



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA



"PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE  
DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS"  
(P.D.P. 1986-1999)

**RESPONSABLE:**

PSIC. MARCHENA CÁRDENAS, Carlos

2000

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, existe una gran población infanto juvenil en situación de pobreza y con limitaciones en el acceso a los servicios de salud; más aún en la asistencia de salud mental. Por ello, se les considera en situación de alto riesgo, que deviene en diversos problemas socio-emocionales y de aprendizaje, que a su vez generan más pobreza.

Los padres de familia, psicólogos, médicos y profesores tenemos el deber, la obligación de identificar precozmente desórdenes psicopedagógicos en los niños para poder atenuarlos.

Para llevar a cabo lo anterior, se necesita en primer lugar, evaluar diversas áreas mediante la aplicación de sendos tests generalmente foráneos. Tenemos, por ejemplo para medir inteligencia, la batería de Wechsler: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI), el California Test of Mental Maturity (CTMM); para el lenguaje el Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA), el Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT); para la percepción visomotriz el Bender Visual Motor Gestalt Test y muchos otros.

Una evaluación básica en las 3 áreas descritas (inteligencia, lenguaje y percepción) con la aplicación de una sola prueba por área demanda 3 ó 4 sesiones mínimas de trabajo.

Se requiere sin duda instrumental especializado, psicólogos con entrenamientos específicos, así como también, una infraestructura básica que, en nuestra realidad, resulta algo lejana.

De modo que, el "Programa de Detección Precoz de Desórdenes Psicopedagógicos" (P.D.P.) presenta una alternativa clínica - comunitaria basada en la creación de un instrumento o formato PDP que capta o detecta en una sola sesión evaluativa, la historia previa infantil, socialización, autovalimiento, problemas emocionales y aspectos psicopedagógicos de niños ingresantes al primer grado de primaria.

El PDP se aplica en el transcurso de cada año cronológico en dos fases, la de detección propiamente dicha, a inicios del año, y la de seguimiento en el transcurso del año escolar mediante observación participante en aulas, atención psicológica, asesoría a padres de familia y maestros.

Sin duda la detección, resulta más sencilla de realizar en casos de retardo mental, sordomudez, síndrome de Down, malformaciones congénitas y otras cuya prevalencia es mucho menor comparada con los desórdenes psicopedagógicos de la inmensa mayoría de los niños pobres de nuestro medio que, en el futuro, registrarán probablemente nuestros destinos.

Luego de 14 años de aplicación ininterrumpida del P.D.P., prioritariamente en el C.E. Estatal N° 3049 del Distrito de Independencia, encontramos resultados satisfactorios en sendos años de trabajo en diversos niveles como los siguientes:

En el corto plazo, mayor compromiso de los padres de familia, apoyo de los docentes e inicio de atención oportuna a los niños en diversos desórdenes psicopedagógicos.

En el mediano plazo, la modificación actitudinal de la comunidad educativa (padres, profesores y alumnos) respecto a la atención, soporte y apoyo psicoeducativo a la niñez.

En el largo plazo, la ubicación de

necesidades de impacto, el hallazgo de predictores de comportamiento infantil y la factibilidad de proyectar su aplicación a nivel nacional.

Todos ellos sustentados por estudios de investigación, reportes estadísticos, sendos informes, memoria anuales y la observación práctica de los resultados de un nuevo perfil educativo comunitario.

Por lo expuesto, consideramos importante intervenir de modo temprano en la niñez, haciendo partícipe a la comunidad educativa y difundiendo la propuesta del PDP para que sus logros sean potencializados, sus flaquezas revertidas y su eficacia multiplicada en beneficio de la población.

Responsable: **Carlos Marchena C.**

# DETECCIÓN PRECOZ DE DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS (PDP 1986-1999)

## I MARCO REFERENCIAL

El desarrollo del PDP tiene determinadas características que para su mejor comprensión lo analizaremos a través de los siguientes acápitales.

### 1.1 LOS DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS

En el Perú tenemos un incipiente desarrollo de la psicopedagogía que, responde a complejos factores socioeconómicos y culturales, como la pobreza de la mayoría de pobladores, dificultades de acceso a la educación, limitados años de estudio; y favorecimiento de la educación de varones en detrimento de las mujeres<sup>1</sup>.

Asimismo, la motivación está preferentemente dirigida al ahorro de recursos económicos que al logro de objetivos cognitivos, psicológicos o psicopedagógicos. Es decir, tenemos más una cultura económica que una cultura pedagógica. Sin embargo, ningún desarrollo socio-económico sostenido se basa en un pobre desarrollo psicopedagógico.

Por lo expuesto, resulta importante girar nuestra atención a la psicopedagogía que la concebimos como una disciplina orientada al estudio científico de la conducta de aprender que involucra el proceso de enseñanza - aprendizaje (docente-alumno) en relación al desarrollo emocional, psicoafectivo, cognitivo, comportamental (familia-niño) y las condiciones existenciales de nutrición, salud entre otras (entorno social).

Sin duda, los niños de sectores urbano-marginales con los cuales trabajamos tienen condiciones desventajosas de alto riesgo social; aunque también compensatorias o protectoras, como su peculiar dinámica participativa, comunitaria concatenada con el diseño del Programa de Detección Precoz de Desórdenes Psicopedagógicos (PDP).

En dicho contexto examinamos a niños ingresantes al Primer Grado de Primaria Menores<sup>2</sup> ubicando en primer lugar su situación socio-económica, familiar; sus antecedentes históricos; desde el embarazo de la madre, condición del niño al nacer y su proceso de salud-enfermedad, hasta la estimulación básica del hogar, previa al inicio de la educación formal del niño. Debido a

<sup>1</sup> Según la Encuesta Nacional de Hogares, aplicada por el INEI en 1998, el hombre alcanza 10.3 años promedio de estudio; la mujer 9.3 (área urbana) y el hombre 6.3 sobre 4.4 de la mujer (área rural).

<sup>2</sup> Corresponde a la clasificación administrativa actual del Ministerio de Educación del Perú.

que, antes de detectar cualquier desorden psicopedagógico debemos conocer la evolución del desarrollo que lo sustenta.

Subsecuentemente el PDP ubica un desarrollo psicopedagógico, básico como el nivel esperado que debe alcanzar un niño para su edad cronológica y un nivel avanzado que supera esos estándares. Los desórdenes psicopedagógicos están por debajo de la performance mínima del grupo promedio de niños del primer grado.

Para medir los desórdenes psicopedagógicos, antes del trabajo estadístico o de medición matemática, el PDP examina diversos aspectos coadyuvantes como la socialización, el autovalimiento, los problemas emocionales, de conducta y cognoscitivos.

La Detección no implica profundizar en cada uno de los desórdenes sino hacer un rastreo o tamizaje de los mismos para hacer luego la derivación oportuna a otros especialistas; la evaluación individual psicológica específica (prioritariamente de coeficiente intelectual, organicidad, problemas emocionales) y el seguimiento (tratamiento, soporte familiar y apoyo docente).

Dentro de cada aspecto señalado examinamos diferentes habilidades y destrezas en el niño; por ejemplo, en la socialización, la interacción con otros niños, aceptación de normas sociales y cooperación con familiares. En el autovalimiento, las posibilidades de alimentarse, vestirse y asearse por sí mismo. En los desórdenes emocionales la onicofagia, timidez, diaforesis, temores y otros problemas como la enuresis y conducta agresiva. En el desarrollo pedagógico, una serie de capacidades mnésicas, pricomotrices del lenguaje verbal y escrito: nociones de laterabilidad, espacio, tiempo, numéricas y de seriación.

La detección de desórdenes psicopedagógicos es la base para diagnosticar diversos trastornos como los cognoscitivos, emocionales, del comportamiento y trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. La Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1993), asocia a la mayoría de estos trastornos como secundarios a algún tipo de disfunción biológica y señala además la imprecisión de su etiología ya que los factores biológicos interactúan con otros no biológicos como las oportunidades para aprender y la calidad de la enseñanza.

La dinámica del PDP permite que los desórdenes psicopedagógicos detectados encuentren oportunamente solución y además la posibilidad de relacionar las variables de desarrollo con las de historia previa para aportar datos a la investigación en salud mental.

## 1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN

El PDP se desarrolló ininterrumpidamente desde 1986 en el Centro Educativo Estatal No. 3049, recientemente nominado también "Imperio del Tahuantinsuyo" en el Distrito de Independencia que se ubica en el denominado Cono Norte de Lima.

El C.E. No. 3049 se encuentra en la zona de Tahuantinsuyo en la Av. Hurin Cuzco s/n, próximo a la intersección de las Avenidas Túpac Amaru y Chinchaysuyo. Está construido de material noble al igual que las viviendas aledañas; sin embargo, también cerca de viviendas muy precarias. Con un área de 17,998.87 m<sup>2</sup> es uno de los colegios más grandes del distrito; también de los más antiguos, con 35 años de fundado. En 1985 poco antes de iniciarse el PDP tenía 3,723 estudiantes, si bien tuvo cerca de 5,000 unos

años después, redujo nuevamente su población escolar.

Al año 2000 cuenta con 3,113 alumnos (2,124 en Primaria y 987 en Secundaria). Su infraestructura física ha mejorado notablemente en los últimos años, tiene 54 aulas, 2 laboratorios, 1 sala de talleres, 1 sala de profesores, 3 oficinas administrativas, 1 biblioteca, 1 sala de cómputo, 2 campos deportivos y 12 servicios higiénicos. Desde el inicio del trabajo de salud mental comunitaria, hace 20 años, inclusive antes de fundarse el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", se destinó siempre un ambiente para nuestro trabajo.

### 1.3 ANTECEDENTES

Los resultados de la investigación: "Aprestamiento, Madurez y Lecto-escritura en Niños de un Centro Educativo Urbano-Marginal" (Marchena y Santos, 1986) motivaron el diseño del "Programa de Detección Precoz de Desórdenes Psicopedagógicos en Niños" (P.D.P.).

En 1986 y 1990 se aplicó el P.D.P. en Independencia (C.E. 3049) y en San Martín de Porres (C.E. José Granda). Desde allí, se desarrolló ininterrumpidamente en el C.E. 3049 y por un año (1995), para reforzar la fase de seguimiento, también en un C.E. del Rímac con la participación de un equipo interdisciplinario.

### 1.4 PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

Resolver los problemas psicopedagógicos requiere, probablemente, cambios macrosistémicos (políticas de inversión, reforma social, educativa de salud) y microsistémicos (metodológicos, de la dinámica familiar, motivacionales y de las actitudes). Sin embargo, un cambio en los

elementos influye en el sistema y viceversa, entonces no podemos soslayar nuestra participación, si queremos lograr soluciones.

Resulta relativamente sencillo que la colectividad priorice como problema las dificultades en el aprendizaje de los niños; la divergencia puede estar más bien en las acciones a realizar. En un principio, por ejemplo, algunos directivos de los centros educativos planteaban que el PDP se aplicase como selección; de modo que nos quedaríamos con los niños de mejor performance, lo cual facilitaría su rendimiento futuro. Tuvimos que señalar y conciliarnos en que el problema no está en cosechar éxitos académicos en niños con potencialidades sino en resolver o dar oportunidades de solución a los desórdenes psicopedagógicos de niños con diversas carencias.

La comunidad educativa del C.E. N° 3049 (padres de familia, profesores y alumnos), tienen diversas problemáticas; podríamos mencionar las siguientes:

1. Bajo nivel socioeconómico.
2. Problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, repitencia y deserción escolar.
3. Limitado nivel de instrucción de los padres de familia.
4. Profesores intitulado con escasa motivación para el trabajo pedagógico.
5. Excesivo número de alumnos por aula.

Por tanto, circunscribimos nuestro trabajo en una comunidad educativa delimitada como sistema de interacciones: padres-profesores-alumnos, donde intervenimos los profesionales de la salud mental como investigadores, asesores y movilizados de procesos de cambio. Así es como desarrollamos el PDP para detectar y atender con participación comunitaria, diversos

problemas del desarrollo psicológico y educativo del niño, en aras de que este modelo se proyecte masivamente para mejorar los estándares de calidad de vida de los más necesitados.

## II PROPUESTA INSTITUCIONAL

El INSM mediante su Departamento de Salud Mental Comunitaria afronta los problemas psicosociales de salud mental, planteando diversos modelos de intervención preventiva, promocional y de atención.

En el caso del PDP presenta una propuesta asistencial; que incluye la evaluación, tratamiento psicológico individual y grupal de los niños; la atención a sus respectivos familiares y docentes; el seguimiento y monitoreo del tratamiento psicopedagógico.

Por otro lado el P.D.P. es una propuesta preventiva que desarrolla consultoría y asesoría a la comunidad educativa; capacitación a docentes y cogestión del Sector Salud con el Educativo.

De tal modo el Programa desarrolla:

- Investigación continua de la performance educativa y psicológica de los niños
- Un modelo de intervención:
  - Evaluativa.
  - De derivación.
  - Asistencia.
  - Seguimiento.
- Evaluación del impacto:
  - Formativa o de proceso: Durante el año escolar desde la fase de detección propiamente dicha (enero - marzo) hasta de seguimiento (abril - diciembre).
  - Sumativa o de resultados: Al finalizar cada año de intervención.

En el marco administrativo el PDP es un subprograma del Programa de Atención Médica Sanitaria Básica del DSMC.

### 2.1. FINALIDAD

El PDP pretende detectar y atender oportunamente diversos desórdenes psicopedagógicos cognitivos, así como desórdenes de la conducta y de las emociones en niños ingresantes al primer grado de primaria.

### 2.2 OBJETIVO GENERAL

Lograr que los niños del primer grado de educación primaria tengan un desempeño acorde a los requerimientos académicos de dicho nivel, y logren objetivos psicológicos y psicopedagógicos que favorezcan su desarrollo personal.

### 2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar, detectar, tratar y prevenir desórdenes psicopedagógicos en niños del primer grado de educación primaria.
- Capacitar y asesorar a padres de familia y maestros en la prevención de desórdenes diversos: de conducta, emocionales, autovalimiento y aprendizaje.

### 2.4 ACTIVIDADES

- Examinar individualmente el perfil de conducta, emocional y cognitivo del niño.
- Entrevistar individualmente al padre y/o madre de familia e informarle del perfil psicopedagógico de su niño o niña.
- Informar a los profesores sobre los resultados individuales del niño(a).
- Realizar el seguimiento durante el año escolar de los casos detectados con dificultades, aplicando el tratamiento psicológico individual o grupal requerido.

### III METODOLOGÍA

El P.D.P. contempla dos grandes fases:

#### 3.1 EVALUACIÓN O DETECCIÓN PROPIAMENTE DICHA

Es la fase inicial o de detección propiamente dicha, desarrollada de enero a marzo de cada año. Consiste en la aplicación del formato P.D.P. (ver anexos) a niños ingresantes a primer grado de primaria y a sus padres.

Se realiza a través de entrevistas de evaluación psicológica que utiliza un formato ad hoc (ver anexos).

Esta primera fase detecta:

- Dificultades en el ámbito familiar.
- Problemas en la historia previa personal (en gestación de la madre, trastornos en los analizadores sensoriales, enfermedades o secuelas de accidentes).
- Desórdenes en la socialización.
- Incapacidad o perturbaciones en el autovalimiento (alimentación, vestido, higiene).
- Desórdenes emocionales
- Deficiencias psicopedagógicas.
- Manejo de conductas de padres e hijos y percepción de los niños.

#### 3.2 SEGUIMIENTO O TRATAMIENTO:

Realizado de abril a diciembre. Comprende:

- La derivación de casos de mayor complejidad a instituciones especializadas (hospitales, institutos, centros de educación especial, etc.).
- Tratamiento psicológico cognitivo-conductual individual y tratamiento

psicológico grupal de niños con algún desorden detectado.

- Participación preventivo-terapéutica de padres y profesores de alumnado en general.
- Asesoramiento y consultoría psicológica en los casos requeridos.
- Evaluación Final, de Proceso y de Resultados Anuales, de la intervención terapéutica o de seguimiento comunitario.

Atención de casos individuales detectados, consejería grupal e individual a profesores y padres de familia en la prevención de desórdenes psicológicos o de salud mental.

#### 3.3 EVOLUCIÓN (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD):

Las describiremos en ambas fases tanto en la fase de evaluación como de seguimiento del P.D.P.

##### 3.3.1 En la fase de evaluación

Investigamos la confiabilidad del formato P.D.P. aplicado en los primeros años en forma paralela, al Test ABC de Filho para la madurez de la lecto-escritura; habilidad básica importante al iniciarse la instrucción escolar, encontrándose concordancia entre las áreas de memoria inmediata, atención, promoción, destreza motora fina del test y los items del formato de detección.

Entre 1993 y 1995 se aplicó el formato de P.D.P. y la prueba de Quirós que mide habilidades básicas para el aprendizaje escolar. Se obtuvo concordancia entre el test y el formato; en la memoria, orientación espacial y capacidad de pensamiento.

El formato del P.D.P. tuvo varias modificaciones, 2 de las más importantes se produjeron en 1989 y 1996 en que se midió la validez de la prueba a través de un juicio

de expertos del INSM y externos a la institución: mejorándose su diseño al adicionarse un instructivo para los evaluadores.

En 1996 se midió la confiabilidad inter-evaluador lográndose una concordancia promedio del 0.92 (altamente confiable) en las diversas áreas entre psicólogos e internos de psicología. Al someter el instrumento a criterios estadísticos de validez concurrente y predictiva encontramos, con una muestra intencional de 100 casos, alta concordancia entre los casos detectados con desórdenes psicopedagógicos al inicio del año escolar y el rendimiento escolar medido por los profesores al finalizar el primer grado de primaria en las asignaturas de lenguaje y matemáticas (ver resultados).

### 3.3.2 En la fase de seguimiento

El programa demostró validez predictiva y potencialidad, al observarse año tras año correlaciones estadísticas significativas, por ejemplo: entre el lugar de residencia (asentamiento humano, zona urbano marginal) y el rendimiento escolar.

Existe relación estadística altamente significativa (al 0.05 nivel de significancia y 95% de significatividad) entre el lugar de residencia y las calificaciones escolares en asignaturas de lenguaje y matemáticas. Asimismo, entre el nivel de desarrollo psicopedagógico detectado por el P.D.P. a inicio de año y la repitencia escolar, al finalizar la aplicación del programa anual.

Las correlaciones antedichas nos proporcionan indicadores importantes. Así por ejemplo, basta saber que un niño vive en un asentamiento humano para considerarlo en alto riesgo de tener bajo rendimiento escolar y alertar a profesores como a padres para evitar las consecuencias negativas previstas.

Respecto al impacto del tratamiento planteado por el P.D.P. señalaremos que se realizaron encuestas anónimas y grupos focales a profesores y padres de familia, encontrándose alta confiabilidad, con un promedio de 91% para profesores (87% como límite inferior y 95% como superior) y del 92.5% para padres de familia (8.9% límite inferior y 92.5% superior).

Respecto a la validez, en 14 años de aplicarse el seguimiento tenemos resultados favorables del tratamiento psicopedagógico, reportado por las respectivas anamnesis psicológicas, por los padres de familia y profesores. Esto nos permite afirmar que el P.D.P. es válido al medir los desórdenes psicopedagógicos que pretendía medir y tratarlos favorablemente como se previó.

### 3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El P.D.P. atiende a niños incluidos en cualquiera de los siguientes criterios:

- Optar por el ingreso a primer grado de educación en los centros educativos estatales de intervención habiendo o no cursado educación inicial o primer grado.
- Presentarse con padre, madre o ambos padres. En caso de ausencia de los padres, debe acompañar al menor un familiar o tutor encargado de su custodia.
- Niños de ambos sexos que cumplan la edad exigida por nuestro sistema educativo nacional (6 años cumplidos o por cumplir en el primer semestre del año en que ingresa a primer grado) o que, por excepción: tengan menos edad; por ejemplo: niños con alto aprestamiento o probable nivel intelectual elevado, o niños de mayor edad que no hayan tenido acceso a la escuela.
- Evidenciar o no desorden físico o mental (mutilaciones, limitaciones sensoriales, retraso mental u otros).

### 3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Ninguno. Se acepta, inicialmente, a todos los niños que aspiran una vacante en primer grado de primaria.

### 3.6 LUGAR Y FORMA DE ATENCIÓN

Los niños del P.D.P. se atienden individualmente y con sus padres o tutores en ambientes de consulta facilitados por el propio centro educativo donde se brindan servicios de salud mental.

### 3.7 FINANCIAMIENTO

El P.D.P. se desarrolla en base a convenios entre la dirección del centro educativo que proporciona ambientes y el material requerido (formatos impresos, tarjetas, juegos didácticos, instrumentos, material de escritorio) y el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (Departamento de Salud Mental Comunitaria) que otorga el servicio profesional.

## IV RESULTADOS

Sintetizar resultados de 14 años de aplicación del P.D.P puede ser complicado, dada la dinámica evolutiva constante de su desarrollo. Sin embargo, presentaremos las secuencias de mayor significatividad en determinados lapsos.

### 4.1 GENERALES

#### EN EL PRIMER QUINGUENIO (1986-1990)

- Se diseñó el primer formato o prueba de evaluación del P.D.P logrando acogida por la participación de los profesores y padres de familia tanto en la fase de detección propiamente dicha como en la de seguimiento.
- En el año 1987 se comparan el PD.P con el Test ABC y las calificaciones de los profesores en 297 niños (160 varones y 137 mujeres) encontrándose al 20% en madurez inferior para la lecto – escritura y detectándose al 10 % con desórdenes emocionales como timidez y ansiedad.
- El P.D.P del 1987 evaluó a los niños en 20 variables y en 1988 en 53 variables, incrementándose la riqueza de datos investigados.
- Los niños de zonas urbano - marginales logran mejor puntuación en lenguaje y promedio final (calificados por sus profesores) en relación a los que el P.D.P ubica como habitantes de asentamientos humanos (ver Inf. Memoria, 87); con una diferencia estadísticamente significativa.
- Se detectan diferencias estadísticas significativas entre el grupo de los niños atendidos por el P.D.P. que cursaron educación inicial (52%) y el grupo que no tuvo inicial (44%), en el promedio final de calificaciones de primer grado otorgadas por el profesor (comparación estadística realizada mediante el programa SPS).
- Se detectan mayores déficits en las áreas de coordinación motriz fina, memoria motora, memoria inmediata y memoria auditiva.
- Mediante juicio de expertos (1989) se reestructura el instrumento usado en el P.D.P. y se elaboró el primer glosario de términos, posteriormente denominado instructivo, en base al análisis estadístico de resultados de 200 niños.
- Las mediciones iniciales (fase de detección) al ser contrastadas con mediciones al finalizar cada año escolar

(fase de seguimiento) demuestran que el tratamiento aplicado; desde el equipo de psicólogos hasta la participación comunitaria de padres y maestros; va atenuando los problemas de socialización, emocionales y de autovalimiento (ver gráficos N° 8, 9 y 11); aunque, tiene dificultades en el manejo de los comportamientos agresivos (ver gráfico N° 9).

#### EN EL SEGUNDO QUINQUENIO (1991-1995)

9. En la Unidad de Cómputo del INSM codificamos 57 variables medidas por el P.D.P en 140 niños atendidos. Se realizó además un análisis cualitativo con pesos específicos para cada variable examinada en muestra de 100 niños lográndose consistencia informativa (ver Inf. Memoria 91-92).
10. De 140 niños examinados, el 88% alcanzó niveles esperados de autovalimiento (1992).
11. Se procesó la información en un Software que determina tres niveles: inferior, medio y superior para cada proceso del PDP (Socialización, Autovalimiento, Problemas Emocionales, Desarrollo Pedagógico Básico y Desarrollo Pedagógico Avanzado), en 1993. Mediciones realizadas al culminar cada fase anual de tratamiento psicopedagógico.
12. En cuanto a los desórdenes de socialización no existen diferencias entre sexo: 192 (83%) son sociables y 37 (16%) se encuentran en proceso de socialización (ver Inf. Memoria, 93).
13. El 57.6% tiene dificultades en el desarrollo pedagógico básico y sólo un 6% alcanzó un desarrollo pedagógico avanzado, luego de recibir apoyo terapéutico psicopedagógico (ver Inf Memoria, 93).

14. Entre el 93 – 95 se comparan pronósticos de lecto-escritura del Test de Quiroz con el formato PDP, aplicado pre y post intervención terapéutica, encontrándose concordancia en las áreas de memoria, orientación espacial y capacidad de pensamiento.
15. Persisten dificultades para tratar los problemas de comportamientos agresivos (ver gráfico N°9).

#### ENTRE 1996 y 1999

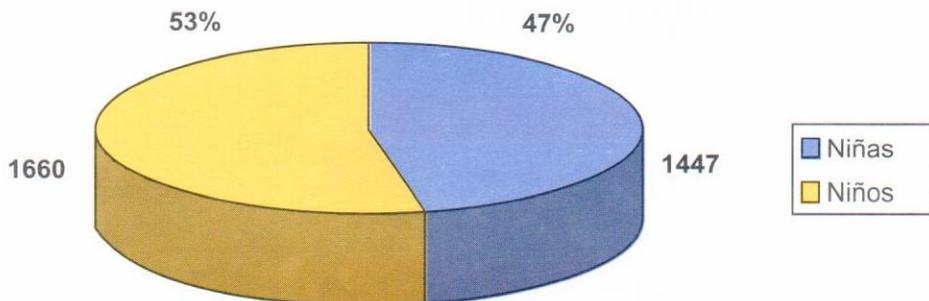
16. De 279 examinados en 1995 se detecta al 84% con dificultades psicopedagógicas leves. Al finalizar la fase de tratamiento anual 45% tiene limitaciones en la socialización: 80% desarrollo pedagógico básico; 83% alcanza nivel esperado de autovalimiento y 35% presenta problemas emocionales.
17. El desarrollo pedagógico básico medido por el PDP ( pre y post intervención) concuerda con pronósticos de madurez para la lecto-escritura obtenidos al medir la prueba de Quiroz en 191 niños (ver Inf, Memoria, 95-96).
18. En 1996 se somete al formato PDP a una prueba de confiabilidad inter - evaluador lográndose el puntaje 0.92 ó altamente confiable.
19. De 95 atendidos en 1999 se detectó 11% de niños con problemas de violencia en el hogar, 84% de niños se perciben como víctimas de castigo físico y sólo el 6.3% de padres lo admite.
20. Encontramos también que el 98% ha tenido educación inicial previa, 85% con aparente buen estado global de salud y 81% con adecuada pronunciación.
21. El tratamiento psicopedagógico eleva los niveles de autovalimiento y socialización. Sin embargo, se incrementa la población de niños agresivos y disminuye la de problemas emocionales (ver gráficos del N° 8 al 11).

## 4.2 ESPECÍFICOS

1. En los 14 años de funcionamiento del PDP se atendió a cada niño y su madre, padre o ambos padres en la fase previa de detección propiamente dicha (promedio anual de 222 niños) (ver gráfico N° 1).
2. Se atendió con mayor frecuencia a niños que a niñas aunque con tendencia variable (ver gráficos N° 1 y 2).
3. Existe una tendencia a iniciar el primer grado a edades progresivamente más tempranas (ver gráfico N°3). Asimismo, incremento en los estudios de educación inicial (ver gráfico N°5).
4. El entorno familiar tiende a congregarse paulatinamente, a padres e hijos (ver gráfico N°4).
5. Se detectaron desórdenes psicopedagógicos diversos y se brindó atención psicológica individual a 1340 niños (43%), (ver gráficos N° 6 y 7).
6. El tratamiento psicológico analizado por quinquenios muestra una progresiva tendencia a la recuperación en los niños (ver gráficos del N° 8 al 13).

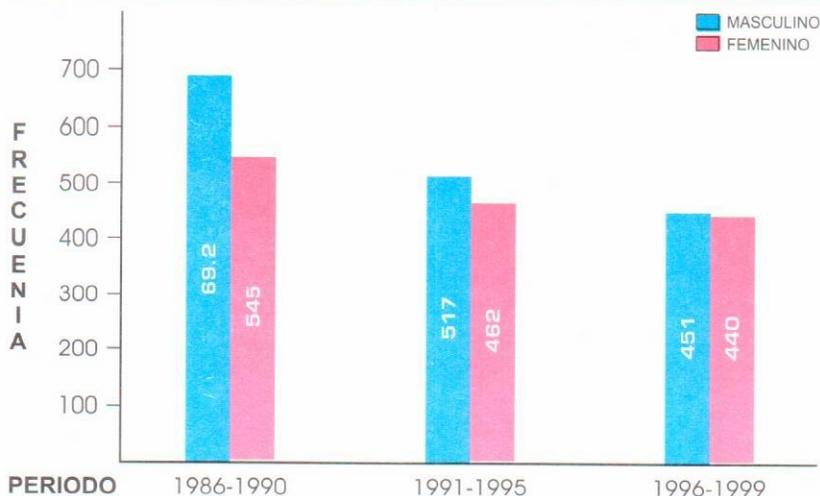
**GRÁFICO N° 1**

FRECUENCIA Y SEXO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS (P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000



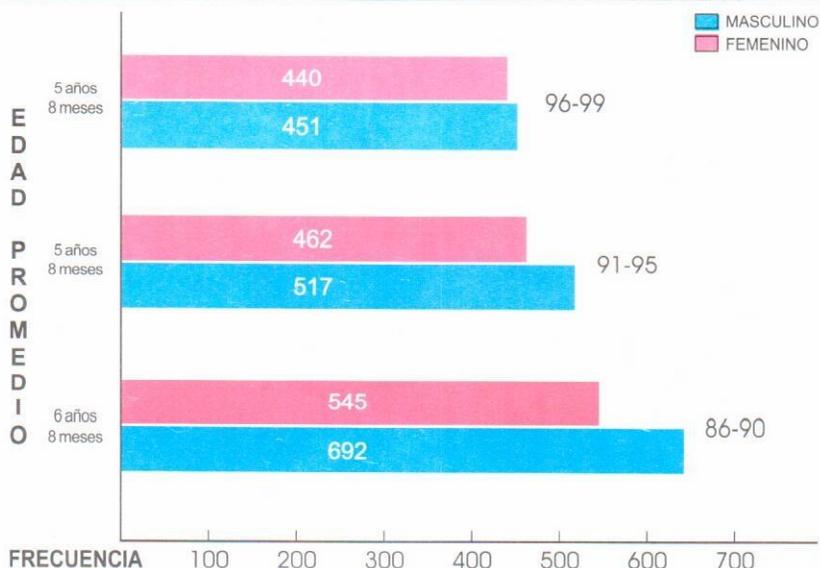
**GRÁFICO N° 2**

**FRECUENCIA Y SEXO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR QUINQUENIOS EN EL (P.D.P. 86-99) LIMA, 2000**



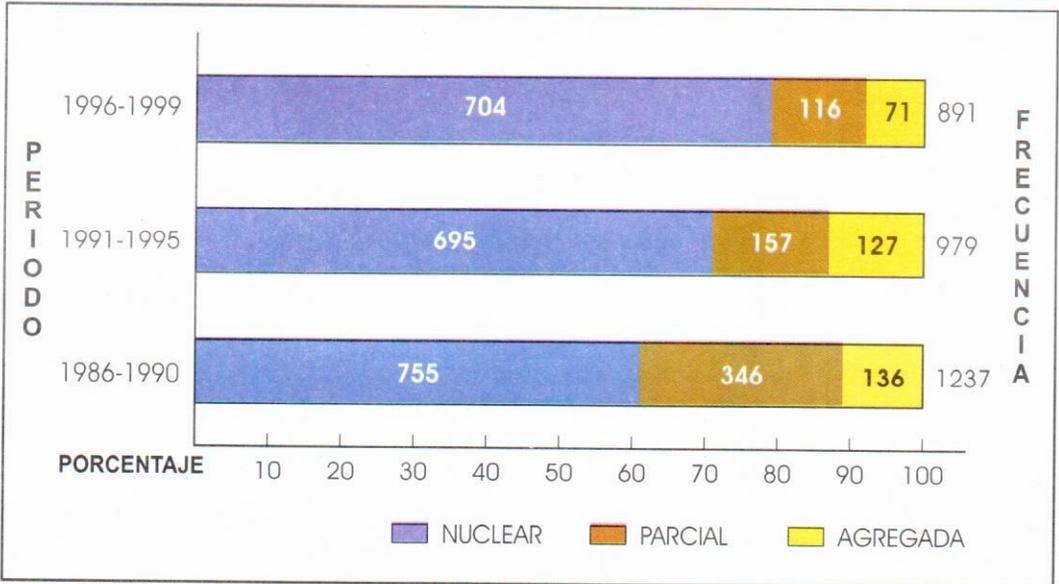
**GRÁFICO N° 3**

**SEXO Y EDAD PROMEDIO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR EL P.D.P. (1986-1999) LIMA, 2000**



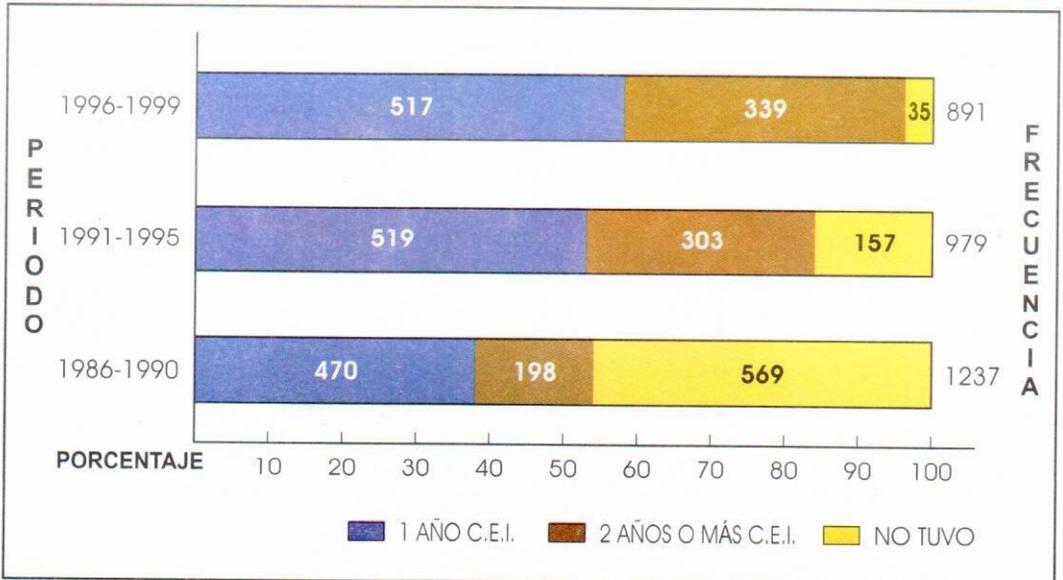
**GRÁFICO N° 4**

**TIPO DE FAMILIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS (P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**



**GRÁFICO N° 5**

**EDUCACIÓN INICIAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS (P.A.P. 86-99)  
LIMA, 2000**



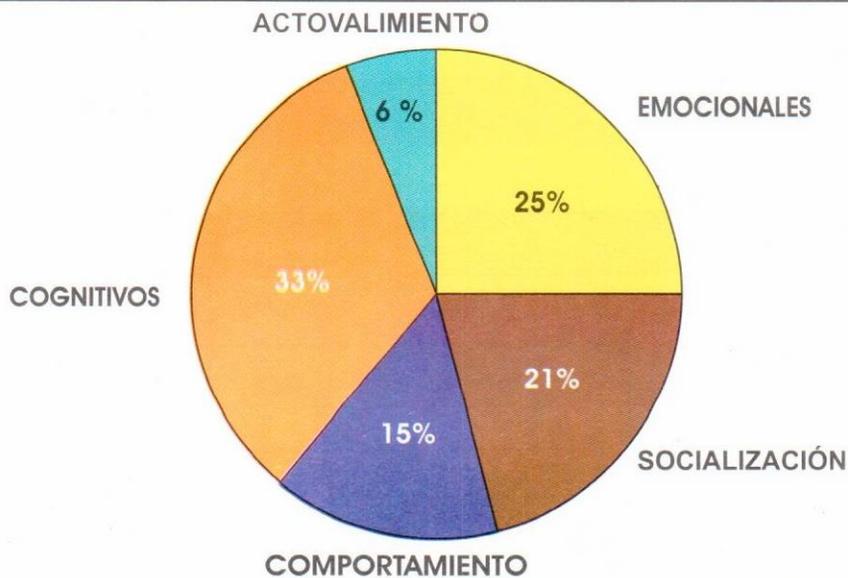
**GRÁFICO N° 6**

**NIÑOS ATENDIDOS Y DETECTADOS CON DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS  
(P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**



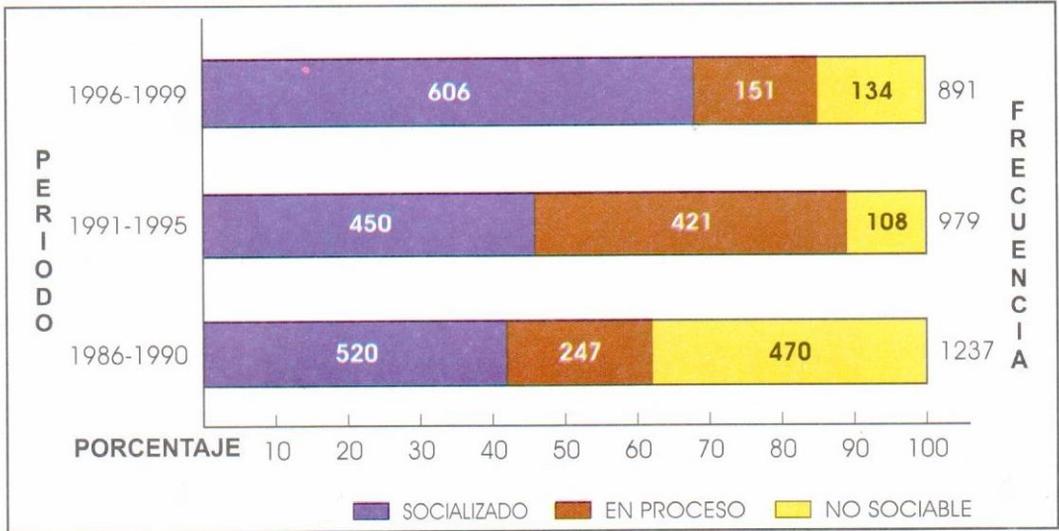
**GRÁFICO N° 7**

**DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS EN TRATAMIENTO - 1340 NIÑOS (P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**

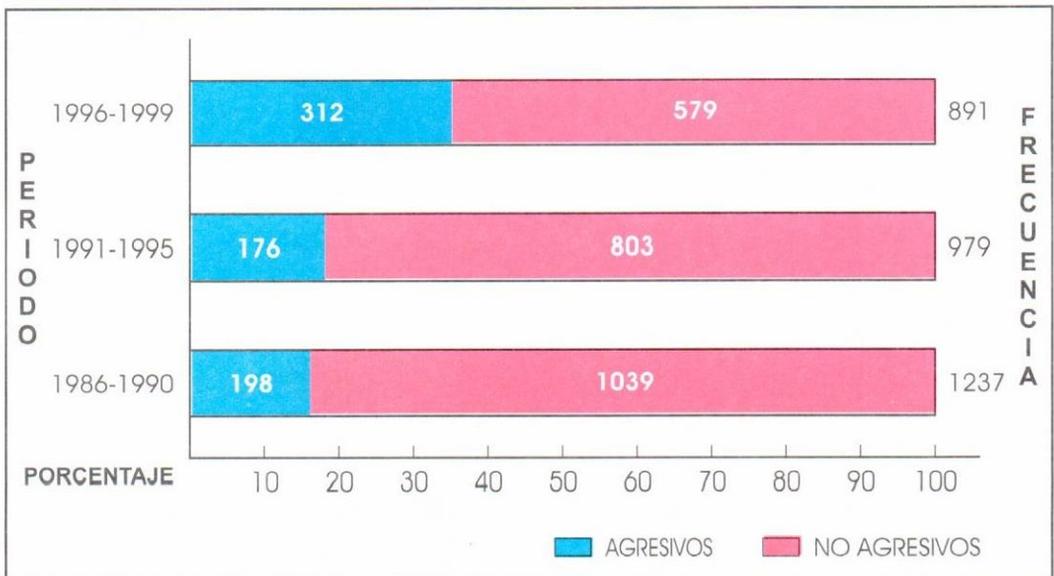


**GRÁFICO N° 8**

**NIVELES DE SOCIALIZACIÓN DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN SEGUIMIENTO  
(P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**

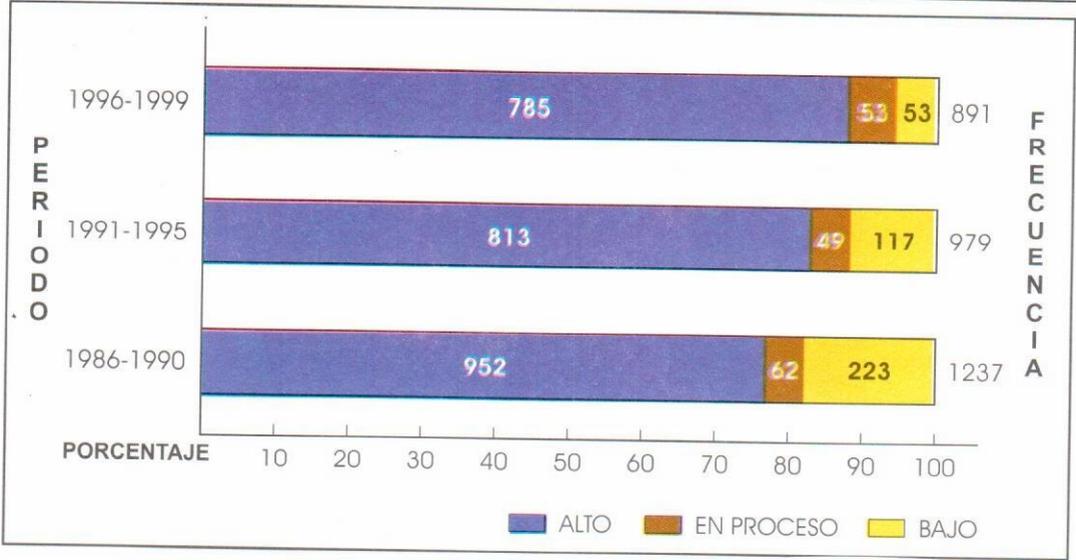
**GRÁFICO N° 9**

**AGRESIVIDAD EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN FASE DE SEGUIMIENTO  
(P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**



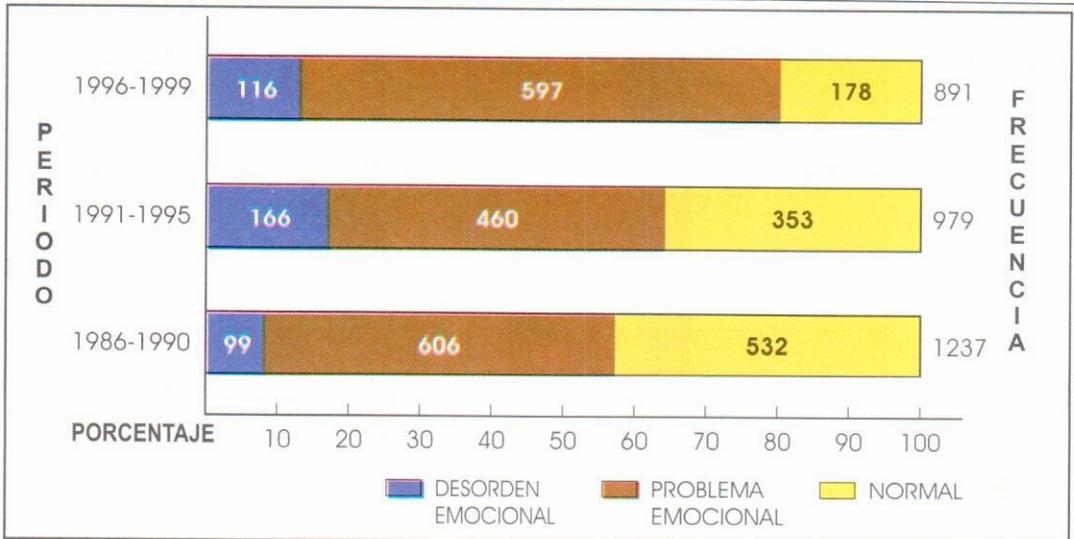
**GRÁFICO N° 10**

**NIVELES DE AUTOVALIMIENTO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN SEGUIMIENTO  
(P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**



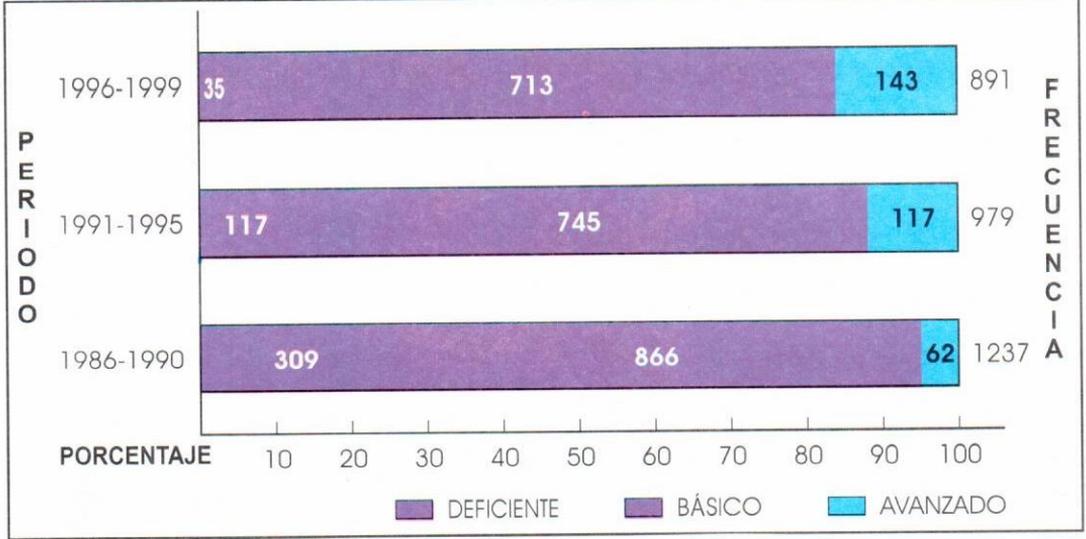
**GRÁFICO N° 11**

**PERFIL EMOCIONAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN SEGUIMIENTO  
(P.D.P. 86-99)  
LIMA, 2000**

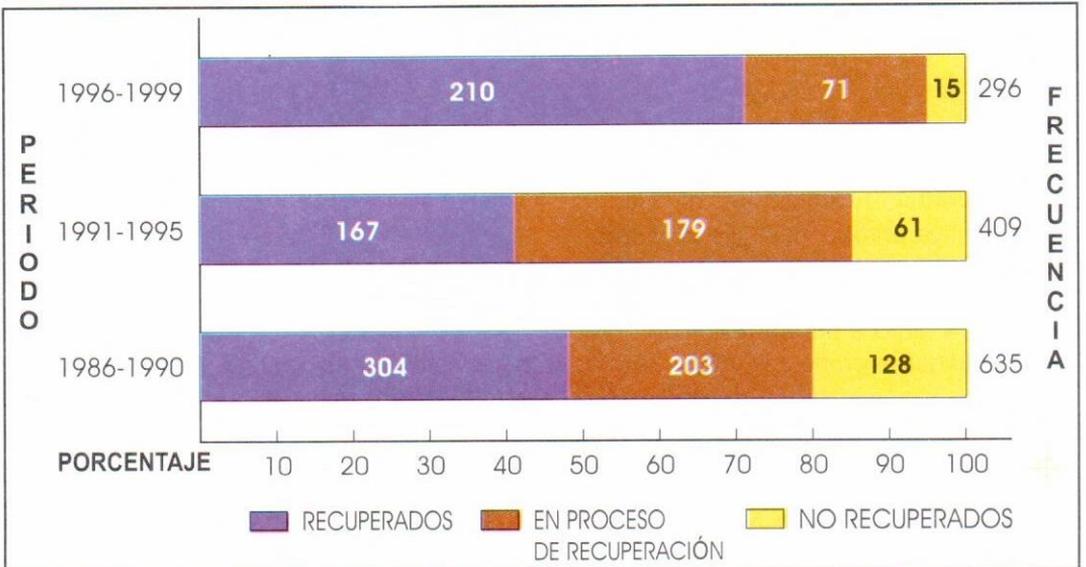


**GRÁFICO N° 12**

**DESARROLLO PSICOPEDAGÓGICO ALCANZADO POR LOS NIÑOS ATENDIDOS EN SEGUIMIENTO (P.D.P. 86-99)**  
LIMA, 2000

**GRÁFICO N° 13**

**RESULTADOS GLOBALES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL DE 1340 NIÑOS (P.D.P. 86-99)**  
LIMA, 2000



## V ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el objetivo didáctico de lograr claridad en el análisis, lo agruparemos en diferentes aspectos del P.D.P.

### 5.1 ESTRUCTURA Y DISEÑO DEL P.D.P.

La estructura del P.D.P. permite, en su primera fase tener oportunamente varios perfiles psicopedagógicos; datos suficientes como para poder, de inmediato, informar a los padres de familia y profesores de los resultados evaluativos individuales.

En la segunda fase, formar diversos grupos: Aquellos a ser derivados, los que necesitan detenida evaluación psicológica o médica y los que pueden tratarse en forma individual o colectiva.

El diseño comunitario del P.D.P. permite una retroalimentación de los profesores y padres de familia, facilitando las asesorías subsiguientes y la ejecución de diferentes cambios; por ejemplo, en la organización del horario escolar, la ambientación, el manejo de comportamiento en el aula, apoyo académico de los padres en casa y hábitos de estudio de los niños.

De tal modo, el P.D.P. pasa a ser del campo clínico-asistencial restringido, al amplio campo preventivo-promocional de salud mental colectiva porque involucra a padres de familia y maestros. Los logros así alcanzados pueden ser más eficaces y corresponden tanto a los profesionales de salud, de educación como a la colectividad.

### 5.2 EL FORMATO P.D.P. Y LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Las correlaciones favorables entre una prueba ad-hoc para detección precoz de

desórdenes psicopedagógicos (formato P.D.P.) e instrumentos psicológicos de amplio uso y demostrada utilidad como la prueba ABC y la de Quiroz nos orientan a realizar un trabajo sistemático adaptado a nuestra realidad y demuestra que podemos utilizar pruebas integrales y abreviadas para, por ejemplo, predecir el aprendizaje de la lecto-escritura, conjunto de habilidades fundamentales en el primer grado de primaria.

El formato P.D.P. tiene elementos de diferentes pruebas psicológicas como por ejemplo el Vineland, la Prueba de Funciones Básicas, el WISC-R y el Denver. Mide variados aspectos al ser una prueba de "screening", rastreo o sondeo de información.

De modo que, puede otorgarnos una visión psicopedagógica panorámica, más no ahonda en cada área, ya que eso exigiría mucha mayor extensión del instrumento, con todo el gasto que eso implica en recursos materiales y humanos, haciéndolo inaplicable en una sesión y de mucho menor alcance poblacional.

El formato P.D.P. no es ni tan reducido para perder información, ni tan amplio como para sesgarla. Su construcción exige muy poco material, es económico y de fácil manejo. Para evitar confusión en la calificación posee un instructivo (ver anexos) que garantiza la fiabilidad de los datos.

### 5.3 FASE DE EVALUACIÓN O DETECCIÓN PROPIAMENTE DICHA

Desde esta primera fase, el P.D.P. exige la participación directa de los padres; prioritariamente asiste la madre y en forma limitada ambos padres o sólo el padre. En todo caso, esto no es negativo; puesto que, muchas veces la madre es la única persona que conoce datos previos de la historia

evolutiva del niño. Téngase en cuenta que se evalúa desde la gestación.

Los datos generales que de inicio se consideran en la evaluación, si bien no están directamente relacionados con la performance del niño adquieren gran importancia al relacionarse los aspectos psicosociales (residencia, ambiente familiar, estimulación previa) con los psicopedagógicos (perfil emocional, conductual, cognitivo, social, comportamental) ya que permiten ubicar indicadores, hacer predicciones del desarrollo general del niño, mejorar el proceso evaluativo y enriquecer los datos de investigación.

La evaluación por áreas demandó cuantificar los items, estipular niveles de desarrollo y para procesar los datos se creó un "software" informativo lo cual no sólo facilita el proceso evaluativo sino el posterior seguimiento, por ejemplo, al saber que un niño tiene mayor déficit en la socialización que en los aspectos cognitivos, podemos intervenir específicamente en el área social.

En el devenir del P.D.P. la fase evaluativa se incrementó con la medición del manejo de conducta de los padres al niño y la percepción de éste sobre ellos encontrándose contradicciones. Los padres tienden a señalar que otorgan buen trato a sus niños y los niños los desmienten. Ante esta confrontación los padres tratan de aminorar el problema y evidencian fundamentalmente, maltratar a los niños por negligencia y perder el control exagerando los castigos.

Los niños alcanzan mejores niveles de autovalimiento en general que en las otras áreas, probablemente; debido a que desde muy temprano adquieren responsabilidades de cuidado de sí mismos y de sus hermanos ante la ausencia mayoritaria del padre o parcial de ambos (padre y madre).

En cuanto a los aspectos cognitivos progresivamente se van alcanzando mayores niveles de desarrollo por varios motivos, hace 10 a 14 años había mayor número de hijos por familia; la mayoría de los niños no cursaban educación inicial y el sistema educativo no estaba organizado "comunitariamente" tanto como en la actualidad, en que se exige mayor participación de los padres de familia. No podemos decir tajantemente que los padres tienen mayor tiempo para educar a sus hijos, puesto que, las necesidades económicas han obligado a muchas madres a salir a trabajar, pero puede que, los padres compensen de algún modo su ausencia con un menor número de hijos que atender y una mayor responsabilidad, conocimiento o compromiso de sus funciones paternas.

Los niños del P.D.P. tienden de modo general, a tener mayores problemas en el área emocional (ver gráficos N° 7 y 9), probablemente por el estilo de crianza autoritaria de la mayoría de los padres donde prima el castigo físico como método correctivo, aunado a estas circunstancias el hecho de que se trata de niños pequeños que recién inician estudios primarios, la gran mayoría provienen de otros centros educativos iniciales muy distintos, ya que el C.E. No. 3049, inauguró hace 2 años aulas de inicial.

Aunque en relación con otros aspectos los niños tienen mayores problemas emocionales, si comparamos la evolución de los mismos durante todo el proceso del P.D.P. podemos observar una disminución progresiva de los mismos, que puede deberse al tratamiento recibido, a la inserción cada vez mayor de niños en la educación inicial previa y la subsecuente mayor adaptabilidad.

Tales tendencias en el ámbito emocional se contraponen con la agresividad que

detectamos en incremento desde que se inició el P.D.P. a la fecha. Sin duda, intervienen variables contrapuestas: el conocimiento y la puesta en práctica de los derechos del niño, la tendencia a homogenizar el trato a niños y niñas, a la equidad en los premios y sanciones que favorecen la asertividad, el adecuado desarrollo infantil, el respeto de los padres. No obstante, existe el riesgo de pérdida de control parental, tolerando excesivamente las conductas agresivas del niño o teniendo participación muy limitada en un aspecto de suma importancia que es el incentivar el juicio crítico ante los mensajes predominantemente agresivos de la T.V.; teniendo en cuenta no sólo su influencia comprobada en el comportamiento infantil sino el número excesivo de horas diarias que el niño ve televisión sin supervisión.

#### 5.4 FASE DE TRATAMIENTO O DE SEGUIMIENTO

Al transcurrir los años el P.D.P. ha logrado tener progresivamente mayor éxito en la recuperación de los desórdenes detectados, debido a que éstos se abordaron no sólo desde la perspectiva psicológica de tratamiento individual o grupal sino de modo integral mediante: derivación oportuna al tratamiento médico, capacitación, asesoría a profesores y padres de familia. Asimismo, el compromiso adicional de los docentes en innovaciones pedagógicas mediante clases adicionales de recuperación y nivelación escolar.

Resultaría difícil, aunque no menos importante investigar qué tuvo mayor ingerencia en el éxito de la fase de seguimiento. A nuestro modo de ver, el modelo comunitario demostró sus ventajas al concebir sistémicamente los desórdenes psicopedagógicos y plantear, por ende la participación no de todos, pero sí de la

mayoría de sus elementos.

El tratamiento psicológico se realizó contando con la facilidad de un ambiente privado en el mismo centro educativo, teniendo garantizada su continuidad por la permanencia de los niños en el año escolar y porque al ser subsidiado por el INSM "HD-HN" y el C.E. N°3049, el P.D.P. no demandaba gasto alguno a los padres de familia.

Los diferentes directivos escolares otorgaron las facilidades respectivas para convocar periódicamente a padres y maestros, lo cual facilitó nuestra labor; sin embargo, sólo algunos profesores apoyaron con clases adicionales a alumnos que las necesitaban. Los padres que no hicieron atender a sus hijos en la fase de evaluación tendían también a no participar en el seguimiento. Aunque este grupo fue reducido observamos que sus niños eran los que tenían mayores dificultades; lo cual demandó, desde comunicaciones de la dirección del colegio hasta visitas domiciliarias de nuestra parte. Comprobamos que muchos de ellos estaban al cuidado de tíos, abuelos o padres separados con litigios conyugales. Un reto constante aun por resolver.

Tanto en la atención como en el seguimiento encontramos que aun se establecen diferencias de género, en cuanto al acceso a la educación como al tratamiento. Aunque se encuentran en descenso, todavía hay padres que prefieren hacer atender a sus hijos varones que a las niñas, señalando frases distintas como "... él es varón...", "atiéndalo primero a él..." Indagando el porqué, nos dicen..."es que él, de grande tiene que mantener a su familia, pues...", "...necesita estudiar más..."; "...ella puede casarse y su marido mantenerla..."; "...ella no necesita estudiar..." Requerimos una modificación actitudinal fácil de plantear pero

laboriosa para realizar, ya que implica modificaciones socioculturales en intervenciones a largo plazo.

La mayoría de padres tiende a matricular cada vez a menor edad a sus niños en primer grado aunque no todos tengan la performance adecuada. El P.D.P. asumió la responsabilidad de recomendar a aquellos que aún no cumplían la edad oficial (6 años cumplidos al 3 de julio del año de ingreso) pero demostraban desarrollo psicopedagógico avanzado. Por una parte, los padres esperan que el colegio asuma lo más pronto la educación de sus hijos y por otra, sienten como una competitividad de otros niños sobre los suyos y no quieren quedarse a la zaga, a veces forzando el rendimiento de los pequeños.

Si bien un análisis del P.D.P. puede otorgarnos balance positivo en el diseño, estructura, proceso y seguimiento; el hecho de haber tenido casi 15 años de desarrollo nos plantea nuevas posibilidades; por ejemplo la de establecer relaciones entre mediciones muy distantes del Programa (año 86, 87, 88) y el actual comportamiento, personalidad, rendimiento académico de los que fueron niños en aquella época y ahora son jóvenes. Lamentablemente problemas técnicos, financieros y de recursos humanos lo impidieron. Sin embargo, podrían realizarse otras investigaciones prospectivas.

El hallazgo de indicadores precoces de comportamiento, será importante no sólo para relaciones entre deficiencias psicopedagógicas detectadas en un determinado momento y la performance general (emocional, intelectual, de personalidad) en un futuro; sino las potencialidades por ejemplo, el desarrollo pedagógico avanzado, la "detección cero", medidas a temprana edad y comparadas con

su evolución futura. Es una temática aún sobre el tapete, no planteada inicialmente por el P.D.P. pero factible de realizarse.

## 5.5 INDICADORES

Pensamos que la experiencia acumulada por el P.D.P.; permite simplificar nuestro accionar al encontrar indicadores que, no funcionan matemática o universalmente pero que tienen alta capacidad predictiva.

Señalaremos los siguientes:

### 5.5.1 Indicadores positivos o favorables

- **Estimulación previa hogareña:** Independientemente de que hayan tenido educación inicial o no, los niños que recibieron adecuada estimulación en sus hogares antes de ingresar a inicial, tendrán adecuada performance académica en primer grado. Alguno de los padres alcanza educación superior y, por lo general son padres que incentivan los logros escolares.
- **Detección cero:** nominamos así a los niños que el P.D.P. ubica sin desórdenes. Cuando este resultado se asocia a edad temprana para el inicio escolar; resulta de mayor potencialidad el pronóstico de buen rendimiento académico en primer grado. Estos niños provienen generalmente de padres que valoran el aprendizaje de sus hijos y los estimulan frecuentemente dotándolos de material educativo y revisando continuamente sus tareas.
- **Desarrollo pedagógico avanzado:** los niños que el P.D.P. ubica como avanzados destacan entre sus compañeros por tener mejores logros académicos. Proviene generalmente, de padres con mayor instrucción técnica y hasta superior; además, que apoyan el estudio de sus hijos.

### 5.5.2 Indicadores negativos o desfavorables

- **Historia previa negativa:** Los problemas de gestación en la madre, aunados a dificultades en parto y puerperio, son indicadores tempranos de problemas cognitivos en los niños. “Descubrimos” que los déficits cognoscitivos, dificultades en la orientación espacial, problemas para establecer seriaciones y desórdenes visoperceptuales se relacionaban con dicha historia negativa.
- **Lugar de residencia.** Los niños que habitan en asentamientos humanos tienen alta posibilidad de fracaso escolar en primer grado frente a los que habitan en zona urbano marginal. Este indicador involucra una serie de variables. Los niños del asentamiento tienen limitaciones nutricionales, sus padres tienen instrucción primaria o hasta secundaria pero no más, se dedican al comercio informal, su ocupación es inestable: adicionalmente, compran escaso material educativo para sus niños y no son modelos que incentiven el estudio, ya que leen muy poco.
- **Ambiente familiar inadecuado:** es indicador de problemas emocionales de conducta y aprendizaje. Los hogares con violencia cotidiana influyen desfavorablemente en el desarrollo general del niño.
- **Padres inasistentes:** tanto a las fases evaluativas como a la de seguimiento son padres cuyos hijos tienen bajo rendimiento escolar y diversos desórdenes, fundamentalmente emocionales. Conforman familias incompletas y hogares disfuncionales en su mayoría. Sus hijos van a requerir tratamiento en la fase de seguimiento.

## VI LIMITACIONES

Entre ellas, tenemos:

1. Escasez de recursos económicos (proyecto autofinanciado) y reducido personal asistencial (trabajo de internos de psicología, fundamentalmente).
2. Los cambios de autoridades educativas exigen demostrar continuamente bondades del P.D.P. para lograr gestión movilizadora de la comunidad educativa.
3. En la fase de seguimiento participaron sólo los profesores con alta sensibilidad al proceso educativo de sus alumnos y padres responsables del desarrollo general de sus hijos. No la generalidad de los mismos.
4. Reducida difusión del P.D.P. por limitado presupuesto institucional.

## VII CONCLUSIONES

Señalaremos las siguientes:

1. La fase clínico - asistencial del P.D.P. permite obtener una visión panorámica del estado psicológico actual del niño. Asimismo, la información de las variables precedentes tienen valor predictivo, fundamentalmente en lo referente al aprendizaje escolar.
2. El Formato P.D.P. detecta diversos desórdenes de socialización, cognitivos, en el autovalimiento, emocionales y de conducta que permiten obtener un claro perfil psicopedagógico. Es una prueba con alta confiabilidad y validez estadística

demostrada, inclusive al contrastarse con otros instrumentos psicológicos potentes y de larga data.

3. El formato P.D.P. es un instrumento de tamizaje, sencillo, práctico y económico. No mide a profundidad las áreas que examina pero es un buen detector - guía, que nos orienta al aspecto que debe trabajarse para lograr el óptimo performance psicopedagógico del niño.
4. El P.D.P., examinado longitudinalmente en 14 años de aplicación, demuestra cada vez mayores logros en aminorar los problemas de socialización, y emocionales e incrementar el autovalimiento y la cognición; sin embargo, no ocurre lo mismo con las conductas agresivas que están incrementándose.

Los niños del P.D.P. presentan, de modo genérico mayores problemas pedagógicos y emocionales que de autovalimiento y socialización (ver gráficos N° 8 al 12).

5. Los padres tienden a iniciar en la educación formal a sus niños cada vez a menor edad; no estando todos los niños en aptitud para tener rendimiento adecuado.
6. Aún existe sexismo o discriminación de los niños por padres que, prefieren apoyar a sus hijos varones (con materiales, acceso a los estudios, tratamiento) y no a las niñas, al creer que los primeros requieren mayor preparación para el futuro.
7. El éxito del P.D.P. en su fase de tratamiento o seguimiento se asienta en la participación de la comunidad educativa, no depende únicamente del

tratamiento psicológico sino de un conglomerado de acciones de asesoramiento, capacitación, didáctica docente y soporte familiar; es decir, de un mecanismo sistémico de moldeamiento de conducta.

Por ejemplo, cuando los padres y profesores participan sostenidamente, los niños mejoran su perfil psicopedagógico.

8. La investigación continua del P.D.P. ha permitido encontrar los siguientes indicadores favorables o positivos: estimulación previa hogareña, detección cero y desarrollo pedagógico avanzado. Del mismo modo, ubicamos como indicadores desfavorables o negativos: historia previa negativa, lugar de residencia, ambiente familiar inadecuado y padres inasistentes.

Todos ellos predicen variados comportamientos y se han obtenido por correlación estadística entre datos generales y resultados evaluativos con niveles posteriores de ventaja o deficiencia del menor.

## VIII SUGERENCIAS

Mencionaremos las de mayor relevancia

1. Publicar y difundir periódicamente los hallazgos con nuevos grupos de niños en el P.D.P., manteniendo la investigación permanente que garantizará su eficacia.
2. Instituir la aplicación del P.D.P. por el MINSA a nivel nacional por medio del Programa Nacional de Salud Mental; dada su importancia como modelo innovador de tipo asistencial-preventivo.

3. Capacitar a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud en las fases de evaluación y seguimiento del P.D.P.
4. Sensibilizar a la comunidad educativa en la importancia para la niñez de tener un P.D.P. que potencializa capacidades, destrezas del niño e interviene oportunamente en resolver sus deficiencias.
5. Investigar en el seguimiento de los niños del P.D.P. para determinar nuevos y mejores predictores de conducta, indicadores psicopedagógicos y correlaciones con otros aspectos comportamentales como por ejemplo las preferencias vocacionales y destrezas verbales, numéricas u otras en el futuro.
6. Las investigaciones a muy temprana edad de carácter neuropsíquico e inclusive genético pueden correlacionarse con sistemas de detección como el P.D.P. aportando extraordinariamente a la diagnosis oportuna y consiguientemente a mejorar los tratamientos.
7. Investigar la performance actual de los jóvenes que en el pasado fueron niños evaluados por el P.D.P. para ubicar nuevos indicadores psicopedagógicos precoces.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN, Reynaldo: Métodos y diseño de investigación del comportamiento: Fondo editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1991.
- ALLENDE G. Felipe y CONDEMARÍN G., Mabel: La Lectura teoría, Evaluación y desarrollo. Ed. Andrés Bello, Santiago, 1990.
- ANICAMA J., VIZCARDO S., CARRASCO J. Y MAYORGA, E.: Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. MINSA, Universidad Nacional Federico Villarreal. Documento Técnico, Lima 1999.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ASESORAMIENTO TERAPÉUTICO ASOCIADO (CIATA): La prevención de los problemas de aprendizaje, Primer Encuentro Iberoamericano de Psicología IV Congreso Nacional de Problemas de Aprendizaje, Lima, 1997.
- CONDEMARÍN, Mabel; CHADWICK M; MILICIC, Neva: Madurez Escolar. Ed. Andrés Bello, Santiago, 1978.
- CORDON C., Y DAY J; "Strategy use on standardized reading comprehension tests. En: Journal of educational psychology. Vol. 88, No.2, 1996.
- DÁVILA GONZALES, Ivonne "Factores recurrentes que influyen en los problemas de aprendizaje". En Rev. De Psicología LIBERABIT, 4(4): 13-17. Universidad de San Martín de Porres, Lima, 1998.
- GUEVARA, G., Introducción a la teoría de la educación. Ed. Trillas, México, 1997.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Perú: Características educativas de los hogares. Programa MECOVI-Perú. Colección estudios e investigaciones, Lima, 1998.
- INEI: Censo Nacional IX de Población y IV de Vivienda. INEI, Lima, 1993.
- INSM "HD-HN" : Informes memorias de psicología comunitaria (años 1986 al 1999) Archivos Departamento de Salud Mental Comunitaria, Instituto Nacional de Salud Mental : Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" , Lima.
- JIMÉNEZ, JAIME M.: La prevención de dificultades en el aprendizaje de la lecto escritura. Colección educación especial. Madrid, 1983.
- LAZARTE C., Análisis, diagnóstico y perspectivas de la investigación psicoeducacional en el Perú. Revista

- de Psicología. Pontificia Universidad Católica 9(2): 37-87, Lima, 1991.
- MAJLUF, Alegría: Marginalidad, inteligencia y rendimiento escolar. Ed. Brandon Enterprise S.R. Ltda. Lima, 1993.
  - MARCHENA, Carlos y SANTOS, Merle: Aprestamiento, madurez y lecto-escritura en niños de un centro educativo urbano-marginal. En: Anales de Salud Mental, Vol. II N°. 1 y 2 (109-121 p.) Talleres Gráficos Villanueva, S.A. Lima, 1996.
  - MINISTERIO DE PROMOCIÓN DE LA MUJER Y DEL DESARROLLO HUMANO: Ley General de la Persona con Discapacidad . Ley No. 27050, Talleres de gráfica industrial Beylourdes S.R.L. Lima, 1999.
  - MUJINA, Valeria: Psicología de la edad preescolar. Pablo del Río Editor S.A., Moscú, 1981.
  - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Técnicas gráficas S.A. , Madrid, 1992.
  - QUIROZ, B .; SCHRAGER O; FELDMAN, J; BOUVET DE BANCHER, M.: El lenguaje lectoescrito y sus problemas. Ed. Médica Panamericana Bs.As., 1987
  - SISCENS-2000: Sistema de censos escolares. Ministerio de Educación. Unidad de Estadística Educativa. Archivo C.E. No. 349 (Independencia), Lima, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI"  
Departamento de Salud Mental  
Comunitaria

CÓDIGO  
(NIÑO)

Letra	Número

## ANEXO A: FORMATO Y PLANILLA DE CALIFICACIÓN

### PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS

P.D.P. AÑO: .....

#### I) DATOS GENERALES :

C.E.: ..... Sección:  TURNO  
Mañana  1  
*A=1 C=3*  
Tarde  2  
*B=2 D=4*

APELLIDOS: ..... NOMBRES: .....  
Sexos: Masculino:  1 Femenino  2 Edad  Meses   
Lugar de Nacimiento: ..... Fecha de Nacimiento: .....  
Tiempo de residencia en Lima : Años:  Meses  5  5 Siempre  9  9  
Domicilio (con referencia): .....

Asentamiento Humano  1 Zona Urbano Marginal  2 Zona Urbana  3  
¿Con quienes vive el niño? Familia nuclear  1 Padre solo  4  
Familia agregada  2 Madre sola  5  
Familia parcial  3 Tutores u otros  6  
Ambiente Familiar : Adecuado  1 Inadecuado  2  
(violencia cotidiana)

Referencias del responsable (s) del niño (a) :

Instrucción (padre u otro): .....  
Iletrado  1 Primaria  2 Secundaria  3 Técnica  4 Superior  5  
Ocupación:  
Comerc.  1 Obrero  2 Empleado  3 Profes.  4 Desocup.  5  
Indep.

Instrucción (madre u otra): .....  
Iletrado  1 Primaria  2 Secundaria  3 Técnica  4 Superior  5  
Ocupación:  
Su casa  1 Comerciante Indep.  2 Empleado  3  
Obrera  4 Profesional  5 Desocup.  6

**II) HISTORIA PREVIA :**

Embarazo Materno:

Normal  Con complicaciones

Edad de la madre al nacimiento del niño ..... Años

Parto : Prematuro  A término

Parto : Normal  Cesárea  Forceps  Otro

Condición del niño al nacer :

Adecuada  Inadecuada

Pérdida de conocimiento (niño) : Nro. veces : ..... Nº

Causa : .....

Ataques, tembladeras, convulsiones : Nro. veces ..... Nº

	SI	NO
Retardo Psicomotor	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

Limitaciones Físicas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
----------------------	--------------------------------	--------------------------------

Alergias	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
----------	--------------------------------	--------------------------------

Otras enfer.....

Accidentes	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
------------	--------------------------------	--------------------------------

Operaciones	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
-------------	--------------------------------	--------------------------------

Control - esfínteres (Adecuado)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

	SI	NO
Dificultad en alimentación	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

Enuresis Primaria	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
-------------------	--------------------------------	--------------------------------

Desorden Auditivo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
-------------------	--------------------------------	--------------------------------

Enuresis Secundaria	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
---------------------	--------------------------------	--------------------------------

Desorden Visual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
-----------------	--------------------------------	--------------------------------

Destete adecuado	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
------------------	--------------------------------	--------------------------------

Apariencia de buen estado de salud	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Otros : .....

Conceptos básicos (estimulac. hogar previa al C.E.I)

	SI	NO
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

**IGUAL**

Educación Inicial : Años

Meses

Nº

Dominancia (mano) : Diestro

Zurdo

Ambidiestro

**III) SOCIALIZACION :**

	SI	NO		SI	NO
Interactúa con niños de su edad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Tolera Frustración	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Interactúa con niños de otras edades	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Coopera con padres o familiares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Acepta normas, reglas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>			

**IV) AUTOVALIMIENTO :**

	SI	NO		SI	NO
Se viste solo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Se ocupa solo (micción o defecación)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Come solo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Nivel adecuado independencia	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Va solo a la cama	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>			
Se asea solo (manos cara)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>			

**V) PROBLEMAS EMOCIONALES :**

	SI	NO		SI	NO
Se como las uñas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Miente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Se chupa el dedo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Agresividad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Pesadillas frecuentes	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Timidez	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Sonambulismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Ansiedad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Amigos imaginarios	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Temerario	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Tics	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Sudoración palmar	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Somnolientos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Otros .....		
Temores	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>			

**VI) MANEJO DE CONDUCTA : ¿Como corrige al niño?**

	SI	NO		SI	NO
Castigo físico	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Aislamiento	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Castigo verbal	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	Abuso	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Otros : .....					

**VII) DESARROLLO PSICODEDAGOGICO :**

	SI
Hace solo sus tareas .....	1
Motricidad gruesa adecuada .....	1
Reconoce partes del cuerpo .....	1
Reconoce formas (red., cuadr., triángulo) .....	1
Reconoce colores (rojo, amarillo, azul) .....	1
Reconoce tamaños (grande, pequeño) .....	1
Reconoce grosor (grosso, delgado) .....	1
Ordena 4 objetos (ascend., descend.,) .....	1
Reconoce (dere., izq., delante, detrás) .....	1
Reconoce letras y números .....	1
Copia letras y números .....	1
Escribe algunas palabras .....	1
Escritura adecuada .....	1
Motricidad fina .....	1
Cuenta (del 1 al 10) .....	1
Pronunciación adecuada .....	1

**VIII) PERCEPCION DEL NIÑO SOBRE MANEJO DE CONDUCTA:**

¿Cómo te castigan?

	SI	NO
Verbal	1	0
Físico	1	0
Abuso	1	0

Otros: .....

.....

**OBSERVACIONES GENERALES:**

.....

.....

EVALUADOR

FECHA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
 "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI"  
 Departamento de Salud Mental  
 Comunitaria

## ANEXO B: INSTRUCTIVO

### PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS (P.D.P.)

#### I DATOS GENERALES

Desde el nombre hasta el domicilio, debe preguntarse al niño para establecer empatía. Se anotarán estos datos sólo después que los padres los confirmen (letra clara, legible).

- Tiempo de residencia en Lima: anotar en cifras.
- Asentamiento humano: zona sin servicios básicos de luz eléctrica, agua potable, desagüe; vivienda de construcción precaria (esteras, latas, cartones) ocupadas por invasión.
- Zona Urbana: urbanización popular o edificio con servicios básicos, que fueron cooperativas o asentamientos humanos en el pasado.
- Familia nuclear: padre, madre e hijos (r.o) se considera personal de servicio en todas las posibilidades enunciadas).
- Agregada: familia nuclear incrementada por presencia de abuelos, tíos u otros familiares.
- Familia parcial: no están los padres; sólo hermanos, tíos otros familiares.
- Tutores u otros: padres adoptivos, personas encargadas del menor.
- Ambiente familiar: puede preguntarse "¿Cómo están las cosas en casa?", "¿Cómo se llevan entre ustedes?"
- Instrucción: si el niño (a) no vive con los padres, poner datos del sustituto; por ejemplo "tío", "padrastro".
- Colocar la cifra correspondiente al grado más alto de instrucción logrado. Ilustrado: no sabe leer ni escribir. Técnica: estudios de carreras técnicas. Superior: estudios universitarios y en escuelas militares.
- Comerciante independiente: ambulante.

#### II HISTORIA PREVIA

- Embarazo con complicaciones: enfermedades de la madre, amenazas de aborto u otras.
- Parto normal: atendido en establecimiento de Salud o por parturienta sin dificultad alguna.
- Parto (otro): con dificultades como: parto por accidente, infección o trastorno abrupto de la madre.

- Condición del niño al nacer (adecuada): talla y peso esperados; ¿lloró al nacer?.
- Retardo psicomotriz: dificultades en el desarrollo de alguna habilidad que se poseía anteriormente; por ejemplo en el control del movimiento de brazos y piernas.
- Limitaciones físicas: falta de algún miembro, disfunción o secuela provocada por enfermedades.
- Accidentes: de consideración (atropello de vehículos, quemaduras en incendios u otras).
- Control de esfínteres (NO): falta de control de la micción y defecación hasta más allá de los 2 años de edad cronológica.
- Enuresis primaria: nunca hubo control de la micción.
- Enuresis secundaria: por épocas pierde control de la micción.
- Destete (NO): Tuvo complicaciones para dejar alimentación natural (de pecho).
- Dificultad en la alimentación: niño desea comer determinados alimentos, se niega a ingerirlos o los ingiere en exceso.
- Conceptos básicos: padres, familiares o tutores estimulaban al niño antes de ingresar al Centro Educativo Inicial.

### III SOCIALIZACIÓN

- Tolera frustración: el niño no sufre ni patalea cuando no logra lo que desea.
- Cooperación con padres o familiares: limpia zapatos, objetos de la casa, alcanza o lleva pequeños objetos de un lugar a otro.

### IV PROBLEMAS EMOCIONALES

- Pesadillas frecuentes (1 ó más a la semana)
- Amigos imaginarios: niño habla, juega o interactúa con amigos imaginarios con gran frecuencia (casi todos los días).
- Tics: movimientos espasmódicos de algún segmento del cuerpo (párpados, cejas, comisuras faciales, extremidades).
- Somniloquios: habla dormido.
- Temores: a la oscuridad, soledad o a algunas personas).
- Miente: rompe, ensucia o malogra objetos y culpa a otros.
- Agresividad: destructivo con cosas; golpea a animales o personas.
- Timidez: se aísla, llora con facilidad.
- Ansiedad: busca hacer una y otra cosa.
- Temerario: cruza calles corriendo sin observar que pasen carros, no se cuida de los peligros.
- Sudoración palmar: le sudan las palmas de las manos sin que haya calor ni por ejercicio físico, prácticamente todos los días.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
 "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI"  
 Departamento de Salud Mental  
 Comunitaria

C.E. ....  
 Distrito .....

## ANEXO C: FICHA INFORMATIVA

### PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE DESÓRDENES PSICOPEDAGÓGICOS

P.D.P. AÑO: .....

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

FICHA DE EVALUACIÓN DEL NIÑO (A) \_\_\_\_\_

1. ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. SOCIALIZACIÓN Y AUTOVALIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. RASGOS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. DESARROLLO PSICOPEDAGÓGICO:

---

---

---

5. RECOMENDACIONES:

---

---

---

FECHA DEL INFORME: \_\_\_\_\_

.....

FIRMA DEL EVALUADOR