil, y a veces produce efectos espectaculares. Los objetivos del tratamiento son mejorar las conductas sociales y disminuir las conductas extrañas, también ayudar al desarrollo de la comunicación verbal y no verbal.

La terapia conductual puede resultar muy importante para controlar síntomas no deseados, promover las interacciones sociales, incrementar la autoconfianza y facilitar la exploración (la conducta de búsqueda de lo nuevo). Resultan básicos la educación especial, el entrenamiento vocacional, la enseñanza de las habilidades adaptativas, y la ayuda en el manejo de acontecimientos importantes de la vida.

La medicación psicotrópica puede utilizarse para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos concurrentes, para el manejo de las crisis epilépticas o controlar los síntomas conductuales (aunque los riesgos de la sobremedicación requieren atención continua). Los neurolépticos no sedantes a dosis bajas (p. ej., haloperidol de 2 a 10 mg/día) pueden resultar útiles para facilitar el aprendizaje, controlar los síntomas conductuales, reducir los niveles excesivos de actividad y realzar el efecto de la terapia de conducta.

La medicación psicoestimulante puede resultar útil para los niños hipoactivos o los que presentan un TDAH concurrente. La medicación más ampliamente recetada para los niños autistas es Ritalin (un estimulante que se usa para tratar los trastornos por déficit de atención/hiperactividad).

La medicación anticonvulsivante puede ser útil en muchos de estos pacientes, que a menudo presentan (del 15 al 50%) crisis clínicas o subclínicas. Los agentes beta-bloqueantes y la clonidina también pueden ser útiles para manejar síntomas de impulsividad y agresión. La naltrexona, un agente bloqueador de los receptores opiáceos, puede ser útil a dosis de 1,5 mg/Kg. por día para mejorar el afecto, promover la reciprocidad social y reducir las conductas motoras estereotipadas y autolesivas. Según datos preliminares, la fluoxetina puede resultar útil para mejorar los síntomas obsesivos y depresivos en pacientes autistas.

Las terapias de apoyo a los padres son básicas, ya que a veces hacen del niño crónicamente afligido el centro emocional de su vidas. Aunque esta atención pueda tener algunos efectos beneficiosos para el niño, normalmente es conducida por una culpa injustificada, un pesimismo irreal. Los padres pueden contribuir en el

aprendizaje del niño, su autosuficiencia y las habilidades adaptativas, en la disposición de la educación especial y el trato con escuelas y otras entidades públicas, y también en la realización de la planificación a largo plazo del futuro del niño. Se requiere un seguimiento a largo plazo.

Resulta necesaria una reevaluación periódica para observar la posible aparición de crisis o trastornos psiquiátricos concomitantes (incluyendo trastornos afectivos y trastornos de ansiedad) que pueden estar enmascarados por el trastorno autista.

A través de los años, las familias han probado varias clases de tratamientos tradicionales para reducir la conducta autista e incrementar la apropiada. De los tratamientos que han recibido más apoyo empírico son:

- El uso de la vitamina B6 con suplementos de magnesio, que se ha demostrado que aumenta el bienestar general, el conocimiento, y la concentración en aproximadamente el 45% de los niños autistas.
- Un suplemento alimenticio, la dimetilglicina (DMG), pues personas con autismo tienen en su tracto intestinal cantidades excesivas de una clase de una levadura llamada *Candida albicans*. Como resultado de ello, la levadura crece rápidamente y contamina la sangre con toxinas; y estas toxinas pueden influir el funcionamiento del cerebro. Las muestras de defecación se pueden analizar por la presencia de *Candida albicans* y un nivel excesivo de *Candida albicans* se puede tratar con un medicamento suave como nistatina.
- Debido a que últimamente han detectado la presencia de péptidos anormales en la orina de individuos autistas, que se atribuyen a la incapacidad del cuerpo de descomponer ciertas proteínas en los aminoácidos; estas proteínas son el gluten (presente en el trigo, cebada y avena) y la caseína (encontrada en la leche humana y de vaca). Muchos padres han eliminado estas sustancias de las

dietas de sus niños y, en muchos casos, han observado cambios positivos de salud y conducta.

En contraste con lo que ocurría hace 20 años, cuando muchos individuos autistas eran institucionalizados, existen hoy día diversos arreglos flexibles para acomodar a estas personas. Por lo general sólo los individuos más severamente afectados viven en instituciones, pero otros viven en casa con sus padres; otros viven en instalaciones residenciales; algunos viven de forma semi-independiente (casa de asistencia); y algunos viven independientemente. Hay adultos autistas que se gradúan en la universidad y reciben títulos académicos avanzados; y algunos desarrollan relaciones con adultos y a veces se casan. En el ambiente del trabajo muchos adultos autistas pueden ser trabajadores muy concienzudos y dignos de confianza.

La epilepsia

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales. (International League Against Epilepsy, 2009)

Una convulsión o crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado por una anormal y excesiva o bien sincrónica actividad neuronal en el cerebro. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución del nivel de conciencia o movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas.

La epilepsia puede tener muchas causas; en unos casos es debida a lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Con tratamiento médico es posible el control de las crisis en un elevado porcentaje de pacientes.

Para diagnosticar un paciente epiléptico se requiere conocer los antecedentes personales y familiares y, por lo general, se corrobora con un electroencefalograma (EEG). También forman parte del diagnóstico estudios de imagenología, mientras que se reservan los procedimientos diagnósticos más especializados para casos muy puntuales. El tratamiento consiste en la administración de medicamentos anticonvulsivos. En los casos refractarios, se apelan a otros métodos incluyendo la cirugía. La epilepsia causa múltiples efectos en la vida cotidiana del paciente, de manera que el tratamiento debe incluir el abordaje de estos efectos.

Tratamiento

Según Biopsicología (2010), la epilepsia así como las crisis epilépticas pueden en la actualidad recibir un tratamiento con resultados aceptables. En la mayoría de los casos, las epilepsias de la infancia se curan en la pubertad. Cuando la epilepsia se debe a una lesión claramente visible y esa lesión es eliminada quirúrgicamente, se reduce la intensidad y frecuencia o bien, en muchos casos, se cura la epilepsia. Por lo tanto, al comienzo del tratamiento se examina al individuo, en busca de causas de la

epilepsia que se puedan eliminar, por ejemplo, la operación de un tumor cerebral o la supresión o mitigación de un trastorno metabólico.

En otros casos esto no es posible - ya sea porque no se ha encontrado ninguna causa o porque ésta no pueda ser eliminada, por ejemplo, cicatrices, malformación en el cerebro, o una predisposición inherente a las convulsiones. El objetivo en esos casos es la eliminación de los ataques por medio de medicamentos u operaciones quirúrgicas.

La terapia "clásica" que se realiza en más del 90% de todos los enfermos epilépticos es a través de medicamentos inhibitorios de crisis: los antiepilepticos. En su mayoría esta terapia medicamentosa se realiza a lo largo de muchos años. Gracias a ello muchos de los pacientes tratados (aproximadamente un 60%) reduce de manera importante la frecuencia de crisis y en un más del 20% de los casos se consigue alguna mejora. La tolerancia de los fármacos antiepilepticos (AED, por sus siglas en inglés) no es muy buena en general; en algunos casos, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios adversos debido a la alta dosis requerida para el control de las crisis. Por ello es absolutamente necesaria una vigilancia facultativa regular de la terapia.

En algunos casos un tratamiento quirúrgico puede ser más ventajoso que el farmacológico; esto sucede normalmente sólo en el caso de epilepsias focales y de momento afecta a menos de un 5% de todos los enfermos epilépticos.

El fármaco antiepileptico concreto debe ser individualizado en función del síndrome epiléptico, tipo de crisis, edad del paciente, otras patologías que sufra el paciente, interacción con otros medicamentos, características específicas del paciente (mujer en edad gestacional, embarazo, peso, etc.) y preferencias del paciente (perfil de efectos secundarios, número de tomas al día, etc.).

No es aconsejable el cambio entre genéricos porque puede variar la biodisponibilidad así como los perfiles farmacocinéticos con lo que se puede modificar el efecto deseado o aumentar los efectos secundarios.

La monoterapia cuando sea posible debe ser la elección, y si esta fracasa una vez se ha asegurado que se han alcanzado niveles terapéuticos se debe cambiar a otro fármaco bajo estricta supervisión médica.

La combinación de 2 fármacos solo debe ser considerada cuando hayan fracasado varios intentos de control de las crisis en monoterapia. Si a pesar de ello no se controlan, se deberá valorar con qué terapia estaba mejor controlado el paciente, teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de crisis así como los efectos secundarios.

Hiperactividad

Según psicopedagogía, (2010), Es un niño con demasiada energía dentro de sí, casi nunca se cansa, se necesita mucha paciencia y dedicación para poder comprender

ese tipo de problema, además de buscar el origen para empezar a tratarlo oportunamente, y sobre todo, aceptar que tu hijo(a) es hiperactivo.

Se designa con el término de hiperactividad, a aquella conducta que despliega un individuo y que se caracteriza por el exceso de actividad que la misma manifiesta. Aunque por supuesto la hiperactividad puede darse en cualquier persona, generalmente, suele utilizarse para describir una conducta muy propia en los niños y que consiste como dijimos en la imposibilidad de permanecer quietos.

Los hiperactivos son niños, adolescentes, o simplemente personas maduras que en ocasiones han nacido y han tenido que estar en incubadora por x motivo, como prematuridad, etc. Una persona hiperactiva puede estar pensando en 4 o 5 cosas a la vez, por lo cual no se enteran de casi ninguna, son personas inteligentes pero que necesitan de una ayuda para desarrollar toda su capacidad intelectual. (Psicopedagogía, 2010)

En términos médicos, la hiperactividad o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tal indica su denominación médica, es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y que ostenta un fuerte componente genético. Según estudios médicos, la hiperactividad es una enfermedad prevalente que afecta entre un 5 y 10 % a la población infanto-juvenil, siendo tres veces más frecuente entre los varones que en el universo femenino y las estadísticas la señalan como el principal motivo de las consultas en los centros de psiquiátricos infanto-juveniles. (Definicionabc, 2009).

A la hora de las causas que lo provocan, la genética es la que lleva la delantera, quedando algunas causas ambientales en un segundo plano.

Entre los síntomas más característicos que presenta este tipo de afección se cuentan, distracción severa, períodos de atención muy breves, inquietud motora, inestabilidad emocional y conducta impulsiva. Por ejemplo, a los chicos que presentan hiperactividad se les hace muy cuesta arriba prestarle atención al maestro en clases, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos y trabajar en tareas monótonas que suponen una constante repetición, entre otros.

Los niños hiperactivos disponen de un alto potencial de energía, entonces, los padres de estos chicos, para disminuir estas manifestaciones, deberán proveerle y facilitarle a estos los medios necesarios para que esa energía sea transformada de manera beneficiosa. En caso de no ser tratados a tiempo, los niños hiperactivos pueden presentar dificultades en el aprendizaje e incluso abandonar en forma temprana los estudios como consecuencia de esta situación, fobias, estados de depresión, ansiedad, baja autoestima, entre otros.

Si bien como mencionamos, la hiperactividad es un tipo de trastorno que se desarrolla durante la niñez, sus manifestaciones se siguen experimentando en muchos casos, incluso en la adultez.

Generalmente y a razón de su base biológica, este tipo de trastorno suele ser tratado por los médicos a través de fármacos basados en estimulantes y sustancias

como ser la cafeína y la nicotina, ya que paradójicamente estos causan un efecto inverso en los niños y los tranquiliza.

Psicomotricidad

Según Lama (2010), cada habilidad o aprendizaje motriz implica un desarrollo cognitivo que queda grabado en el cerebro.

Estos aprendizajes tienen lugar en un orden determinado, que es lo que conocemos como desarrollo psicomotor.

El estudio y análisis de estos aprendizajes nos ha proporcionado las tablas de desarrollo psicomotor.

La importancia y utilidad de las tablas de desarrollo psicomotor radica en que nos proporcionan el orden en que se adquieren los aprendizajes, el orden necesario para un desarrollo psicomotor armónico y adecuado. Es tan importante si el niño hace lo que le corresponde según su edad, como si ha realizado todos los aprendizajes previos a la edad cronológica. El que un niño pueda caminar no garantiza un desarrollo psicomotor adecuado sino sabe voltear, rastrear o gatear ya que su equilibrio, coordinación, su orientación en el espacio y el tiempo, su esquema corporal, etc. no serán correctos y los necesitará más adelante, para adquisiciones posteriores como son el dibujo y la lecto-escritura.

Los aprendizajes no se dan en un orden aleatorio, sino que el primero condiciona al segundo, pero también al décimo. Imaginemos que el cerebro de un niño es un libro en blanco que vamos escribiendo con cada aprendizaje que realiza. Si nos dejamos algún capítulo por escribir, es probable que nos falte información para entender el argumento completamente.

Es en este punto donde la intervención a tiempo puede ayudar al niño en aquellos aspectos del desarrollo psicomotor que no ha aprendido por sí solo. La capacidad del niño para aprender decae a medida que crece y resulta más difícil corregir aquellos aprendizajes que se han adquirido de forma incorrecta.

Las capacidades motrices y psíquicas no son inmediatas ni programadas, no surgen de forma espontánea en un momento determinado del desarrollo, sino que surgen como el resultado de un largo y complejo proceso de aprendizaje y además son dependientes entre ellas.

La psicomotricidad estimula las áreas de desarrollo en el niño preescolar.

Según Montero, Ma. T. (2010), el término “psicomotricidad” se da a conocer en un congreso de París, Francia, en 1920 por el Dr. Ernest Dupréé, quien le da un enfoque terapéutico. Por otra parte, un monje nómada, L'epep, reunía niños, con problemas de aprendizaje a través de actividades físicas, aprovechaba los beneficios del movimiento para favorecer el aprendizaje, que es lo que hoy en día el psicomotricista en la educación primaria, pide al profesor su programa académico y

favorece el cálculo, lenguaje, socialización, etc. a través de métodos y técnicas que cumplen con dicho rol.

Le Bouch implementa la educación psicomotriz en los años cuarentas y en los cincuentas, con el neurodesarrollo nace en educación primaria.

Sus fundamentos pedagógicos, se basan en la filosofía de la educación como pedagogía activa, en la psicología unitaria de la reestructuración recíproca como dinámica del grupo.

En 1960, el concepto “psicomotricidad” llega a México como información, pero es hasta 1972, cuando la Reforma Educativa de Educación Integral lo esquematiza en tres esferas de la comunicación perfectamente equilibradas; por lo que cuando una de esas se desnivela, se afecta el aprendizaje del niño.

La aplicación de actividades psicomotrices, ayuda a estimular las áreas de desarrollo en el niño preescolar. La psicomotricidad es una ciencia que contempla al ser humano desde una perspectiva integral, considerando aspectos emocionales, motrices y cognitivos.

Es decir, que busca el desarrollo global del individuo, tomando como punto de partida cuerpo y el movimiento para llegar a la maduración de las funciones neurológicas y a la adquisición de procesos cognitivos, desde los más simples hasta

los más complejos, todo esto revestido de un contenido emocional, basado en la intencionalidad, la motivación y la relación con el otro.

También hay teorías como la de Piaget que afirma que la inteligencia se construye a partir de la actividad motriz del niño y en los primeros años de su desarrollo no es otra que la inteligencia motriz.

La etapa preescolar

Es un período que vive el niño desde que nace hasta que empieza la escolarización propiamente dicha (6 años); y es de suma importancia ya que durante este tiempo, toma conciencia de sí mismo, del mundo que le rodea, y a la vez va madurando intelectualmente, así como afectivamente.

La escuela

Juega un papel predominante en esta etapa de la vida, ya que los educadores tendrán que facilitar en el niño la asimilación e integración de todas las vivencias que tendrá en estos primeros años, recordemos que el niño es como una esponja que todo lo absorbe, constantemente explora el mundo que le rodea, se descubre a sí mismo y a los demás, aprende de cualquier circunstancia y se enriquece a cada momento en cada una de las áreas: Motriz – Cognitiva – Afectivo-social.

El niño no aprende solamente mediante el papel o unas fichas que podremos programarle, sino a través de vivencias en las que vaya asimilando e interiorizando todas las situaciones, pues el mundo cambiante de hoy necesita que los maestros sean lo suficientemente flexibles para enfrentarse a situaciones nuevas, ya que el educador puede contribuir a que el niño aprenda o que, por el contrario, lo anule, pues será quien le de la seguridad, las referencias estables, los elementos y las situaciones que faciliten su desarrollo integral, su creatividad y su adaptación al mundo exterior.

Por lo cual, en los primeros años de la educación del niño, entendemos que toda la educación es psicomotriz porque todo el conocimiento, y el aprendizaje, parte de la propia acción del niño sobre el medio, los demás y de las experiencias que recibe, y que al alcanzar un nivel de madurez psicomotriz tiene una buena base de aprendizaje, que le ayudará en el desarrollo afectivo-social, de lenguaje, cognitivo y emocional logrando ser un verdadero actor en el proceso de crecimiento y de aprendizaje, no solamente en esta primera etapa, sino a lo largo de su vida.

Conceptos de Psicomotricidad

Según Durivage (2005, citado por Monge, 2010), la psicomotricidad es una técnica que tiende a favorecer por el dominio del movimiento corporal la relación y la comunicación que el niño va a establecer con el mundo que le rodea (a través de diferentes objetos.)

Esta globalidad del niño manifestada por su acción y movimiento que le liga emocionalmente al mundo debe de ser comprendida como el estrecho vínculo existente entre su estructura somática y su estructura efectiva y cognitiva.

Realizando un análisis lingüístico del término psicomotricidad, vemos que tiene dos componentes. El motriz y el psiquismo. Y estos dos elementos van a ser las dos caras de un proceso único: el desarrollo integral de la persona.

1 El término motriz hace referencia al movimiento.

2 El término psico designa la actividad psíquica en sus dos componentes: socio afectivo y cognoscitivo.

Según Núñez y Fernández (1994, citado por Monge 2010), la psicomotricidad es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a incluir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo, por consiguiente, de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno.

Según Berruezo (1994, citado por Monge 2010):

La psicomotricidad diremos que se trata de algo referido básicamente al movimiento, pero con connotaciones psicológicas que superan lo puramente biomecánico. La psicomotricidad no es el movimiento por el movimiento, para desarrollar únicamente aspectos físicos del mismo (agilidad, potencia, velocidad, etc.), sino algo más, o algo distinto: el movimiento para el desarrollo global del individuo.

También es una ciencia que contempla al ser humano desde una perspectiva integral como ya se había mencionado antes, considera aspectos emocionales, motrices y cognitivos; busca el desarrollo global del individuo, tomando como punto de partida cuerpo y el movimiento para llegar a la maduración de las funciones neurológicas y a la adquisición de procesos cognitivos, desde los más simples, hasta los más complejos, todo esto revestido de un contenido emocional, basado en la intencionalidad, la motivación y la relación con el otro.

Los objetivos fundamentales de la psicomotricidad son los siguientes

1. Desarrollar las potencialidades hereditarias a través de la estimulación sensorio motriz adecuada.
2. Mejorar el equipamiento psicomotor del niño, es decir, alcanzar:
 - El conocimiento, la conciencia y el control del cuerpo.
 - Un equilibrio emocional y corporal adecuado.
 - Una postura controlada.
 - El movimiento coordinado.
 - El control de la inhibición voluntaria y de la respiración.
 - Una lateralidad bien definida.
 - La estructuración espacio-temporal correcta.

3. Desarrollar las habilidades motrices y preceptúales que son la base del aprendizaje.
4. Proporcionar recursos materiales y ambientales adecuados para el desarrollo.
5. Lograr confianza, seguridad y aceptación de sí mismo.
6. Mejorar y ampliar las posibilidades de comunicación.
7. Aumentar la capacidad de interacción del sujeto con su medio ambiente.
8. Fomentar el contacto corporal y emocional.
9. Orientar o dirigir la actividad espontánea del niño.

La formación de la inteligencia

En 1935 Piaget, basado en extensos estudios sobre psicología genética, elaboró los conceptos básicos sobre la formación de la inteligencia, teoría que hasta la fecha sigue siendo fundamental para comprender el desarrollo psicológico del niño (a). (Fonseca, 2006)

A continuación se expondrá dicha formación partiendo de dos ideas

1. Las funciones mentales se inscriben en la evolución del ser humano (aspecto psicogenético del desarrollo).
2. El individuo establece una interrelación con el medio ambiente (aspecto psicosocial del desarrollo).

Etapa de la inteligencia sensorio motriz o práctica (del nacimiento a los 18-24 meses)

La elaboración de la inteligencia depende de la acción concreta del niño, que se inicia a través de los movimientos reflejos y de la percepción. Más tarde, a los 3 meses, aparecen los primeros movimientos voluntarios. Esta etapa tienen una importancia especial: en ella se construyen las bases para las futuras nociones del objeto, del espacio, del tiempo y de la causalidad.

La inteligencia se expresa a través de la acción y de la capacidad del bebé para captar una nueva situación y para resolverla combinando acciones conocidas. En esta etapa todavía no hay lenguaje ni pensamiento; hacia el final, aparece la representación, que supone la posibilidad de interiorizar las acciones. Esta interiorización marca el paso del nivel sensorio motor a la segunda etapa.

Etapa de la inteligencia preoperatorio (de los 18-24 meses a los 7-8 años)

Esta etapa se caracteriza por el inicio del lenguaje y del pensamiento. El niño se vuelve capaz de representar una cosa por medio de otra, lo que se ha llamado función simbólica. Esta función refuerza la interiorización de las acciones, hecho que se observa desde el final de la etapa anterior y abarca diferentes actuaciones del niño:

El juego, que hasta este punto era un mero ejercicio motor, se vuelve simbólico; es decir, el niño representa situaciones reales o imaginativas por sus gestos o acciones (por ejemplo, imita a un gato).

En la imitación diferida, el niño imita las actividades de las personas que le rodean o representa situaciones que ha presenciado anteriormente (por ejemplo, imita a su papá manejando el coche).

La imitación es un factor especialmente importante para llegar al pensamiento, pues prepara el paso de la etapa sensorio motriz a la preparatoria. Una de las prolongaciones de este proceso conduce a la imitación gráfica y al dibujo.

La imagen mental es la representación o la reproducción de un objeto o un hecho real no necesariamente presente, en pocas palabras, el niño ya se puede imaginar las cosas (por ejemplo, evocar el camino a la escuela)

El lenguaje temprano es una forma de expresión, representación y comunicación, que se relaciona con las acciones concretas del niño.

Las primeras palabras son expresiones globales, que sólo descifra la mamá.

El conjunto de fenómenos simbólicos es necesario para la elaboración del pensamiento infantil. Durante esta etapa, el niño reconstruye, en el plano mental, las adquisiciones del periodo sensorio motor, pero con los mecanismos y características de la etapa representativa.

El desarrollo motor

El desarrollo motor, que se refleja a través de la capacidad de movimiento, depende esencialmente de dos factores básicos: la maduración del sistema nervioso y la evolución del tono.

La maduración del sistema nervioso, o mielinización de las fibras nerviosas, siguen dos leyes: la cefalocaudal (de la cabeza al glúteo) y lo próximo distante (del eje a las extremidades). Leyes que nos explican por qué el movimiento en un principio es tosco, global y brusco. Durante los primeros años, la realización de los movimientos precisos depende de la maduración.

La evolución del tono

El tono sirve de fondo sobre el cual surgen las contracciones musculares y los movimientos; por tanto, es responsable de toda acción corporal y, además, es el factor que permite el equilibrio necesario para efectuar diferentes posiciones.

Psicofármacos

Desde la antigüedad el hombre ha utilizado diversas sustancias para modificar su psiquismo, buscando mejorar su capacidad de raciocinio o el rendimiento corporal, aliviar dolores corporales o espirituales, elevar el estado de ánimo, excitar las fantasías o incluso provocar alucinaciones. Gracias al uso de métodos psicológicos fue posible clasificar los diferentes remedios en grupos. (Kuschinsky y Lüllmann, 1967)

En términos generales, puede considerarse psicofármaco a toda substancia capaz de modificar la actividad mental de los seres vivos superiores; de esta manera, el tabaco, el alcohol, la cocaína, etc., pueden ser conceptualizados como tales. En sentido restringido, es toda droga empleada con el propósito de influir sobre la conducta anormal y restaurar el equilibrio emocional y físico desde el punto de vista médico. (sisbib.unmsm, 2010)

Según Conn y Gebhart, (1991).indica que de acuerdo a sus propiedades terapéuticas, los psicofármacos se clasifican desde la perspectiva clínica en: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, sales de litio, anticonvulsivantes e hipnóticos

Según Salazar, Peralta y Pastor, (2004), los fármacos usados con mayor frecuencia en el área psicopatológica (neuro-psiquiátrica) son los anticomiales, neurolépticos, benzodiacepinas, y los fármacos para el déficit de atención.

Dentro de los anticomiales se encuentran el ácido valproico, carbamacepina, oxcarbacepina, fenantarbital. Estos son usados como estabilizantes del humor. El carbonato de litio y la carbamacepina son de mucha ayuda en el tratamiento y prevención de episodios maníaco-depresivos.

Medicamentos contra la ansiedad, se usan por un corto período de tiempo para ciertas condiciones asociadas con un alto nivel de ansiedad. Su utilidad en niños no ha sido bien estudiada, así que sólo las deben prescribir médicos con experiencia en su uso.

Antidepresivos se usan para tratamiento de depresión mayor, la fobia a la escuela, otros desórdenes serios de la ansiedad, la enuresis, algunos desórdenes del comer tipo bulimia.

Por otra parte se encuentran los neurolépticos (antipsicóticos), tranquilizantes mayores, como el haloperidol. Los neurolépticos se prescriben con frecuencia para los síntomas psicóticos o los problemas de conducta en personas con trastornos del desarrollo. El empleo de neurolépticos para el tratamiento de las conductas autoagresivas usualmente da un mayor control interno al paciente psicótico, eliminan o por lo menos le quitan el pánico a las creencias irracionales y las alucinaciones.

De la misma manera se encuentran las benzodiacepinas (BZD), pueden utilizarse como posible alternativa terapéutica en los trastornos de ansiedad, en algunos casos trastornos del sueño, estados de agitación, trastornos de conducta incluidas las agresiones y las autoagresiones. En esta línea se encuentra el clonacepam.

Así mismo se encuentra los medicamentos para el déficit de atención, Estimulantes como la dexedrina o el metilfenidato y atomoxetina. Se utilizan como parte del tratamiento para Desorden de Deficiencia de Atención debido a la Hiperactividad (ADHD).

Marco Legal

Según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999:

Artículo 103. Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado. La impartida en las instituciones del Estado es gratuita hasta el pregrado universitario. A tal fin, el Estado realizará una inversión prioritaria, de conformidad con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas. El Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo. La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad y a quienes se encuentren privados o privadas de su libertad o carezcan de condiciones básicas para su incorporación y permanencia en el sistema educativo.

Artículo 81. Toda persona con discapacidad o necesidades especiales, tiene derecho al ejercicio pleno de su personalidad y de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria”.

Capítulo VI

De los Derechos Culturales y Educativos

Artículo 53. Derecho a la Educación. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la educación. Asimismo, tienen derecho a ser inscritos y recibir educación en una escuela, plantel o instituto oficial, de carácter gratuito y cercano a su residencia.

Parágrafo Primero

El Estado debe crear y sostener escuelas, planteles e institutos oficiales de educación, de carácter gratuito, que cuenten con los espacios físicos, instalaciones y recursos pedagógicos para brindar una educación integral de la más alta calidad. En consecuencia, debe garantizar un presupuesto suficiente para tal fin.

Parágrafo Segundo

La educación impartida en las escuelas, planteles e institutos oficiales será gratuita en todos los ciclos, niveles y modalidades, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico.

Así mismo. **Artículo 56.** Derecho a Ser Respetado por los Educadores. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados por sus educadores.

Dirección General de Educación Especial

La Dirección General de Educación Especial del Ministerio del Poder Popular para la Educación, ente responsable de la definición y supervisión de esta Política Educativa en Venezuela, establece la articulación con los diferentes sectores y organismos a fin de garantizar la Atención Educativa Integral a la población con discapacidad, en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela: Artículos 102, 103 y 81 (A. N, 1999), Artículos 32 y 33 Ley Orgánica de Educación (C.N, 1980 vigente) y la Política de Educación Especial (M.E, 1997).

La Política de Educación Especial ha establecido por 30 años, la atención de la población con necesidades educativas especiales en planteles y servicios de la Educación Especial desde edades tempranas hasta la adultez, y la integración escolar de la población en niveles y otras modalidades del sistema educativo. Es de acotar, que las instituciones de educación especial deben optimizar el desarrollo integral de los educandos especiales y en cualquier momento evolutivo proceder a la integración escolar de estas personas, en un maternal, preescolar, básica, liceo y universidad regular, y las misiones.

La Dirección de Educación Especial instancia nacional rectora del diseño y la supervisión de la Política de Educación Especial, asume la Educación Especial como parte de la ciencia de la Educación. Tiene por objeto y sujeto de estudio a las personas con necesidades especiales o con discapacidad. Para ello, nacional e internacionalmente la literatura acuerda realizar este estudio desde un análisis metodológico interdisciplinario, es decir, la conjugación de diferentes disciplinas del conocimiento lo cual permitirá una visión Integral de la Persona con Discapacidad, y consecuentemente la atención educativa, a través de una práctica profesional interdisciplinaria.

El Currículo de Educación Inicial, se sustenta en la CRBV que define la educación como un derecho humano y un deber social para el desarrollo de la persona, desde una perspectiva de transformación social-humanista orientada a la formación de una cultura ciudadana, dentro de las pautas de diversidad y participación

Concepción de la Niña, el Niño entre 0 y 6 años y su Entorno Social y Cultural

En la Educación Inicial el entorno social y cultural es fundamental para el desarrollo infantil, y en ese entorno, se concibe a las niñas y los niños como seres humanos, sujetos de derecho que poseen un potencial de desarrollo que les permitirá avanzar etapas sucesivas a través de las cuales se irán produciendo los cambios que habrán de conducirlas(os) hasta la adolescencia y la adultez. Aunque cada niño y niña tiene su propio ritmo y su estilo de desarrollo y aprendizaje, se caracterizan por su curiosidad, su sensibilidad, su espontaneidad y una permanente observación, exploración e investigación de su ambiente.

Las actividades de su vida diaria en los diferentes espacios de interacción social (hogar, maternal, centro preescolar, centros de educación inicial y de atención integral, parques, reuniones familiares o infantiles) les permitirán integrarse progresivamente como miembros de una familia, de una escuela, de una colectividad.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación y Tipo de Investigación

Según lo señala Méndez (2001). El tipo de Investigación se formula en concordancia con el nivel de conocimiento científico al que espera llegar el investigador, el propósito es en consecuencia, señalar el tipo de información que se necesita, así como el nivel de análisis que se deberá realizar (p.98)

El presente estudio, es una investigación de campo exploratoria- descriptiva, ya que la misma está relacionada con la influencia en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños y niñas que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas. El Manual de Trabajos de Grado y Especialización y Maestría y Tesis Doctorales de La Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998) entiende por investigación de campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia. (p.5).

Al respecto Hurtado (2000) señala que:

... La investigación exploratoria nos permitirá indagar acerca de un fenómeno poco conocido, sobre el cual hay poca información o no se han realizado investigaciones sistemáticas anteriores con el fin de explorar la

situación. El objetivo de una investigación exploratoria puede ser la identificación de aspectos que permiten definir mejor algún evento. (p.85)

Dicha investigación está basada en la observación directa realizada a los sujetos en estudio y entrevistas a padres y docente. Este tipo de investigación se debe al hecho de que no existen investigaciones conocidas sobre las consecuencias asociadas al uso de neuropsicofármacos en niños y niñas de edad preescolar.

Población y Muestra

Cerda (1991), define la población o universo como la totalidad de elementos o fenómenos que conforman el ámbito de un estudio o investigación, o en su defecto la población total de la cual se toma una muestra para realizar la investigación. (p.89).

Tomando como punto de partida lo anterior, la población objeto de esta investigación la conforman:

1. Una niña y dos niños cuyas edades se encuentran dentro del rango de los cinco años los cuales cumplen tratamiento neuropsiquiátrico.
2. Los tres representantes de estos niños
3. La docente del preescolar

Elaboración de los Instrumentos y Materiales de Investigación

Para poder llevar a cabo esta investigación se realizó previamente una visita de reconocimiento a diferentes instituciones educativas que atienden a niños preescolares con el fin de ubicar los casos de estudio; Encontrando mayor número de estos en la Unidad Educativa “Josefa Molina de Duque”. Una vez ubicados se solicita la autorización por parte de los representantes para poder realizar la investigación, a través de una carta de consentimiento informado, realizada siguiendo las pautas bioéticas de La OMS y del comités de bioética Instituto Venezolano de Investigación Científica (ver anexo A)

Dado que este trabajo se centró en la influencia en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, era necesario disponer de instrumentos metodológicos que permitieran recoger toda la información y posterior análisis de la misma. Para ello se utilizó el estudio de casos y como técnicas de investigación, revisión de las fichas de inscripción de la niña y los niños objetos de estudio para obtener la información básica, la observación directa; llevando un registro de campo con diversos aprendizajes esperados, por otra parte la entrevista que fue aplicada a los representantes y a la docente de los tres casos objeto de investigación.

Los criterios para la elaboración de la guía de observación se tomaron del Currículo de Educación Inicial (2005) de acuerdo con los aprendizajes esperados en niños y niñas de edad preescolar en las diferentes áreas y componentes. (Ver anexo B).

Los aprendizajes esperados que serán evaluados en esta investigación se enfocan en aspectos cognitivos y motrices. (Ver anexo C).

Para realizar la entrevista a cada uno de los padres y docentes se elaboró y validó por un juicio de expertos; la guía para la recopilación de información para padres y docentes,(Ver anexo D), contentivo de 58 ítems, las preguntas tenían la finalidad de recabar información sobre aspectos relacionados con los diferentes fármacos, las dosis que los niños y la niña reciben, haciendo especial énfasis en los efectos indeseables que pueden presentarse basados en el Manual Farmacológico Vademécum (2004), las mismas luego fueron analizadas e interpretadas.

Procedimiento de la Investigación

Después de haber realizado el arqueo de las diferentes fuentes bibliográficas y documentales se procedió a la recolección de la información, mediante los siguientes pasos:

- a. Selección de los ítems para la guía de entrevista dirigida a los padres y docentes de aula de los casos en estudio.
- b. Elaboración de la guía de observación dirigida a el/la niño/niña en estudio.
- c. Validación de los instrumentos mediante el juicio de los expertos y expertas.
- d. Autorización de los representantes para la participación en la investigación a través del consentimiento informado.

- e. Revisión de las fichas de inscripción para obtener información básica de los niños y la niña.
- f. Aplicación de la guía de observación a el/la niño/niña en estudio.
- g. Aplicación de la guía de entrevista a los representantes y docente de los sujetos de estudio.

Luego de haber recabado la información, la misma fue estudiada e interpretada con el fin analizar la influencia en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños y niñas que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátrica.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DE LA UNIDAD EDUCATIVA “JOSEFA MOLINA DE DUQUE”

En este capítulo se hace la descripción de información importante sobre la institución educativa en la cual se realizó la investigación de los casos de objeto de estudio, así como su ubicación geográfica de la misma.

Reseña histórica

Para el 1º de Enero de 1.965, funcionaban en la Comunidad de San José de la Flores, tres escuelas unitarias estadales concentradas, estando al frente de ellas las preceptoras: Luisa Quintero, Ana Francisca Lobo y Alba Quintero Romero.

El 8 de Febrero del mismo año por resolución de la Dirección, Cultura y Deportes del Estado Mérida, fue graduada con el nombre de Escuela Estadal Graduada “San José de la Flores” y el 10 de febrero del mismo año por Decreto Ejecutivo de la Gobernación del Estado fue nombrado Director de la Escuela recién graduada el Ciudadano Manuel Fonseca, con la buena y decidida colaboración de la maestras y habitantes de la Comunidad en general, empezaron un trabajo en beneficio del engrandecimiento del plantel.

El 15 de Octubre de 1.965, gracias a las gestiones por el entonces Director, se cambió el nombre de la Escuela, comenzando a funcionar a partir de esa fecha, como escuela Estadal Graduada “Josefa Molina de Duque”, en honor a una educadora que dedicó su vida al servicio del magisterio con verdadera vocación.

“Josefa Molina de Duque”

Biografía

Fue una gran educadora, que con gran dedicación trabajó en beneficio de los niños. Nació en un pueblo de nuestro Estado Mérida, llamado Guaraque el 2 de mayo de 1.935. Sus padres fueron el Señor Dimas Molina y Domitila Zambrano de Molina. Cursó sus estudios de primaria en otro pueblo llamado Pregonero del Estado Táchira en la Escuela “Padre Justo Andrade” y estudió para ser maestra en la Normal, Colegio “La Presentación” de Tovar. Se destacó como docente, con gran sensibilidad humana y artística, procurando siempre dar lo mejor de sí misma. Se desempeñó con mucho amor, en distintos lugares y escuelas, en Chiguará, San Cristóbal y San Juan de los Morros. Murió accidentalmente el 23 de Agosto de 1.964, en Salto Ángel de la Llovizna en el Estado Bolívar

Ubicación

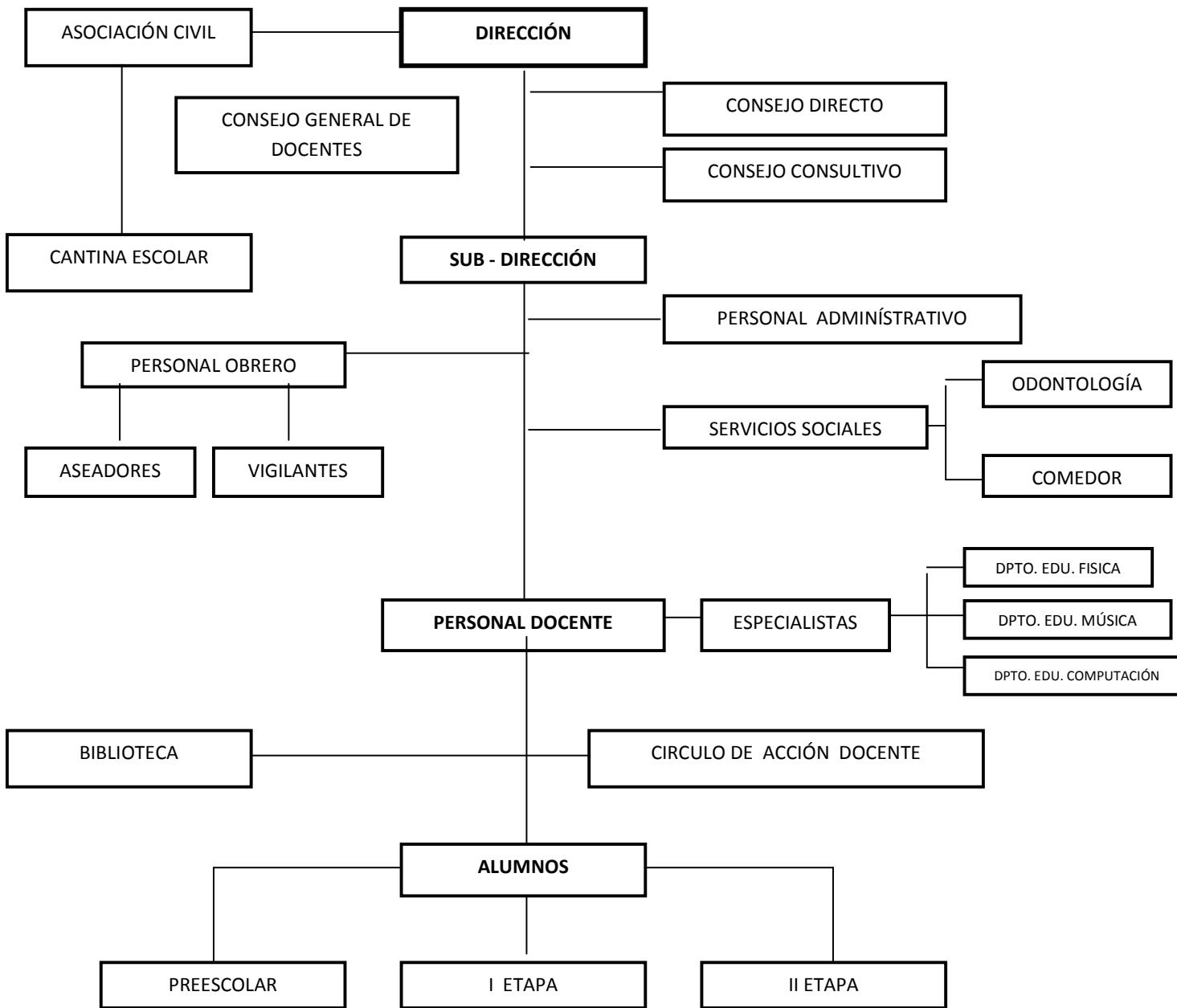
Dicha institución se encuentra ubicada en el Municipio Libertador de la ciudad de Mérida, parroquia Spinetti Dinni, Avenida las Américas detrás de las residencias “El Parque”, funciona en dos turnos mañana y tarde respectivamente, cuenta con tres

aulas de preescolar en cada uno de ellos, además allí también se imparte la educación básica.

Cada aula de preescolar está integrada por un grupo de veinticinco individuos entre niños y niñas, los cuales son atendidos por una docente y una auxiliar, además cuentan con la colaboración de diversas pasantes de instituciones como la Universidad de Los Andes, UPEL, así como también de las diferentes misiones.

Organigrama de la Unidad Educativa “Josefa Molina de Duque”

El organigrama de la institución que se presenta muestra una visión de cómo estaba organizada la misma según la jerarquía de todo el personal docente, administrativo, obrero, los/las niños/niñas de dicha institución.



Fuente: Unidad Educativa “Josefa Molina de Duque”

CAPÍTULO V

ANÁLISIS, DESARROLLO E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos diseñados para la recolección de la información aplicados a los representantes, las docentes, la niña y los niños en estudio.

A manera de preservar la identidad de los entrevistados sus nombres, apellidos y direcciones se usara un identificador de letra para cada uno de los individuos que participan en el estudio.

Los aprendizajes evaluados se realizan de la siguiente manera, cuando se observa solo una vez se considera en un rango de “en ocasiones”, por otra parte si se observan dos veces se ubican “casi siempre”, de la misma manera si se observan tres veces o más se considera que se encuentran dentro de la categoría “siempre” por el contrario si no se exponen se considera que “no se observan”.

Para el análisis de los aprendizajes evaluados; se propone un índice que permite cuantificar los aprendizajes obtenidos por el niño o la niña, dicho índice presenta una estructura matemática que asume valores comprendidos entre menos uno (-1) a uno (1).

Donde menos uno (-1) va a representar la escala más baja que expresa claramente la ausencia de los aprendizajes; por otro lado el uno (1) va a representar de manera contraria la presencia de los aprendizajes que han sido evaluados.

Cualquier valor que se encuentre dentro de estos parámetros se tomará de acuerdo a la tendencia donde se incline, es decir mayor o menor frecuencia en la que los aprendizajes han sido observados. Dichos valores poseen una connotación numérica positiva y negativa, el cual es cero coma treinta y tres respectivamente (0,33) según sea el caso.

Análisis de los Resultados del Caso niña A

El primer caso en estudio es una niña de 5 años y ocho meses de edad, perteneciente a la institución en estudio, con la característica básica de padecer epilepsia y ser tratada con oxcarbamazepina desde que tenía casi 4 años de edad, cuando presenta la primera crisis.

La niña es la segunda de dos hijos de la pareja, donde la madre es profesional universitaria y el padre bachiller, el embarazo fue deseado, controlado, el parto fue natural; físicamente la niña es de tez clara, cabello castaño oscuro, ojos café, contextura normal ni gorda ni delgada, estatura acorde con su edad, vive con el padre la madre, la hermana mayor, en una casa con todos los servicios básicos,

Esta niña no presento ninguna enfermedad importante anteriormente, solo cuadros donde le daban escalofríos, se vomitaba pero una vez que le diagnostican la epilepsia de acuerdo a los estudios realizados y comienza el tratamiento con la oxcarbamazepina los mismos desaparecen. Los medicamentos que recibió anteriormente son de uso común para resfriados, fiebre y desparasitantes

En la actualidad la niña recibe trileptal (oxcarbamazepina) al 6% en suspensión en una dosis de 5ml, para evitar que se presenten episodios de convulsiones, este medicamento es suministrado dos veces al día, ninguna de ellas en el aula; desde el momento que se inicia el tratamiento no existe la necesidad de un aumento en la dosis.

Desde que la niña es tratada con este medicamento el representante observa una serie de efectos colaterales no deseados como; los ojos rojos, somnolencia, dificultad en la visión, por otra parte también ha observado: diarrea, sed, náuseas, trastornos en la memoria, ya que se muestra olvidadiza, disminución en la concentración así como también confusión, por otra parte dolores abdominales y contracciones musculares.

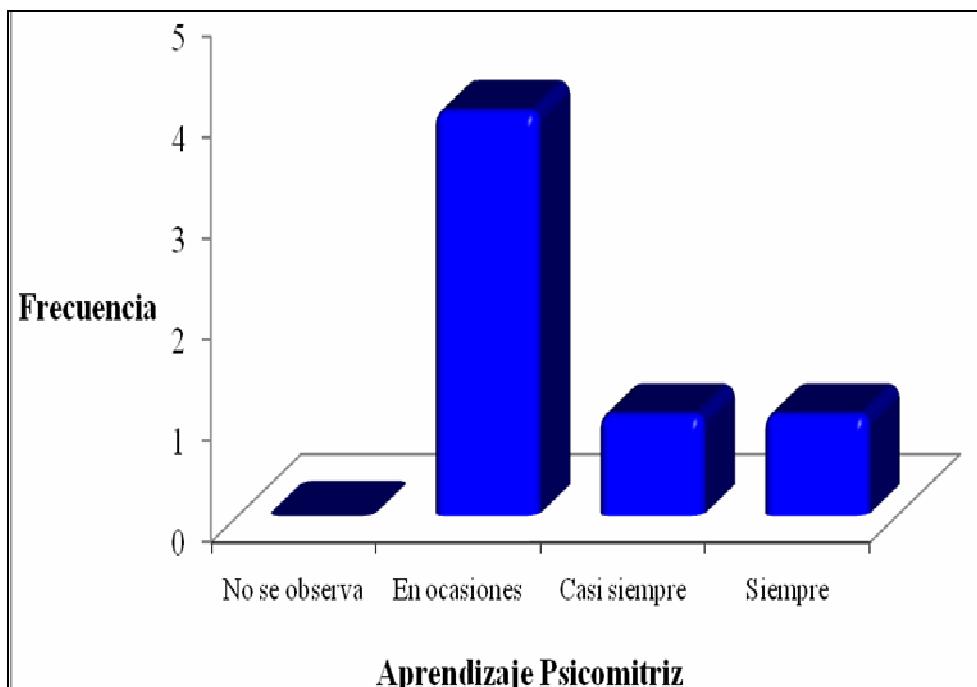
En este mismo caso pero al realizarle la guía de entrevista a la docente ella expresa que ha observado en la niña diarreas, orinas frecuentes, sed, alteraciones en el apetito, palpitaciones, fatiga, nerviosismo también ha observado trastornos en la memoria, olvidos, disminución en la concentración, crisis de llanto, al momento de realizar las actividades incoordinación motora, debilidad.

Al comparar lo expresado por el representante, así como por la docente es notorio que ambas concuerdan en gran parte de los efectos indeseables que se presentan en la niña.

Al realizar las evaluaciones de los diferentes aprendizajes en el área psicomotriz y ubicando los datos obtenidos dentro del índice propuesto anteriormente, se obtiene que la niña A se encuentra dentro de un índice igual a cero (0) donde los aprendizajes en su mayoría son observados en ocasiones, lo que muestra que no son del todo presentes o ausentes, es decir que de tres veces en los que fueron evaluados se observaron en su mayoría solo una vez, otros en menor número se observaron dos veces y de la misma manera otros estaban presentes tres de las tres veces en las que se realizó la valoración.

La siguiente gráfica muestra claramente los resultados obtenidos en este caso y de acuerdo a las evaluaciones realizadas en esta área

Índice: 0

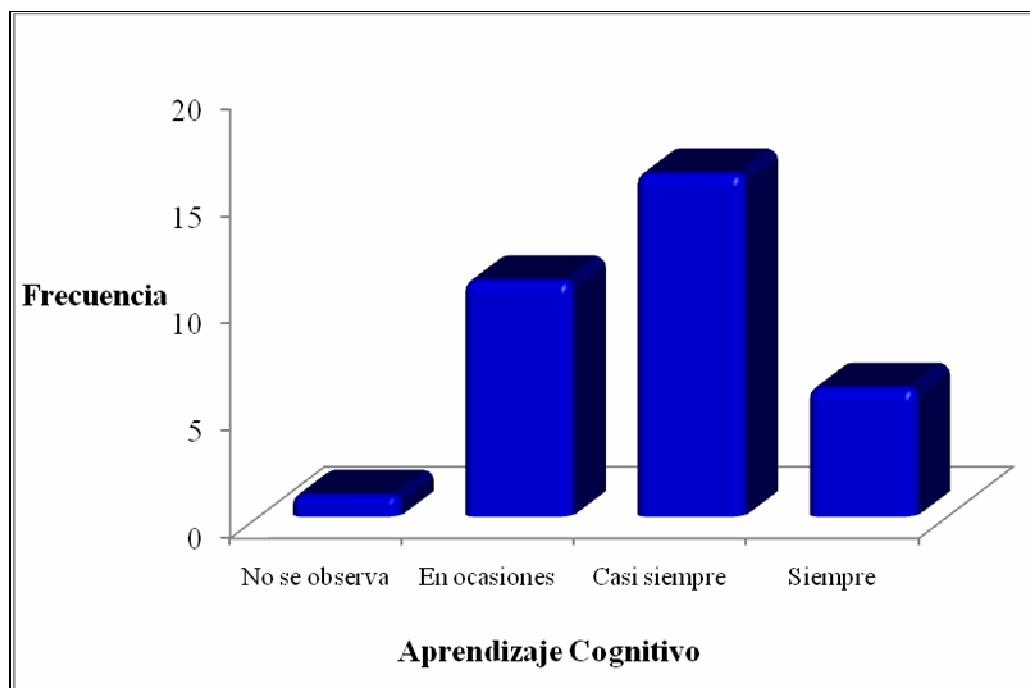


Fuente: El Autor

Por otra parte al hacer referencia al desarrollo cognitivo se obtiene como resultado un índice: 0,19608 dentro del índice propuesto, esto expresa que en este rango de aprendizajes la niña tiene una inclinación a los valores positivos, la mayoría de los aprendizajes que han sido evaluados son observados en ocasiones, casi siempre y siempre en la niña, es decir; parte de los aprendizajes evaluados son mostrados una vez de tres en las que fueron evaluados, otros a su vez se observan dos de tres, por otra parte otros están presentes tres de tres; mostrando claramente la presencia de los mismos.

En la siguiente gráfica se expresa los resultados obtenidos en este caso de acuerdo con el desarrollo cognitivo.

Índice: 0,19608



Fuente: El Autor

Análisis de los Resultados del Caso niño B

El segundo caso en estudio es un niño de 5 años y seis meses de edad, perteneciente a la misma institución en estudio, con la característica básica de padecer déficit de atención con hiperactividad y estar siendo tratado con atomoxetina desde hace seis meses.

El niño es hijo único de la pareja, ambos son profesionales universitarios, embarazo no planificado pero si controlado, nacido a través de un parto natural, físicamente es un niño de ojos miel, tez morena, contextura robusta, cabello negro, estatura acorde para su edad, que vive en una casa la cual cuenta con los servicios básicos, con sus padres y sus abuelos maternos quienes por lo general son quienes lo cuidan ya que ambos progenitores trabajan.

El niño no presentó ninguna enfermedad grave como precedente, solo gripes, fiebres y para ello son los medicamentos que recibió anteriormente. Lo que si mostraba era gran inquietud, agresividad de allí la necesidad de ser valorado por un médico y luego de los estudios necesarios es diagnosticado el trastorno déficit de atención con hiperactividad.

Luego de ello comienza el tratamiento con stratera (atomoxetina), las primeras dos semanas es una dosis de 10mg, luego es aumentada a 18mg ambos son suministrados en una proporción única al día, después de este ajuste no existe la necesidad de un aumento en la dosis.

Desde que el niño es tratado con este medicamento el representante observa una serie de efectos colaterales no deseados como; renuencia del niño a tomarlo por el mal sabor, trastornos del sueño, mayor agresividad irritabilidad sobre todo los primeros días, estreñimiento, la boca seca, nerviosismo, agitación motora sobre todo en los miembros inferiores, dolor de cabeza, alteraciones en el apetito, somnolencia, incoordinación motora, también observó dolor abdominal, olvidos, sed y orinas abundantes.

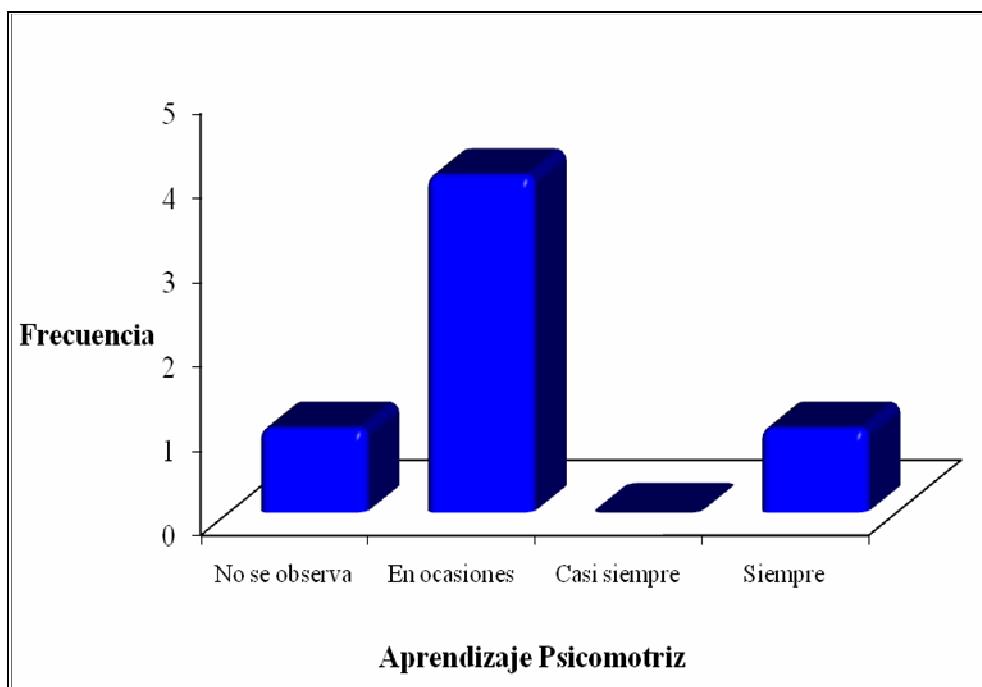
En este mismo caso pero al realizarle la guía de entrevista a la docente ella expresa que ha observado en el niño alteraciones en el apetito, sed, confusión, crisis de llanto, incoordinación motora, así como también olvidos.

Al comparar lo expresado por el representante, así como por la docente puede observarse que existe cierta consistencia en los efectos colaterales indeseables que han sido observados en el niño.

Por otra parte al llevar a cabo las diferentes evaluaciones en el área psicomotriz en el caso del niño B se obtiene como resultado un índice de -0,2222 este expresa claramente una tendencia a los valores negativos, donde los aprendizajes que han sido evaluados en esta área son observados la mayor cantidad de la veces en ocasiones, es decir, una vez de las tres ocasiones en los que fueron evaluados, otros en menor número no se observan en ningún momento y por el contrario otros los observa siempre es decir de tres veces en las que fueron evaluados se observó que en todas estaban presentes.

La siguiente gráfica muestra claramente los resultados que se obtuvieron en este caso y en esta área específicamente.

Índice: -0,2222

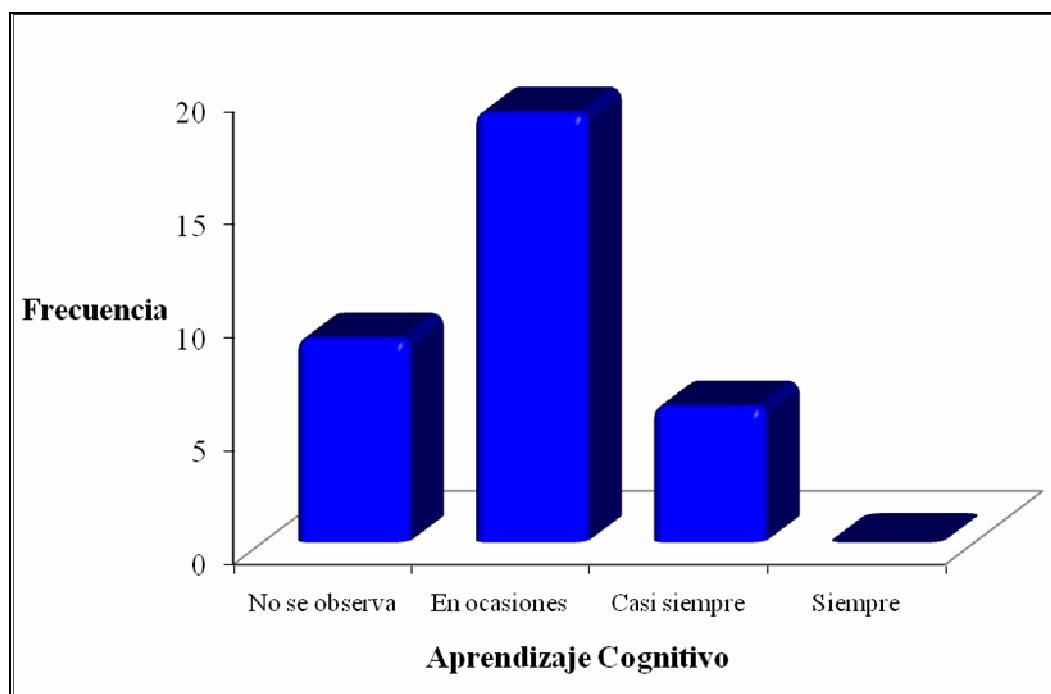


Fuente: El Autor

Al llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos en el área cognitiva y ubicar estos dentro del índice que se plantea anteriormente el resultado es de -0,3922 expresando claramente una tendencia negativa en los aprendizajes evaluados. Los mismos al momento de ser estimados estos se muestran en ocasiones, siempre y otros no son observados; es decir la gran parte de los mismos de las tres ocasiones en las que se evaluaron se observaron solo una vez; otros en menor cantidad no se presentaron en ninguna de las oportunidades y muy poco de ellos se mostraron en dos de los tres momentos en los que se llevó a cabo la evaluación.

En la siguiente gráfica se muestra claramente los resultados que se obtienen en este caso de acuerdo al área de desarrollo evaluado.

Índice: -0,3922



Fuente: El Autor

Análisis de los Resultados del Caso niño C

El tercer caso en estudio es un niño de 5 años de edad, perteneciente a la misma institución en estudio, con la característica básica de padecer autismo y estar siendo tratado con oxcarbamazepina desde los dos años y medio cuando es diagnosticado.

El niño es el menor de tres hermanos, único varón, la madre es T.S.U y el padre locutor de radio, el embarazo fue planificado y controlado, el parto fue a través de una cesárea, al hacer referencia a sus características físicas es un niño de piel clara, ojos marón, delgado, cabello negro, estatura promedio para la edad; en cuanto al ambiente familiar el niño vive con sus padres, hermanas mayores y abuela paterna, en un apartamento que posee los servicios básicos.

El niño no presenta historia médica con alguna enfermedad grave, anteriormente solo recibió medicamentos de uso común para fiebres, gripes y algunos antibióticos por infecciones leves. Una vez llevado a cabo los diferentes estudios pertinentes y dado el diagnóstico comienza el tratamiento con trileptal (oxcarbamazepina) al 6% en suspensión para evitar que llegue a convulsionar, este fármaco es administrado 2,5 ml dos veces al día ninguna de ellas en el aula.

Desde que el niño es tratado con este medicamento el representante observa una serie de efectos colaterales no deseados como; estreñimiento, nerviosismo, agitación motora, alteraciones en la sudoración, de la misma manera ha presentado molestia ante la luz, alteraciones en el apetito, también ha observado movimiento rápido de los labios, crisis de llanto, dolor abdominal y alteraciones en la motricidad.

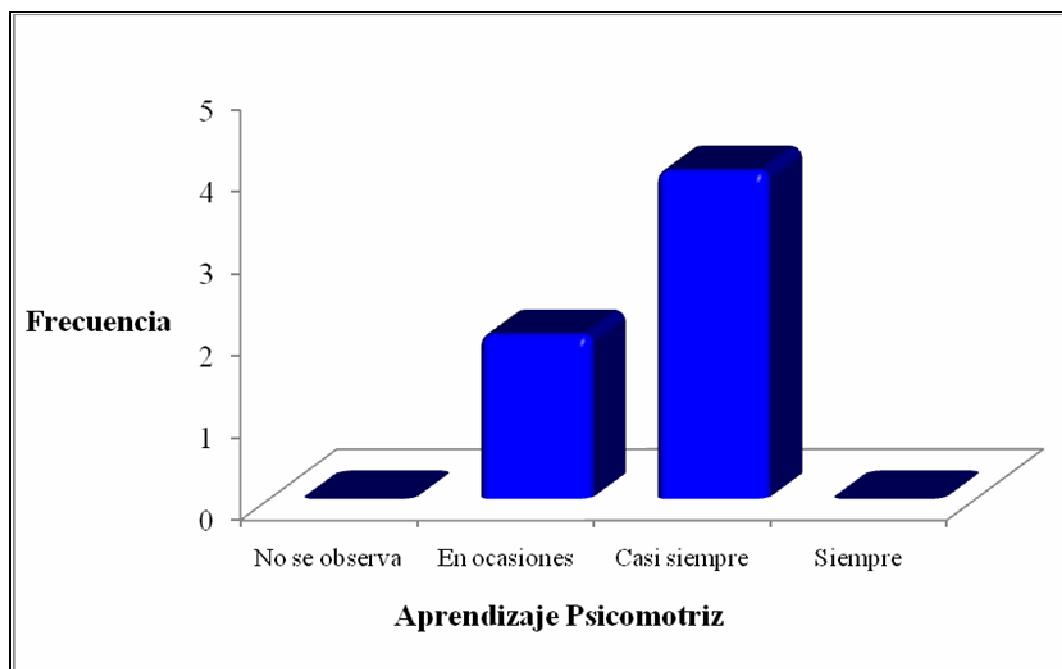
En este mismo caso pero al realizarle la guía de entrevista a la docente ella expresa que ha observado en el niño nerviosismo, agitación motora, de la misma manera manifiesta haber observado crisis de llanto y confusión, también incoordinación motora y alteraciones de la motricidad.

Al comparar lo expresado por el representante, así como por la docente puede observarse que existe cierta consistencia en gran parte de los efectos colaterales indeseables que han sido observados en el niño en el hogar y en el aula de clases.

Por otra parte al momento de llevar a cabo el análisis de los resultados de los diversos aprendizajes evaluados en el área psicomotriz y ubicar estos dentro del índice planteado se obtiene un resultado de: 0,11111 este valor se encuentra muy próximo al cero pero con leve tendencia a los valores positivos la mayor cantidad de los aprendizajes se encuentran observados en ocasiones y casi siempre. Es decir que los aprendizajes evaluados en esta área en las diversas oportunidades son observados en su mayoría una de las tres ocasiones en las que son evaluados, por su parte otros en menor cantidad, están presentes en dos de las tres veces en las que se realizó la valoración.

La siguiente gráfica muestra claramente los resultados que se obtuvieron en este caso de acuerdo a los aprendizajes evaluados en esta área.

Indice: 0,11111

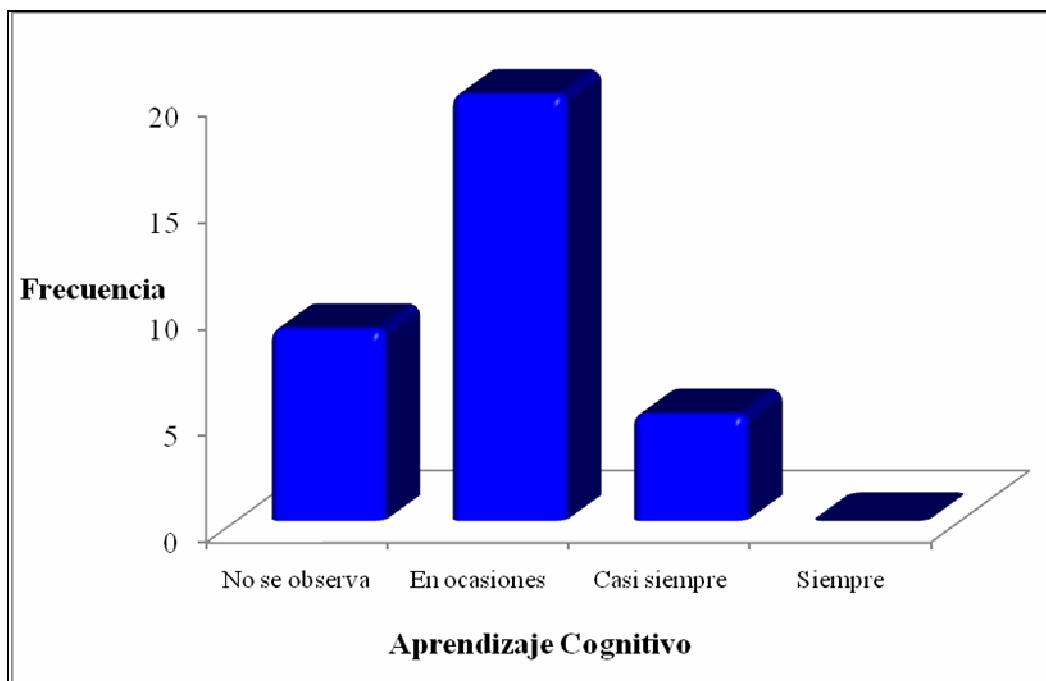


Fuente: El Autor

De igual modo al momento de realizar el análisis de los resultados obtenidos en el aprendizaje cognitivo en este caso y ubicar los mismos dentro del índice propuesto, el resultado es de: -0,4118 el mismo muestra un valor negativo ya que gran parte de los aprendizajes evaluados están dentro de un rango en ocasiones en las evaluaciones otros no son observados y otros se muestran en menor cantidad casi siempre. Es decir que los aprendizajes que fueron evaluados se aprecian en su mayoría dos de las tres veces en las que se realizó la observación, otros en menor número al momento de la evaluación se muestran en solo una ocasión de las tres en las que se llevó a cabo la misma.

La siguiente gráfica muestra lo anteriormente expuesto de acuerdo a este caso en particular y en esta área de aprendizaje.

Índice: -0,4118



Fuente: El Autor

Comparación de los Casos

Niña A= A₁; Niño B= A₂; Niño C= A₃

Por otra parte al realizar un análisis de los tres casos comparamos los aprendizajes psicomotrices, cognitivos y la suma de ambos de la niña y los dos niños, se realiza un análisis de varianzas no paramétricas para muestras relacionadas seg\xfcrea Friedman.

Sig= significancia: En estadística, un resultado se denomina **estadísticamente significativo** cuando no es probable que haya sido debido al azar. Una "diferencia estadísticamente significativa" solamente significa que hay evidencias estadísticas de que hay una diferencia; no significa que la diferencia sea grande, importante, o significativa en el sentido estricto de la palabra.

El valor mínimo aceptado es menor a 0,001

Psicomotriz.

1. Problema: establecer si existe alguna discrepancia entre los diferentes casos al referirnos al aprendizaje psicomotriz.
2. Se plantea un sistema de hipótesis:

$$H_0 = A_1 = A_2 = A_3$$

$$H_1 = A_i \neq A_j$$

3. Nivel de confianza 95% error $\alpha=0,05$
4. $X\alpha=3,36$ $\text{sig}<0,001$
5. $\text{Sig} = 0,186$

Como la significancia es mayor al valor aceptado, permite concluir que existe diferencia en el aprendizaje psicomotriz de los niños y la niña.

Cognitivo.

1. Problema: establecer si existe alguna diferencia entre los diferentes casos al referirnos al aprendizaje cognitivo
2. Se plantea un sistema de hipótesis:

$$H_0 = A_1 = A_2 = A_3$$

$$H_1 = A_i \neq A_j$$

3. Nivel de confianza 95% error $\alpha=0,05$
4. $X\alpha = 22,19$ $\text{sig} < 0,001$
5. Se obtiene como resultado que existe divergencia en algunos de los aprendizajes evaluados, así mismo no existe una diferencia significativa en los casos A_2 y A_3 mientras que el caso A_1 el aprendizaje es mayor.

A su vez al realizar un análisis comparativo de los tres casos se obtienen los siguientes resultados.

1. Problema: comparar todos los aprendizajes evaluados psicomotoras y cognitivos de manera conjunta, en los diferentes casos a fin de establecer si existe o no diferencia.
2. Se plantea un sistema de hipótesis.

$$H_0 = A_1 = A_2 = A_3$$

$$H_1 = A_i \neq A_j$$

3. Nivel de confianza= 95% error $\alpha= 0,05$

4. $X\alpha= 20,475$ $sig < 0,001$

5. Regla como $\alpha > sig$ rechazo H_0

6. Existe diferencia en los aprendizajes.

Para analizar cuál de las H es la cierta se utiliza una comparación de los aprendizajes evaluados en una prueba no paramétrica para pares de muestras relacionadas de Wilcoxon

1. Problema: establecer si existe alguna diferencia entre los aprendizajes tanto psicomotriz como cognitivo, evaluados en los tres casos

2. $H_0 = A_i = A_j$

$$H_1 = A_i \neq A_j$$

3. Nivel de confianza= 95% error $\alpha= 0,05$

4. Regla $Z_{1-2} = -3,794$ $sig < 0,001$

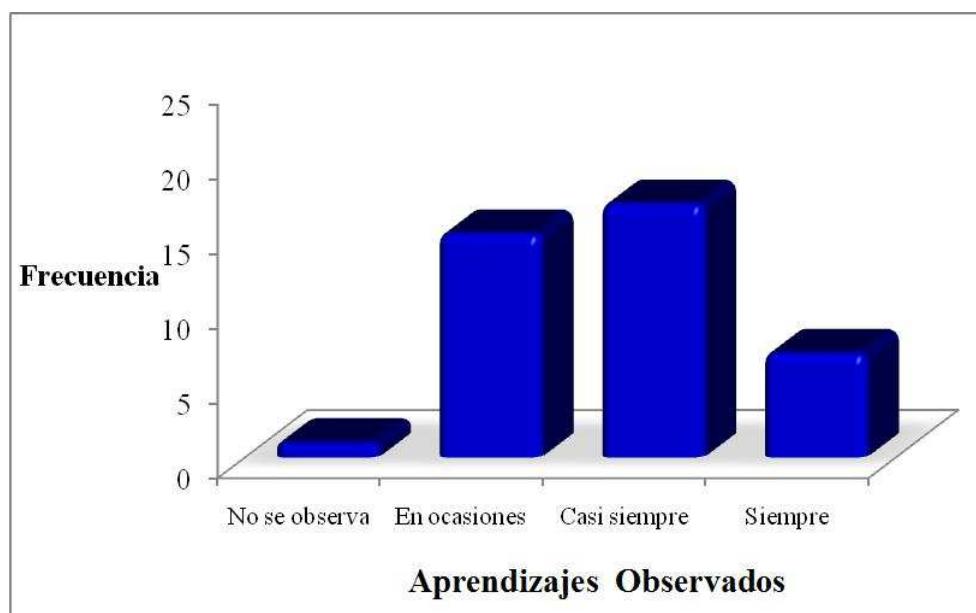
$Z_{1-3} = -3,588$ $sig < 0,001$

$Z_{2-3} = -0,289$ $sig = 0,772$

5. Resultado: $A_2 < A_3 < A_1$

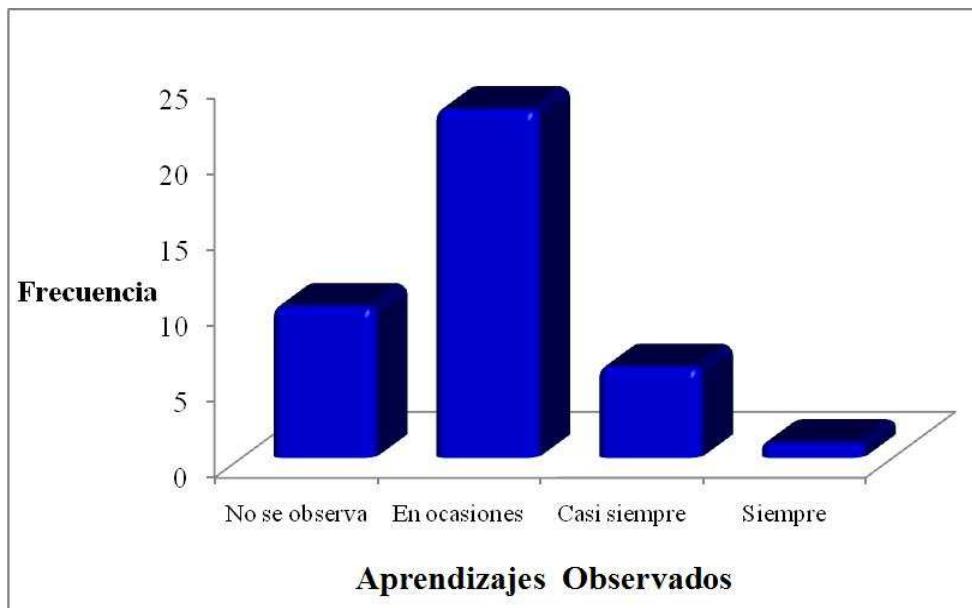
Es decir que los aprendizajes observados de los casos 2 y 3 son menores que los observados en el caso 1. Las siguientes gráficas lo muestran claramente.

Niña A índice: 0,1665



Fuente: El Autor

Niño B índice: -0,36525



Niño C índice: -0,3322



Fuente: El Autor

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Para la aparición de un trastorno psiquiátrico intervienen diversos factores, entre ellos la genética y el ambiente en que se desarrolla un niño o niña es primordial para que éste surja. Es fundamental diagnosticar y tratar de manera adecuada este tipo de trastornos ya que las secuelas pueden prolongarse en la edad adulta. En los últimos años ha aumentado el número de niños en edades preescolares que debido a diferentes causas psiquiátricas, están siendo medicados; estos menguan los síntomas que padecen, pero a su vez generan una serie de efectos colaterales no deseados.

Ya que en nuestro país se concibe la educación inicial como una etapa de atención integral al niño desde su gestación hasta cumplir los seis años o hasta el momento en el que ingrese al primer grado de educación básica, es importante que en esta etapa los y las docentes estén alertas ante cualquier señal que el niño o la niña muestre con el fin de solicitar la evaluación de un especialista.

En uno de los casos estudiados la niña A muestra efectos colaterales que han sido observados tanto en el hogar como por la docente, desde que está siendo tratada no ha presentado episodios de convulsiones, en cuanto a los aprendizajes que han sido evaluados en el área psicomotriz se ubica en un punto donde los mismos son observados en ocasiones, por otra parte en el aspecto cognitivo los aprendizajes que

han sido evaluados son observados gran parte de ellos casi siempre dentro de las diferentes actividades.

De la misma manera en el caso B dentro de su rutina diaria están presentes efectos colaterales que son observados en el hogar y dentro del aula de preescolar, aunque desde que se comienza con el tratamiento el niño muestra una mejoría al realizar las evaluaciones de los aprendizajes esperados en el área psicomotriz este muestra los mismos solo en ocasiones, de la misma manera al evaluar el área cognitiva algunos de los aprendizajes se observan en ocasiones otros por el contrario no son observados.

Al hacer referencia al caso del niño C es tratado farmacológicamente para evitar que se presenten episodios de convulsiones, lo cual no ha llegado a suceder pero si se le han presentado otra serie de efectos colaterales no deseados observados tanto por el representante como en el aula de clases. Al hablar de los aprendizajes el área psicomotriz gran parte de ítems evaluados son observados casi siempre y en ocasiones, de igual manera pero al referirnos al aspecto cognitivo se la mayoría de los aprendizajes son observados solo en ocasiones otros no se observan.

De acuerdo con los casos estudiados el caso B y C presentan un nivel psicomotriz y cognitivo por debajo de lo que se espera para su edad, gran parte de los aprendizajes que han sido evaluados solo están presentes en ocasiones, existiendo gran similitud entre ambos, por otra parte el caso A se encuentra en un nivel intermedio de acuerdo a las observaciones realizadas.

Tal como se expresa en la teoría los diversos fármacos causan efectos colaterales indeseables, al realizar la investigación queda en evidencia que en los diferentes casos se presentan gran cantidad de ellos y algunos coinciden entre sí. Así mismo los diversos trastornos psiquiátricos cada día son observados con mayor frecuencia en las diferentes aulas, de allí la importancia de conocer aspectos básicos para que de este modo se logre integrar de manera eficaz estos casos dentro del grupo de niños y niñas, lograr mayores avances en ellos ya que se conocerán las necesidades que presentan de acuerdo a su trastorno.

En el caso de la niña A se observa una mayor adaptación dentro del aula y por lo tanto mayor avance en los aprendizajes observados, por otra parte los niños de los casos B y C respectivamente no se encuentran adaptados lo que hace difícil avances en sus aprendizajes, es por ello que se hace evidente la necesidad de estrategias metodológicas especiales que contribuyan en estos casos con necesidades individuales.

Recomendaciones

Para continuar con esta línea de investigación se recomienda realizar estudios similares en otras instituciones educativas, de tal manera se pueda tener una visión más amplia de la problemática y así orientar adecuadamente a los/las docentes que presenten tales casos. De la misma manera se debe continuar este tipo de investigación debido a que cada día son más comunes estas patologías, ello podría resultar en factores intervinientes para el desarrollo integral de los niños y niñas preescolares.

De igual modo las instituciones educativas deben crear metodologías que involucren a los padres, madres y representantes en el desarrollo integral de sus hijos e hijas, de tal manera que se reconozcan los puntos débiles que influyan en dicho desarrollo, para ello se pueden emplear talleres de orientación, escuela para padres, convivencias o compartir, entre otros

El desarrollo psicomotriz y cognitivo de los niños y las niñas preescolares son aspectos fundamentales para su desarrollo integral que debe ser estimulado no sólo por las y los docentes sino también por sus padres y madres

A continuación se presentan algunas orientaciones que involucran a los y las docentes, padres y madres en beneficio de los niños y las niñas y su desarrollo integral.

El o la docente debe reconocer los casos en el aula de los niños y las niñas que padecen un trastorno psiquiátrico.

Estudiar la ficha de inscripción pues es indispensable que la o el docente indague detalladamente sobre los niños y las niñas para realizar un diagnóstico de los mismos y de esta manera buscar las herramientas y/o estrategias idóneas que ayuden a la integración de ellos y ellas en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Si la docente o el docente ha detectado casos de este tipo debe entrevistarse con el representante, parent o madre del infante con el fin de tener una visión más amplia

sobre el trastorno que padece el niño o la niña, tratamiento que recibe, posibles efectos colaterales.

El o la docente debe reconocer los diferentes tipos de trastornos, las posibles alteraciones que se producen en un niño o niña con estas características.

La o el docente debe tener presente los posibles efectos colaterales que se producen por cumplir las diferentes prescripciones médicas de acuerdo con los diversos trastornos.

El docente o la docente debe observar minuciosamente al niño o la niña, con el fin de detectar si existen alguna deficiencia o retraso en el desarrollo psicomotriz o cognitivo a causa de la terapia farmacológica que recibe.

El docente o la docente debe involucrar especialistas como psicólogos/psicólogas, sociólogos/sociólogas, pedagogos/pedagogas, entre otros/otras, en aquellos casos que se consideren necesarios por su complejidad tanto para los niños y las niñas como para los padres y las madres de los mismos.

Es recomendable que siempre exista un trabajo en equipo entre los docentes, padres y madres para que conjuntamente realicen actividades que fomenten el desarrollo integral de los niños y las niñas preescolares.

BIBLIOGRAFÍA.

American Psychological Association, (APA, siglas en inglés, 2004). Autism. Documento en línea disponible en: <http://www.apa.org/topics/autism/index.aspx>. Consulta: 15-08-10.

Arias, Fidias G. (2006). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta Edición. Caracas: Episteme.

Biopsicología (2010). Trastorno Autista. Documento en línea disponible en: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.1.5.1.-trastorno-autista.html>. Consulta: 15-08-10.

Camfield, P. y Camfield, C. (2009). “Epilepsia infantil: ¿cuándo empezar y cuándo interrumpir los medicamentos antiepilépticos?”. Documento en línea disponible en: http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101n8epilepsia_p34-39/Pediatria.htm Consulta: 15-08-10.

Cerda, H. (1991). Los elementos de la investigación. Santa Fe de Bogotá: El Búho

Chueca, Ubaldo. (2010). Psicología. Ed. Salesiana, Lima (Perú). Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Comportamiento-Humano/3528.html>. Consulta: 15-08-10.

Comités de Bioética, Instituto Venezolano de Investigación Científicas. (2002). Disponible: http://www.ula.ve/cdcht/cdcht/pdf/comite_etica/comites_bioetica_ivic.pdf Consulta: 07-06-08

Conn y Gebhart (1991) Principios de Farmacología. 1era. Edición. D.F., México

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, CRBV. (2000, 24 de Marzo) Gaceta oficial de la República No. 5.453 [Extraordinaria]versión digital recuperada el 16 de junio de 2008, de <http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/059.pdf>

Definicionabc, (2009). Hiperactividad. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/hiperactividad.php>. Consulta: 23-10-09

Fonseca, V. (2006). Psicomotricidad. Paradigmas del Estudio del Cuerpo y de la Motricidad Humana. Sevilla. Editorial Trillas. España.

International League Against Epilepsy. (2009). “[Glossary of descriptive terminology for ictal semiology](http://www.ilae-epilepsy.org/visitors/centre/ctf/over_frame.html)” (en inglés). Disponible en: http://www.ilae-epilepsy.org/visitors/centre/ctf/over_frame.html. Consulta: 23-07-09

Kuschinsky G. y Lüllmann H. (1967) Manual de farmacología. 3era. edición. Barcelona, España. Editorial Marín.

Lama, Susana. (2010). Psicomotricidad y Aprendizaje. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1793>. Consulta: 11-07-10.

Lemos, S., (2003), “La Psicopatología De La Infancia Y La Adolescencia: Consideraciones Básicas Para Su Estudio”. Papeles del Psicólogo, mayo-agosto, año/vol. 24, número 085 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos,

España Madrid. pp. 19-28. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/778/77808503/index.htm>

Mardomingo, M. J. (2002) Uno de cada cuatro niños españoles presenta algún trastorno psiquiátrico. Revista electrónica bimensual. Disponible:
http://www.disabilityworld.org/06-08_02/spanish/ninos/spain.shtml. Consulta: 13-06-2008

Méndez, C. (2001) .Metodología. 2da. Edición. Colombia. Mc Graw Hill

Ministerio del Poder Popular para la Educación, Currículo de Educación Inicial 2005. Caracas, Venezuela.

Monge, C. (2010). Psicomotricidad en Edad Preescolar. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Psicomotricidad-En-Edad-Preescolar/1072028.html>. Consulta: 11-07-10.

Montero V., Ma. Teresa. (2010). La Importancia de la Psicomotricidad en la Educación Primaria. Disponible en: <http://doces.es/uploads/articulos/la-importancia-de-la-psicomotricidad-en-la-educacion-primaria.pdf>. Consulta: 11-07-10.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Comité de Evaluación Ética de la Investigación. Disponible: http://www.ula.ve/cdcht/cdcht/pdf/comite_etica/ConsentimientoOMS.pdf?mod=manual.php .Consulta: 07-06-09

Portalpsicológico, 2009. Trastorno Autista.
<http://www.portalpsicologico.org/trastornos-d-inicio-infancia-ninez-o-adolescencia/trastorno-autista-autismo.html>. Consulta: 23-08-09.

Psicopedagogia, (2010). Hiperactividad. Disponible en:
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/hiperactividad>. Consulta: 15-08-10.

Rice, Philip (1997). Desarrollo humano: Estudio del Ciclo Vital. 2a. ed. Prentice Hall. México.

Salazar, Peralta y Pastor, (2004). Tratado de Farmacología. Base y Aplicación Clínica. Editorial Médica Panamericana. España.

Sisbib.unmsm, (2010). Psicofarmacología. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADA/cap-28.htm. Consulta: 11-07-10.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL. (1998) Manual de trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales. 2da ed. Caracas, Venezuela

Vademécum (2004) Índice Terapéutico de Consulta. Vademécum Farmacológico Venezolano. Edición 2004. Edinter Corp. S.A.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto colaborar en la investigación titulada: consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años.

El objetivo del estudio es: Determinar las consecuencias en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, para la formulación de recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares, en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se me ha informado que mi participación consistirá en suministrar algunos datos inherentes al tema por medio de una entrevista.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará ni a mí, ni a mi representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma del Representante

Firma del Investigador Responsable

ANEXO B

GUÍA DE OBSERVACIÓN	No se observa	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (espacio y formas geométricas)				
Describe los atributos, propiedades y uso de algunas figuras y cuerpos geométricos tales como rectángulo, triángulo, cilindro, cubo y esfera presentes en el entorno.				
Compara objetos concretos del entorno, figuras y cuerpos geométricos utilizando las relaciones espaciales “más grande que” “más pequeño que” “más corto que” “más grueso que” “más delgado que” “más alto que” “más bajo que” “más pesado que” “más liviano que” “menos que”.				
Aplica criterios para agrupar y ordenar objetos considerando sus atributos: forma, color, tamaño, grosor, cantidad y secuencia temporal.				
Representa objetos, personas y lugares de distintas maneras, utilizando figuras y/o cuerpos geométricos en dibujos construcciones, otros.				
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitud)				
Emplea términos temporales para comunicar experiencias cotidianas: ayer, hoy, temprano, tarde, en la mañana, en la noche.				
Planea y lleva a la práctica actividades con un orden temporal.				
Reconoce que los relojes y calendarios se utilizan para medir el paso del tiempo.				
Coordina movimientos corporales, relacionándolos con la velocidad y duración del tiempo: (más rápido, lento, mucho tiempo).				

Agrupa objetos para resolver situaciones del a vida diaria, utilizando diferentes procedimientos agregar, repartir, quitar, reunir y partir.				
Utiliza algunas partes del cuerpo y algunos instrumentos convencionales de medición para cuantificar y establecer relaciones entre longitud, capacidad, peso.				
Resuelve problemas simples de la vida cotidiana: comparando, relacionando, anticipando, cuantificando.				
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (serie numérica)				
Cuenta designando cantidades en un grupo de objetos o personas.				
Establece relaciones numéricas entre grupos de objetos y personas para resolver problemas de su vida diaria.				
Reconoce el símbolo grafico del número y su uso en el contexto social.				
Realiza operaciones de adición y sustracción sencillas, modificando colecciones de objetos (agregar, quitar).				
Registra información numérica en objetos del entorno social, utilizando la escritura convencional o representación grafica (palitos, cruces, peloticas, números).				
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje oral				
Valora el lenguaje como medio para establecer relaciones con los demás.				
Domina el tono de voz atendiendo a la distancia que los separa del oyente.				
Pronuncia correctamente oraciones simples y complejas, utilizando los tiempo pasado, presente y futuro.				
Realiza correctamente preguntas utilizando el vocabulario básico y la expresión oral.				

Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje escrito (lectura y escritura)				
Valora el lenguaje escrito como medio de disfrute y como instrumento para transmitir información, comunicar deseos y emociones.				
Reconoce su nombre, el de compañeros y familiares cercanos en un contexto.				
Anticipa lectura a través de imágenes en cualquier texto de uso cotidiano.				
Copia en forma libre, tomando como modelo escrituras impresas en el ambiente que lo/la rodea.				
Relaciona sus experiencias con lo escuchado y lo leído en textos que le son familiares.				
Aprecia sus producciones escritas y las de sus compañeros (as).				
Lee y escribe de forma convencional o no convencional diferentes géneros literarios, mensajes, palabras o textos significativos para el/ella.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión plástica				
Se expresa creativamente con pinturas, actividades gráfico plásticas como el dibujo, pintura, modelado entre otros.				
Representa gráficamente elementos del paisaje geográfico de su preferencia.				
Combina diferentes técnicas de expresión artística.				
Incorpora líneas, formas, colores, texturas, grosores y otros a sus producciones bidimensionales y tridimensionales.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión corporal				
Usa su cuerpo como medio de comunicación.				
Identifica diversos movimientos corporales.				
Coordina movimientos corporales al compás de la música, rimas e instrumentos musicales.				

Emplea gestos para representar corporalmente estados de ánimo, personas reales, imaginarias, señales.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión musical				
Reproduce ritmos con el cuerpo, objetos e instrumentos musicales Toca instrumentos musicales sencillos.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Imitar juegos y roles.				
Sitúa sus representaciones dentro de un contexto familiar, social.				
Improvisa dramatizaciones identificando un comienzo, un desarrollo y un cierre de ideas.				
Inventa juegos y dramatizaciones donde se distinguen los diferentes roles.				
Imita roles de los adultos, identificándose con el mismo(a) y la pauta social de su grupo.				

Tomado del Currículo de Educación Inicial, 2005

ANEXO C

GUÍA DE OBSERVACIÓN	No se observa	En ocasiones	Casi siempre	Siempre	Tipo de aprendizaje
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (espacio y formas geométricas)					
Describe los atributos, propiedades y uso de algunas figuras y cuerpos geométricos tales como rectángulo, triángulo, cilindro, cubo y esfera presentes en el entorno.					Cognitivo
Compara objetos concretos del entorno, figuras y cuerpos geométricos utilizando las relaciones espaciales “más grande que” “más pequeño que” “más corto que” “más grueso que” “más delgado que” “más alto que” “más bajo que” “más pesado que” “más liviano que” “menos que”.					Cognitivo
Aplica criterios para agrupar y ordenar objetos considerando sus atributos: forma, color, tamaño, grosor, cantidad y secuencia temporal.					Cognitivo
Representa objetos, personas y lugares de distintas maneras, utilizando figuras y/o cuerpos geométricos en dibujos construcciones, otros.					Cognitivo
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitud)					
Emplea términos temporales para comunicar experiencias cotidianas: ayer, hoy, temprano, tarde, en la mañana, en la noche.					Cognitivo
Planea y lleva a la práctica actividades con un orden temporal.					Cognitivo
Reconoce que los relojes y calendarios se utilizan para medir el paso del tiempo.					Cognitivo

Coordina movimientos corporales, relacionándolos con la velocidad y duración del tiempo: (más rápido, lento, mucho tiempo).					Psicomotriz
Agrupa objetos para resolver situaciones del a vida diaria, utilizando diferentes procedimientos agregar, repartir, quitar, reunir y partir.					Cognitivo
Utiliza algunas partes del cuerpo y algunos instrumentos convencionales de medición para cuantificar y establecer relaciones entre longitud, capacidad, peso.					Psicomotriz
Resuelve problemas simples de la vida cotidiana: comparando, relacionando, anticipando, cuantificando.					Cognitivo
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (serie numérica)					
Cuenta designando cantidades en un grupo de objetos o personas.					Cognitivo
Establece relaciones numéricas entre grupos de objetos y personas para resolver problemas de su vida diaria.					Cognitivo
Reconoce el símbolo grafico del número y su uso en el contexto social.					Cognitivo
Realiza operaciones de adición y sustracción sencillas, modificando colecciones de objetos (agregar, quitar).					Cognitivo
Registra información numérica en objetos del entorno social, utilizando la escritura convencional o representación grafica (palitos, cruces, peloticas, números).					Cognitivo
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje oral					
Valora el lenguaje como medio para establecer relaciones con los demás.					Cognitivo
Domina el tono de voz atendiendo a la distancia que los separa del oyente.					Cognitivo

Pronuncia correctamente oraciones simples y complejas, utilizando los tiempo pasado, presente y futuro.					Cognitivo
Realiza correctamente preguntas utilizando el vocabulario básico y la expresión oral.					Cognitivo
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje escrito (lectura y escritura)					
Valora el lenguaje escrito como medio de disfrute y como instrumento para transmitir información, comunicar deseos y emociones.					Cognitivo
Reconoce su nombre, el de compañeros y familiares cercanos en un contexto.					Cognitivo
Anticipa lectura a través de imágenes en cualquier texto de uso cotidiano.					Cognitivo
Copia en forma libre, tomando como modelo escrituras impresas en el ambiente que lo/la rodea.					Cognitivo
Relaciona sus experiencias con lo escuchado y lo leído en textos que le son familiares.					Cognitivo
Aprecia sus producciones escritas y las de sus compañeros (as).					Cognitivo
Lee y escribe de forma convencional o no convencional diferentes géneros literarios, mensajes, palabras o textos significativos para el/ella.					Cognitivo
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión plástica					
Se expresa creativamente con pinturas, actividades gráfico plásticas como el dibujo, pintura, modelado entre otros.					Cognitivo
Representa gráficamente elementos del paisaje geográfico de su preferencia.					Cognitivo
Combina diferentes técnicas de expresión artística.					Cognitivo

Incorpora líneas, formas, colores, texturas, grosores y otros a sus producciones bidimensionales y tridimensionales.					Cognitivo
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión corporal					
Usa su cuerpo como medio de comunicación.					Psicomotriz
Identifica diversos movimientos corporales.					Psicomotriz
Coordina movimientos corporales al compás de la música, rimas e instrumentos musicales.					Psicomotriz
Emplea gestos para representar corporalmente estados de ánimo, personas reales, imaginarias, señales.					Cognitivo
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión musical					
Reproduce ritmos con el cuerpo, objetos e instrumentos musicales					Psicomotriz
Toca instrumentos musicales sencillos.					
Área: Comunicación y representación. Componente: Imitar juegos y roles.					
Sitúa sus representaciones dentro de un contexto familiar, social.					Cognitivo
Improvisa dramatizaciones identificando un comienzo, un desarrollo y un cierre de ideas.					Cognitivo
Inventa juegos y dramatizaciones donde se distinguen los diferentes roles.					Cognitivo
Imita roles de los adultos, identificándose con el mismo(a) y la pauta social de su grupo.					Cognitivo

Tomado del Currículo de Educación Inicial, 2005

ANEXO D

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida, edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION **PARA PADRES Y DOCENTES**

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña?

2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No

3. ¿Para qué? _____

4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No

Ocasionalmente

5. ¿Cuáles medicamentos cumple? _____

6. ¿Para qué? _____

7. ¿Qué dosis recibe al día? _____

8. ¿Desde cuándo lo toma? _____

9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4

10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? _____

11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente

12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto

colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la

manera de suministrarlos. ¿Cuáles? _____

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	
2.	Diarrea	
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	
8.	Fatiga	
9.	Tremor	
10.	Rigidez	
11.	Nerviosismo	
12.	Agitación motora	
13.	Dolor de cabeza	
14.	Trastornos del sueño	
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	
19.	Confusión mental	
20.	Molestia ante la luz	
21.	Trastornos de la memoria	

22.	Movimiento rápido de labios	
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	
25.	Somnolencia	
26.	Disminución en la capacidad de concentración	
27.	Confusión	
28.	Crisis de llanto	
29.	Incoordinación motora	
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	
36.	Dolor abdominal	
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	
45.	Orinas frecuentes	
46.	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Mérida 18/Octubre/2010

Por medio de la presente acepto colaborar en la investigación titulada: consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años.

El objetivo del estudio es: Determinar las consecuencias en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, para la formulación de recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares, en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se me ha informado que mi participación consistirá en suministrar algunos datos inherentes al tema por medio de una entrevista.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará ni a mí, ni a mi representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma del Representante

Firma del Investigador Responsable

GUÍA DE OBSERVACIÓN	No se observa	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (espacio y formas geométricas)				
Describe los atributos, propiedades y uso de algunas figuras y cuerpos geométricos tales como rectángulo, triángulo, cilindro, cubo y esfera presentes en el entorno.			X	
Compara objetos concretos del entorno, figuras y cuerpos geométricos utilizando las relaciones espaciales “más grande que” “más pequeño que” “más corto que” “más grueso que” “más delgado que” “más alto que” “más bajo que” “más pesado que” “más liviano que” “menos que”.				X
Aplica criterios para agrupar y ordenar objetos considerando sus atributos: forma, color, tamaño, grosor, cantidad y secuencia temporal.				X
Representa objetos, personas y lugares de distintas maneras, utilizando figuras y/o cuerpos geométricos en dibujos construcciones, otros.			X	
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitud)				
Emplea términos temporales para comunicar experiencias cotidianas: ayer, hoy, temprano, tarde, en la mañana, en la noche.		X		
Planea y lleva a la práctica actividades con un orden temporal.		X		
Reconoce que los relojes y calendarios se utilizan para medir el paso del tiempo.				X
Coordina movimientos corporales, relacionándolos con la velocidad y duración del tiempo: (más rápido, lento, mucho tiempo).		X		

Agrupa objetos para resolver situaciones del a vida diaria, utilizando diferentes procedimientos agregar, repartir, quitar, reunir y partir.		X		
Utiliza algunas partes del cuerpo y algunos instrumentos convencionales de medición para cuantificar y establecer relaciones entre longitud, capacidad, peso.		X		
Resuelve problemas simples de la vida cotidiana: comparando, relacionando, anticipando, cuantificando.			X	
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (serie numérica)				
Cuenta designando cantidades en un grupo de objetos o personas.			X	
Establece relaciones numéricas entre grupos de objetos y personas para resolver problemas de su vida diaria.			X	
Reconoce el símbolo grafico del número y su uso en el contexto social.				X
Realiza operaciones de adición y sustracción sencillas, modificando colecciones de objetos (agregar, quitar).		X		
Registra información numérica en objetos del entorno social, utilizando la escritura convencional o representación grafica (palitos, cruces, peloticas, números).			X	
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje oral				
Valora el lenguaje como medio para establecer relaciones con los demás.			X	
Domina el tono de voz atendiendo a la distancia que los separa del oyente.		X		
Pronuncia correctamente oraciones simples y complejas, utilizando los tiempo pasado, presente y futuro.		X		
Realiza correctamente preguntas utilizando el vocabulario básico y la expresión oral.		X		

Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje escrito (lectura y escritura)				
Valora el lenguaje escrito como medio de disfrute y como instrumento para transmitir información, comunicar deseos y emociones.		X		
Reconoce su nombre, el de compañeros y familiares cercanos en un contexto.			X	
Anticipa lectura a través de imágenes en cualquier texto de uso cotidiano.			X	
Copia en forma libre, tomando como modelo escrituras impresas en el ambiente que lo/la rodea.			X	
Relaciona sus experiencias con lo escuchado y lo leído en textos que le son familiares.				X
Aprecia sus producciones escritas y las de sus compañeros (as).			X	
Lee y escribe de forma convencional o no convencional diferentes géneros literarios, mensajes, palabras o textos significativos para el/ella.			X	
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión plástica				
Se expresa creativamente con pinturas, actividades gráfico plásticas como el dibujo, pintura, modelado entre otros.		X		
Representa gráficamente elementos del paisaje geográfico de su preferencia.			X	
Combina diferentes técnicas de expresión artística.			X	
Incorpora líneas, formas, colores, texturas, grosores y otros a sus producciones bidimensionales y tridimensionales.	X			
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión corporal				
Usa su cuerpo como medio de comunicación				X
Identifica diversos movimientos corporales.			X	
Coordina movimientos corporales al compás de la música, rimas e instrumentos musicales.		X		

Emplea gestos para representar corporalmente estados de ánimo, personas reales, imaginarias, señales.		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión musical				
Reproduce ritmos con el cuerpo, objetos e instrumentos musicales		X		
Toca instrumentos musicales sencillos.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Imitar juegos y roles.				
Sitúa sus representaciones dentro de un contexto familiar, social.				X
Improvisa dramatizaciones identificando un comienzo, un desarrollo y un cierre de ideas.			X	
Inventa juegos y dramatizaciones donde se distinguen los diferentes roles.		X		
Imita roles de los adultos, identificándose con el mismo(a) y la pauta social de su grupo.			X	

Tomado del Currículo de Educación Inicial, 2005

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña? Episodios como escalofríos, donde vomitaba. Después de descubrir la epilepsia y comenzar el tratamiento desaparecen.
2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No
3. ¿Para qué? Desparasitantes, resfriados, fiebre.
4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No
 Ocasionalmente
5. ¿Cuáles medicamentos cumple? Trileptal al 6%
6. ¿Para qué? Para las convulsiones.
7. ¿Qué dosis recibe al día? 5 ml.
8. ¿Desde cuándo lo toma? Mayo 2008 cuando tenía casi 4 años.
9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4
10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? No.
11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente
12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la manera de suministrarlos. ¿Cuáles? Dormida, ojos rojos.

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1	Estreñimiento	
2	Diarrea	X
3	Dificultad y/o trastornos de la visión	X
4	Boca seca	X
5	Alteraciones en la tensión arterial	
6	Retención de orina	
7	Palpitaciones	
8	Fatiga	
9	Tremor	
10	Rigidez	
11	Nerviosismo	
12	Agitación motora	
13	Dolor de cabeza	
14	Trastornos del sueño	
15	Náuseas	X
16	Vomito	
17	Vértigo-Mareos	
18	Disminución o aumento de la sudoración	
19	Confusión mental	
20	Molestia ante la luz	
21	Trastornos de la memoria	X

22	Movimiento rápido de labios	
23	Movimientos en la cara	
24	Alteraciones del apetito	
25	Somnolencia	X
26	Disminución en la capacidad de concentración	X
27	Confusión	X
28	Crisis de llanto	
29	Incoordinación motora	
30	Reacciones cutáneas alérgicas	
31	Tristeza	
32	Apatía	
33	Caída del cabello	
34	Dificultad respiratoria	
35	Olvidos	X
36	Dolor abdominal	X
37	Debilidad	
38	Alteración de los movimientos oculares	
39	Alteraciones de la motricidad	
40	Sedación	
41	Convulsiones	
42	Aumento de peso	
43	Contracciones musculares	X
44	Sed	X
45	Orinas frecuentes	
46	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada al representante)

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa
Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña?

2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No

3. ¿Para qué? _____

4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No

Ocasionalmente

5. ¿Cuáles medicamentos cumple? _____

6. ¿Para qué? _____

7. ¿Qué dosis recibe al día? _____

8. ¿Desde cuándo lo toma? _____

9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4

10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? _____

11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente

12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto

colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la

manera de suministrarlos. ¿Cuáles? _____

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	
2.	Diarrea	X
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	X
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	X
8.	Fatiga	X
9.	Tremor	
10.	Rigidez	
11.	Nerviosismo	X
12.	Agitación motora	
13.	Dolor de cabeza	
14.	Trastornos del sueño	X
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	
19.	Confusión mental	
20.	Molestia ante la luz	
21.	Trastornos de la memoria	X

22.	Movimiento rápido de labios	
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	X
25.	Somnolencia	
26.	Disminución en la capacidad de concentración	X
27.	Confusión	
28.	Crisis de llanto	X
29.	Incoordinación motora	X
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	X
36.	Dolor abdominal	X
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	X
45.	Orinas frecuentes	X
46.	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada a la docente)

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Márida 14/octubre/2010

Por medio de la presente acepto colaborar en la investigación titulada: consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años.

El objetivo del estudio es: Determinar las consecuencias en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, para la formulación de recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares, en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se me ha informado que mi participación consistirá en suministrar algunos datos inherentes al tema por medio de una entrevista.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará ni a mí, ni a mi representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.


4698594
Firma del Representante


16664170
Firma del Investigador Responsable

GUÍA DE OBSERVACIÓN	No se observa	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (espacio y formas geométricas)				
Describe los atributos, propiedades y uso de algunas figuras y cuerpos geométricos tales como rectángulo, triángulo, cilindro, cubo y esfera presentes en el entorno.		X		
Compara objetos concretos del entorno, figuras y cuerpos geométricos utilizando las relaciones espaciales “más grande que” “más pequeño que” “más corto que” “más grueso que” “más delgado que” “más alto que” “más bajo que” “más pesado que” “más liviano que” “menos que”.		X		
Aplica criterios para agrupar y ordenar objetos considerando sus atributos: forma, color, tamaño, grosor, cantidad y secuencia temporal.			X	
Representa objetos, personas y lugares de distintas maneras, utilizando figuras y/o cuerpos geométricos en dibujos construcciones, otros.			X	
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitud)				
Emplea términos temporales para comunicar experiencias cotidianas: ayer, hoy, temprano, tarde, en la mañana, en la noche.		X		
Planea y lleva a la práctica actividades con un orden temporal.	X			
Reconoce que los relojes y calendarios se utilizan para medir el paso del tiempo.		X		
Coordina movimientos corporales, relacionándolos con la velocidad y duración del tiempo: (más rápido, lento, mucho tiempo).				X

Agrupa objetos para resolver situaciones del a vida diaria, utilizando diferentes procedimientos agregar, repartir, quitar, reunir y partir.		X		
Utiliza algunas partes del cuerpo y algunos instrumentos convencionales de medición para cuantificar y establecer relaciones entre longitud, capacidad, peso.	X			
Resuelve problemas simples de la vida cotidiana: comparando, relacionando, anticipando, cuantificando.		X		
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (serie numérica)				
Cuenta designando cantidades en un grupo de objetos o personas.		X		
Establece relaciones numéricas entre grupos de objetos y personas para resolver problemas de su vida diaria.		X		
Reconoce el símbolo grafico del número y su uso en el contexto social.		X		
Realiza operaciones de adición y sustracción sencillas, modificando colecciones de objetos (agregar, quitar).	X			
Registra información numérica en objetos del entorno social, utilizando la escritura convencional o representación grafica (palitos, cruces, peloticas, números).	X			
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje oral				
Valora el lenguaje como medio para establecer relaciones con los demás.	X			
Domina el tono de voz atendiendo a la distancia que los separa del oyente.	X			
Pronuncia correctamente oraciones simples y complejas, utilizando los tiempo pasado, presente y futuro.		X		
Realiza correctamente preguntas utilizando el vocabulario básico y la expresión oral.		X		

Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje escrito (lectura y escritura)				
Valora el lenguaje escrito como medio de disfrute y como instrumento para transmitir información, comunicar deseos y emociones.		X		
Reconoce su nombre, el de compañeros y familiares cercanos en un contexto.		X		
Anticipa lectura a través de imágenes en cualquier texto de uso cotidiano.		X		
Copia en forma libre, tomando como modelo escrituras impresas en el ambiente que lo/la rodea.	X			
Relaciona sus experiencias con lo escuchado y lo leído en textos que le son familiares.		X		
Aprecia sus producciones escritas y las de sus compañeros (as).			X	
Lee y escribe de forma convencional o no convencional diferentes géneros literarios, mensajes, palabras o textos significativos para el/ella.	X			
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión plástica				
Se expresa creativamente con pinturas, actividades gráfico plásticas como el dibujo, pintura, modelado entre otros.			X	
Representa gráficamente elementos del paisaje geográfico de su preferencia.		X		
Combina diferentes técnicas de expresión artística.		X		
Incorpora líneas, formas, colores, texturas, grosores y otros a sus producciones bidimensionales y tridimensionales.		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión corporal				
Usa su cuerpo como medio de comunicación.		X		
Identifica diversos movimientos corporales.		X		
Coordina movimientos corporales al compás de la música, rimas e instrumentos musicales.		X		

Emplea gestos para representar corporalmente estados de ánimo, personas reales, imaginarias, señales.	X			
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión musical				
Reproduce ritmos con el cuerpo, objetos e instrumentos musicales		X		
Toca instrumentos musicales sencillos.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Imitar juegos y roles.				
Sitúa sus representaciones dentro de un contexto familiar, social.	X			
Improvisa dramatizaciones identificando un comienzo, un desarrollo y un cierre de ideas.			X	
Inventa juegos y dramatizaciones donde se distinguen los diferentes roles.			X	
Imita roles de los adultos, identificándose con el mismo(a) y la pauta social de su grupo.		X		

Tomado del Currículo de Educación Inicial, 2005

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña? No ninguna de importancia.
2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No
3. ¿Para qué? Fiebres, gripes.
4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No
 Ocasionalmente
5. ¿Cuales medicamentos cumple? Stratera, 10 mg y 18 mg
6. ¿Para qué? Déficit de atención con hiperactividad.
7. ¿Qué dosis recibe al día? Una dosis en las noches
8. ¿Desde cuándo lo toma? Junio 2009
9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4
10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? Dosis no, miligramos si, a las dos semanas. De 10mg luego a 18 mg.
11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente
12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la

manera de suministrarlos. ¿Cuáles? Al suministrarlo por el mal sabor, sueño, irritabilidad agresividad al comienzo.

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	X
2.	Diarrea	
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	X
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	
8.	Fatiga	
9.	Tremor	
10.	Rigidez	
11.	Nerviosismo	X
12.	Agitación motora	X
13.	Dolor de cabeza	X
14.	Trastornos del sueño	X
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	
19.	Confusión mental	

20.	Molestia ante la luz	
21.	Trastornos de la memoria	
22.	Movimiento rápido de labios	
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	X
25.	Somnolencia	X
26.	Disminución en la capacidad de concentración	
27.	Confusión	
28.	Crisis de llanto	
29.	Incoordinación motora	X
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	X
36.	Dolor abdominal	X
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	X
45.	Orinas frecuentes	
46.	Orinas abundantes	X

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada al representante)

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña?

2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No

3. ¿Para qué? _____

4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No

Ocasionalmente

5. ¿Cuáles medicamentos cumple? _____

6. ¿Para qué? _____

7. ¿Qué dosis recibe al día? _____

8. ¿Desde cuándo lo toma? _____

9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4

10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? _____

11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente

12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto

colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la

manera de suministrarlos. ¿Cuáles? _____

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	
2.	Diarrea	
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	
8.	Fatiga	
9.	Tremor	
10.	Rigidez	
11.	Nerviosismo	
12.	Agitación motora	
13.	Dolor de cabeza	
14.	Trastornos del sueño	
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	
19.	Confusión mental	
20.	Molestia ante la luz	
21.	Trastornos de la memoria	

22.	Movimiento rápido de labios	
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	X
25.	Somnolencia	
26.	Disminución en la capacidad de concentración	
27.	Confusión	X
28.	Crisis de llanto	X
29.	Incoordinación motora	X
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	X
36.	Dolor abdominal	
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	X
45.	Orinas frecuentes	
46.	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada a la docente)

ANEXO G

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Méjico 19 / Octubre / 2010.

Por medio de la presente acepto colaborar en la investigación titulada: consecuencias psicomotrices y cognitivas, asociadas al uso de terapia farmacológica por psicopatologías en niños(as) de 3 a 6 años.

El objetivo del estudio es: Determinar las consecuencias en el área psicomotriz y cognitiva, que se produce en los niños que cumplen prescripciones médicas neuropsiquiátricas, para la formulación de recomendaciones que contribuyan a la integración de los infantes preescolares, en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Se me ha informado que mi participación consistirá en suministrar algunos datos inherentes al tema por medio de una entrevista.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará ni a mí, ni a mi representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma del Representante



10/04/993

Firma del Investigador Responsable



GUÍA DE OBSERVACIÓN	No se observa	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (espacio y formas geométricas)				
Describe los atributos, propiedades y uso de algunas figuras y cuerpos geométricos tales como rectángulo, triángulo, cilindro, cubo y esfera presentes en el entorno.	X			
Compara objetos concretos del entorno, figuras y cuerpos geométricos utilizando las relaciones espaciales “más grande que” “más pequeño que” “más corto que” “más grueso que” “más delgado que” “más alto que” “más bajo que” “más pesado que” “más liviano que” “menos que”.		X		
Aplica criterios para agrupar y ordenar objetos considerando sus atributos: forma, color, tamaño, grosor, cantidad y secuencia temporal.		X		
Representa objetos, personas y lugares de distintas maneras, utilizando figuras y/o cuerpos geométricos en dibujos construcciones, otros.		X		
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitud)				
Emplea términos temporales para comunicar experiencias cotidianas: ayer, hoy, temprano, tarde, en la mañana, en la noche.	X			
Planea y lleva a la práctica actividades con un orden temporal.		X		
Reconoce que los relojes y calendarios se utilizan para medir el paso del tiempo.	X			
Coordina movimientos corporales, relacionándolos con la velocidad y duración del tiempo: (más rápido, lento, mucho tiempo).		X		

Agrupa objetos para resolver situaciones del a vida diaria, utilizando diferentes procedimientos agregar, repartir, quitar, reunir y partir.			X	
Utiliza algunas partes del cuerpo y algunos instrumentos convencionales de medición para cuantificar y establecer relaciones entre longitud, capacidad, peso.		X		
Resuelve problemas simples de la vida cotidiana: comparando, relacionando, anticipando, cuantificando.		X		
Área: Relación con el ambiente. Componente: Procesos matemáticos (serie numérica)				
Cuenta designando cantidades en un grupo de objetos o personas.		X		
Establece relaciones numéricas entre grupos de objetos y personas para resolver problemas de su vida diaria.		X		
Reconoce el símbolo grafico del número y su uso en el contexto social.	X			
Realiza operaciones de adición y sustracción sencillas, modificando colecciones de objetos (agregar, quitar).	X			
Registra información numérica en objetos del entorno social, utilizando la escritura convencional o representación grafica (palitos, cruces, peloticas, números).		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje oral				
Valora el lenguaje como medio para establecer relaciones con los demás.		X		
Domina el tono de voz atendiendo a la distancia que los separa del oyente.		X		
Pronuncia correctamente oraciones simples y complejas, utilizando los tiempo pasado, presente y futuro.		X		
Realiza correctamente preguntas utilizando el vocabulario básico y la expresión oral.		X		

Área: Comunicación y representación. Componente: lenguaje escrito (lectura y escritura)				
Valora el lenguaje escrito como medio de disfrute y como instrumento para transmitir información, comunicar deseos y emociones.		X		
Reconoce su nombre, el de compañeros y familiares cercanos en un contexto.		X		
Anticipa lectura a través de imágenes en cualquier texto de uso cotidiano.			X	
Copia en forma libre, tomando como modelo escrituras impresas en el ambiente que lo/la rodea.		X		
Relaciona sus experiencias con lo escuchado y lo leído en textos que le son familiares.	X			
Aprecia sus producciones escritas y las de sus compañeros (as).		X		
Lee y escribe de forma convencional o no convencional diferentes géneros literarios, mensajes, palabras o textos significativos para el/ella.		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión plástica				
Se expresa creativamente con pinturas, actividades gráfico plásticas como el dibujo, pintura, modelado entre otros.			X	
Representa gráficamente elementos del paisaje geográfico de su preferencia.			X	
Combina diferentes técnicas de expresión artística.			X	
Incorpora líneas, formas, colores, texturas, grosores y otros a sus producciones bidimensionales y tridimensionales.		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión corporal				
Usa su cuerpo como medio de comunicación.			X	
Identifica diversos movimientos corporales.			X	
Coordina movimientos corporales al compás de la música, rimas e instrumentos musicales.			X	

Emplea gestos para representar corporalmente estados de ánimo, personas reales, imaginarias, señales.		X		
Área: Comunicación y representación. Componente: Expresión musical				
Reproduce ritmos con el cuerpo, objetos e instrumentos musicales		X		
Toca instrumentos musicales sencillos.				
Área: Comunicación y representación. Componente: Imitar juegos y roles.				
Sitúa sus representaciones dentro de un contexto familiar, social.	X			
Improvisa dramatizaciones identificando un comienzo, un desarrollo y un cierre de ideas.	X			
Inventa juegos y dramatizaciones donde se distinguen los diferentes roles.	X			
Imita roles de los adultos, identificándose con el mismo(a) y la pauta social de su grupo.		X		

Tomado del Currículo de Educación Inicial, 2005

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña? No ninguna de importancia, solo lo común, fiebre, gripe.
2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No
3. ¿Para qué? Fiebre.
4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No
 Ocasionalmente
5. ¿Cuales medicamentos cumple? Trileptal al 6%
6. ¿Para qué? Prevenir convulsiones.
7. ¿Qué dosis recibe al día? 2,5 ml
8. ¿Desde cuándo lo toma? Hace casi dos años y medio.
9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4
10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? Si de una a dos veces al día.
11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente
12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la manera de suministrarlos. ¿Cuáles? _____

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	X
2.	Diarrea	
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	
8.	Fatiga	
9.	Tremor	
10.	Rigidez	X
11.	Nerviosismo	X
12.	Agitación motora	
13.	Dolor de cabeza	
14.	Trastornos del sueño	
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	X
19.	Confusión mental	
20.	Molestia ante la luz	X
21.	Trastornos de la memoria	

22.	Movimiento rápido de labios	X
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	X
25.	Somnolencia	
26.	Disminución en la capacidad de concentración	
27.	Confusión	X
28.	Crisis de llanto	X
29.	Incoordinación motora	
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	
36.	Dolor abdominal	X
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	X
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	
45.	Orinas frecuentes	
46.	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada al representante)

Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Educación
Departamento de Preescolar
Mérida,edo. Mérida

GUÍA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACION
PARA PADRES Y DOCENTES

Br: Francy C. Rondón Roa

Tutor: Alirio Pérez Lo Presti

1. ¿Qué enfermedades ha padecido el niño o la niña?

2. ¿Anteriormente recibió algún medicamento? Sí No

3. ¿Para qué? _____

4. ¿Cumple el niño o la niña algún medicamento actualmente? Sí No

Ocasionalmente

5. ¿Cuáles medicamentos cumple? _____

6. ¿Para qué? _____

7. ¿Qué dosis recibe al día? _____

8. ¿Desde cuándo lo toma? _____

9. ¿Cuántas veces al día? 1 2 3 4 >4

10. ¿Ha existido la necesidad de aumento en la dosis? _____

11. ¿Se le suministra en el aula? Sí No Ocasionalmente

12. En algún momento ha notado que el niño o la niña presenta algún efecto

colateral indeseable, por el medicamento, la combinación de fármacos o la

manera de suministrarlos. ¿Cuáles? _____

13. A continuación se presenta una lista de efectos colaterales indeseables, marque con una “X” si se ha observado alguno que no haya mencionado anteriormente.

EFFECTOS		
1.	Estreñimiento	
2.	Diarrea	
3.	Dificultad y/o trastornos de la visión	
4.	Boca seca	
5.	Alteraciones en la tensión arterial	
6.	Retención de orina	
7.	Palpitaciones	
8.	Fatiga	
9.	Tremor	
10.	Rigidez	
11.	Nerviosismo	X
12.	Agitación motora	X
13.	Dolor de cabeza	
14.	Trastornos del sueño	
15.	Náuseas	
16.	Vomito	
17.	Vértigo-Mareos	
18.	Disminución o aumento de la sudoración	
19.	Confusión mental	
20.	Molestia ante la luz	
21.	Trastornos de la memoria	

22.	Movimiento rápido de labios	
23.	Movimientos en la cara	
24.	Alteraciones del apetito	
25.	Somnolencia	
26.	Disminución en la capacidad de concentración	
27.	Confusión	X
28.	Crisis de llanto	X
29.	Incoordinación motora	X
30.	Reacciones cutáneas alérgicas	
31.	Tristeza	
32.	Apatía	
33.	Caída del cabello	
34.	Dificultad respiratoria	
35.	Olvidos	
36.	Dolor abdominal	
37.	Debilidad	
38.	Alteración de los movimientos oculares	
39.	Alteraciones de la motricidad	X
40.	Sedación	
41.	Convulsiones	
42.	Aumento de peso	
43.	Contracciones musculares	
44.	Sed	
45.	Orinas frecuentes	
46.	Orinas abundantes	

Tomado del Manual Farmacológico Vademécum (2004)

(Aplicada a la docente)